



¿Es posible el cambio?*

Miguel Marset

Psiquiatra–psicoterapeuta. Ex–director del Programa de Prescripción de Heroína de Ginebra.
Miembro del Grup Igia de Barcelona.

Resumen

El gobierno de España hace 20 años intentó, a través del Plan Nacional sobre Drogas, coordinar una política nacional en plena transición no solo política sino de valores morales, éticos y culturales. Las iniciativas que en aquella época se desarrollaban en los países más avanzados como Inglaterra, Suiza y Holanda contrastaban con algunas actitudes e iniciativas que en aquel momento se veían en nuestro país.

El autor analiza el cambio desarrollado en estos últimos años así como las iniciativas más novedosas desarrolladas en España, especialmente la sala de consumo de Bilbao y el Programa de Prescripción de Heroína de Andalucía. En este sentido valida sus resultados y señala la dificultad de realizar ensayos clínicos con un perfil de población de drogodependientes cuya gravedad clínica dificulta su aplicabilidad al mundo asistencial fuera del marco experimental hasta el punto de comprometer su viabilidad. La prescripción de heroína es técnicamente posible, puede llevarse a cabo de un modo seguro, es clínicamente eficaz en la gran mayoría de los casos y constituye un recurso más, complementario en una red de atención al drogodependiente.

Finalmente concluye en un “cambio posible” que conduzca hacia: El fomento de la investigación en el campo psicosocial; La diversificación efectiva de los enfoques terapéuticos en la oferta a los drogodependientes, incluyendo la utilización de agonistas adaptados al estado clínico de los más afectados; El control de los mensajes que manipulan la voluntad de los jóvenes convirtiéndolos en adictos al consumo; Contra la represión y la marginación del usuario y, en definitiva, por la planificación política necesaria que sitúe a la sociedad por delante de los acontecimientos y no al revés.

Palabras clave

Drogodependencias, prevención, salas de consumo, prescripción de heroína, reducción de daños.

Summary

The government of Spain 20 years ago tried, through the Plan Nacional sobre Drogas, to coordinate a national policy in the heat of transition nonsingle policy but moral, ethical and cultural values. The initiatives that then were developed in the most advanced countries like England, Switzerland and Holland resisted with some attitudes and initiatives that at those moments were seen in our country.

The author analyzes the change developed in these last years as well as the developed most original initiatives in Spain, specially the injection room of consumption of Bilbao and the Program of Prescription of Heroin of Andalusia. In this sense valued their results and indicate the difficulty to make clinical trials with a profile of population of addicts whose clinical gravity difficulty its applicability to the clinical domain outside the experimental frame until the point to jeopardize its viability. The heroin prescription is technically possible, can be carried out of a safe way, is clinically effective in the great majority of the cases and constitutes a resource, complementary more in a network of attention to the addictse.

Finally it concludes in a “possible change” that it leads towards: The promotion of the research in the psycho-social field; The effective diversification of the therapeutic approaches to the addicts, including the use the best agonist for adapted to the clinical state of the more affected addicts; The control of the messages that manipulate the will of the young people turning them addict to the consumption; Against the repression and the marginalization of the user and, really, by the necessary political planning that it locates to the society in front of the events and not the other way around.

Key words

Addictions, prevention, rooms of consumption, prescription of heroin, reduction of damages.

* Conferencia realizada en el seminario: “Retos posibles e imposibles ¿se puede cambiar la sociedad desde los programas de drogas?” con motivo de la conmemoración del 20° aniversario del Plan Nacional sobre Drogas. Sevilla, 31 de marzo de 2006.



Introducción

Me han invitado a *hablar de un cambio posible* y esto me estimula porque la pregunta conlleva y asume que quedan cosas por hacer tras 20 años de política coordinada sobre drogas en España. De todos modos, al encontramos ante un aniversario siempre viene bien recordar acontecimientos y asumir algunos errores antes de centrarnos en el futuro que es hacia donde yo quiero proyectar mi intervención. Lo haré desde el “observatorio privilegiado” de quién asistió a su desarrollo “desde fuera” aunque con evidente interés en unos momentos y con desesperanza en otros. Por otro lado, también tuve la suerte de participar directa o indirectamente en algunas de las experiencias más novedosas, valientes y apasionantes que se han desarrollado en este campo en España, como la Sala de consumo con menos riesgo de Bilbao o el Programa de Prescripción de Heroína de Andalucía (PEPSA) que tuve el honor de dirigir en su fase de diseño y de asesorar en su fase de desarrollo.

Creo que en la política sobre drogas en España existió en los últimos 20 años un primer cambio que ya se realizó pero que existe otro que, en mi opinión, queda por acometer. Y en este sentido afirmo que es posible y deseable.

Mirada histórica desde la perspectiva de un profesional que busca su sitio...

Lo que es el destino... Hoy me encuentro en esta mesa con Amando Vega. Para mi este reencuentro tiene un gran valor. Conocí a Amando Vega en noviembre de 1985, hace algo más de 20 años cuando todo empezaba en España a organizarse en torno a las políticas sobre drogas. Fui a verlo a su casa de San Sebastián para proponerle su participación a modo de asesoramiento en una idea apasionante que surgió de un grupo de personas que constituíamos el grupo de trabajo sobre marginación juvenil y toxicomanías del Consejo de la Juventud de Cantabria y que se extendió después por toda España en los años sucesivos

tras el gran éxito que supuso en 1987, el Encuentro Internacional sobre Juventud y Drogas que organizamos en la sede de Santander de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo y que tuve la suerte de dirigir siendo entonces estudiante de medicina. La idea fue de reunir a 300 jóvenes de toda España para analizar el fenómeno desde una perspectiva educativa, jurídico-penal, médico-sanitaria y psicosocial asesorados por los expertos nacionales e internacionales que en aquella época tenían cosas que decir en torno a las drogas para de esta forma sembrar el germen de un grupo de trabajo que diera sentido al asociacionismo juvenil como alternativa activa a la marginación, a las conductas de riesgo y a las drogodependencias en una época donde predominaba la falta de alternativas y de coordinación y abundaban las personas interesadas en explotar el sufrimiento de algunos jóvenes. Todo estaba muy embarullado y nosotros intentamos aportar la claridad necesaria a los jóvenes para implicarles activamente como un recurso específico y alternativo. Me parece incluso que este mensaje estaría hoy de plena actualidad. Amando pronto se convirtió en consultor, formador, entusiasta y amigo de nuestra idea. Aquella iniciativa fue apoyada incondicionalmente por el Instituto de la Juventud y por el Plan Nacional sobre Drogas demostrando que aquel plan emergente tenía la intención de cambiar las cosas, fomentando la participación de los agentes sociales y los protagonistas, los jóvenes, de aquel fenómeno que nos cogió a todos a “contrapié”.

Yo después decidí dejar España para continuar mi formación en psiquiatría y psicoterapia siguiendo los pasos de lo que en aquella época emergía en el mundo de las drogodependencias en Europa: en Inglaterra, Holanda y Suiza, convencido de que aquellas maneras de ver el problema, que muchos demonizaban, podían enseñarme cosas. Me hice una pregunta simple: no es normal que países tan avanzados hagan tan mal las cosas, sobretudo tras ver las cifras de aquella época que hablaban claramente en nuestra contra.



Yo en tanto que joven, estudiante de medicina y de alguna manera, trabajador social tenía una visión socio-sanitaria y psico-social de la reducción del daño muy marcada en el abordaje del problema. Para mí, en aquella época, esto consistía en la prevención de enfermedades y en la lucha contra la marginación a través de la educación. Pensaba, por ejemplo, que era muy importante frenar la llamada hepatitis no A no B que luego fue la hepatitis C, antes de que el SIDA irrumpiera dolorosa y brutalmente en la escena de la droga.

Recuerdo mi estancia en Holanda en 1987 donde tuve la fortuna de visitar los centros de emergencia social y sanitaria del barrio chino de Róterdam y estar con los educadores de calle en las zonas de mayor conflicto de Ámsterdam. Para mí aquel viaje fue una revelación más que un descubrimiento. En Róterdam, existían dispositivos sanitarios ambulantes donde se asistía a la población de prostitutas y de drogodependientes con problemas, incluyendo la distribución gratuita de preservativos y de material de inyección. Una intervención que tenía un componente psico-educativo importante y que servía evidentemente para promover el cambio de actitudes y comportamientos personales y colectivos hacia el problema.

En aquella época John Marks lideraba una experiencia en Liverpool y sus alrededores. Se implanta un programa amplio de reducción de daños (entre 1985 y 1991) que incluye, entre otras muchas cosas, el intercambio de jeringas y la participación de usuarios y ex-usuarios que realizan un trabajo de acercamiento, así como de los pequeños traficantes en la distribución de material de inyección. Se desarrolla una política de prescripción amplia que incluye la inyectable donde en 1985 era ya muy importante. Se puede prescribir metadona, heroína, cocaína, anfetaminas por vía oral, fumada e inyectada. Esta prescripción bajo control médico no provoca ningún accidente mortal y además hace que esta sea la región que menos tasas de seropositividad VIH tiene en todo el

Reino Unido. En 1990 la prevalencia por el VIH es la más baja del país (1% contra el 13,5% de la media nacional).

En Suiza, se prescribía metadona ya desde mediados de los años 70. En 1986 tras la situación desencadenada por la epidemia del SIDA se abrían las primeras salas de consumo de Berna y de Zurich y posteriormente los PPH tras el fracaso de las llamadas “escenas abiertas”, que es la versión marginal de lo que en España se conoce como “botellón” y que en Suiza a pesar de los problemas que ocasionó permitió hacer visible el fenómeno, sensibilizando a la opinión pública y a la clase política hacia posiciones más sanitarias que represivas. Se define la llamada política de los 4 pilares donde se legisla la reducción de daños en el contexto de la política general sobre drogas. Esta política se basa en asumir varios principios y poner los mecanismos necesarios para desarrollarlos. Entre ellos, que la drogodependencia debe ser considerada como una situación de vida transitoria y potencialmente reversible y que las estrategias terapéuticas deben ser diversificadas en función de la situación personal y contextual de cada drogodependiente y que, de todos modos, éste debe encontrar los recursos necesarios que le permitan su supervivencia. Esta política, en Ginebra, donde no está permitido tener listas de espera para drogodependientes en los programas públicos de tratamiento, ha dado resultados muy positivos en cuanto al seguimiento y a la reducción de daños. El 52% de los que empezaban un tratamiento, en 1985, con metadona eran seropositivos al VIH. En 1995, el 8%. La prevalencia al VIH en las curas de mantenimiento con metadona, en 1985, era del 37%. En 1995 del 10%. La seroconversión en los programas de MTD es inferior al 1% y en las desintoxicaciones ambulatorias, la tasa de seroprevalencia es inferior al 4%.

Todo esto contrasta con algunas actitudes e iniciativas que en aquel momento se veían en nuestro país. El gobierno de España intentó, a través del PND, coordinar una política nacional



en una época donde estábamos en plena transición no solo política sino de valores morales, éticos y culturales.

Recuerdo sólo varios aspectos en aquella época que yo viví directamente, asistiendo al llamado “efecto terapéutico” de las listas de espera y donde yo, como soldado sanitario en un Hospital Militar, custodiaba en el año 1989 a un enfermo de SIDA en un ala de un pabellón de aislamiento. En aquella época la intervención hacia el usuario no estaba exenta de una buena dosis de sadismo y también de ignorancia. En el año 2001 participé en una mesa redonda, en una ciudad española, donde el responsable de sanidad de ese ayuntamiento no contemplaba el intercambio de jeringas en un programa de metadona argumentando que se fomentaba el consumo y se enviaba un doble mensaje al paciente.

Después de la mili tuve la ocasión de participar en el “terremoto nacional” que supuso la campaña “Póntelo, pónselo” desde el Consejo de la Juventud de España, donde en Cantabria tuvimos que tirar prácticamente el 90% de los preservativos que nos enviaron después del fracaso que significó la campaña tras la presión que ejercieron las fuerzas más conservadoras de nuestro país, entre ellas la Iglesia, que tanto ha hecho desde sus bases en la lucha contra la marginación y la pobreza y que tanto se ha equivocado en la lucha contra el SIDA. Entonces, muchos y algunos todavía ahora, abogaban por la abstinencia, a drogas y sexual, como la única manera de vencer el SIDA.

Valores morales, sexualidad, placer... y drogas

Aquí reside uno de los problemas que siempre hemos tenido en nuestro país, intentar compatibilizar las políticas de salud con el mantenimiento de los valores morales. Muchas veces estos conceptos se han presentado como antagónicos y yo creo que son complementarios, sobretodo si estos se basan en la solidaridad y el respeto a la vida. No hay mayor respeto a la vida que la prevención de enfer-

medades. Entresaco unas palabras que Miret Magdalena dijo en aquella época: “Es de católicos elegir el menos dañino de entre dos males y si la opción es adquirir la enfermedad o evitarla, es mejor usar el preservativo”.

Hoy sabemos que hablar de sexo seguro es la mejor manera de prevenir las enfermedades de transmisión sexual o los embarazos no deseados. Por ello y relacionándolo con las drogas, creo que solo reconociendo el consumo como una opción que mucha gente toma por diferentes razones, estaremos en las mejores condiciones de prevenirlo y también de dar alternativas a aquellos usuarios que quieran optar por una vida sin recurso a las drogas.

La abstinencia era el mensaje que predominaba en aquel tiempo en el sexo y, en las drogas. No sé por qué razón pero siempre que nos encontramos con el placer nos referimos a nuestras referencias culturales y morales, ponemos en marcha la represión y nos equivocamos, en el análisis y en la medida que adoptamos. La noción de placer es inherente al ser humano y no se puede disociar de su desarrollo físico y psicológico. Si el placer genera problemas es más por su represión que por su ejercicio. Sin embargo, el placer que está detrás de todo consumo de sustancias, es vivido por los drogodependientes de una manera ambivalente. La búsqueda de este placer es la base de ciertos fracasos terapéuticos en las curas de metadona y lo que es una realidad es que este no es abordado suficientemente por los terapeutas o simplemente es anulado con otros productos de sustitución. La aceptación del placer significa la aceptación de la persona del usuario en su globalidad. Pienso que detrás de todo consumo de heroína o de cocaína no existe tanto un proceso destructivo físico y psíquico sino una tentativa o necesidad psicológica y afectiva de sobrevivir. Lo vemos en ciertos consumos con objetivo de automedicación y en la dinámica cotidiana de nuestro trabajo. El abordaje del placer en un programa de tratamiento para drogodependientes debe ser uno



de los aspectos centrales ya sea para vivirlo e integrarlo de una manera no problemática en la vida del sujeto o en la terapia, caminando progresivamente hacia la búsqueda de los placeres y sensaciones perdidas sin recurso al producto

De la abstinencia a los programas con agonistas

La abstinencia durante muchos años, ha sido el objetivo en torno al que ha girado todo el proceso terapéutico en el abordaje de las drogodependencias. La prescripción de agonistas opiáceos ha sido considerada como sinónimo de consumo significando el fracaso de la capacidad de vivir sin dependencia. Prescribir nos impediría acceder a la causa del problema, perpetuando el síntoma. Por ello **los programas de tratamiento a base de agonistas** se han presentado clásicamente como antagónicos a un proyecto de abstinencia y su introducción en España y en otros países de nuestro entorno no ha estado exenta de una gran polémica, social, política y científica. Los programas con agonistas fueron planteados desde ópticas de reducción de daños, como programas menores, limitando accesibilidad y planteándose en ocasiones como un tratamiento paliativo compasivo o caritativo. Poco a poco se fueron desarrollando y demostrando su valor terapéutico. Estos han dado suficientes muestras de su eficacia en términos de la retención en tratamiento, de la disminución del consumo de heroína ilegal y otras sustancias, del riesgo de contraer enfermedades infecto-contagiosas, de la mortalidad, de la criminalidad y de la mejora de la calidad de vida de los drogodependientes.

El equipo de Di Clemente y Prochaska nos han proporcionado un modelo que preconiza que el camino hacia la abstinencia constituye un proceso, más allá del discurso dicotómico consumo/abstinencia en el que hemos estado inmersos demasiado tiempo. En este sentido programas de reducción de daños pueden cohabitar con enfoques terapéuticos, pudiendo claramente sobrepasar los umbrales de exigencia en las diferentes estrategias de intervención

y caminar hacia el diseño de un enfoque terapéutico cada vez más individualizado, diversificado y adaptado a la realidad de los usuarios. Hoy en día, afortunadamente, esto ya no es una urgencia en nuestro país. Pero creo que existe, una población gravemente afectada, refractaria a los tratamientos convencionales, ya sean con agonistas o libres de drogas para los que todavía no existe una alternativa eficaz. Esta población tiene y genera múltiples problemas para ellos mismos y para la sociedad en la que viven. En este sentido, se sitúan **los programas de prescripción de heroína** en el marco de un abordaje terapéutico y de reducción de daños que acogen a una población que, a pesar de sus reiterados fracasos terapéuticos, continúa demandando ayuda social y tratamiento médico a los servicios asistenciales. Estos no reemplazan y son absolutamente compatibles con **los programas de acercamiento y acogida** o a **las salas de consumo higiénico**, que son iniciativas mucho más próximas a los usuarios que no plantean el abordaje terapéutico de su drogodependencia, sino el reconocimiento de la misma y su práctica en las mejores condiciones de higiene, así como intervenciones de emergencia social desde el abordaje de la marginación y del deterioro socio-sanitario que estas personas padecen y para las que también hay que desarrollar una alternativa. En este sentido se enmarca también el abordaje de las drogodependencias en medios específicos como el **penitenciario** que necesitan igualmente de una revisión en profundidad.

La diversificación de los tratamientos como alternativa de futuro

Desde esta perspectiva, abogo por **la diversificación como alternativa** desde el más amplio sentido de la palabra: diversificación de los recursos, de las sustancias, de los agonistas opioides de sustitución, de las vías de administración y hasta de los enfoques terapéuticos pudiendo de esta manera individualizar los tratamientos y responder a la especificidad de cada realidad de vida, adaptando los programas a los usuarios y no al revés.



Los programas de prescripción de Heroína cuyos resultados en Suiza y en Holanda han abierto una gran esperanza sanitaria y psico-social para esta población. Los resultados del estudio ginebrino para el grupo tratado con DAM fueron significativamente diferentes en relación al grupo control con una mejoría generalizada en todos los parámetros estudiados, llegándose a la conclusión de que estos programas, en el contexto socio-cultural y político en el que se desarrollan y para la población de adictos a la que va destinada, son eficaces y perfectamente factibles. Pero los resultados más espectaculares se han alcanzado en el campo de la prevención de la delincuencia donde el estudio realizado en la Universidad de Lausanne muestra una disminución global de la delincuencia del 80%. Concluye este estudio en que el tratamiento apoyado en la diacetilmorfina (DAM) representa uno de los sistemas de prevención de la delincuencia y de la criminalidad más eficaces nunca antes experimentado.

Estos aspectos fueron reconocidos por el comité de expertos encargados, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de evaluar estos programas, destacando la calidad asistencial y la mejoría clínica y social de los drogodependientes tratados. Esta evaluación, concluye además en señalar ciertos errores metodológicos y aconsejar la realización de nuevos ensayos clínicos controlados. De este modo se desarrolla en Holanda otro estudio, cuyos resultados concluyen que el tratamiento experimental de DAM más co-prescripción de metadona es más efectivo que el grupo control de metadona oral, y ello independientemente de la vía de administración utilizada. En relación a los efectos adversos los autores concluyen en que el tratamiento es factible y se puede administrar en condiciones de seguridad.

La introducción de **los programas de heroína en España** estuvo cargada de una gran polémica política que en mi opinión acabo con ellos mucho antes de que se pusieran en marcha. Me recuerda a las primeras experien-

cias piloto de prescripción de metadona en los años 80 que nacieron para fracasar, con una planificación nefasta que acabo demostrando que la metadona era un fracaso. Esto sirvió de argumento para que muchos pospusiesen su implantación hasta 8 o 10 años después, con las consecuencias dramáticas que todos conocemos.

Pero volviendo a los PPH, el PND de la época, más que aferrarse al sabotaje debió ejercer su labor de coordinación que, en ese momento, podía haber sido fundamental económica y sobretodo éticamente. Asistimos a dos iniciativas en España, una cargada de “prudencia” desde Cataluña y la otra cargada de “osadía” desde Andalucía. Muy al contrario, se permitió que en Barcelona, donde había mayoría de inyectores se diseñara un ensayo con comprimidos de DAM y en Andalucía, con abrumadora mayoría de inhaladores se diseñara un ensayo con inyectores. Este tuvo sin embargo el interés de responder a una realidad socio-sanitaria como era la marginación de los inyectores a través de una labor de captación extraordinaria del equipo PEPSA que consiguió integrar en el ensayo clínico a la práctica totalidad de los inyectores de Granada. De alguna manera se dejó que ambos ensayos fueran directamente a estrellarse contra el muro de la significación estadística por falta de efectivos y que se llegará a las conclusiones que el gobierno ha llegado: hay que seguir investigando. Es decir, llegaremos a conclusiones significativas justo cuando ya no exista el problema porque los usuarios hayan desaparecido o por un problema que hace tiempo que estamos viendo en la calle así como en nuestras consultas: el desplazamiento del problema al consumo de cocaína, para la que dicen que no hay solución.

Es importante señalar que los ensayos clínicos con este tipo de población son de difícil aplicabilidad al mundo clínico asistencial fuera del marco experimental. La inestabilidad clínica, propia de una población con un perfil de gravedad de la dependencia importante, que se somete a tratamiento en situación de crisis y



habiendo fracasado en todas las tentativas anteriores dificulta la protocolización de la intervención y la metodología del ensayo hasta el punto de comprometer su viabilidad. Esta población queda con frecuencia fuera de los ensayos clínicos controlados. Todos los ensayos clínicos con esta población de drogodependientes, que intente integrar los aspectos psicosociales serán siempre susceptibles de ser mejorados. Es decir hacer un ensayo clínico, con este nivel técnico, con los resultados obtenidos, consiguiendo controlar una población con un perfil de gravedad de su drogodependencia extrema es excepcional. Es prácticamente imposible hacerlo mejor. Por lo que el trabajo realizado por el equipo PEPSA es de un gran valor clínico y científico. El PEPSA ha conseguido transformar una escena de consumo marginal, insalubre y lleno de riesgos individuales y colectivos en un consumo sanitizado que mejora la calidad de vida de sus usuarios y los introduce en un proceso de cambio que en muchas ocasiones tiene la abstinencia como meta de un largo proceso terapéutico. En este sentido, hay que afirmar que ha quedado ampliamente demostrado que la DAM es una sustancia que se conoce perfectamente desde el punto de vista farmacológico, que su prescripción es factible y segura y que su utilización en el contexto de un programa médico-psico-social es eficaz. Esto se ha demostrado en Suiza, en Holanda y en Andalucía.

En Andalucía tenemos un ensayo en stand-by, siendo netamente superior al suizo en términos metodológicos y sus resultados para el grupo tratado con DAM significativamente superiores en relación al grupo tratado con heroína en la mayoría de los parámetros estudiados. Tiene el problema de no haber obtenido la n que pretendía obtener. Esto es una lástima pero no es suficiente para invalidarlo.

De todas formas saludo el protocolo que ha aparecido en **Euskadi** aunque lamento que no sea en prisión, como inicialmente estaba previsto. La prisión es el lugar ideal para asegu-

rar la calidad metodológica que se esta demandando ya que en este medio, esta población es posible controlarla. Las experiencias en las dos prisiones de Suiza son muy satisfactorias.

Según los datos que obran en nuestro poder y en relación a nuestra experiencia clínica de 12 años de tratamiento: 20% de los usuarios que participan en los programas de heroína no responden al tratamiento, pero el 80% si de una población que estaba al 100% en fracaso terapéutico. En términos de reducción del consumo paralelo de otras sustancias, de la mejora de la calidad de vida y de la situación médico-psico-social, de la criminalidad y de la marginalidad. De estos 80%, un tercio toman iniciativas hacia la abstinencia, otros vuelven a integrar los programas de metadona y otros continúan en el PPH con sus altos y sus bajos. Por ello puedo decir que la prescripción controlada de heroína no pretende en ningún momento relevar a los programas libres de drogas ni hacernos entrar por la puerta de atrás a un mercado libre de drogas. La prescripción de heroína se inscribe en el marco de una política amplia y diversificada que se integra en cualquier programa de tratamiento global y diversificado.

La prescripción de heroína, como todo tratamiento farmacológico, tiene sus indicaciones y sus contraindicaciones. Pero lo que es seguro es que para el sector de población a los que van destinados tiene muchas ventajas y muy pocos inconvenientes. Tampoco genera problemas a largo plazo y en todo caso muchos menos que por ejemplo, las benzodicepinas, ni de tipo inmunitario ni degenerativo del sistema nervioso central. Los cambios morfológicos, aparecidos en la experimentación animal podrían corresponder a lesiones neuronales o a cambios adaptativos asociados a modificaciones del estado funcional de las neuronas dopaminérgicas. Además, ningún estudio epidemiológico ha confirmado todavía estos resultados. Por otro lado, una incidencia mayor de enfermedades neurodegenerativas ligada de manera



específica al consumo de heroína o al tratamiento con metadona nunca ha podido ser establecida.

En este sentido y en relación al futuro me atrevo a pedir al PND, que no se dedique a esperar los resultados aislados de las comunidades autónomas y coordine de manera multicéntrica lo que puede ser una alternativa real para muchos drogodependientes como pasa en Suiza, en Holanda y en Alemania. Por otro lado que se realicen proyectos de investigación adaptados a sus realidades sanitarias y psicosociales.

En España y sobretodo en Andalucía se consume la heroína y la cocaína por vía inhalatoria. En estos momentos, en Suiza, se está terminando el ensayo clínico con comprimidos que intenta demostrar su seguridad y tolerabilidad en pacientes con 3 criterios de selección:

- El consumo de heroína por inhalación.
- El que así lo decide en el proceso evolutivo positivo de su adicción, pasando de la vía parenteral a otra con menos riesgo y más normalizada.
- El deterioro grave del sistema venoso que impide su consumo por vía intravenosa.

Por otro lado, el consumo oral provoca también, para los consumidores concomitantes de cocaína, una disminución muy significativa de la euforia de la heroína y de la cocaína lo que disminuye sobremanera los trastornos de comportamiento.

Los resultados son francamente buenos. Todos los pacientes que yo he tenido en Ginebra con comprimidos, han dejado de consumir heroína inhalada y solo I siguió consumiendo cocaína. En estos momentos, en Suiza, el 20% de todos los pacientes en PPH están en tratamiento con DAM oral. Este método ya ha sido estudiado en Inglaterra pero sobretodo en el tratamiento del dolor y en la analgesia postoperatoria.

Los comprimidos de DAM no provocan euforia pero los usuarios refieren un cierto *flooding* con sensación de plenitud y de tranquilidad

subjetiva que empieza a los 30 minutos después de la toma del comprimido. En un principio se creía que no iba aportar más ventajas que la morfina oral pero los recientes estudios del equipo de Fatiguer en la Universidad de Zurich han puesto de manifiesto que con la administración de DAM oral la biodisponibilidad de la morfina es mayor. Es decir proporciona concentraciones plasmáticas más elevadas de morfina que la morfina oral. Además la cinética de la DAM oral tiene un pico de absorción rápida que explicaría la sensación subjetiva de ligera subida y *flooding* que los pacientes experimentan. La administración combinada de heroína retard y normal proporciona un efecto inicial de mayor intensidad asociado con un efecto sostenido retardado.

La **morfina oral** es también otra alternativa interesante para drogodependientes enfermos del SIDA o para los que la metadona ha provocado trastornos de la conducción cardíaca. Porque no olvidemos que la metadona tiene muchas **interacciones medicamentosas** ya que su metabolismo esta mediado por el sistema del citocromo P450 hepático. La heroína y la morfina carecen de interacciones medicamentosas clínicamente significativas ya que no utilizan esta vía de metabólica. En general se obtiene una mayor estabilidad en las dosis y una mejor respuesta en cuanto a las eventuales interacciones medicamentosas en el tratamiento de sus enfermedades de base: depresiones, terapias antituberculosas o SIDA.

No quiero dejar de saludar, antes de terminar, a la multitud de **centros de emergencia** social que se han abierto en España en los últimos años y las iniciativas de las **salas de consumo** de Madrid, por ser la primera, y la de Bilbao, por su gran coherencia en su gestión sanitaria y psico-social, consiguiendo integrar a la mayor parte de usuarios que circulaban por la calle, primero con un sala de inyección y después con una de inhalación en el contexto de una dinámica de compromiso conjunto de profesionales y de usuarios en pleno centro de Bil-



bao. Este centro también ha ayudado a cambiar el panorama que veíamos no hace mucho en la vía transformándolo en un consumo con los menos riesgos posibles.

Para finalizar...

Quiero felicitar al PND por su vuelta a Sanidad, y por la ley antitabaco aunque le pediría ir más suave. También por la represión del tráfico. Aunque creo que el tráfico de drogas, siempre deleznable, no es tan devastador como algunos mensajes que la sociedad de consumo nos envía y que quiero presentar aquí como reflexión final. Estos están manipulando la voluntad de nuestros jóvenes y de esta manera fomentando el consumo de drogas con el beneplácito, por omisión, de los poderes públicos en las sociedades occidentales. Hay algunos mensajes que son intolerables. Tenemos una sociedad de consumo que nos prepara para ser adictos. Ya no sirve amar la música, hay que ser, como dice la publicidad de la casa “*Virgin*” de Londres: adictos a la música. De todas maneras no es grave porque unos portales más allá nos encontramos el remedio: la tienda “*Therapy*” que se encargará de reparar los daños ocasionados. Ver para creer. La adicción representada como un valor de la sociedad de consumo. Yo, tras ver este anuncio, me pregunto si cuando trabajamos directamente con los usuarios no nos situamos en otro planeta. Tenemos que tomar en cuenta el consumo, si queremos prevenirlo y tenemos que dar a la gente las alternativas necesarias para decidir en libertad. Hay muchas cosas que se nos han ido de las manos: el consumo de drogas, los precios y, lo que es más grave los mensajes manipuladores de la sociedad de consumo. Las escenas abiertas que aparecen en todas las ciudades y pueblos de España bajo forma de “botellón” deben ayudarnos a reflexionar sobre los mensajes, las alternativas de ocio y sobre el propio consumo que es una realidad de la que ni los profesionales ni los poderes públicos podemos negar. El llamado botellón no es más que una “vía alternativa” de un consumo que ha existido siempre y que se ha generalizado porque, entre otras cosas,

los precios han hecho inasequible el consumo convencional y controlado en los locales públicos y porque ya no existen lugares donde el consumo vaya acompañado de comunicación. Existen lugares en España que yo he visitado en los que el botellón no es problemático y donde los ayuntamientos han colaborado poniendo urinarios y contenedores para reducir los daños del mismo. No hay que reprimir este tipo de consumo sino prevenir el exceso y fomentar su compatibilidad con una serie de normas de conducta pero lo que es perverso como mensaje es tener por objetivo la simple vuelta de los jóvenes a los bares.

Tenemos dos realidades bajo un mismo concepto. Dos sociedades de consumidores de drogas, una estigmatizada, situada en barranquillas y otra socialmente integrada, en las plazas de las ciudades de España. Las dos tienen el mismo comportamiento: el recurso al consumo de drogas, legales o ilegales. ¿Con qué motivo? ¿Como recreación o como automedicación?.

Las sociedades conservadoras suelen ir por detrás de los cambios sociales. Marcan las pautas que toma como dogmas en los que se instala sin tener en cuenta los comportamientos actuales ni las tendencias. Por ello y porque España es una sociedad avanzada quisiera terminar invitando a todos no tanto a cambiar sino a mantener un **predisposición permanente de cambio** hacia el consumo a hacia los consumidores. Esta predisposición será la garantía de que nos podemos situar por delante de los cambios sociales en relación a dar las respuestas necesarias a aquellos que la necesitan y para aquellos que pensamos que no las necesitan.

Un cambio posible...

Porque ahora, más que nunca, se están acometiendo cambios históricos en materia de política social y de derechos ciudadanos invito al gobierno a acometer un cambio que alcance al consumo y a los consumidores de drogas. Un **cambio posible** hacia:



- El fomento de la investigación en el campo psicosocial.
- La diversificación efectiva de los enfoques terapéuticos en la oferta a los drogodependientes, incluyendo la utilización de agonistas adaptados al estado clínico de los más afectados.
- El control de los mensajes que manipulan la voluntad de los jóvenes convirtiéndolos en adictos al consumo.
- Contra la represión y la marginación del usuario.
- En definitiva, por la planificación política necesaria que nos sitúe por delante de los acontecimientos y no al revés.

Muchas gracias y felicidades, PND.

En reconocimiento al Consejo de la Juventud de Cantabria, en el 20 aniversario de su constitución.



Correspondencia: **Miguel Marset**. Director Médico adjunto, **Clínica La Métairie**, Nyon, Suiza.
mmarset@lametairie.ch

REFERENCIAS

- Ali R, Auriacombe M, Casas M, Cottler L, Farrel M, Kleiber D, Kreuzer A, Ogborne A, Rehm J, Ward P. (External Evaluation Panel) Report of The External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Substance Abuse Department) 1999.
- François A, Marset M, Mino A, Broers B. Follow-up of substance abusers having left the heroin prescription program in Geneva. *Basic and Clinical Science of Opioid Addiction*. Bibliotheca Psychiatrica, n° 170, 2003. Girardin F, Rentsch KM, Schwab MA, Maggiorini M, Pauli-Magnus C, Kullak-Ubick GA, Meier PJ, Fattinger K Pharmacokinetics of high doses of intramuscular and oral heroin in narcotic addicts. *Clinical Pharmacology & therapeutics*. October 2003.
- Henman A. *Drogues légales: L'expérience de Liverpool*. Editions du Léopard. 1995.
- Killias M, Aebi M, Ribeaud D, Rabasa J. Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. Institut de police scientifique et de criminologie. Université de Lausanne. Septembre 2002– Marset M. De l'héroïne à la diacetylmorphine. *Revista La Cène*. Paris, 1999.
- Marset M, Hevia A, Carrasco F, Perea E, Aceijas C, Ballesta R, Sánchez-Cantalejo E, Martos F, Ruiz I, March JC. Estudio comparativo, aleatorizado y abierto entre la prescripción diversificada de agonistas opioides apoyada en la diacetylmorfina administrada por vía intravenosa y la prescripción de metadona por vía oral—ambas en procedimientos individualizados, y protocolizados, con apoyo médico-psico-social— durante nueve meses en el tratamiento de pacientes dependientes de opioides que hayan fracasado en tratamientos anteriores: programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía (PEPSA). Escuela Andaluza de Salud Pública. Aprobado por la Agencia Nacional del Medicamento de España el 3 de Mayo de 2002.
- Marset M, François A, Broers B, Croquette-krokar M. Enfoque clínico y científico de los programas de prescripción de heroína. *Revista de la Sociedad Española Interdisciplinaria sobre el SIDA*. Volumen 14, número 5. Mayo de 2003.
- Mino A. Les prescriptions d'opiacés injectables : histoire-situation actuelle. Exemple genevois. Thèse de privat docent. Faculté de Médecine. Université de Genève, 1999.
- Mino A. Análisis científico de la literatura sobre la prescripción controlada de heroína o morfina. Informe solicitado por l'Office Fédéral de la Santé Publique Suisse. Ed. Citran, 1994.
- Perneger T., Giner F., Del Rio M., Mino A. Heroin maintenance under medical supervision: an experimental program for heroin users who fail in conventional drug abuse treatments. *BMJ*, Julio de 1998.
- Prochaska JO, Di Clemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. New York. Daw-Jones Irwin, 1984.
- Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller, Dobler-Mikola, Uchtenhagen A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet*, Vol 358. October 27, 2001.– Roques B. La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'État de la Santé. Editions Odile Jacob. 1999.
- Seidenberg A, Honegger U. Metadona, heroína y otros opioides. Manual para el tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. Traducción al español de Francisco Carrasco y Antonio Hevia. Editorial Díaz de Santos. Madrid, 2000.
- Strang J, Gossop M. Heroin prescribing in the British System: a historical review. *Eur Addiction Res* 1996; 2: 185–193.
- Uchtenhagen A., Dobler-Mikola A, Steffen T, Gutzwiller F, Blättler R, Pfeifer S. Prescription of narcotics for hewroin addicts. Main results of the Swiss National Cohort Study. Ed. Karger. Basel, 1999.
- Van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Huijsman IA, Van Ree JM : Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *BMJ* volume 327. 9 august 2003.