

Tratamiento de mantenimiento con heroína en Suiza: Regulando exitosamente la oferta y consumo de una droga inyectable de alto riesgo

En una serie de países –incluyendo a Suiza, el Reino Unido, Alemania, los Países Bajos, Australia y Canadá– se prescribe heroína para consumo bajo supervisión médica, como parte de exitosos programas de tratamiento a largo plazo para consumidores de opiáceos ilícitos.

El tratamiento de mantenimiento con heroína (HAT, por su siglas en inglés) es significativamente menos común que la terapia con sustitución de opiáceos (OST, por sus siglas en inglés). Ello se debe a que el primero está típicamente reservado para consumidores de opiáceos que han demostrado no responder a otras formas de tratamiento, y porque se le considera políticamente más controversial. Pero pese a su disponibilidad relativamente limitada, existe actualmente un significativo cúmulo de evidencia que demuestra su efectividad del. Esta evidencia brinda lecciones útiles para manejar una de las más riesgosas y problemáticas formas de consumo de drogas como un problema de salud pública, y no como un tema de justicia penal.

Reconocido legalmente como una intervención médica y, por ende, no sujeto a prohibición de las convenciones de drogas de las Naciones Unidas, el HAT muestra los potenciales beneficios que, desde una perspectiva más amplia y a nivel local, nacional e internacional—, se pueden obtener de trasladar la oferta y el consumo ilícitos de una droga hacia un mercado totalmente legal y estrictamente regulado. La experiencia de Suiza, país que se convirtió en pionero en la aplicación del HAT en la década de 1990, representa la fuente más amplia de evidencia empírica sobre los resultados de dicha transición. Tal experiencia sugiere que si esta forma de tratamiento se desplegara ampliamente –particularmente en los principales países consumidores— ello representaría no sólo importantes beneficios para muchas personas dependientes de la heroína, sino que también tendría un impacto significativo sobre la escala de los mercados ilícitos de drogas.

Antecedentes

La prescripción de heroína de calidad medicinal como tratamiento para la dependencia de heroína tiene una larga historia, habiéndose establecido firmemente como práctica médica en el Reino Unido por el Comité Rolleston en 1926¹, tras lo cual operó paralelamente a la criminalización de la heroína no prescrita bajo la legislación tanto nacional como internacional.² El “sistema británico”, como llegó a ser conocido, se mantuvo vigente hasta que las inquietudes respecto al creciente consumo de heroína entre los jóvenes, la excesiva

emisión de prescripciones, y el riesgo de desviación de la droga hacia mercados ilícitos, llevaron a la introducción de severas restricciones en 1967. Pese a un aumento exponencial del consumo desde entonces, en la actualidad menos de 200 de los más de 200,000 consumidores de heroína en el Reino Unido reciben ésta bajo prescripción médica.

Durante las décadas de 1970 y 1980, Suiza, al igual que gran parte de Europa, experimentó un rápido aumento en el número de consumidores de heroína inyectable pero, en última instancia, adoptó un modelo legislativo muy diferente al del Reino Unido.

Hacia la década de 1980, el consumo de heroína se había convertido en una verdadera crisis de salud pública, al hacerse evidente que la inyección de sustancias ilícitas –y particularmente las conductas de alto riesgo como el uso compartido de agujas– estaba relacionada con altas tasas de transmisión del VIH. En 1986, Suiza tenía aproximadamente 500 casos de infección por VIH por cada millón de habitantes, la tasa más alta de Europa Occidental en esa época.³ Hacia 1989, la mitad de todos los nuevos casos de transmisión del HIV estaban vinculados con la inyección de drogas ilícitas.⁴ Hacia 1990, la prevalencia de VIH entre quienes reportaban consumir drogas durante más de 10 años era superior al 40% y las tasas de mortalidad en esa población eran igualmente altas antes del desarrollo de tratamientos efectivos contra el VIH/SIDA. Adicionalmente, existían crecientes temores de que el contacto sexual con consumidores de drogas inyectadas llevase a un aumento de las tasas de infección por VIH entre la población en general.

Mientras el problema aumentaba, las respuestas iniciales consistían mayormente en las tradicionales campañas de mano dura a cargo de las fuerzas del orden. La ley federal sobre drogas en Suiza fue reconsiderada en 1975, para incluir un mayor énfasis en la abstinencia, lo cual llevó a un considerable aumento de los arrestos, así como al registro obligatorio de consumidores y vendedores de drogas ilícitas a cargo de la policía – además del rechazo a medidas para la reducción de daños como programas de distribución de agujas y jeringas (NSP), y la imposición de onerosos

requerimientos sobre las licencias para prescribir metadona. Esta respuesta fracasó, y la inyección de drogas ilícitas y los consiguientes problemas de salud continuaron en rápido aumento. Zúrich se convirtió en un foco principal de este fenómeno, y el número de consumidores de drogas inyectables en esa ciudad creció de menos de 4,000 en el año 1975 cuando se revisó la ley sobre drogas, hasta unos 10,000 en 1985, 20,000 en 1988, y 30,000 en 1992.⁵

En la medida en que el consumo callejero de drogas inyectables en Zúrich se hacía cada vez más visible, problemático y políticamente delicado, se exigieron nuevos enfoques. En 1987, las autoridades municipales tomaron una decisión pragmática, tratando de contener y manejar la situación mediante la creación de una zona de tolerancia –el parque de Platzspitz– donde se permitía el consumo de drogas. El espacio pronto se hizo conocido como el “Parque de las Agujas”, y permitió contener y manejar en cierta medida el fenómeno de inyección de drogas, así como facilitar la provisión focalizada de servicios de salud. Entre 1988 y 1992, el proyecto ZIPP-AIDS establecido en ese parque atendió 6,700 episodios de sobredosis, vacunó a miles de personas contra la hepatitis B, y distribuyó 10 millones de jeringas estériles.⁶

Los continuos problemas de salud y delincuencia vinculados al “Parque de las Agujas”, y particularmente su desborde hacia áreas vecinas, llevaron en última instancia a su abrupto cierre en 1992. En otro ejemplo del “efecto globo”, el



Un espacio supervisados de inyección, Bern, Suíza.

consumo de drogas simplemente se desplazó a otros lugares y los problemas continuaron. Sin embargo, la manera en que la intervención había priorizado de manera pragmática los intereses de salud, ayudó a dar forma a las discusiones que siguieron sobre las respuestas de política pública a la inyección de drogas. Una vez más, resultaba evidente que se requería de nuevos enfoques.

En 1991, a instancias de las municipalidades y gobiernos de los cantones, la Oficina Federal de Salud Pública creó un nuevo programa nacional para reconsiderar estos problemas. Reflejando experiencias anteriores, las respuestas que surgieron tenían una orientación de salud pública, incluyendo una combinación de intervenciones establecidas para la reducción de daños (OST y NSP), provisión de tratamiento y apoyo social, así como una nueva invocación para explorar el HAT. En 1992, un cambio en la legislación permitió tal exploración.

El modelo del HAT en Suiza se diferenció del antiguo sistema británico no permitiendo que los pacientes se “llevaran a casa” las drogas prescritas y haciéndolos concurrir a un centro de salud una o dos veces al día para consumirlas allí bajo supervisión médica. La idea era combinar los beneficios de un suministro de drogas prescritas (heroína de potencia y pureza conocidas, libre de contaminantes o adulterantes, y usando equipos estériles de inyección) con el acceso periódico a los servicios y las ventajas de un consumo supervisado en un espacio seguro e higiénico (como el que se encuentra en los espacios supervisados de inyección que ofrece Insite en Canadá)⁸, al tiempo en que se evitaba que las drogas prescritas se desviaran al mercado ilícito.

Los primeros centros de salud que administraron el HAT se abrieron en 1994 como parte de un proyecto piloto a nivel nacional de tres años de duración. A fines de 1997, el gobierno federal aprobó una expansión a gran escala del piloto, orientado a satisfacer el 15% de la demanda en el país, misma que se estimaba en 30,000 consumidores de heroína que presentaban un consumo de largo plazo y no habían respondido a otros tratamientos. Los programas fueron explícitamente diseñados e implementados como una investigación empírica, rigurosamente documentada y evaluada, y evolucionaron junto con los resultados generados, siguiendo la consulta

y el debate públicos. De esta manera, fue posible que el modelo de políticas se desarrollase a partir de un experimento científico, para convertirse en un marco de políticas más formalizado que gozaba de creciente respaldo público – proceso que se benefició de los resultados abrumadoramente positivos.

Resumen de Impactos

El cambio de la ley o de la estructura regulatoria para permitir la prescripción de heroína, aunque importante, no ha impulsado por sí mismo todos los resultados positivos enumerados a continuación. Éstos reflejan también la transición más amplia de un modelo enfocado en la justicia penal hacia uno de salud pública, y la consiguiente inversión en servicios. Sin embargo, el cambio en cuanto a políticas y legislación, al igual que la introducción de enfoques de descriminalización en otros países, han posibilitado y facilitado este cambio.

- Mejoras significativas en la salud para de los participantes del programa HAT
- Las dosis de consumo de heroína se estabilizaron, usualmente en dos o tres meses, en lugar de aumentar como algunos habían temido
- Se redujo significativamente el consumo ilícito de heroína (y de cocaína)
- Hubo una considerable disminución de la actividad criminal entre los participantes del programa HAT para solventar su consumo de heroína. (Este beneficio por sí sólo excedió el costo del tratamiento)⁹
- La heroína dispensada por el programa no se desvió al mercado ilícito
- Se redujeron los índices de iniciación de nuevos consumidores de heroína (la medicalización de la heroína la hizo menos atractiva) y, a su vez, se dio una disminución del tráfico callejero de la heroína y del reclutamiento de consumidores como vendedores^{10, 11}
- La aceptación de tratamientos distintos al HAT, especialmente el de metadona, aumentó en lugar de disminuir (como algunos habían temido que ocurriría)

Estos resultados positivos se han reproducido en otros países que emplean el programa HAT al estilo de Suiza. Una evaluación de estos programas realizada en 2012 por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) concluyó que el tratamiento de mantenimiento con

heroína puede producir los siguientes resultados¹²: “una ‘sustancial mejora’ de la salud y el bienestar [de los participantes]; ‘importantes reducciones’ del consumo sostenido de heroína ilícita; ‘un significativo abandono de las actividades delictivas’, como delitos económicos para solventar el consumo de drogas; y ‘marcadas mejoras en la integración social’ (por ejemplo, vivienda estable, mayor tasa de empleo)”¹³. Una evaluación similar realizada por la reconocida institución Cochrane Collaboration –considerada por muchos como el estándar de calidad para evaluaciones de evidencias en el campo de los servicios de salud llegó a conclusiones similares.¹⁴

Pero pese a evidencia sobre su eficacia, hay una disponibilidad limitada de este tipo de tratamiento incluso en los pocos países donde ya existe pues su acceso se condiciona a estrictos criterios incluyendo el consumo de largo plazo y falta de respuesta a otros programas de tratamiento. Así pues, es posible que los beneficios del HAT se extendieran si dichas barreras de acceso se redujeran. Hasta el momento sólo se ha realizado un estudio sobre esa posibilidad, el cual determinó que, en comparación con la OST, el HAT no producía diferencias en cuanto a impactos positivos sobre salud, pero sí resultaba en reducciones mayores respecto al consumo de drogas ilícitas.¹⁵

Se han ensayado otros modelos similares al HAT, como la prescripción de heroína para fumar, cigarrillos de heroína u opiáceos para fumar, pero hasta el momento no han sido adecuadamente investigados. El modelo del HAT también podría adaptarse a otras drogas actualmente ilícitas. De hecho, ya existen programas que prescriben drogas populares para consumidores dependientes de anfetaminas.¹⁶

Efectividad en función de costos

Se han realizado estudios para evaluar la efectividad del HAT en función de sus costos en tres países: Suiza, Alemania y los Países Bajos. Esos estudios declaran que los costos oscilan entre €12,700 y €20,400 por paciente al año – considerablemente mayores que los de la OST (estimados entre €1,600 y €3,500 por paciente al año, empleando metadona) y que ello se debe tanto al mayor costo de la droga, como a los gastos adicionales para establecer y mantener los espacios supervisados de consumo. Sin embargo, los estudios también indican que, a pesar de esta

diferencia, el gasto es compensado con creces por el “significativo ahorro para la sociedad” que se obtiene al , reducir los gastos en procedimientos penales y encarcelamiento. El EMCDDA señala: “Si un análisis de efectividad en función de costos toma en cuenta todos los parámetros relevantes, especialmente en relación con la conducta criminal, se ahorra dinero [con el HAT]”.¹⁷ El EMCDDA concluye: “Aunque [el HAT] puede ser un útil complemento para nuestro conjunto de recursos de tratamiento para consumidores de opiáceos, no es una solución para el problema de la heroína... Pero se observan grandes ventajas para los beneficiarios del programa, así como para sus familias y la sociedad”.

En Suiza, los resultados generalmente exitosos también se reflejaron en cambios en la opinión pública. A mediados de la década de 1990, tres cuartas partes de la población identificaban las drogas como uno de los problemas más graves del país; hacia el 2007, esa cifra había caído a un octavo de la población.¹⁸ La reducción del altamente visible consumo público de drogas fue ciertamente identificada como una de las razones clave del respaldo hacia el HAT.¹⁹ En un referendo nacional llevado a cabo en 2008, el público suizo votó abrumadoramente en favor de hacer permanente el programa.²⁰

Beneficios internacionales

Se ha calculado que sólo el 10% de los consumidores de heroína en Suiza (la mayor parte de los cuales corresponden a la población objetivo del HAT) usan cerca del 50% de toda la heroína que se importa en el país.²¹ Como resultado, la reducción de su consumo de drogas ilícitas al ingresar al programa HAT (y la ausencia de incrementos en cuanto a nuevos consumidores) representaría una sustancial disminución en el tráfico de heroína ilícita que se consume en este país. De modo que además de los beneficios potenciales a nivel individual y doméstico para los países consumidores, si estos programas se extendieran ampliamente, ello podría reducir significativamente la demanda global de heroína ilícita. Ello a su vez llevaría a una correspondiente reducción de la producción, tránsito y oferta ilícitas – y de los vastos costos que estas actividades generan en relación con la criminalidad.

tránsito y oferta ilícitas – y de los vastos costos que estas actividades generan en relación con la criminalidad.

Las Citas

- 1 Junta de Ciencias de la Asociación Médica Británica (2013), “Chapter 5 – Drug policy in the UK: from the 19th century to the present day” [Capítulo 5 – Política sobre Drogas en el RU: desde el siglo XIX al presente], en: *Drugs of dependence: the role of medical professionals* [Drogas de dependencia: la función de los profesionales médicos]. <http://bma.org.uk/news-views-analysis/in-depth-drugs-of-dependence/full-report>.
- 2 La legislación pertinente es la Ley de Drogas Peligrosas del RU de 1920, y la Convención Internacional de La Haya sobre Opio de 1912.
- 3 Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA (EuroHIV) (1999) “HIV/AIDS surveillance in Europe” [Vigilancia del VIH/SIDA en Europa], San Mauricio, Francia. http://www.eurohiv.org/reports/report_61/pdf/report_eurohiv_61.pdf.
- 4 Savary, J.F., C. Hallam, y D. Bewley-Taylor (2009) “The Swiss four pillars policy: an evolution from local experimentation to federal law (Briefing Paper no. 18)” [Los cuatro pilares de las políticas suizas: una evolución de experimentación local a ley federal (Documento Informativo N° 18)], The Beckley Foundation. http://www.great-aria.ch/pdf/Infos/Beckley_Briefing_2009.pdf
- 5 Grob, P.J. (2009), “Zürcher ‘needle-park’: Ein Stück Drogengeschichte und -politik 1968–2008” [El “Parque de las Agujas” en Zúrich: Una pequeña historia sobre drogas y dinámicas políticas, 1968-2008], Zúrich: Chronos Verlag.
- 6 *Ibid.*
- 7 El efecto globo describe la manera en la cual las fuerzas del orden, en lugar de eliminar el problema de las drogas, a menudo meramente lo desplazan a otros lugares – como el aire se mueve dentro de un globo al aplastarlo.
- 8 Para mayor información, consultar: <http://supervisedinjection.vch.ca/>
- 9 Killias, M. (2009) “Commentaires sur Peter Reuter/Dominic Schnoz, ‘Assessing drug problems and policies in Switzerland, 1998–2007’” [Comentarios sobre el trabajo de Peter Reuter/Dominic Schnoz, “Evaluando problemas y políticas sobre drogas en Suiza, 1998–2007”].
- 10 Killias, M. y M. Aebi (2000), “The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland” [El impacto de la prescripción de heroína sobre los mercados de esta sustancia en Suiza], *Crime Prevention Studies*, vol. 11, pp. 83-99. http://www.popcenter.org/library/crimeprevention/volume_11/04-Killias.pdf
- 11 Reuter, P. y D. Schnoz (2009), “Assessing drug problems and policies in Switzerland, 1998–2007” [Evaluando problemas y políticas sobre drogas en Suiza, 1998–2007], Oficina Federal Suiza de Salud Pública.
- 12 EMCDDA (2012a). “New heroin-assisted treatment: Recent evidence and current practices of supervised injectable heroin treatment in Europe and beyond” [Nuevo tratamiento de mantenimiento con heroína: Evidencia reciente y prácticas actuales de tratamiento supervisado de heroína inyectable en Europa y otros lugares], Lisboa: Portugal. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/heroin-assisted-treatment>
- 13 EMCDDA (2012b), “EMCDDA report presents latest evidence on heroin-assisted treatment for hard-to-treat opioid users” [Informe del EMCDDA

presenta últimas evidencias de tratamiento de mantenimiento con heroína para consumidores de opiáceos de difícil tratamiento], 19 de abril de 2012. <http://www.emcdda.europa.eu/news/2012/1>.

14 Ferri, M., M. Davoli, C.A. Perucci (2011), “Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals” [Mantenimiento con heroína para personas con dependencia crónica a la heroína], *Cochrane Drugs and Alcohol Group*.

[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003410.pub4/](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003410.pub4)

15 Haasen, C., U. Verthein, F.J. Eiroa-Orosa, et al. (2010), “Is heroin-assisted treatment effective for patients with no previous maintenance treatment? Results from a German randomised controlled trial” [¿Es efectivo el tratamiento de

mantenimiento con heroína para pacientes sin previo tratamiento de mantenimiento? Resultados de un ensayo controlado al azar], *European Addiction Research*, vol. 16, pp. 124-130. http://findings.org.uk/PHP/dl.php?file=Haasen_C_5.txt&s=eb.

16 Merrill, J., et al. (2004) “Dexamphetamine Substitution as a Treatment of Amphetamine Dependence: A Two-Centre Randomised Controlled Trial” [Sustitución de Dexanfetamina como Tratamiento de la Dependencia de Anfetaminas: Un Ensayo Controlado al Azar en Dos Centros], Departamento de Salud del Reino Unido. http://dmri.lshtm.ac.uk/docs/mcbride_es.pdf

17 EMCDDA (2012b), “EMCDDA report presents latest evidence on heroin-assisted treatment for hard-to-treat opioid users” [Informe del EMCDDA presenta últimas evidencias de tratamiento de mantenimiento con heroína para consumidores de opiáceos de difícil tratamiento], 19 de abril de 2012. <http://www.emcdda.europa.eu/news/2012/1>

18 Reuter, P. y D. Schnoz (2009), “Assessing drug problems and policies in Switzerland, 1998–2007” [Evaluando problemas y políticas sobre drogas en Suiza, 1998–2007], Oficina Federal Suiza de Salud Pública.

19 Gutzwiller, F. y A. Uchtenhagen (1997), “Heroin Substitution: Part of the Fight Against Drug Dependency” [Sustitución con Heroína: Parte de la Lucha contra la Dependencia de Drogas], en: Lewis, D., C. Gear, M. Laubli Loud y D. Langenick- Cartwright (eds.) (1997), *The Medical Prescription of Narcotics: Scientific Foundations and Practical Experiences* [La Prescripción Médica de Estupefacientes: Bases Científicas y Experiencias Prácticas], Seattle: Hogrefe and Huber Publishers.

20 Associated Press (2008), “Swiss Vote to Keep Program Giving Addicts Heroin” [Los Suizos Votan para Mantener Programa que Da Heroína a Adictos], 30 de noviembre de 2008. <http://www.nytimes.com/2008/12/01/world/europe/01swiss.html>

21 Killias, M. y M. Aebi (2000), “The impact of heroin prescription on heroin markets in Switzerland” [El impacto de la prescripción de heroína sobre los mercados de esta sustancia en Suiza], *Crime Prevention Studies*, vol. 11, pp. 83-99. http://www.popcenter.org/library/crimeprevention/volume_11/04-Killias.pdf

Publicado mayo de 2016
Autor Steve Rolles

Diseño gráfico: George Murkin

www.tdpf.org.uk | info@tdpf.org.uk | +44 (0)117 325

TRANSFORM
Getting drugs under control



@transformdrugs