



Guía para la puesta en marcha del programa

DIRECCIÓN TÉCNICA

Subcomisión de prevención. Plan Nacional sobre el sida

Coordinador

Daniel Zulaica Aristi

Miembros

José Luis Bimbela Pedrola

Angela Bolea Laguarda

Dulce Martínez Barquín

Cristina Menoyo Monasterio

Milagros Montoya Ramos

Isabel Noguer Zambrano

Anna Rodés Monegal

Mónica Suárez Cardona

Aranzazu Urcelai Iñurritegui

Equipo de trabajo

Angela Bolea Laguarda

Cristina Menoyo Monasterio

Anna Rodés Monegal

1. INTRODUCCIÓN

Desde 1990, España es el primer país europeo en tasas de incidencia de sida. En 1994, fecha en la que se comienza a aplicar en nuestro país la nueva definición de caso de sida para la Región Europea, no sólo sigue teniendo las mayores tasas de incidencia, sino que encabeza en números absolutos los casos nuevos diagnosticados. Por categorías de transmisión, España ocupa el primer lugar en casos atribuidos al uso de drogas por vía parenteral (64 % del total de casos declarados a 30 de junio de 1996) 1, es el país que ha declarado un número mayor de casos de sida pediátrico (por transmisión vertical) y, desde 1994, se sitúa a la cabeza en tasa de incidencia por transmisión heterosexual2.

En España se estima que más del 50% de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) están infectados por el VIH. El uso compartido del equipo de inyección (agujas, jeringuillas u otros) es la principal práctica de riesgo para la infección entre los UDVP. Aunque la frecuencia de esta práctica parece estar disminuyendo, distintos estudios realizados entre UDVP en España3-7 en los últimos años han puesto de manifiesto que, entre un 29% y un 45% de ellos habían compartido jeringuillas con otros usuarios, en el último mes o en los últimos seis meses, con una frecuencia variable. Por otra parte, aunque entre un 85% y un 98% de ellos referían limpiarlas antes de su reutilización, el método utilizado era incorrecto en la mayoría de los casos (aclarado con agua fría en un 85-90%).

En dichos estudios, entre un 50 y un 70% de los UDVP entrevistados referían haber mantenido relaciones sexuales en el último mes o en los últimos seis meses y el 35-45% de ellos afirmaba no haber utilizado nunca preservativos en éstas. Entre el 55-60% de los UDVP sexualmente activos referían haber tenido alguna pareja no inyectora

de drogas en el último año⁸. Entre un 20 y un 45% de las mujeres UDVP incluidas en dichos estudios había tenido relaciones sexuales de tipo comercial.

Tanto la transmisión heterosexual como vertical del VIH en nuestro país se encuentran indirectamente relacionadas con el uso de drogas por vía parenteral en condiciones poco higiénicas, constituyendo actualmente los UDVP la principal fuente de infección. Así, el 76% de las mujeres que han contraído el sida por relaciones heterosexuales y de las que se dispone de información acerca de la pareja, se han infectado a través de relaciones sexuales con un UDVP y el 69% de los niños con sida, con información disponible acerca de la categoría de transmisión de la madre, son hijos de mujeres UDVP ¹.

La meta de todo programa dirigido a drogodependientes es el abandono del consumo de la sustancia activa. Sin embargo, la experiencia acumulada en muchos años muestra cómo, un número importante de usuarios continúa consumiendo, un porcentaje importante continúan inyectándose drogas, muchos de ellos en condiciones poco higiénicas y, un número todavía mayor mantiene además otras prácticas de riesgo para la infección por VIH (relaciones sexuales sin protección). La rápida difusión de esta infección entre la población UDVP, la frecuencia de prácticas de riesgo para dicha transmisión y la ausencia de tratamiento y vacunas eficaces frente a la misma, han obligado a un replanteamiento de los programas existentes. Parece cada vez más evidente que los esfuerzos deben dirigirse, en primer lugar, a reducir la morbi-mortalidad relacionada con el hábito de consumir drogas y, en segundo lugar, a tratar la dependencia.

De este planteamiento surgen las estrategias de reducción de riesgos entre los UDVP, cuyo objetivo es disminuir las consecuencias adversas del consumo de drogas, sin reducir necesariamente el consumo de las mismas. Los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ), son quizá el prototipo de programas de reducción de riesgos entre los UDVP.

El primer PIJ se puso en marcha en Holanda en 1984, con el objetivo de evitar la propagación de una epidemia de hepatitis B entre la población UDVP ⁹. Posteriormente, tras comprobarse su efectividad no sólo para prevenir la hepatitis B sino también la infección por el VIH, estos programas se expandieron por otros países de la Unión Europea, Australia, Canadá y Estados Unidos y sólo muy recientemente en España. Las conclusiones de un estudio realizado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos sobre el impacto de los PIJs en la salud pública avalan la adecuación de este tipo de programas ¹⁰.

El presente documento pretende facilitar a los distintos profesionales que trabajan en sida o en la atención a personas que consumen drogas, información básica sobre los PIJs: objetivos, requisitos de aplicación, modelos de funcionamiento, recursos necesarios, limitaciones y problemas e indicadores para su evaluación, a fin de crear, en nuestro país, un marco homogéneo para su desarrollo.

2. LA ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS

La estrategia de reducción de los riesgos asociados al consumo de drogas, abarca todas las actuaciones comunitarias e individuales, sanitarias o sociales, que tienen como objetivo disminuir la morbilidad y la mortalidad asociadas al consumo de drogas, minimizando sus efectos negativos sobre la salud individual y colectiva. Desde esta perspectiva, se acepta el mantenimiento del consumo de drogas, dejando la abstinencia como objetivo alcanzable a largo plazo y se intenta educar a las personas que las consumen sobre la prevención de los daños asociados a su administración¹¹.

Como se deduce de la definición anterior, el objetivo de estos programas es facilitar a las personas que consumen drogas y que no desean abandonar el consumo o que no están en condiciones de hacerlo, la ayuda necesaria para que mejore su estado de salud y sus condiciones de vida.

Para garantizar la eficacia de las estrategias o programas de reducción de riesgos asociados al consumo inyectado, éstos deben basarse en las siguientes premisas básicas¹²:

- Realismo: Se acepta la evidencia de que no todos los UDVP están en condiciones de realizar un tratamiento de desintoxicación y de que muchos de los que consumen no se acercan ni contactan con los servicios sanitarios existentes.
- Pragmatismo: Estos programas no pueden resolver todos los problemas asociados al consumo de drogas debiendo, por lo tanto, ser considerados como programas integrados en el marco de una política global de actuación frente al consumo de drogas ilegales.
- Actitud de acercamiento a los UDVP por parte de los trabajadores de estos programas, que permita la implicación de los usuarios en los mismos: Sólo de este modo puede esperarse de estos programas un contacto adecuado con una parte importante de la población UDVP, pudiendo convertirse en programas "puente" hacia otros servicios socio-sanitarios.
- Optimismo: Numerosos estudios ya han mostrado que los UDVP son capaces de modificar sus hábitos para reducir los riesgos relacionados con el consumo de drogas. La introducción de estos programas ha conseguido la estabilización de la prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea entre los UDVP, en aquellos lugares en los que se han implantado.

El Reino Unido, Holanda y Suiza son los máximos representantes en la puesta en marcha de estrategias y programas para favorecer el acercamiento a los UDVPs. Entre estos programas pueden destacarse los siguientes: Programas de dispensación de lejía para la desinfección del material de inyección, Programas de Intercambio de Jeringuillas, Programas de Mantenimiento con Metadona de bajo umbral de exigencia, Centros de acogida para UDVPs, Programas de dispensación de opiáceos inyectables y Salas de inyección de drogas.

3. PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

1. ¿Qué son los PIJ?

Los PIJs, básicamente, son programas que proveen a los UDVP de material de inyección estéril y otro tipo de servicios, de forma gratuita, a cambio de la entrega de sus jeringuillas usadas.

El intercambio de jeringuillas, no obstante, no debe ser en ningún caso el fin último de estos programas. Por el contrario, éstos forman parte de una estrategia global de "reducción de riesgos", que incluye educación sanitaria, consejo y acercamiento de los UDVP que lo requieran o lo demanden a los servicios socio-sanitarios de atención existentes.

2. Objetivo general

El objetivo esencial de un PIJ es común al objetivo general de otros programas de reducción de riesgos: prevenir la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea en la población usuaria de drogas inyectables, evitando el uso compartido de jeringuillas.

3. Objetivos específicos

- Acceder con el programa al mayor número posible de los UDVP que no contactan con otro tipo de programas o servicios de atención a drogodependientes.
- Reducir el número de jeringuillas contaminadas por VIH u otros gérmenes patógenos en circulación dentro de la comunidad de UDVP.

- Favorecer la adopción de conductas saludables y la modificación de los comportamientos de riesgo, tanto de inyección de droga como sexuales, entre los UDVP.
 - Facilitar el acceso de los UDVPs a los servicios socio-sanitarios y a los programas de tratamiento de la drogodependencia existentes.
 - Disminuir el número de agujas/jeringuillas abandonadas en lugares públicos.
 - Obtener información de lo que está ocurriendo en los escenarios de drogadicción y sobre las necesidades y demandas de la población UDVP.
4. Actividades de los PIJs

Las actividades fundamentales que llevan a cabo los PIJs para la consecución de estos objetivos son fundamentalmente tres:

- Distribución de material de inyección estéril (jeringuillas, toallitas de alcohol, agua para inyección, ácido cítrico, etc.), preservativos y recogida y eliminación de las jeringuillas usadas. Algunos PIJs proporcionan también a los UDVP lejía para la desinfección del material de inyección usado, antes de su reutilización, en el caso de que el usuario no disponga en este momento de un equipo estéril
- Proporcionar información, educación sanitaria y consejo a los usuarios del programa.
- Derivación de los usuarios que lo requieren o lo desean, a otros recursos socio-sanitarios existentes en el área de actuación del programa.

Es importante garantizar la estabilidad y continuidad en el tiempo de estas actividades.

4. EFICACIA DE LOS PIJs

Numerosos estudios realizados en Estados Unidos y en diversas ciudades europeas han observado una menor frecuencia de uso compartido de material de inyección y tasas de incidencia de infección por VIH y hepatitis B entre los usuarios de los PIJs que entre los no usuarios^{10,13-19}. En ninguno de ellos se ha demostrado que los PIJs contribuyan a incrementar el número de usuarios de drogas inyectables. Por el contrario, se ha observado que los usuarios de los PIJs son UDVP con gran antigüedad en la inyección de drogas y con un riesgo significativo para la infección por VIH.

El intercambio de jeringuillas presenta además las siguientes ventajas:

En primer lugar, la mayoría de los PIJs presentan altas tasas de retorno de las jeringuillas suministradas (superior al 70%). Como resultado de su actividad se ha observado una disminución del número de jeringuillas desechadas en lugares públicos, por lo que permiten prevenir posibles exposiciones accidentales de la población por pinchazo con éstas¹⁰.

En segundo lugar, como ha puesto de manifiesto el estudio de un PIJ que funciona en la ciudad de New Haven (Estados Unidos)²⁰⁻²² analizando las jeringuillas devueltas al programa, los PIJ contribuyen a disminuir el tiempo de circulación de las jeringuillas en la comunidad de UDVP. Como consecuencia se reduce la oportunidad de compartirlas y, por tanto, la probabilidad de infección por VIH y otros microorganismos patógenos. Los autores estiman que el programa ha contribuido a reducir en más de un 30% las nuevas infecciones por VIH en los usuarios del mismo. Asimismo, han evidenciado una reducción significativa del porcentaje de jeringuillas contaminadas por el VIH que retornan al programa, pasando del 66% al inicio del mismo al 41% al año y medio de funcionamiento.

En tercer lugar, otros estudios han demostrado que los PIJs pueden ser eficaces para referir a los UDVP que lo requieran a servicios médicos o sociales adecuados e incluso

facilitar, a los que estén motivados para ello, el acceso a un programa de tratamiento de su drogodependencia 10,23.

Los cambios observados en relación con la modificación de las conductas sexuales de riesgo son mucho más limitados.

La capacidad de los PIJ para disminuir la incidencia de nuevas infecciones por VIH u otros microorganismos transmitidos de forma similar a éste, entre las personas pertenecientes al entorno de los UDVP incluidos en estos programas (otros UDVP no usuarios de los PIJs y/o sus parejas sexuales), ha sido menos estudiada.

Aunque, por problemas metodológicos de la mayoría de los estudios realizados sobre la efectividad de los PIJs es difícil establecer una relación causa-efecto entre éstos y los resultados observados en los mismos, la consistencia de estos hallazgos evidencia que la combinación de medidas de prevención es efectiva para disminuir la propagación de la infección por VIH.

De cualquier forma, dada la rapidez con que se extiende esta infección entre los usuarios de drogas, aunque dicha evidencia no sea definitiva, el desarrollo de éste y otros tipos de programas de prevención, actuando de forma complementaria, es imprescindible.

5. TIPOS DE PIJ

Los PIJs pueden llevarse a cabo con recursos humanos o con medios mecánicos (máquinas intercambiadoras de jeringuillas o MIJs y máquinas expendedoras de preservativos). Ambos tipos pueden desarrollarse en distintos ámbitos: locales de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), Centros de atención a drogodependientes, oficinas de farmacia, Centros de Salud u otros centros sanitarios o a través de agentes de salud que recorren a pie o con unidades móviles (furgonetas) los lugares frecuentados por UDVPs.

1. En nuestro país, estos programas reciben el respaldo de las distintas administraciones (central, autonómica o local) y de distintas instituciones (Sanidad, Bienestar Social, Diputaciones, Ayuntamientos, ONGs, etc.)

PIJs que utilizan recursos humanos

Estos programas pueden ser móviles o estáticos y el trabajo puede realizarse en espacios abiertos (calle) o cerrados (locales).

Asumiendo las peculiaridades propias de cada programa, esta modalidad de PIJ, respecto a los PIJs que utilizan únicamente recursos mecánicos, presenta las siguientes ventajas e inconvenientes:

Ventajas

- Permiten establecer un contacto personal directo con los usuarios, posibilitando la oferta de información y consejo sanitario, de realizar una intervención motivacional para la adopción de hábitos saludables y de facilitar la derivación a otros servicios socio-sanitarios.
- Aseguran una mayor estabilidad del programa, tanto en el suministro de jeringuillas estériles como en la recogida de las usadas, al obviarse los posibles fallos mecánicos de las máquinas intercambiadoras de jeringuillas (MIJs)

Inconvenientes

- Requieren de la colaboración de personal en número suficiente, motivado y adecuadamente entrenado.

- Aunque se establezcan mecanismos para salvaguardar la confidencialidad, eliminan el anonimato.
- Salvo excepciones, la disponibilidad horaria es limitada.
- Su coste es elevado.

2. PIJs que utilizan medios mecánicos: MIJs

Las máquinas intercambiadoras, previa introducción de una jeringuilla usada, facilitan una jeringuilla o equipo de inyección estéril. Presentan las siguientes ventajas e inconvenientes respecto a los otros tipos de PIJs:

Ventajas

- No hay limitaciones horarias en el acceso de los usuarios al intercambio, que puede realizarse durante las 24 horas del día, incluidos los días festivos y los fines de semana.
- Preservan la confidencialidad del usuario. Esto puede ser especialmente conveniente para un determinado tipo de usuarios, sobre todo los jóvenes y/o personas recién iniciadas en el uso inyectado de drogas.

Requieren poco personal para su mantenimiento, por lo que su coste económico es bajo.

Inconvenientes

- El contacto personal queda anulado, perdiéndose la posibilidad de realizar la intervención educativa o la oferta al usuario de cualquier otro tipo de ayuda.
- Vulnerabilidad. Los problemas mecánicos pueden ser frecuentes, interrumpiéndose el suministro de jeringuillas estériles.

Para el adecuado cumplimiento de los objetivos que se proponen estos programas, los PIJs que utilizan recursos humanos son preferibles a los que utilizan exclusivamente medios mecánicos. Sin embargo estos últimos pueden ser una alternativa válida en determinadas situaciones (prisiones) y cuando la disponibilidad horaria de los anteriores es limitada.

6. RECURSOS NECESARIOS

Para la puesta en marcha de PIJs es necesario disponer de los siguientes recursos humanos y materiales:

1. Recursos humanos

En el desarrollo de estos programas pueden participar distintos tipos de profesionales (sanitarios, trabajadores sociales, educadores, psicólogos u otros), usuarios activos de drogas o ex- usuarios y voluntarios, siendo imprescindible que estén adecuadamente entrenados, motivados y que trabajen correctamente coordinados.

La colaboración de UDVP o ex-UDVP como agentes de prevención en este tipo de programas es decisiva. Su conocimiento del mundo de las drogas y por tanto su credibilidad y empatía con otros usuarios, facilita que la información y la prevención se integre y se potencie desde su propia subcultura y redes sociales, permitiendo además el contacto con UDVP alejados del sistema.

Como contrapartida habrá que considerar:

- En el caso de usuarios de drogas activos, pueden plantearse algunos problemas en relación a la continuidad de su colaboración con el programa.
- En el caso de ex-UDVPs, hay que valorar la posibilidad de recaídas, la actitud crítica hacia el consumo activo y el rechazo y la no aceptación como "expertos" por parte de algunos usuarios del programa.

El empleo de personal voluntario puede ser un factor a tener en cuenta a la hora de disminuir el coste de estos programas. Sin embargo, exige la dedicación de mucho tiempo a su entrenamiento, supervisión y soporte psicológico y, en ocasiones, su colaboración es sólo a tiempo parcial o durante periodos breves de tiempo, lo que puede interferir con la estabilidad y continuidad del programa..

Lo deseable es una composición "mixta" del equipo, con profesionales con dedicación permanente al programa (fijos) y voluntarios.

Características y funciones del personal

No existe un perfil tipo o perfil "ideal" para las personas que vayan a trabajar en un PIJ. Sin embargo, es deseable que reúnan, al menos, las siguientes características:

- Tener un conocimiento general sobre las drogodependencias y específico sobre las formas de consumo de drogas (vías de consumo y riesgos asociados a cada una de ellas, técnicas seguras de inyección y de desinfección del material de inyección, etc).
- Tener una formación sanitaria adecuada sobre la infección por el VIH y el sida.
- Disponer de información actualizada y funcional sobre los distintos recursos socio-sanitarios existentes en el área dónde se llevará a cabo el PIJ y las condiciones de acceso a los mismos.
- Estar motivados para generar actitudes positivas entre los/as UDVPs.
- Tener habilidad comunicativa. Ser flexible. No ser moralizante ni coercitivo.
- Mantener una actitud profesional respecto del entorno.
- Estar entrenados en el funcionamiento del intercambio de jeringuillas.

Entre las funciones del personal que trabaja en un PIJ pueden destacarse las siguientes:

- Contactar con los servicios socio-sanitarios de la zona, estableciendo conjuntamente con ellos las indicaciones y los mecanismos de derivación de los UDVP que acuden al PIJ hacia dichos servicios.
- Atraer y retener en el programa al mayor número posible de UDVP, sobre todo a los más resistentes a utilizar los servicios de drogodependencias existentes.
- Ofrecer información, educación sanitaria y consejo a los UDVP.
- Motivar actitudes positivas en ellos en relación a los hábitos de inyección higiénicos y las relaciones sexuales protegidas.
- Derivar a los usuarios que lo requieran a los servicios adecuados, a fin de recibir tratamiento para el abuso de drogas u otros problemas sanitarios o de tipo social.
- Obtener información etnográfica sobre lo que está ocurriendo en los escenarios de drogadicción y sobre las características y necesidades específicas de los UDVP a los que atiende el programa.

- Diseñar los protocolos de actuación y los indicadores de evaluación del programa.
2. Recursos materiales

Independientemente del tipo de PIJ que se vaya a poner en marcha, el material básico para proceder al intercambio son las jeringuillas estériles, otros útiles necesarios para la inyección de drogas (toallitas desinfectantes de la piel, agua destilada o ácido cítrico para disolver la droga, etc.), preservativos y contenedores para la eliminación del material de desecho.

En este apartado resulta especialmente importante prever el procedimiento de eliminación de las jeringuillas usadas. Puede pensarse en las siguientes alternativas:

- Contactar con el ayuntamiento del municipio donde actúa el programa.
- Contratar a una empresa especializada en la eliminación de material de desecho sanitario.
- Recurrir a las incineradoras de los centros hospitalarios.

El coste económico del programa estará en función del tipo de programa (con recursos humanos o con medios técnicos), del número y cualificación de los trabajadores del mismo y del tamaño de la población atendida, entre otros factores. En el estudio realizado por los CDC sobre diversos PIJs en EEUU y Canadá 10, los presupuestos anuales de éstos presentaron grandes diferencias, pero, en general, los costes de personal fueron los más elevados (un 66% del total del presupuesto como media), mientras que el coste de las jeringuillas representó solamente un 7%.

7. CONDICIONES DE APLICACIÓN DE LOS PIJ

Para que un Programa de Intercambio de Jeringuillas sea realmente operativo, debe ser flexible, adaptarse a las necesidades y circunstancias de los diferentes usuarios, garantizar la confidencialidad y huir de actitudes y comportamientos coercitivos y/o moralizantes con los UDVP atendidos. Además de estos requisitos básicos, debe reunir los siguientes:

1. Ubicación: Los PIJs deben estar convenientemente localizados, en áreas de alta prevalencia de consumo inyectado de drogas y/o de infección por VIH entre los UDVP y, dentro de éstas, en las zonas geográficas más frecuentadas por los usuarios: zonas de adquisición y/o consumo de drogas, de tránsito o de residencia.
2. Acceso: Es fundamental que se ubiquen en lugares de fácil acceso, tanto físico como psicológico, a fin de lograr una alta participación de usuarios.
3. Horario: Siempre que sea posible, deberá garantizarse el suministro de jeringuillas durante las 24 horas del día y todos los días de la semana, con la finalidad de dar respuesta a las necesidades de los distintos usuarios.
4. Estabilidad: Como la mayoría de intervenciones preventivas, su eficacia está estrechamente asociada a su estabilidad y continuidad en el tiempo, tanto del suministro de jeringuillas como de su acción educativa.
5. Publicidad: Deben establecerse mecanismos de difusión (oral o escrita) de estos programas, específicamente dirigidos a los usuarios, con el objetivo de dar a conocer su existencia, ubicación, condiciones de intercambio y servicios ofrecidos.
6. Relaciones con la comunidad: Antes de poner en marcha el PIJ, a fin de evitar problemas posteriores y controlar y reducir la hostilidad que generan estos programas, es primordial que los distintos colectivos existentes en la zona

(asociaciones de vecinos, comerciantes, fuerzas de orden público, servicios municipales, centros de salud u otros) reciban una amplia información acerca del mismo. En ocasiones puede ser útil hacer referencia a PIJs ya implantados en otras localidades o zonas y solicitar su colaboración o facilitar el intercambio de experiencias con los colectivos locales de estas zonas.

7. Por otra parte, es fundamental que los profesionales del PIJ mantengan unas relaciones fluidas, estables y cordiales con los estamentos citados, a fin de concienciarles acerca de la importancia y necesidad de estos programas desde una perspectiva de salud pública y de su integración como un servicio más proporcionado por y para los distintos miembros de la comunidad. Finalmente, también puede resultar muy útil identificar a aquellos usuarios/as del PIJ con capacidad para actuar como líderes entre sus compañeros, para prevenir y manejar más eficazmente los problemas de inserción de estos programas que puedan surgir en la comunidad.
8. Coordinación interna y externa: Para alcanzar los objetivos específicos de los PIJ, es imprescindible establecer mecanismos de coordinación entre el programa y las distintas instituciones sociales y sanitarias, gubernamentales y no gubernamentales, que trabajan en la prevención del sida o en atención al drogodependiente. Ello permitirá la creación de un circuito de movimiento del UDVP que favorecerá su acceso a los servicios socio-sanitarios.

Asimismo deben definirse claramente, desde el inicio del programa, los mecanismos de coordinación interna (reuniones periódicas u otros) entre los distintos profesionales y/o los voluntarios que participen, delimitando de forma precisa las funciones y responsabilidades de cada uno de ellos.

8. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La organización, normas de funcionamiento interno, prestación de servicios y tipo de éstos ofrecidos por los PIJs, deben orientarse a la consecución de un modelo de servicio individual, adaptado a las necesidades de los usuarios a los que se dirige el programa y orientado a promover cambios de hábitos y actitudes entre los UDVPs, que le permitan reducir el riesgo de infección y mejorar sus condiciones de vida, a través de la educación sanitaria, del consejo y del intercambio de jeringuillas.

1. Información, educación, consejo.
 - Informar y educar a los/as UDVP tanto sobre los riesgos asociados al uso compartido de jeringuillas y las prácticas inseguras de inyección, como sobre las prácticas sexuales desprotegidas y sobre el beneficio que pueden obtener modificando estos comportamientos, ha de ser una de las actividades clave en estos programas.
 - Motivar: esta información debe ser correctamente impartida y comprendida, pero para que realmente se modifiquen los hábitos, además es preciso motivar a los UDVP para que adopten actitudes positivas frente a la incorporación a sus vidas de las medidas preventivas.
 - Comunicación: para conseguir este cambio de actitudes y conductas, es imprescindible que se establezca una comunicación bidireccional entre los trabajadores del PIJ y las personas que acuden al mismo.
 - Conocer a los usuarios: una adecuada comunicación entre trabajador y usuario sólo es posible si el trabajador del PIJ conoce y tiene en cuenta cuáles son las características personales y sociodemográficas de los/as UDVPs atendidos por el programa, así como el contexto fisiológico, emocional, interpersonal y cultural en el que tienen lugar, tanto el consumo de las drogas como las relaciones sexuales: (...¿qué drogas consume?.. ¿es la inyección su principal forma de consumo?.. ¿qué tipo de jeringuillas utiliza?.. ¿la técnica que utiliza para inyectarse es

correcta?.. ¿conoce las zonas más seguras para la inyección y cuáles debe evitar?.. ¿utiliza las jeringuillas de otras personas o presta la suya a otros?.. ¿por qué?.. ¿en qué circunstancias?.. ¿las limpia antes de reutilizarlas?.. ¿el método que utiliza para ello es correcto?.. ¿ha pensado en cambiar de vía de administración de la droga?.. ¿tiene relaciones sexuales con personas de su mismo sexo o del sexo contrario?.. ¿conoce qué tipo de relaciones sexuales suponen mayor riesgo?.. ¿utiliza preservativo en sus relaciones?.. ¿se siente capaz de solicitar a su pareja el uso del preservativo?.. ¿sabe utilizarlo correctamente?.....).

- Consejo individualizado: hablar con el usuario, saber escuchar, todo ellos adaptado a las características de la persona atendida. El trabajador debe estar preparado para ofrecer alternativas y respuestas válidas e individualizadas adaptadas a las necesidades y demandas de la persona que acude al PIJ, que le permitan disminuir realmente los riesgos para su salud, tanto los derivados de la inyección como de las prácticas de riesgo.
- La información y comunicación oral puede acompañarse, pero nunca sustituirse, de otros medios (folletos, material audiovisual...)

2. Normas de funcionamiento.

No existen unas normas universales que rijan los PIJs, ya que cada programa puede tener sus propias peculiaridades relacionadas con el tipo de programa, perfil del personal que colabora en el mismo (voluntarios, profesionales, UDVP o ex-UDVP), características de los usuarios, cultura local de uso de drogas, etc. Sin embargo, es importante definir claramente los siguientes aspectos:

- Decidir los criterios de inclusión y exclusión (temporal o definitiva) de los UDVP en el PIJ. Si es necesario que éstos existan (por razones económicas, de falta de personal u otras), es importante que sean flexibles si se pretende llegar al máximo número de usuarios posible.
- Establecer unas normas básicas de coexistencia, tanto para los trabajadores como para los usuarios, para garantizar la correcta prestación de los servicios ofrecidos por el programa:
 - Mantener un comportamiento correcto en el trato, tanto por parte del personal del PIJ con los usuarios, como a la inversa.
 - Prohibir la venta o el consumo de drogas en o entorno al PIJ.
 - Sancionar a los/as UDVPs que incumplan las normas anteriores (por ejemplo, no permitiéndoles acceder al PIJ durante un espacio breve de tiempo u otro tipo de sanciones).
 - Requerir la colaboración de UDVPs en el desarrollo del programa y en el mantenimiento y buen uso de las instalaciones físicas.
 - Establecer un esquema operativo de funcionamiento que responda al objetivo fundamental del programa:
 - Definir la política de entrega de material: El suministro de jeringuillas estériles se hará a cambio de la entrega de otra/s usada/s (intercambio). En los primeros contactos del UDVP con el programa puede ser aceptable la entrega de jeringuillas sin exigir al usuario la entrega de la/s suya/s.
 - Es importante educar a los/as usuarios/as sobre la conveniencia de llevar las jeringuillas usadas para obtener otras estériles.
 - Algunos programas, limitan el número de jeringuillas estériles suministradas (por ejemplo una, dos o tres jeringuillas estériles por cada usada hasta un máximo de x jeringuillas por día o por semana). Sin embargo, hay que recordar que el objetivo fundamental de los PIJs es introducir el máximo número posible de jeringuillas estériles en la comunidad de UDVPs, así como reducir el

tiempo de circulación de las usadas. Por ello es preferible educar al usuario haciéndole comprender que su colaboración es imprescindible.

- Solicitar que sea el propio usuario quien introduzca las jeringuillas usadas en el contenedor provisto al efecto.
- Determinar el suministro del resto de útiles de inyección (por ejemplo, por cada jeringuilla una ampolla de agua destilada o dos toallitas de alcohol y una papelina de ácido cítrico..). Entregar como mínimo dos preservativos a todo/a usuario/a que los demande.

9. LIMITACIONES Y PROBLEMAS

Una de las principales limitaciones de los PIJs consiste en que, independientemente de los medios invertidos, el cambio de comportamientos es, en último término, responsabilidad de la persona que se inyecta las drogas. En todo caso, hablamos de reducción del riesgo y no de eliminación del mismo. Otras limitaciones descritas son:

1. La dificultad para acceder a estos programas que tienen las mujeres y los jóvenes que se inyectan drogas.
2. La baja cobertura proporcionada. No todos los UDVP recurren a estos programas para proveerse de jeringuillas estériles.
3. La dificultad de evaluar su efectividad, dado el tipo de contacto establecido con los usuarios (breve, esporádico) y el tener que utilizar para la evaluación la información conductual autonotificada por éstos.
4. Horarios inadecuados. La mayoría de los PIJs funcionan en franjas horarias en las que el acceso a jeringuillas estériles puede resultar más sencillo para los UDVP, quedando sin cubrir precisamente aquellas horas en las que dicho acceso resulta más complejo (noches, fines de semanas, etc).
5. La derivación de UDVP a programas de tratamiento del abuso de drogas y a otros servicios sanitarios, se ve limitada por la existencia de listas de espera y por el reducido número de programas de tratamiento existente.
6. La modificación de las prácticas sexuales de riesgo como resultado de estos programas es muy modesta.

Por todo ello, es necesario poner especial énfasis y cuidado en estos aspectos durante la fase de diseño y durante la ejecución del programa para intentar dar respuesta a las limitaciones descritas. La integración de los PIJs en el Sistema Nacional de Salud puede ser una dirección apropiada para estos programas 10.

Los PROBLEMAS planteados más frecuentemente en el desarrollo de este tipo de programas, se refieren a:

1. La eventual presencia de las fuerzas de orden público en las inmediaciones del lugar donde se lleva a cabo el programa. En algún caso se han confiscado jeringuillas estériles y se ha ahuyentado a los usuarios , etc.
2. El rechazo y la movilización ciudadana contra este tipo de programas.
3. La falta de coordinación con las estructuras sanitarias y sociales de la zona.
4. El comportamiento indebido, en algunos casos, de los usuarios.
5. La información y celebración de encuentros regulares con los colectivos y estructuras citadas, permitirá una mayor comunicación y entablar unas relaciones caracterizadas por una menor aversión recíproca.

10. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

A pesar de la generalización de los programas de intercambio de jeringuillas en los últimos años, al tratarse de programas recientes, los estudios de evaluación realizados

son escasos. La propia naturaleza de este tipo de programas, en los que la relación y el contacto con los usuarios son breves y de carácter informal y las propias características de los usuarios, hacen que los métodos de evaluación habituales resulten inadecuados. Los sistemas de registro de actividad e identificación de los usuarios, metodología e indicadores de evaluación deben estar claramente definidos desde el inicio. Los responsables del diseño de la evaluación del PIJ deben plantearse los siguientes aspectos:

- ¿Qué información previa será preciso obtener o estimar?.
- ¿Qué indicadores se estará en condiciones de recoger? ¿De qué forma serán recogidos? ¿Quién será el responsable de recogerlos? ¿Con qué frecuencia?
- ¿A quién se presentarán los resultados de la evaluación?
- ¿De qué forma se integrarán los resultados de dicha evaluación en la toma de decisiones sobre las características y funcionamiento del PIJ?.

En cuanto a la metodología más adecuada para llevar a cabo la evaluación, aunque se han llevado a cabo algunas interesantes experiencias basadas en modelos matemáticos 24, los distintos tipos de investigaciones propuestos, presentan problemas metodológicos relacionados fundamentalmente con la dificultad de conocer y controlar los posibles sesgos (de selección, de información u otros) que pueden darse en cada uno de ellos 25,26. Por ello, para el diseño de la evaluación del PIJ, especialmente para la evaluación de su efectividad, es recomendable solicitar el asesoramiento técnico y la colaboración de profesionales externos al PIJ con experiencia en el diseño y realización de investigaciones epidemiológicas y en evaluación de intervenciones.

La evaluación del programa debe recaer fundamentalmente en dos áreas:

1. Evaluación del proceso: capacidad para atraer y retener a los UDVP que acuden al PIJ.

Los indicadores mínimos a obtener son los siguientes:

- Número estimado de UDVP existentes en la zona donde opera el programa.
- Número de usuarios atendidos en un determinado periodo de tiempo (mensualmente, anualmente) y características de los mismos (sexo, edad u otros).
- Número y porcentaje de usuarios atendidos por primera vez.
- Número medio de contactos/usuario en un determinado periodo de tiempo.
- Número de jeringuillas y de preservativos suministrados en un determinado periodo de tiempo (mensualmente, anualmente). Número total y número medio por usuario.
- Número de jeringuillas recogidas y porcentaje de devolución.
- Número de derivaciones ofertadas y realizadas a centros de atención sanitaria o de atención a drogodependientes.

La forma más simple de recogida de estos datos es a través de diarios o sistemas de registro de actividad, cuadernos de campo u otros.

Asimismo es importante la evaluación cualitativa del programa: grado de satisfacción de los usuarios y trabajadores del PIJ, nivel de conocimiento del programa entre los UDVP, existencia o no de problemas con la comunidad, etc.

2. Evaluación de resultados: capacidad del PIJ para producir cambios en los comportamientos de riesgo y para disminuir la prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea entre los usuarios.

- Modificación de conductas de riesgo.

Para evaluar la capacidad del PIJ de modificar los comportamientos de riesgo de los usuarios (tanto sexuales como de inyección), se requiere la monitorización de, como mínimo, los siguientes indicadores:

- Frecuencia de uso compartido del material de inyección.
- Frecuencia de uso del preservativo en las relaciones sexuales (con pareja estable y en relaciones esporádicas).
- Frecuencia de inyección.
- Impacto del PIJ sobre la expansión de la infección por VIH u otros microorganismos (virus de la hepatitis B, C,..).

Requiere la monitorización en el tiempo de la prevalencia de estas infecciones entre la población usuaria del PIJ.

El análisis coste-beneficio o coste-efectividad de estos programas y los factores relacionados con el mismo, han sido escasamente estudiados, aunque existen algunas experiencias recientes a este respecto (27).

11. RECOMENDACIONES

Este documento refleja el gran potencial de los programas de intercambio de jeringuillas para reducir la difusión del VIH entre las personas que se inyectan drogas. Por ello, desde una perspectiva de salud pública, es deseable potenciar el desarrollo de este tipo de intervenciones junto con aquellas otras que más se adapten a las necesidades de los/as UDVP.

Para alcanzar este objetivo, es recomendable:

1. Divulgar los beneficios asociados al desarrollo de PIJs.
2. Destinar recursos económicos suficientes para promover, en todas las Comunidades Autónomas, la implementación de PIJs.
3. Evaluar la efectividad de los PIJs existentes en nuestro país.
4. Desarrollar programas complementarios que tengan como objetivo modificar las prácticas sexuales de riesgo entre las personas que se inyectan drogas.
5. Crear foros de debate, dirigidos a la población general, a fin de reducir la hostilidad que se siente hacia este tipo de intervenciones.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de Sida. Vigilancia del sida en España. Informe Trimestral nº 2, 1996. Situación a 30 de junio de 1996.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre Sida. Epidemiología del sida en España. Situación en el contexto mundial. Diciembre 1995.
3. WHO International Collaborative Group. Programme on Substance Abuse. Multicity study on drug injecting and risk of HIV infection. WHO/PSA/94.4.
4. Bravo Portela, M.J., Barrio Anta, G., De la Fuente de Hoz, L., Colomo Gómez, C., Estébanez Estébanez, P. "Conductas de riesgo para transmisión del VIH entre los usuarios recientes de un programa de intercambio de jeringuillas en Madrid. 1993". (En prensa).
5. Bravo, M.J., Colomo, C., Barrio, G., De la Fuente, L. "Infección por VIH y conductas de riesgo entre consumidores de drogas atendidos en un PIJ". *Med Clin* 1994; 102:719.
6. Bravo, M.J., Delgado Rodríguez, M., De la Fuente, L., Lardelli, P., Barrio, G., López, R. "Sharing injecting equipment and sexual behaviour in ambulatory IDU: a national survey (Spain)". *Int J Addict* 1994; 14:1893-1907.

7. Hernández, I., Santos, C., Torrella et al. "Prevalencia de infección por VIH en consumidores de drogas por vía parenteral en la Comunidad Valenciana (1987-1991)". *Med Clin* 1993; 100:164-7.
8. Departamento de Sanidad. Colegios de farmacéuticos de Euskadi. "Informe anual sobre el consumo de jeringuillas en la Comunidad Autónoma Vasca y sobre hábitos de los consumidores de drogas por vía intravenosa". Vitoria-Gasteiz. Abril 1993.
9. Buning, E. "Aids-related interventions among drug users in the Netherlands". *Int J Drug Pol* 1990; 1:5.
10. Lurie, P., Reingold, AL., Bowser, B., et al. "The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Summary, Conclusions and Recommendations". Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention. 1993.
11. Watson, M. "Harm reduction. Why do it?". *Int J Drug Pol* 1991; 2:13-15.
12. Buning, E. "Harm reduction in mainstream thinking". *Int J Drug Pol* 1992; 3:182-185.
13. Watters, J.K., Estilo, J.J., Clark, G.L. and Lorvick, J. "Syringe exchange and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injection drug users". *J Am Med Assoc* 1994; 271:115-120.
14. Hagan, H., Des Jarlais, DC., Purchase D., Reid, T., Friedman, S. "Lower HIV seroprevalence, declining HBV and safer injection in relation to the Tacoma syringe exchange". VII Int Conf Aids, Florence (Abstract WC 3291).
15. Nelles, J. "Prevention du VIH et de la toxicomanie dans les Etablissements de Hindelbank". Rapport succinct des resultats d'évaluation.
16. Hartgers, C., Buning, EC., Van Santen, GW., Verster, AD., Coutinho, RA. "Impact of the needle and syringe exchange programme in Amsterdam in injecting risk behaviour". *AIDS* 1989; 3: 571-576.
17. Ljungberg, B., Christensson, B., Tunving, K., Andersson, B., Landvall, B., Lundberg, M., Zäll-Friberg, A. "HIV prevention among injecting drug users: three years of experience from a syringe exchange programme in Sweden". *J Acquir Immune Defic Syndr* 1991;4:890-5.
18. Hagan, H., Des Jarlais, DC., Purchase, D., Reid, T., Friedman. S. "The Tacoma syringe exchange programme". *Journal of Addictive Diseases*. 1991; 10:81-88.
19. Stimson, GV. "Syringe-exchange programmes for injecting drug users". *AIDS* 1989; 3:253-260).
20. Kaplan, EH., Khoshnood, K. and Heimer, R. . "A decline in HIV infected needles returned to New Haven's Needle Exchange Programme: Client shift or needle exchange?". *Am J Public Health* 1994; 84:1991-1994.
21. Kaplan, EH., Heimer, R. "A circulation theory of needle exchange". *AIDS* 1994; 8:567-574.
22. Kaplan, EH., Heimer, R. "HIV incidence among needle exchange participants: estimates from syringe tracking and testing data". *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994; 7:182-189.
23. Carvell, ALM., Hart, GJ. "Help-Seeking and referrals in a needle-exchange: a comprehensive service to injecting drug users". *Br J Addict* 1990; 85:235-240.
24. Kaplan, EH."A method for evaluating needle exchange programmes". *Stat Med* 1994; 13:2179-2187.
25. Ameijden, JC., Watters, JK., van den Hoek, JA., Coutinho, RA. "Interventions among injecting drug users: do they work?". *AIDS* 1995; 9 (suppl A): s75-s84.
26. Rhodes, T., Holland, J., Hartnoll, R., Johnson, A. "HIV Outreach Health Education: national and international perspectives". Summary Report to the Department of Health. Drug indicators project, 1991.
27. Kaplan, EH. "Economic analysis of needle exchange". *AIDS* 1995; 9:1113-1119.

