

Participación de las farmacias comunitarias en los programas de reducción de daños

Juan del Arco Ortiz de Zarate* y Joseba Ruiz Golvano**

*Doctor en Farmacia. Director técnico del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia.

**Farmacéutico comunitario en Otxarkoaga (Bilbao)

Resumen

Las farmacias, por su accesibilidad y distribución geográfica, constituyen un recurso muy adecuado para prevención y tratamiento de drogodependencias. Los farmacéuticos pueden participar en programas de reducción de daños y facilitar la incorporación de los Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) al sistema sanitario.

Para muchos farmacéuticos el kit antisida, que comenzó a distribuirse en 1989 en las farmacias del País Vasco y se ha extendido a otras comunidades autónomas y países próximos, fue el primer paso en su implicación en este campo y les permitió concienciarse de su papel en el mismo.

Los Programas de Intercambio de Jeringuillas son efectivos para prevenir conductas de riesgo y disminuir la seroconversión entre UDI. La incorporación a ellos de las farmacias comenzó en 1992 en Cataluña y País Vasco, permitiendo ampliar la red de atención y mejorar notablemente la accesibilidad de una forma muy eficiente.

Los Programas de Mantenimiento con Metadona son la modalidad de tratamiento de la dependencia a opiáceos más evaluada y que obtiene mejores resultados. Normalizar la administración de la metadona realizándola en el entorno en el que se dispensa el resto de los medicamentos, en lugar de utilizar recursos exclusivos para los UDI, ayuda a su estabilización e integración social.

Muchos farmacéuticos están dispuestos a participar en éstos y otros programas destinados a UDI. Es deseable que las autoridades sanitarias aprecien las ventajas de implicar en ellos a las farmacias y sean conscientes de la necesidad de formar adecuadamente a los farmacéuticos y establecer sistemas de remuneración adecuados.

Palabras Clave

Farmacias. Servicios de Farmacia comunitaria. Dependencia de Heroína. Reducción de daños. Programas de Intercambio de Jeringuillas. Metadona.

— Correspondencia a: _____
Juan del Arco. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia. Sabino Arana 20 7º. 48013 Bilbao



Summary

Given their accessibility and geographical distribution pharmacies are a highly appropriate resource in prevention and treatment of drug addiction. Pharmacists can take part in risk reduction programmes and made easier the contact of Intravenous Drug Users (IDUs) with the health system.

For many pharmacists the anti-AIDS kit, which were first distributed in the Basque pharmacies in 1989 and later extended to other autonomous communities and neighbouring countries; was the first step in their involvement in this field, making them aware of the role they may have.

The Syringe Exchange Programmes are effective in preventing risk behaviours and reducing seroconversion among IDUs. Their involvement began in Catalonia and the Basque Country in 1992, thereby widening considerably the attention network and improving accessibility in a highly efficient manner.

Methadone Maintenance Programmes are the most assessed opiate dependence treatments and obtain the best results. Normalizing methadone administration in the environment where other medicines are dispensed instead of using resources exclusively designed for IDUs, contributes to their stabilisation and social integration.

Many pharmacists are willing to take part in IDUs oriented programmes. Health authorities should appreciate the advantages of involving pharmacies in these programmes and should be aware of the need of training pharmacists correctly and establishing appropriate remuneration systems.

Key Words

Pharmacies. Community Pharmacy services. Heroin dependence. Harm reduction. Needle-Exchange Programs. Methadone

INTRODUCCIÓN

El papel tradicional de los farmacéuticos como profesionales responsables de los medicamentos estaba ligado al control y vigilancia del uso inadecuado de los mismos (1) y sus actuaciones estaban encaminadas a evitar la dispensación de sustancias susceptibles de abuso e incluso de las jeringuillas que podían utilizarse para administrarlas (2). Sin embargo, desde principios de la década de los 80 se ha experimentado una profunda modificación en la implicación de las farmacias en la atención

a los usuarios de drogas intravenosas (UDI) (3,4). Este cambio se ha producido a la vez que ha ido calando la filosofía de la reducción de daños, primero entre los profesionales sanitarios y más tarde en la mayor parte de la sociedad.

Actualmente esta aceptado, prácticamente por todos los agentes sociales, que los UDI aptos para la desintoxicación deben tener acceso a servicios adecuados para el tratamiento de su dependencia y los que no lo están deben disponer de los recursos necesarios que permitan su supervivencia (5)



e integración social. En este sentido deben desarrollarse programas orientados a disminuir sus conductas de riesgo, atraerles al sistema sanitario, incrementar su integración social y mejorar su calidad y esperanza de vida (6). Aunque en el pasado estos programas han sido objeto de amargos debates, su efectividad en prevenir y reducir la morbi-mortalidad está bien documentada (7).

Este cambio de actitud fue propiciado en gran medida por la aparición y rápida difusión del sida, que llevó a tomar conciencia de la importancia que tiene para la sociedad en su conjunto el prestar una atención sanitaria adecuada a este colectivo. Por este motivo, los programas de atención a UDI y los de prevención de la infección por VIH, han ido muy unidos en todos los ámbitos y en particular en de las farmacias, a las que su carácter de punto de venta de preservativos y jeringuillas las convierte en uno de los primeros lugares de prevención del sida (8).

Las farmacias son establecimientos sanitarios muy próximos a la sociedad por su amplia distribución geográfica y con una magnífica accesibilidad, ya que son uno de los escasos recursos del sistema sanitario que ni siquiera necesita cita previa (9-13). Además cuentan con unos profesionales bien formados como educadores sanitarios, a los que los UDI están dispuestos a acudir (10). Por estos motivos las farmacias constituyen un recurso de gran utilidad para desarrollar programas de prevención y tratamiento de las drogodependencias (11,12), adquiriendo así los farmacéuticos un papel cada vez más importante en la prevención, detección, educación y asistencia a los usuarios de drogas (11).

El paso por la farmacia puede dar lugar a una información y el farmacéutico puede jugar así un importante papel como educador

sanitario para evitar conductas de riesgo (8). Además, los farmacéuticos pueden facilitar una serie de servicios que contribuyan a reducir esos riesgos y a facilitar la incorporación de los UDI al sistema sanitario, jugando así un papel de nexo de unión entre ambos (14).

Los dos principales pilares de la implicación de los farmacéuticos en este campo son los programas de intercambio de jeringuillas y los de mantenimiento con metadona (4,15), pero también otro más sencillo, como es la distribución del kit antisida, aporta un importante valor añadido y ha sido para muchos farmacéuticos el primer paso en su implicación en estas actividades (16).

En este artículo vamos a realizar un breve repaso de la implicación de las farmacias en los programas de reducción de daños. Nuestro propósito es difundir la labor que están desarrollando los farmacéuticos y llamar la atención sobre las oportunidades que se están perdiendo en aquellos territorios en los que no se utilizan las posibilidades que ofrecen estos establecimientos sanitarios, sin duda los más próximos y accesibles a la población.

KIT ANTISIDA (17-21)

Este fue el primer programa de reducción de riesgos en el que se implicaron las farmacias en 1989 merced a la labor desarrollada desde el Plan de Prevención y Control del Sida del Gobierno Vasco y los Colegios de Farmacéuticos de la Comunidad Autónoma Vasca.

El programa consiste en sustituir la venta de la clásica "jeringuilla de insulina" por la de un envase de plástico o "kit" que contenía además otra serie de accesorios. El más innovador era un envase de plástico indeformable para que, una vez usada, la jeringuilla pueda



ser introducida en él y cerrarlo luego con un sistema de seguridad, que evita el riesgo de pinchazos accidentales asociado a las jeringuillas abandonadas en las calles. También se incluyó un preservativo y un pequeño folleto de educación sanitaria. Este contenido inicial ha ido variando con el tiempo y actualmente existen pequeñas diferencias entre los existentes en las distintas comunidades autónomas. Las principales innovaciones han sido la incorporación de toallitas desinfectantes, ampollas de agua bidestilada o pequeñas "cazoletas" metálicas donde realizar la mezcla.

Los objetivos de este programa son:

- Evitar el uso compartido de jeringuillas.
- Fomentar el uso del preservativo entre los UDI.
- Evitar que las jeringuillas desechadas supongan un riesgo para el resto de la población.
- Crear una vía de comunicación con el UDI que permita el intercambio de mensajes de educación sanitaria.

Este programa va mucho más allá de la sustitución de una jeringuilla por un nuevo producto, puesto que supone un cambio de actitud de la profesión farmacéutica, que más allá de las posturas individuales se acerca a los UDI como colectivo y además de ofrecerles la jeringa y el preservativo, comienza a escucharles y a intentar comprender sus inquietudes y descubrir sus necesidades. De esta forma, los usuarios pueden comenzar a ver al farmacéutico como un profesional que se preocupa e interesa por su situación y el cambio de actitud del profesional genera un cambio del usuario, que comienza a notarse en una clara y evidente disminución de la conflictividad.

Este es un programa sencillo y de bajo coste cuya ventaja más destacable es la accesibilidad. Sin embargo, debido a la idiosincrasia de los usuarios, sólo permite contactos fugaces, aunque numerosos, con los UDI, por lo que los mensajes que se pueden transmitir son necesariamente reducidos y su retención es muy variable. En cualquier caso, ha sido muy bien acogido, tanto por los UDI como por el resto de los usuarios de las farmacias y la sociedad en general y esta experiencia, iniciada en el País Vasco, no sólo se mantiene sino que se ha extendido a la mayoría de las comunidades autónomas e incluso a otros países como Francia (22), donde actualmente cuenta con una gran difusión.

PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS (PIJ)

Aunque los programas de intercambio no son suficientes para detener la difusión del HIV entre los UDI, hay suficiente evidencia de que son efectivos en la prevención de las conductas de riesgo y la disminución de la seroconversión entre este colectivo (7,23-26). No en vano, el objetivo de estos programas es aumentar la disponibilidad de equipos de inyección estériles y contribuir a disminuir las conductas de riesgo (27). Resulta obvia la necesidad de implantar programas de intercambio en los países donde la venta de jeringuillas a UDI en las farmacias está prohibida, pero son varios los estudios que demuestran que también se obtienen resultados positivos en aquellos lugares donde las jeringuillas pueden adquirirse libremente (28-31). Además los PIJ son también programas poco costosos y muy eficientes (32).

Inicialmente estos programas se implantaron en recursos gestionados por asociaciones



de apoyo a UDI o de lucha contra el sida (33), pero resulta obvio que su descentralización e implantación en distintos ámbitos favorece la accesibilidad al servicio (27,34). En particular, la implementación en farmacias permite ampliar la red de atención (8) y resulta especialmente eficiente en términos de salud pública, puesto que se trata de recursos sanitarios ya existentes, con una amplia distribución geográfica y un dilatado horario de apertura (35). En los países donde las farmacias han actuado como proveedores de jeringas, los comportamientos de los UDI se han modificado significativamente (8,15,36). Los PIJ desarrollados en farmacias son capaces de atraer a un gran número de UDI en comparación con otros puntos de intercambio y presentan una buena tasa de retorno de jeringuillas (37).

Ya desde 1992 se produjeron en Cataluña y en el País Vasco las experiencias de introducción de PIJ en las farmacias, cuyo objetivo era "minimizar los riesgos de infección por VIH en UDVP, facilitándoles el material de inyección y evitando su uso compartido". (16)

Las aportaciones más importantes para el diseño de estos programas procedieron inicialmente de los propios usuarios (27). Para su adaptación a las farmacias, en el País Vasco se creó un grupo de trabajo formado por profesionales del Plan de prevención y control del SIDA junto a una serie de farmacéuticos voluntarios, conscientes de su papel como profesional sanitario que *informa* y *educa* personalmente a los toxicómanos, a fin de promover un cambio de actitud en sus comportamientos de riesgo (16).

El programa se basa en la colocación en la farmacia de un contenedor de plástico rígido introducido en una papelera de pedal, cuyo aspecto y ubicación en un lugar de fácil acceso, pero discreto, ayudan a mantener la

confidencialidad y a evitar el rechazo inicial del resto de los usuarios de la farmacia. Las jeringuillas son introducidas por el propio usuario y deben depositarse introducidas en los envases de plástico indeformable, que se facilitan en los kit antisida, para evitar pinchazos ó accidentes. Una vez depositadas las jeringuillas en el contenedor, el farmacéutico entrega un nuevo kit antisida gratuito por cada jeringuilla desechada (16).

Para participar en el PIJ es imprescindible que los farmacéuticos reciban una formación previa para aprender a establecer una relación con los UDI y tener así más oportunidades de intervención (14). En esta formación se insiste en la importancia de ir transmitiendo a quienes acceden a intercambiar jeringuillas breves, precisos y reiterados mensajes de educación sanitaria: "ya sabrás que compartir la jeringuilla con tu *colega* puede contagiarte el sida", "utiliza una jeringuilla para cada pico", "no utilizar preservativo tiene el mismo riesgo que compartir una jeringuilla", etc. (16). Además de formar a los farmacéuticos participantes de cara a su actuación con los UDI que acuden a intercambiar las jeringuillas, es importante insistir en su papel de informador a la comunidad para que lo perciban como algo positivo y no desarrollen una actitud hostil hacia el mismo.

Hay que tener en cuenta que este tipo de programas deben ser flexibles, adaptarse a las circunstancias de los diferentes usuarios, garantizar la confidencialidad y huir de actitudes coercitivas (38). También es importante elegir farmacias cuya ubicación coincida con áreas de alta prevalencia de consumo inyectado de drogas.

La experiencia de muchos de los farmacéuticos que han participado a lo largo de varios años en este programa demuestra que,



PROGRAMAS DE MANTENIMIENTO CON METADONA

en la mayoría de los casos, paulatinamente se va estableciendo una relación entre el farmacéutico y quienes utilizan asiduamente el intercambio (8,16). De esta forma se va incidiendo en la importancia de los mensajes de educación sanitaria, se les informa sobre los programas de mantenimiento ó los de desintoxicación y se les va derivando a otros recursos del sistema sanitario...o simplemente se escuchan sus demandas y problemas. Con estas intervenciones los UDI van adquiriendo consciencia del peligro de compartir jeringuillas y desarrollan una actitud más responsable, evitando dejar jeringas tiradas y llegando a devolverlas a las farmacias aunque no sea para intercambiarlas (8). Podemos afirmar que, al menos en nuestro país, el PIJ constituyó el punto de inflexión en la relación de los farmacéuticos con los usuarios de drogas. (16,20,27)

Los resultados de diversos estudios realizados sobre estos programas en otros países demuestran que, además, los UDI que obtienen las jeringas en las farmacias están más integrados socialmente que los que participan en programas de intercambio en otros ámbitos (23). También es importante destacar la ausencia de conflictividad en las farmacias que, de modo voluntario, participan en el PIJ.

Además, los PIJ pueden constituir la puerta de entrada a otros programas, como el de metadona o facilitar el acceso de los que participan en ellos a los distintos servicios sanitarios a los que pueden acceder, como el tratamiento antiretroviral (39). Sin embargo, los farmacéuticos suelen ser más reticentes a participar en el PIJ que a distribuir el kit antisida o incluso a implicarse en los programas de mantenimiento con metadona (40).

Desde que Dole y Nyswander iniciaron los primeros tratamientos de sustitución con metadona (41), los programas de mantenimiento con esta sustancia se han implantado en muchos países y no sólo son la modalidad de tratamiento de la dependencia a opiáceos más evaluada sino la que obtiene mejores resultados (13,34,42-44); fundamentalmente cuando se orientan al mantenimiento con dosis lo suficientemente altas y se complementan con servicios auxiliares (45).

En el Estado Español los programas de tratamiento supervisado están sometidos a una legislación especial (37), que estableció inicialmente una regulación tan exhaustiva de los mismos que pronto tuvo que ser modificada para facilitar su generalización (46). Este concepto de regular legalmente el tratamiento médico de un enfermo (el UDI) con un medicamento (la metadona) es cuando menos excepcional y por suerte no se produce para otros tratamientos como los del sida o la diabetes (43). Aunque la normativa se vaya adaptando a los nuevos conceptos, lo hace de forma más lenta que en otros países (43), de hecho en Inglaterra no se ya requiere ninguna acreditación especial (13) y en cualquier caso es evidente que para favorecer su extensión es conveniente reducir todo lo posible las reglamentaciones (43).

La clave de estos programas es considerar al UDI como un paciente crónico más, que para el tratamiento de su enfermedad precisa un medicamento, que deberá utilizar durante un largo periodo de tiempo o incluso de por vida (44). Siguiendo este razonamiento, resulta



natural que quienes precisan este medicamento lo consigan en el mismo establecimiento sanitario donde adquieren sus medicamentos el resto de los pacientes ambulatorios: la farmacia (11). Además, el conocimiento de los farmacéuticos sobre la farmacoterapia y sus habilidades en evaluar y afrontar los problemas relacionados con el abuso de medicamentos son muy valiosos en el abordaje de los pacientes dependientes de opiáceos (4).

La primera experiencia de dispensación de metadona para el tratamiento de la dependencia a opiáceos en farmacias en España es de una farmacéutica asturiana: Flor Alvarez de Toledo, a principios de los 80 (47). Posteriormente se desarrolló otra experiencia puntual en Alicante de 1984 a 1987 (47). Ambas fueron actuaciones basadas en la buena disposición de unos profesionales que se implicaron en ellas de forma individualizada y careciendo de la infraestructura adecuada que permitiera cubrir las necesidades de estos pacientes. (47).

En febrero de 1996 se inició en diecisiete farmacias de Bizkaia el primer programa de mantenimiento con metadona en estos establecimientos sanitarios que tenía lugar en nuestro país. Desde entonces se ha ido extendiendo a otras comunidades autónomas y actualmente se desarrolla en numerosas farmacias, si bien son muchas más las que se encuentran acreditadas para desarrollarlo.

La implicación de las primeras farmacias en este programa se debió, al menos en parte, a problemas surgidos por la forma en que este se diseñó inicialmente. Así la existencia de un único punto de distribución originó aglomeraciones de usuarios, que dieron lugar a una importante alarma social poniendo así en evidencia las ventajas de la descentralización. Otro problema fue que los estrictos criterios

de admisión en el PMM que se establecieron en un principio condujeron a que los usuarios del mismo fueran un colectivo con un gran deterioro físico y una mortalidad bastante elevada, por lo que se llegó a extender entre los UDI el bulo de que la metadona era la causante de estas muertes.

La relajación de los criterios de admisión, junto con la extensión de la oferta y la participación de las farmacias, ha permitido responder a la demanda e incluir en estos programas a la gran mayoría de los UDI.

La participación en el PMM exige que desde la farmacia se realice previamente la solicitud de acreditación a través del Colegio Oficial de Farmacéuticos correspondiente (11), desde donde esta se tramita a las autoridades sanitarias que la conceden automáticamente. El paciente no accede a la farmacia directamente por propia voluntad, sino que es siempre derivado desde el centro de atención a UDI correspondiente, junto con un breve informe para el farmacéutico, en el que se recogen datos sanitarios relevantes, tratamientos, dosis de metadona, etc. (11).

Para poder participar en el programa es necesario disponer en la farmacia de un espacio adecuado donde realizar la supervisión de la toma de metadona por parte del usuario (4). Es importante que el tratamiento se administre en un lugar discreto, para que se respete la intimidad de los UDI y la confidencialidad del tratamiento (39). De hecho, la falta de privacidad es uno de los problemas que suelen citarse en los estudios realizados sobre estos programas (10,40,48,49).

En general, a lo largo del desarrollo del programa los pacientes se van estabilizando y es cada vez más frecuente que no necesiten realizar un tratamiento supervisado, sino



acudir simplemente a la farmacia a recoger sus dosis diarias (40,48,50,51). Incluso se llega a entregar las dosis de metadona para varios días en una sola dispensación, bien en envases individualizados para cada día o en un envase conjunto (40,48,51), según las necesidades del paciente. La medicación debe ser recogida por el propio paciente, aunque en algunos casos el médico puede autorizar a otra persona a recogerla en su nombre, informando de ello al farmacéutico (51).

En estos programas es muy importante la relación entre el médico y el farmacéutico (51) para comunicar cualquier necesidad del paciente o incidencia, de las que la más habitual es no acudir a por alguna dosis (15). Aunque el porcentaje de dosis no recogidas suele ser escaso, en algunos estudios, realizados en otros países, se ha detectado que en más de un tercio de los casos los farmacéuticos no informan al médico de este problema (12). No hemos localizado ningún dato al respecto referente a los programas realizados en España. Sin embargo, se supone esta circunstancia no se produce, ya que mensualmente el farmacéutico tiene que remitir al médico un informe en el que se consignan las veces que ha acudido el paciente a la farmacia, siendo obligatorio recoger este dato para poder facturar el servicio.

Esta comunicación debe ser bidireccional, ya que es frecuente que el médico deba informar de cambios de dosis. Estos cambios deben comunicarse por escrito y no por teléfono (51). Cuando por motivos de urgencia sea necesario efectuar un cambio en base a una mera comunicación telefónica, éste debe ser posteriormente confirmado por escrito. Para el mejor seguimiento del paciente es necesario intercambiar muchos más datos entre los profesionales implicados en el programa,

por lo que la calidad de la relación entre los mismos se ve reflejada en los resultados de estos programas.

Además, el desarrollo de sesiones formativas conjuntas, la realización de reuniones interprofesionales periódicas y los reiterados contactos para intercambiar informaciones puntuales contribuyen a integrar al farmacéutico en el sistema sanitario (14).

Aunque en general actualmente los farmacéuticos se muestran dispuestos a participar en estos programas (12,14,52), uno de los principales obstáculos para su implicación en ellos es la preocupación por el impacto que puede tener en el resto de usuarios de la farmacia (47,50,53); de hecho, algunos farmacéuticos no quieren implicarse porque piensan que pueden dejar de ir a la farmacia. Resulta evidente que los farmacéuticos tienen una especial preocupación por la percepción de sus clientes, dado que sus ingresos dependen del número de dispensaciones que realizan. Sin embargo, esta realidad plantea una importante cuestión de ética profesional: ¿hasta que punto la atención a un grupo de pacientes debe ser afectada por las percepciones o actitudes de otro grupo? (50). De hecho en países como Gran Bretaña la dispensación de metadona a UDI es obligatoria para las farmacias (1).

En los estudios en los que se ha medido directamente la percepción de los usuarios de las farmacias (50) o la impresión de la misma que tienen los farmacéuticos implicados en estos programas (40,48), se demuestra que esa aprensión no está justificada. Así, aunque la mayoría de los usuarios conocen los programas, muchos no saben si la farmacia donde ellos van habitualmente participa o no en ellos. La mayor parte se muestran compasivos hacia los UDI pero preocupados por los problemas que causan a la sociedad y muestran una



actitud positiva tanto hacia los programas de mantenimiento con metadona como hacía el PIJ (50). Incluso, si la mayoría de los usuarios prefiere que estos programas se desarrollen en una zona privada de la farmacia, es más por que piensan que así se respeta más la privacidad del UDI que porque ellos tengan ningún problema (50). Resulta llamativo que esta opinión es compartida también por quienes acuden a la farmacia con niños y que no haya diferencias en la percepción según la edad (50). Puede por tanto afirmarse que las actitudes son más positivas de lo que piensan algunos farmacéuticos (50,54) por lo que es importante informarles de esta realidad y que sean conscientes de ella (14).

Como dificultades para su participación, algunos farmacéuticos también aducen la preocupación por su seguridad (52). En este sentido, es importante reseñar que si bien en algunos estudios realizados en otros países se menciona que el comportamiento agresivo de algunos pacientes ha obligado a que abandonen el programa (15), en los estudios publicados en nuestro país (40,48) no se han registrado problemas de conflictividad relevantes en las farmacias. Lo que sí ha sucedido, sin embargo, es que la oferta de servicios a los UDI y el contacto de éstos con los farmacéuticos han llevado a que hayan disminuido drásticamente los problemas e incidencias en las farmacias desde el inicio de estos programas (3).

Otro de los motivos que suelen exponer algunos farmacéuticos para no participar en estos programas es su falta de preparación específica en el trato con toxicómanos (52). Está demostrado que la formación ayuda a cambiar la actitud de los farmacéuticos (1) y contribuye a optimizar los resultados (13), siendo particularmente eficiente cuando es

impartida por otros farmacéuticos comunitarios ya implicados en estas actividades (2).

Otro de los principales obstáculos para la incorporación de las farmacias es la falta de una remuneración adecuada, que resulta crucial para superar las reticencias y mejorar la participación (4). Es esencial realizar una planificación realista y coherente de los costes y en base a ellos establecer una remuneración adecuada con sus oportunas actualizaciones (34). En este sentido, es importante llamar la atención sobre la importancia de que se mantenga una actualización de la misma acorde con los incrementos de costes de la prestación del servicio, aunque la estimación de éstos tiene una gran variabilidad según distintos autores (55,56).

Son ya numerosos los estudios realizados sobre los resultados que se obtienen mediante estos programas. Entre estos resultados se citan:

- La reducción del consumo de drogas (40,41,44,48,57-59) y la disminución significativa de la práctica de compartir jeringuillas entre quienes aún siguen utilizándolas (40,48,57,60-62).
- El aumento de uso de preservativos entre quienes son sexualmente activos (48,57)
- La disminución de las conductas delictivas y el consiguiente descenso de los ingresos en prisión (40,48, 57-59).
- La mejora en la percepción de salud, unida a un descenso de la morbi-mortalidad (44) y a un aumento en la calidad de vida (40,44,48).
- Una importante mejoría en la esfera familiar y relacional (40,48), que también contribuye a mejorar la autoestima (57).



– Mejora de la situación laboral (40). Si bien otros autores recogen que no aumenta el nivel de empleo, pero sí se modifican las fuentes de ingresos (57).

Si bien estos resultados se obtienen tanto en los programas en los que participan farmacias como en los desarrollados en otros ámbitos, el acudir a un establecimiento sanitario convencional es más favorable para la estabilización de los UDI que utilizar recursos creados específicamente para ellos (15).

Ahora bien, aunque los PMM han supuesto una mejora radical en la atención a los UDI y disminuido espectacularmente su conflictividad, para una plena integración social de los participantes en los mismos es esencial complementarlos con una oferta de recursos como casas de acogida, centros de día, actividades formativas, talleres ocupacionales, ... (27,34).

OTRAS ACTIVIDADES

Los servicios existentes para los PMM constituyen una infraestructura capaz y efectiva para la implantación de programas de tratamiento supervisado (63).

La combinación de los PMM con los programas de tratamiento directamente observados (TOD) también denominados tratamientos supervisados de la tuberculosis (PTST) ofrece una oportunidad particularmente buena para mejorar la adherencia que debe ser explotada (63). De hecho, es poco probable que los UDI con un estilo de vida inestable mantengan una buena adherencia al tratamiento y el administrarles los tuberculostáticos previamente a la toma de metadona es una buena alternativa (63) y está demostrado que los tratamientos supervisados efectuados en farmacias

consiguen mejores resultados en retención y adherencia que los de autoadministración del tratamiento. (64,65).

En el País Vasco, hace ya varios años que existe un convenio de colaboración entre los colegios de farmacéuticos y el Departamento de Sanidad para el desarrollo de un PTST en las farmacias de cara a los usuarios del PMM que lo precisen (66). Sin embargo, los problemas de coordinación entre los distintos servicios sanitarios han supuesto que muy pocos UDI hayan participado hasta ahora en este programa.

Debido a las diferencias entre la terapéutica del sida y la tuberculosis los programas como el PTST no pueden aplicarse directamente a la infección por HIV. Sin embargo, hay puntos en común entre ambas enfermedades que indican que el PTST podría servir de base para diseñar un programa de tratamiento en farmacias con antiretrovirales (39), lo que supondría una importante mejora de la accesibilidad para los pacientes que precisan estos tratamientos. Actualmente, aunque no esté en marcha este programa, si que existen experiencias puntuales de farmacias en las que se facilitan tratamientos supervisados de estos medicamentos a UDI.

Además los farmacéuticos podrían implicarse en otras actividades como la administración de heroína, la desintoxicación con naloxona o la vacunación contra la hepatitis B (4,12,51).

En los estudios publicados sobre las opiniones de los farmacéuticos implicados en estos programas puede apreciarse que están dispuestos a participar en estas nuevas actividades (10,12,14,40,48,67). En países como gran Bretaña son las propias autoridades sanitarias quienes se plantean la necesidad de implicar en ellas a las farmacias y son conscientes de



que para ello se precisa formar adecuadamente a los farmacéuticos y plantearse una adecuada financiación de los mismos (49).

CONCLUSIONES

La distribución geográfica y amplitud de horarios de las farmacias hace que sean centros sanitarios muy próximos y accesibles a los UDI, por lo que su implicación en los programas de atención a este colectivo es particularmente eficiente.

Además de la distribución de kits antisida y las campañas de educación sanitaria, las principales actividades dirigidas a UDI en las que participan las farmacias son los programas de intercambio de jeringuillas y de mantenimiento con metadona.

Es necesario garantizar la confidencialidad de los usuarios de estos programas, por lo que las farmacias deben disponer de un espacio adecuado para desarrollarlos.

Ofreciendo estos servicios, las farmacias se convierten en la puerta de entrada al sistema sanitario para muchos UDI que por su marginación social no accedían al mismo. Una vez integrados en un PMM, la visita diaria a la farmacia y el contacto con el farmacéutico contribuyen a la estabilización de estos pacientes.

Para participar en estos programas es preciso que los farmacéuticos reciban una formación específica y en el caso de los tratamientos supervisados es también imprescindible una adecuada remuneración.

Aunque inicialmente muchos farmacéuticos eran reticentes a participar en estos programas, la ausencia de conflictividad y los buenos resultados obtenidos por los mismos han ayudado a cambiar en gran medida esa percepción.

La buena comunicación médico-farmacéutico es esencial para el correcto funcionamiento de los tratamientos supervisados. La realización de actividades de formación conjuntas, las reuniones interprofesionales y el intercambio periódico de información ayuda a romper barreras y a integrar al farmacéutico en el sistema sanitario.

Aunque estos programas contribuyen a mejorar la salud, la calidad de vida y la integración social de los UDI, para conseguir plenamente este último objetivo es imprescindible complementarlos con otros recursos de tipo social y ocupacional.

La profesión farmacéutica debe implicarse más activamente en debatir sobre su papel y participar en nuevas estrategias terapéuticas para estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Matheson C, Bond C M, Mollison J. Attitudinal factors associated with community pharmacists involvement in services for drug misusers. *Addiction* 1999;94(9):1349-59.
- 2.- Hankins CA. Syringe exchange in Canada: good but not enough to stem the HIV tide. *Subst Use Misuse* 1998;33(5):1129-46.
- 3.- Bonnet N, Beauverie P, Gaudoneix-Taïeb M, Poisson N, Imbert E, Fournier G. Evolution de l'implication du pharmacien d'officine dans la prévention des dommages liés à l'usage de drogues et la dispensation des traitements de substitution. *Ann Med Interne* 2001;152(S7):2S15-20.
- 4.- Peterson GM. Drug misuse and harm reduction: pharmacy's magnificent contribution, but at what cost? *J Clin Pharm Ther* 1999; 24(3):165-9.



- 5.- Meana JJ, Ballesteros J, Pantoja L. Tratamiento sustitutivo en dependencia a opiáceos: Metadona, LAAM, Heroína. Bilbao: Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto, 1997.
- 6.- Hevia A, Zunzunegui MV. Perspectivas de intervención terapéutica en un programa de mantenimiento con opioides. *Goze* 1999; III (7): 31-8. Disponible en URL <http://www.ome-aen.org/norte/7g/n07031038.pdf>
- 7.- Fischer B, Rehm J, Blitz-Miller T. Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time. *CMAJ* 2000; 162(12):1709-13.
- 8.- Bonnet N. Intérêt d'un programme d'échange de seringues en pharmacie d'oficine pour les usagers de drogues par voie intraveineuse. (2006). *Presse Med* 2006; 35(12):1811-8.
- 9.- Myers T, Cockerill R, Worthington C, Millson M, Rankin J. Community Pharmacist Perspectives on HIV/AIDS and Interventions for Injection Drug Users in Canada. *AIDS Care* 1998; 10(6):689-700.
- 10.- Sheridan J, Wheeler A, Walters C. Health problems and help-seeking activities of methadone maintenance clients at Auckland Methadone Service (AMS): potential for community pharmacy service expansion? *Harm Reduction Journal* 2005;2:25doi:10.1186/1477-7517-2-25. Disponible en URL <http://www.harmreductionjournal.com/content/2/1/25>
- 11.- Linares R. Repercusión del programa de mantenimiento con metadona en las oficinas de farmacia de la provincia de Albacete. *Revista Española de Drogodependencias* 2002;27 (2):191-201.
- 12.- Sheridan J, Manning V, Ridge G, Mayet S, Strang J. Community pharmacies and the provision of opioid substitution services for drug misusers: changes in activity and attitudes of community pharmacists across England 1995-2005. *Addiction* 2007; 102(11):1824-30.
- 13.- Roberts K, Hunter C. A comprehensive system of pharmaceutical care for drug misusers. *Harm Reduction Journal* 2004; 1(6). Disponible en URL <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=428584>
- 14.- Sheridan J, Strang J, Barber N, Glanz A. Role of community pharmacies in relation to HIV prevention and drug misuse: findings from the 1995 national survey in England and Wales. *BMJ* 1996;313:272-4.
- 15.- Matheson C, Bond CM, Pitcairn J. Community pharmacy services for drug misusers in Scotland: what difference does 5 years make?. *Addiction* 2002; 97(11):1405-11.
- 16.- Ruiz Golvano J. Actuaciones desde la farmacia comunitaria frente al sida. El papel del farmacéutico/a. *Farmacéuticos* 1996; (Sup 197):12-8.
- 17.- Markez I, Póo M, Etxegoien R. Nuevos tiempos, nuevas políticas, nuevos modelos de intervención. En Arana X, Markez I, Vega A. *Drogas. Cambios sociales y legales ante el tercer milenio*. Madrid: Dykinson; 2000.
- 18.- Participación de las oficinas de farmacia en la prevención, detección y reducción de riesgos asociados al VIH/SIDA. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2007. Disponible en URL [http://pfarma3.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000002.nsf/voDocumentos/15F056E7B403138BC1256FD2002EA624/\\$File/memoria_sida.htm?OpenElement](http://pfarma3.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000002.nsf/voDocumentos/15F056E7B403138BC1256FD2002EA624/$File/memoria_sida.htm?OpenElement)
- 19.- Juárez M, Casado D, Cobo JM, González P, Iglesias J, López R et al. Fundación Foessa. V informe sociológico sobre la situación social en España: Sociedad para todos en el año 2000. Madrid: Fundación Foessa, Cáritas Española; disponible en URL: <http://books.google>.



com/books?id=kfekdS72-DgC&pg=RA4-PA1030&lpg=RA4-PA1030&dq=%22kit+antisida%22&source=web&ots=S4qshAyE7U&sig=2ssyBEdu74tDDDGpm0AUxHQdpT0#PPR37,M1

20.- Arco del J, Ruiz J, Menoyo C. La implicación de las farmacias en la prevención y tratamiento de las toxicomanías. *Pharmaceutical care España* 2002;4(3):138-42.

21.- Menoyo C., Zubía I., Urcelai A., Zulaica D. El kit antisida y otras experiencias de prevención en el estado español. *JANO* 1994; XLVI (1072): 59-67.

22.- Ministère de l'emploi et de la solidarité. Communiqué Le Stéribox à 1 euro. Paris: Ministère de l'emploi et de la solidarité. 2002. Disponible en URL http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_020415.htm

23.- Gibson DR, Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 2001; 15(11):1329-41.

24.- Lurie P, Reingold AL (Eds). *The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad*, vol 1. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1993.

25.- Normand J, Vlahov D, Moses LE (Eds). *Preventing HIV Transmission: the Role of Sterile Needles and Bleach*. Washington DC: National Academy Press; 1995.

26.- Office of Technology Assessment. *The Effectiveness of AIDS Prevention Efforts*. Washington DC: US Government Printing Office; 1995.

27.- O'Hare PA, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E. *Reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas; 1995.

28. Singer M, Himmelgreen DA, Weeks M, Rada K, Martinez R. Changing the environment of AIDS risk: Findings on syringe exchange and pharmacy sales of syringes in Hartford, CT. *Med Anthropol* 1997, 18: 107-30.

29.- Hagan H, Des Jarlais DC, Friedman SR, Purchase D, Alter MJ. Reduced risk of hepatitis B and hepatitis C among injection drug users in the Tacoma syringe exchange program. *Am J Public Health* 1995, 85: 1531-7.

30.- Frischer M, Elliot L, Taylor A, Goldberg D, Green S, Gruer L et al. Do needle exchanges help to control the spread of HIV among injecting drug users? *AIDS* 1993, 7: 1677-1678.

31.- Hartgers C, Buning EC, van Santen GW, Verster AD, Coutinho RA. The impact of the needle and syringe-exchange programme in Amsterdam on injecting risk behavior: *AIDS* 1989, 3: 571-576.

32.- Lurie P, Gorsky R, Jones TS, Shomphe L. An economic analysis of needle exchange and pharmacy-based programs to increase sterile syringe availability for injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 1998;18(Suppl 1):S126-32.

33.- Markez I, Póo M. Nuevos modelos de intervención: disminución de riesgos y programas de mantenimiento. *Psiquiatría pública* 1998;10(6):378-88.

34.- Parrino MW. *Manual de tratamiento con metadona*. Barcelona: Grup Igia y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas; 1997.

35.- Riley ED, Safaeian M, Strathdee A, Marx MA, Hettner S, Beilenson P et al. Comparing new participants of a mobile versus a pharmacy based needle exchange program. *JAIDS* 2000; 24(1):57-61.

36.- Roberts K, Gilchrist G, Cameron J, Ahmed S. Evaluation of the greater Glasgow



pharmacy needle exchange scheme 1997-2002. Disponible en URL http://www.drugmisuse.isdscotland.org/eiu/pdfs/eiu_nex.pdf

37.- Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo. BOE 20 23 de enero de 1990.

38.- Zulaica D, Bimbela JL, Bolea A, Martínez D, Menoyo C, Montoya M et al. Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringuillas. Madrid: Plan Nacional sobre el Sida; 1996. Disponible en URL <http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/tbc.pdf>.

39.- Altice FL, Mezger JA, Hodges J, Bruce RD, Marinovich A, Walton M et al. Developing a Directly Administered Antiretroviral Therapy Intervention for HIV Infected Drug Users: Implications for Program Replication. *Clinical Infectious Diseases* 2004;38:S376-87.

40.- Markez I, Iraurgi I, Póo M, Ordieres E, Arco del J, Presser E et al. Los Programas de Mantenimiento con Metadona en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Valoración tras tres de funcionamiento. Bilbao: Consejo de Colegios Farmacéuticos del País Vasco; 2000.

41.- Dole VP, Nyswander ME. A medical treatment for diacetylmorphine (heroin) addiction: a clinical trial with methadone hydrochloride. *JAMA*, 1965, 193: 80 - 84.

42.- Puigdollers F, Cots MT, Brugal L, Torralba A, Domingo-Salvany A. Programas de mantenimiento de metadona con servicios auxiliares: un estudio de coste-efectividad. *Gac Sanit* 2003;17(2):123-30.

43.- Hernández JJ, Giner F. Los programas de mantenimiento con metadona. Una aproximación a sus aspectos jurídicos y clínicos. Sida: Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA 1999; 10(3):114-8.

44.- Fernández Miranda JJ. Efectividad de los programas de mantenimiento con metadona. Una revisión de los resultados de los estudios de evaluación. *Med Clin (Barc)* 2001;116:150-4.

45.- McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, Woody GE, O'Brien CP. The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. *JAMA* 1993;269:1953-9.

46.- Real Decreto 5/1996, de 15 de enero, sobre modificación del Real Decreto 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y de ampliación de su anexo. BOE nº 44, 20 febrero 1996.

47.- Giménez MR, Navarro C. Experiencias en el programa de tratamientos con metadona oral en la Oficina de Farmacia. *Pharmaklinik*, 1989; III (2):54-63.

48.- Poo M, Marquez I, Etxegoien R, Ruiz J, Presser E, Ordieres E et al. Programa de Mantenimiento con Metadona en Farmacias. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia. 1997.

49.- Luger L, Bathia N, Alcorn R, Power R. Involvement of community pharmacists in the care of drug misusers: pharmacy-based supervision of methadone consumption. *Int J Drug Policy*. 2000 May 1; 11(3):227-34.

50.- Lawrie T, Matheson C, Bond CM, Roberts K. Pharmacy customers' and wiews experiences of using pharmacies which provide drug misuse services. *Drug Alcohol Rev* 2004;23:197-202.

51.- Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence working group. Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management 2007. London: NHS. National Treatment Agency for Substance Misuse; 2007.

52.- Fleming GF, McElroy JC, Hughes CM, Sheridan J, Strang J. The role of the community



pharmacist in drug abuse: a comparison of service provision between Northern Ireland and England/Wales. *Pharm World Sci* 2001; 23(1):13-6.

53.- Sheridan J, Strang J, Taylor C, Barber N. HIV prevention and drug treatment services for drug misusers: a national study of community pharmacists' attitudes and their involvement in service specific training. *Addiction* 1997;92(12):1737-48.

54.- Matheson C, Bond C. Motivations for and barriers to community pharmacy services for drug misusers. *International Journal of Pharmacy Practice* 1999; 7: 256-63.

55.- Cuesta MT, Martínez de la Gándara M. LEVACETILMETADOL. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1998;22(4):103-6.

56.- Pellín MC, Gimeno C, Barril J, Climent JM, Vilanova E. Estudio de costes de un tratamiento de mantenimiento con metadona de bajo nivel de prestaciones. *Medicina Clínica* 2000; 114(5):171-173.

57.- Escudero M. Evaluación a 4 años de una muestra de 40 participantes en un programa de mantenimiento con metadona en Barcelona. *Adicciones* 2000; 12(3):383-394.

58. Weddington WW. Towards a rehabilitation of methadone maintenance: integration of relapse prevention and aftercare. *International Journal of the Addictions* 1991; 25(9A-10A):1201-24.

59.- Kang SY, De Leon G. Correlates of drug injection behaviours among methadone outpatients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993; 19:107-18.

60.- Baker A, Kochan N, Dixon J, Wodak A, Heather N. HIV-risk-taking behaviour among injection drug users currently, previously and

never enrolled in methadone treatment. *Addiction* 1995; 90: 545-54.

61.- Caplehorn JR, Ross MW. Methadone maintenance and the likelihood of risky needle-sharing. *Int J Addict* 1995;30(6):685-98.

62.- Longshore D, Hsieh S, Danila B, Anglin MD. Methadone maintenance and needle/syringe sharing. *Int J Addict* 1993;28(10):983-96.

63.- Sell L, Finch E, Farrell M, Sheridan J, Strang J. "Directly observed treatment for tuberculosis - Could be provided by community pharmacists supervising consumption of methadone." *BMJ* 1996;313: 45.

64.- Batki SL, Gruber VA, Bradley JM, Bradley M, Delucchi KA. A controlled trial of methadone treatment combined with directly observed isoniazid for tuberculosis prevention in injection drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2002 May 1;66(3):283-93.

65.- Juan G, Lloret T, Perez C, Lopez P, Navarro R, Ramón M et al. Directly observed treatment for tuberculosis in pharmacies compared with self-administered therapy in Spain. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2006 Feb; 10(2):215-21.

66.- Convenio de colaboración entre el departamento de sanidad del gobierno vasco, los colegios oficiales de farmacéuticos de la Comunidad Autónoma del País Vasco para el tratamiento supervisado de la tuberculosis a usuarios de drogas incluidos en el Programa de Mantenimiento con Metadona en Oficinas de Farmacia (PMMF). Disponible en URL <https://www.cofbizkaia.net/COFBI/PRM.nsf/fwContenedor?OpenForm&Doc=tuberculostaticos/index.htm>

67.- Scott R, McNulty H. Community pharmacists are increasingly supervising treatments. *BMJ* 1996;313:945.