

Los programas de reducción de daños en el medio penitenciario (I): encuadre a partir del análisis de su desarrollo en el contexto extrapenitenciario

J Trujols, A Marco*

* Centre Penitenciari d'Homes. Barcelona

1. INTRODUCCIÓN

Los usuarios de drogas no son un grupo homogéneo en cuanto a la actitud, disposición o preparación para abandonar su consumo. No obstante, hasta fechas bastante cercanas, la práctica totalidad de las estrategias de intervención dirigidas a dicha población estaban orientadas y diseñadas, casi exclusivamente, para usuarios claramente motivados para abandonar dicho consumo, grupo cuyo porcentaje es ciertamente limitado. Basada en la ley del todo o nada y el criterio de «tolerancia cero», la oferta única de programas centrados exclusivamente en la abstinencia ha caracterizado de forma funesta y aciaga el panorama del abordaje de las conductas adictivas hasta la progresiva implementación de los programas de reducción de daños y la consiguiente cohabitación de ambos enfoques en una complementariedad no siempre armónica. El objetivo de esta revisión es reflexionar y describir sucintamente los programas de reducción de daños aplicados en el entorno extrapenitenciario (I) y, en un segundo capítulo (II), en el medio penitenciario.

2. REDUCCIÓN DE DAÑOS: ORÍGENES, ASUNCIONES Y OBJETIVOS

Tres factores han sido fundamentales a la hora de impulsar y favorecer la necesidad y el desarrollo de los programas de reducción de daños:

- 1) La constatación generalizada tanto de la limitada efectividad como de la insuficiente cobertura de la oferta terapéutica clásica basada únicamente en programas de intervención orientados a la abstinencia. Como señalan de Andrés et al¹, «*muchos*

toxicómanos no se adaptan al ambicioso 'deseo de abstinencia de los profesionales'; otros consumidores de drogas, dependientes o no, ni siquiera acuden a los servicios al no sentirse atraídos por la 'oferta'».

- 2) La aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la rápida expansión de la infección por VIH entre los usuarios de drogas por vía parenteral, colectivo en el que la seroprevalencia del VIH ha adquirido características de pandemia.
- 3) La progresiva, aunque aún tímida en demasiados escenarios, tendencia a modificar la clásica relación jerarquizada profesional-usuario basada en el modelo médico tradicional de enfermedad y en una percepción sesgada y excluyente del adicto como persona no competente, en un intento de incorporar la voz de los verdaderos protagonistas - los usuarios de drogas reconocidos como interlocutores válidos- en la definición e implementación de estrategias, programas y recursos con el objetivo de que respondan a las necesidades de dichos usuarios y no a las prioridades de los políticos y profesionales, muchas veces no coincidentes con las citadas necesidades.

Es necesario destacar la importancia de cada uno de estos tres factores en la configuración de un *zeitgeist* favorable para los programas de reducción de daños y no atribuir el desarrollo de dichos programas únicamente a la aparición del SIDA. Sin negar por ello que este factor haya sido el catalizador de dichos programas en muchos países o que haya acelerado el curso de la historia del abordaje de las conductas adictivas en otros ámbitos geográficos impulsando políticas y programas que sino no se hubiesen implementado hasta dentro de unos años o decenios, diferentes autores señalan ejemplos concretos de políticas e intervenciones

anteriores a la aparición del VIH, remontándose algunos incluso al siglo XIX², claramente englobables en los planteamientos de la reducción de daños, demostrando que no se trata de una perspectiva o abordaje nuevo sino con orígenes anteriores a la epidemia del SIDA²⁻⁸. No obstante, como reconocen Des Jarlais et al⁹, dicha epidemia ha posibilitado una mayor profundización y elaboración de la perspectiva de reducción de daños y ha sido el principal motivo por el que líderes políticos inicialmente reacios han permitido la implementación de este tipo de programas.

Los siguientes principios o asunciones son la base de la filosofía y la práctica de la reducción de daños:

- 1) Aceptar que el consumo de sustancias psicoactivas es una característica común de la historia de la humanidad⁴ y forma parte de nuestra sociedad¹⁰. La decisión del usuario de drogas de consumirlas es respetada y aceptada⁴. Como señalan entre otros Marlatt¹¹ y Des Jarlais et al⁹, la atención es desplazada del consumo de drogas hacia las consecuencias o efectos de determinadas formas de consumo.
- 2) El consumo de sustancias psicoactivas es conceptualizado como un fenómeno complejo y multidimensional, abarcando un continuo de conductas que van desde el abuso grave hasta la abstinencia total^{10,12}. Se reconoce, igualmente, que algunas formas de consumo son más seguras que otras y que, consiguientemente, es posible reducir al menos una parte sustancial del daño asociado al consumo de drogas sin necesariamente eliminar o, incluso, reducir el consumo en sí^{4,9}.
- 3) El daño asociado al consumo de sustancias psicoactivas es considerado desde una perspectiva multidimensional¹³. Como afirma de Andrés¹⁴, en relación al nivel del daño, el receptor o destinatario puede ser la propia persona usuaria de drogas, su red sociocomunitaria más próxima (familia, amigos, vecinos, etc.) o la sociedad en general y, respecto al tipo de daño, además del daño relativo a la salud, los daños sociales y económicos también entran en juego.
- 4) Reconocer que la pobreza, el paro y otras desigualdades sociales, así como múltiples formas de discriminación social (racismo, sexismo, etc.) afectan a la vulnerabilidad de las personas y a su capacidad para disminuir los daños^{10,14}.
- 5) Impulsar y propiciar la participación de los usuarios de drogas en el diseño y desarrollo de estrategias y programas de actuación, reconociendo su responsabilidad, competencia y capacidad no sólo para reducir los daños relacionados con su propio consumo sino también para actuar como agentes de salud, potenciándose, en definitiva, una colabo-

ración horizontal entre usuarios de drogas y profesionales^{9,10,14-16}.

Considerando los principios citados como el marco configurador de la perspectiva de la reducción de daños, las estrategias de estos programas pueden definirse, globalmente, como el conjunto de las acciones individuales y colectivas dirigidas a minimizar los efectos físicos, psíquicos y sociales negativos asociados al consumo de drogas¹⁷.

Es imprescindible destacar la interdependencia e imbricación de esta definición con los principios anteriormente citados puesto que un determinado recurso o programa -el caso más manifiesto es el de los programas de mantenimiento con metadona-, potencialmente enmarcable dentro de las estrategias de reducción de daños, puede ser desarrollado e implementado con una dinámica, finalidades u objetivos ajenos y contrarios a los de la reducción de daños, como estrategia de control social, por ejemplo.

Aunque los programas de reducción de daños no se dirigen exclusivamente a consumidores de heroína, la presente exposición se centrará esencialmente en dicho colectivo de usuarios porque es el más ampliamente representado en nuestro ámbito de actuación profesional. No obstante, puede obtenerse información relativa a programas de reducción de daños dirigidos a usuarios de otras sustancias psicoactivas como las anfetaminas¹⁸⁻²², el alcohol²³⁻²⁷, el cannabis²⁸, la cocaína^{18,29,30}, el MDMA o éxtasis^{31,32}, o la nicotina³³⁻³⁵.

3. PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

En coherencia con la naturaleza multidimensional del daño citada anteriormente y tal como puede constatarse a continuación en una breve presentación de los diferentes programas de reducción de daños dirigidos a usuarios de heroína, la reducción de daños debe ser igualmente multidimensional³⁶ y organizar y englobar la práctica simultánea de diferentes servicios sociales y sanitarios^{1,37}, siendo cualquiera de estos programas, por sí solo, insuficiente.

3.1. Programas de distribución y/o intercambio de jeringuillas

El primer programa de distribución de jeringuillas fue desarrollado el año 1981 por la Junkiebond de Rotterdam -una asociación holandesa de usuarios de heroína- con el objetivo de disminuir la transmisión

del virus de la hepatitis B ³⁸⁻⁴¹, existiendo no obstante alguna experiencia anterior puntual y de menor alcance en Gran Bretaña ⁴². La iniciativa de los usuarios holandeses fue posteriormente -a principios del año 1987- asumida por el Servicio Municipal de Salud de dicha ciudad para prevenir la difusión del VIH. En Estados Unidos, aunque existe alguna iniciativa individual de distribución pública de material estéril de inyección a partir de finales del año 1986 ⁴³, el primer programa de intercambio de jeringuillas fue iniciado el año 1988 por un ex-usuario de heroína en la localidad de Tacoma ⁴¹. En el Estado español, el primer programa de distribución e intercambio de jeringuillas se desarrolló el año 1988 en Bilbao y alrededores, siendo la iniciativa de la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Vizcaya ^{44,45}. El objetivo principal de dichos programas es la disminución de la práctica de compartir el material de inyección, limitándose así las posibilidades de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea a otros usuarios de drogas por vía parenteral ¹. En este sentido, hay que resaltar el hecho de que, a parte de la distribución de material de inyección estéril (jeringuillas, toallitas de alcohol, etc.) y, en muchos casos, preservativos, dichos programas son un marco incomparable para la educación sanitaria ⁴⁶ e incluso, si el usuario de drogas lo requiere y/o solicita, un puente hacia otros dispositivos sociosanitarios ^{47,48}.

Las diferencias principales a la hora de implementar dichos programas radican esencialmente en las cuatro siguientes variables:

- 1) *Método de suministro*: Las jeringuillas pueden ser distribuidas o intercambiadas. Consideramos que debe estimularse el retorno de jeringuillas usadas pero el objetivo primordial tiene que ser proporcionar las jeringuillas que el usuario necesita, motivo por el cual la ratio 1:1 requerida por algunos programas debería ser abandonada.
- 2) *Ubicación*: El suministro de jeringuillas puede realizarse en unidades móviles que accedan, a pie o utilizando algún tipo de vehículo, allí donde haya un elevado número de usuarios de drogas por vía parenteral ⁴⁵ o en dispositivos estáticos como oficinas de farmacia ⁴⁹⁻⁵², máquinas expendedoras ^{45,52,53}, centros de mantenimiento con metadona ⁵⁴ u otros servicios sociosanitarios ⁴⁶.
- 3) *Personal implicado*: El personal implicado puede ser personal sanitario ⁴⁵, ex-usuarios de drogas por vía parenteral, educadores sociales ⁴⁶ o usuarios de drogas en activo ^{55,38-40}.
- 4) *Horario*: Los horarios son variables dependiendo, en gran medida, de su ubicación y del personal implicado. No obstante, como afirman de Andrés y Rodés¹ es conveniente que se garantice el suministro

de jeringuillas las 24 horas del día siete días por semana y, sobre todo, una estabilidad y continuidad en el tiempo.

Múltiples estudios ^{43,56-59} han demostrado concluyentemente que los programas de intercambio de jeringuillas disminuyen la práctica de compartir jeringuillas y, consiguientemente, reducen la incidencia del VIH en la población de UDVP, no evidenciándose, paralelamente, un aumento del número de dichos usuarios ni de los niveles de consumo de drogas a nivel comunitario.

3.2. Programas *outreach*

Aunque, tal como afirman Nadelmann et al ², muchos de los programas de intercambio de jeringuillas se basan en un trabajo *outreach*, este tipo de trabajo o programas no siempre conlleva la distribución o intercambio de jeringuillas, motivo suficiente para dedicarle un apartado diferenciado.

El trabajo *outreach* no se basa en esperar a que los usuarios de drogas acudan en busca de ayuda o tratamiento cuando perciban tener algún tipo de problema relacionado con dicho consumo, sino que radica en salir al encuentro de dichos usuarios con el objetivo de proporcionarles información y/o servicios directamente en la comunidad ⁶⁰. Los programas *outreach* más comunes son los que distribuyen material de inyección estéril y preservativos, así como folletos o comics, generalmente diseñados por los propios usuarios, que describen los pasos a seguir para una inyección más segura ^{15,61}. Otros folletos pueden detallar pautas de actuación en caso de sobredosis ⁶⁷ o, en relación a sustancias no opiáceas, orientaciones para un consumo igualmente más seguro ^{15,32}. Una de las variantes principales del trabajo *outreach*, denominada "*indigenous outreach*" o "*peer outreach*", es la que emplea ex-usuarios o usuarios en activo como agentes de salud. La diferencia esencial entre el *peer outreach* y el *indigenous outreach* radica en la población o grupo diana de la intervención ⁶⁰. Mientras que en el *peer outreach* la población diana es la propia red social consumidora o grupo de pares del agente de salud (pudiendo los miembros de dicho grupo ser animados para actuar, a su vez, como agentes de salud, provocándose un efecto multiplicador similar al de una bola de nieve) ⁶³, en el caso del *indigenous outreach* el grupo diana es la población general de usuarios. Diferentes estudios ⁶⁴⁻⁶⁹ han demostrado no sólo la efectividad del *indigenous outreach* y el *peer outreach*, sino también su superior eficacia respecto a programas *outreach* más clásicos basados en el trabajo de profesionales sociosanitarios.

3.3. Programas de mantenimiento con metadona

Numerosos estudios^{57,70-72} han confirmado consistentemente que el mantenimiento con metadona, al reducir la práctica de compartir jeringuillas, está asociado con un menor riesgo de contraer el VIH. No obstante, como señalan Ward et al⁷², esta conclusión es correcta únicamente mientras el usuario de drogas se mantenga en tratamiento y reciba una dosis adecuada de metadona. Dosis bajas de metadona y una orientación dirigida a la más o menos rápida consecución de la abstinencia de dicha sustancia pueden provocar resultados ciertamente nefastos. En cambio, aumentar tanto su disponibilidad y accesibilidad -mediante una rápida admisión en programa después de la solicitud de inclusión⁷³⁻⁷⁶, un aumento de las unidades móviles de dispensación^{77,78} y del número de oficinas de farmacia dispensadoras^{79,80}, así como la plena incorporación de los centros de asistencia primaria como recurso prescriptor y/o dispensador⁸¹⁻⁸⁷, no sólo incrementaría su efectividad sino que favorecería la normalización de dichos programas y, a la vez, la incorporación psicosocial de los usuarios de heroína al disminuir su aislamiento y estigmatización, otro de los objetivos de la reducción de daños.

3.4. Programas de mantenimiento con otros agonistas opiáceos

Además de la metadona, diferentes agonistas opiáceos han sido utilizados como sustitutivos en programas de mantenimiento. Es el caso de la buprenorfina -un agonista parcial-^{88,91-94}, el LAAM⁹⁵⁻⁹⁷, la morfina⁹⁸⁻¹⁰³, la codeína¹⁰⁴ y el palfium¹⁰⁵. Aunque tanto la buprenorfina como el LAAM han demostrado su efectividad como sustancia de mantenimiento en ensayos clínicos, la limitada duración de dichos estudios, en parte debida a la reciente introducción de dichas sustancias, así como la limitada generalizabilidad de los resultados debido a la procedencia de las muestras estudiadas (mayoritariamente usuarios ya en tratamiento y originarios casi exclusivamente de Estados Unidos), no permiten extraer aún conclusiones definitivas respecto a la utilidad del mantenimiento con dichas sustancias como estrategia de reducción de daños. En el caso de las otras sustancias agonistas citadas, tanto el número y tipo de estudios como el reducido tamaño de las muestras impiden igualmente la obtención de conclusiones sustantivas más allá del hecho de que existen usuarios de heroína susceptibles de implicarse en dichos programas de mantenimiento, circunstancia que desde la perspectiva de la reducción

de daños ya es suficientemente relevante como para no descartar a priori ninguna de dichas alternativas. Es imprescindible dedicar más esfuerzos y un mayor rigor metodológico a la investigación de la potencial utilidad de estos -y otros- agonistas opiáceos en la reducción de daños.

3.5. Programas de mantenimiento con heroína

En Suiza se han realizado los primeros estudios desde el British System^{106,107} -experiencia inglesa muy difícil de evaluar-, que proponen la prescripción y dispensación médicamente controladas de heroína a usuarios de dicha sustancia^{108,109}. Los resultados presentados por Uchtenhagen¹⁰⁹ son positivos a nivel de retención en programa, mejora del estado de salud y modificación del estilo de vida. No obstante, la falta de un grupo control limita inevitablemente cualquier conclusión. Perneger et al¹⁰⁸, en un estudio realizado con un mayor rigor metodológico, concluyen que un programa de mantenimiento con heroína es no sólo viable sino clínicamente efectivo para usuarios de heroína que no se benefician de los abordajes convencionales. Aunque provisionalmente los resultados son, por tanto, esencialmente esperanzadores, los estudios realizados hasta la actualidad no permiten demostrar concluyentemente la utilidad de este tipo de abordaje. Consideramos pues necesaria y justificable la realización de nuevos estudios sobre la prescripción y dispensación de heroína. En este sentido, hay que destacar el inicio reciente de un programa similar en Holanda¹¹⁰ y los proyectos existentes en Canadá¹¹¹ y Australia^{112,113}. Es especialmente relevante el caso del proyecto australiano: seis años de trabajo científicamente riguroso e impecable de planificación y desarrollo de dicho proyecto de estudio así como un completo análisis de su justificación, ética y viabilidad¹¹²⁻¹²⁰ han sido parados exclusivamente por motivos políticos^{121,122}. Entendemos que los programas de mantenimiento con heroína no deben ser descartados a priori por decisiones políticas basadas en prejuicios y no en evidencias empíricas, sino diseñados e implementados de forma que permitan su evaluación y posterior obtención de conclusiones respecto a su utilidad en la reducción de daños.

3.6. Programas de atención socio-sanitaria urgente

Los dispositivos de atención socio-sanitaria urgente^{123,124}, ubicados cerca de los escenarios naturales donde se agrupa un mayor número de usuarios de drogas por vía parenteral, pretenden contactar con los

usuarios más marginados y ofrecerles, en base a sus necesidades y en un marco de acogida inmediata, asesoramiento y material de inyección estéril para un consumo más seguro, atención y cuidados médicos, servicio de duchas y lavandería, una alimentación mínima, etc.

3.7. Espacios para una inyección más segura

Con el objetivo de disminuir los episodios de sobredosis y las prácticas de riesgo a la hora de inyectarse, se han establecido, en el marco o no de dispositivos ya existentes y sobre todo en Suiza¹²⁵⁻¹²⁷, espacios para una inyección más segura en los que el usuario de drogas por vía parenteral dispone tanto de material de inyección estéril para consumir la droga que trae consigo como de la supervisión de un profesional sanitario.

3.8. Distribución de naloxona

Diferentes autores^{7,128-133} plantean la posibilidad de distribuir, a través de otros programas o dispositivos, ampollas de naloxona -un antagonista opiáceo- a los usuarios de heroína como estrategia de reducción de la morbilidad y la mortalidad asociadas a los episodios de sobredosis. No obstante, desconocemos la existencia no sólo de estudios que hayan evaluado la efectividad de dicha propuesta, sino también de experiencias que la hayan puesto en práctica, enmarcada o no en un proyecto más amplio de técnicas de prevención y manejo de los episodios de sobredosis.

4. LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y LA COMPETENCIA DE LOS USUARIOS DE DROGAS

La idea misma de que un usuario de drogas ilegales es una persona competente y capaz de decidir y escoger reducir los daños individuales y colectivos derivados del consumo de drogas, diferencia la perspectiva de la reducción de daños de otras perspectivas igualmente presentes en el ámbito del abordaje de las conductas adictivas⁹. Estas perspectivas ajenas a la reducción de daños tienden a enfatizar las limitaciones o déficits en la elección racional atribuidos genéricamente a toda persona dependiente de una sustancia psicoactiva, atribución falaz y malintencionada ya que se trata de una cuestión de prioridades (a la vez que de acceso a la información y de disponibilidad de medios) y no de competencia. Como constata de Andrés¹⁴, la gran mayoría de equipos que han desarrollado programas de reducción de daños han

contactado con multitud de heroinómanos que, aun manteniéndose en consumo activo, presentan unas capacidades y unos niveles de competencia que obligan a modificar la representación estereotipada del adicto a opiáceos como persona no competente.

Un ejemplo de la competencia de los usuarios de drogas es el hecho de que dichos usuarios y las organizaciones o asociaciones que los agrupan o representan han realizado importantes contribuciones intelectuales y prácticas al ámbito de la reducción de daños. Únicamente recordar su competencia como agentes de salud en los programas outreach¹³⁴ o que el primer programa de intercambio de jeringuillas fue desarrollado el año 1981 por la Junkiebond de Rotterdam^{38,39} y añadir, a título de ejemplo, que dicha organización elaboró en 1984 el primer folleto preventivo en relación al VIH dirigido a usuarios de drogas por vía parenteral¹³⁵ y que Nico Adriaans, uno de los fundadores de dicha organización de usuarios, realizó las primeras observaciones sistemáticas de frontloading¹³⁵, una de las formas indirectas de compartir jeringuillas¹³⁶⁻¹³⁸.

Friedman et al¹³⁹ aportan igualmente evidencias adicionales contrarias al mito de la incompetencia de los usuarios de drogas, ejemplificadoras incluso del hecho de que dichos usuarios actúan a veces de forma más competente que las propias instituciones de salud pública. Como afirman de Andrés et al¹⁵, «la organización activa de los consumidores de drogas es un elemento clave para modificar aspectos de la representación social, establecida alrededor de estereotipos y de imágenes culturales que hacen del consumidor de drogas un objeto del cual hablan los otros, siempre de él, pero sin él». Existen numerosos ejemplos^{15,140-151} de la autoorganización de usuarios de drogas o del desarrollo de asociaciones de usuarios y profesionales en países como Australia, Francia, Estados Unidos, Holanda o Suiza, así como múltiples manifestaciones de su activismo y competencia no sólo en el ámbito de la reducción de daños.

En nuestro medio de referencia, a pesar de la existencia, tal como señalan de Andrés et al¹⁵, de factores socioculturales (esencialmente el reciente pasado político del país -en el que se limitaba sobremanera la organización espontánea y no se favorecían las iniciativas no-profesionales- y la tendencia a recurrir a estructuras tradicionales de apoyo -la familia sobre todo pero también el vecindario-) que no predisponen a la población general a autoorganizarse -hecho que en el caso de los usuarios de drogas representa una dificultad añadida-, han aparecido recientemente diferentes iniciativas y experiencias de colaboración horizontal entre usuarios y profesionales, reconocidos ambos como agentes com-

petentes y expertos, que han cristalizado en la formación de asociaciones como la Agrupación de Usuarios y Profesionales en torno al Autobús de Metadona¹⁵² o la Asociación Somos Útiles -ASUT-¹⁴.

5. LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y EL DEBATE SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LAS DROGAS

De acuerdo con Drucker¹⁵³, puede afirmarse que muchas de las consecuencias más destructivas y de los problemas refractarios del consumo de drogas ilegales no son el resultado de las drogas per se, sino de las leyes y políticas sobre drogas, es decir, la ilegalidad de dichas sustancias y la criminalización del usuario. En este sentido, tal como reconocen Grund et al^{38,39} y la Primera Conferencia Internacional sobre la Reducción de los Daños Relacionados con la Droga, debería propiamente hablarse de daños relacionados con las disposiciones jurídicas sobre drogas.

No obstante, y aún siendo mayoritaria esta tendencia en el ámbito de la reducción de daños, no son unánimes ni el reconocimiento de la relación causal entre políticas prohibicionistas y muchas de las consecuencias negativas asociadas o derivadas del consumo de drogas, ni, en menor medida aun, la constatación de la necesidad de probar y evaluar planteamientos alternativos, entre ellos la legalización. En este sentido, algunos autores^{154,155} señalan que dentro del movimiento de la reducción de daños coexisten prohibicionistas y partidarios de la legalización o, en palabras de Nadelmann¹⁵⁵: prohibicionistas progresistas y progresistas pro-legalización. Por ejemplo, Bonino¹⁵⁶ afirma que «[...] seguimos dentro de la lógica de la sensatez al revés: el peso de la prueba debería estar obviamente a cargo de los partidarios de la prohibición; son ellos los que deben demostrar la eficacia de las políticas en vigor desde hace varias décadas, en vez de pontificar sobre los posibles fracasos de planteamientos alternativos que ni siquiera quieren probar». A este respecto, entendemos, que se han de efectuar ensayos clínicos con prescripción y dispensación controladas de heroína y, también, estudios a nivel regional o estatal que comparen la descriminalización de la heroína con la política actual de prohibición, tal y como sugiere Venning¹⁵⁷.

6. DISCUSIÓN

La aceptación política, profesional y pública de los programas de reducción del daño aún no es paralela a

su absoluta necesidad. Sin ánimo de ser exhaustivos, dos grandes líneas argumentales, no mutuamente excluyentes sino estrechamente vinculadas, pueden ser aducidas para intentar delimitar el porqué de esta limitada implementación de los programas de reducción de daños:

- 1) Un factor determinante, como afirma Mino¹⁵⁸, es el hecho de que las conductas adictivas y su abordaje muestran que una gran parte de nuestro irracional colectivo se ha refugiado en este ámbito. No es ajena a la configuración de dicho irracional colectivo la globalización de la «guerra contra la droga»², es decir la preponderancia mundial del régimen prohibicionista -y su correlato abstencionista en el ámbito interventivo- promovido por los Estados Unidos desde principios de siglo.
- 2) Otro factor igualmente importante es, como señala Friedman¹⁵⁹, la posibilidad de que las políticas contrarias a la reducción del daño sean mantenidas porque benefician a determinados intereses. Friedman muestra, en un análisis provisional, como la no implementación de programas de reducción de daños no es una consecuencia de la ignorancia o estupidez de los políticos ni de la inercia política o burocrática, sino una decisión meditada y políticamente útil para mantener algunos intereses. El elemento principal de la argumentación de Friedman (1998) es que las políticas que mantienen o, incluso, incrementan los daños relacionados con el consumo de drogas, posibilitan la utilización de los usuarios de drogas como chivos expiatorios, distrayendo así la atención de los problemas estructurales y de las políticas que agravan las dificultades a las que la gente se enfrenta, hecho que permite dividir comunidades con el doble objetivo de disminuir su oposición y resistencia a determinadas políticas socioeconómicas y, a la vez, reforzar ideologías punitivas e individualistas.

Sea como fuere, los programas de reducción de daños no deben ser concebidos únicamente como estrategias para enfrentarse a la pandemia del sida y, por lo tanto, destinados a desaparecer si se logra controlar o erradicar esta enfermedad. Los programas de reducción de daños deben conceptualizarse como uno de los eslabones iniciales de un proceso emergente de normalización del uso de sustancias psicoactivas, de reconocimiento de los usuarios de drogas como personas responsables y competentes para determinar y organizar sus propias vidas y, en definitiva, de respeto de los derechos humanos del usuario de drogas como los de cualquier otro ciudadano.

REFERENCIAS

1. de Andrés M, Rodés A. La atención a los consumidores de drogas que no siguen tratamiento. JANO. Monográfico: Drogodependencias, diez años después del SIDA 1995; 49: 97-103.
2. Nadelmann E, McNeely J, Drucker E. International perspectives. In: JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman, JG Langrod (eds.). Substance abuse: A comprehensive textbook (3rd ed). Baltimore: MD Williams and Wilkins, 1997.
3. Berridge V. Harm minimisation and public health: An historical perspective. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann, P O'Hare (eds.). Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. London: Whurr, 1993.
4. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) National Working Group on Policy. Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 1996.
5. Erickson PG. Harm reduction: What it is and is not. Drug and Alcohol Review 1995; 14: 283-285.
6. Strang J. Drug use and harm reduction: Responding to the challenge. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann, P O'Hare (eds.). Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. London: Whurr, 1993.
7. Strang J, Farrell M. Harm minimisation for drug misusers: When second best may be best first. BMJ 1992; 304: 1127-1128.
8. Velleman R, Rigby J. Harm-minimisation: Old wine in new bottles?. The International Journal of Drug Policy 1990; 1: 24-27.
9. Des Jarlais DC, Friedman SR, Ward TP. Harm reduction: A public health response to the AIDS epidemic among injecting drug users. Annual Review of Public Health, 1993; 14: 413-450.
10. Harm Reduction Coalition. Working together towards individual and community health. New York, NY: Harm Reduction Coalition.
11. Marlatt GA. Reducción del daño: Principios y estrategias básicas. Libro de ponencias: V Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario, Chiclana de la Frontera (Cádiz), 1998.
12. Marlatt GA, Tapert SF. Harm reduction: Reducing the risks of addictive behaviors. En J.S. Baer, G.A. Marlatt y R. McMahon (eds.). Addictive behaviors across the lifespan. Newbury Park, CA: Sage, 1993.
13. Newcombe R. The reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research. In PA O'Hare, R Newcombe, A Matthews, EC Buning y E Drucker (eds.). The reduction of drug-related harm. London: Routledge, 1992. [Traducción castellana editada por Grup IGIA (Barcelona, 1995)].
14. De Andrés M. Contando con la competencia de los usuarios de drogas. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Jerez de la Frontera (Cádiz): IX Jornadas Andaluzas de Drogodependencias, 1998.
15. de Andrés M, Magrí N, Borrás T. Programas de reducción de riesgo. Barcelona: Grup IGIA, 1996.
16. Erickson PG, Riley DM, Cheung YW, O'Hare PA. Introduction: The search for harm reduction. In: PG Erickson, DM Riley, YM Cheung, PA O'Hare (eds.). Harm reduction: A new direction for drug policies and programs. Toronto: Toronto University Press, 1997.
17. Mino A. Évolution de la politique de soins en matière de toxicomanie: La réduction de risques. Manuscrito no publicado: 1993.
18. Erickson PG. Prospects of harm reduction for psychostimulants. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann y P O'Hare (eds.). Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. London: Whurr, 1993.
19. Fleming PM. Amphetamine prescribing in the UK: A review of current practice. Libro de Ponencias y Comunicaciones. París: 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1997.
20. Fleming PM, Roberts D. Is the prescription of amphetamine justified as a harm reduction measure?. Journal of the Royal Society of Health 1994; 114: 127-131.
21. Mattick RP, Darke S. Drug replacement treatments: Is amphetamine substitution a horse of a different colour?. Drug and Alcohol Review, 1995; 14: 389-394.
22. Strang J, Sheridan J. Prescribing amphetamines to drug misusers: Data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales. Addiction 1997; 92: 833-838.
23. Heather N. Application of harm-reduction principles to the treatment of alcohol problems. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann, P O'Hare (eds.). Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. London: Whurr, 1993.
24. Marlatt GA, Larimer ME, Baer JS, Quigley LA. Harm reduction for alcohol problems: Moving beyond the controlled drinking controversy. Behavior Therapy 1993; 24: 461-504.

25. Marlatt GA, Somers JM, Tapert SF. Harm reduction: Applications to alcohol abuse problems. NIDA Research Monograph Series 1993; 137: 147-166.
26. Single E. The concept of harm reduction and its application to alcohol. 6th Dorothy Black Lecture. London: Charing Cross and Westminster Medical School, University of London, 1996.
27. Single E. Towards a harm reduction approach to alcohol-problem prevention. In: PG Erickson, DM Riley, YM Cheung, PA O'Hare (eds.). Harm reduction: A new direction for drug policies and programs. Toronto: Toronto University Press, 1997.
28. Morgan JP, Riley D, Chesher GB. Cannabis: Legal reform, medicinal use and harm reduction. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann, P O'Hare (eds.). Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. London: Whurr, 1993.
29. Llosa TR. The standard low dose of oral cocaine used for treatment of cocaine dependence. Substance Abuse 1994; 15: 215-220.
30. Sell L, Farrell M, Robson P. Prescription of diamorphine, dipipanone and cocaine in England and Wales. Drug and Alcohol Review 1997; 16: 221-226.
31. Fromberg E. A harm reduction educational strategy towards Ecstasy. In: PA O'Hare, R Newcombe, A Matthews, EC Buning, E Drucker (eds.). The reduction of drug-related harm. London: Routledge, 1992. [Traducción castellana editada por Grup IGIA (Barcelona, 1995)].
32. Fromberg E. Programación de reducción de daños en el uso-abuso de MDMA. En: J Bobes, P Lorenzo, PA Sáiz (eds.). Éxtasis (MDMA): Un abordaje comprensivo. Barcelona: Masson, 1998.
33. Jiménez-Ruiz CA. Reducción del consumo de tabaco. En: CA Jiménez-Ruiz (ed.). Aproximación al tabaquismo en España: Un estudio multifactorial. Madrid: Pharmacia & Upjohn, 1997.
34. Jiménez-Ruiz C, Kunze M, Fagerström KO. Nicotine replacement: A new approach to reducing tobacco-related harm. Eur J Resp 1998; 11: 473-479.
35. Russell MAH. Reduction of smoking-related harm: The scope for nicotine replacement. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann, P O'Hare (eds.). Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. London: Whurr, 1993.
36. Brettle RP. HIV and harm reduction for injecting drug users. AIDS 1991; 5: 125-136.
37. Des Jarlais DC, Friedman SR. AIDS, injecting drug use and harm reduction. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann, P O'Hare (eds.). Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. London: Whurr, 1993.
38. Grund J-PC, Blanken P, Adriaans NFP, Kaplan CD, Barendregt C, Meeuwssen M. Reaching the unreached: An outreach model for 'on the spot' AIDS prevention among active, out-of-treatment drug addicts. In: PA O'Hare, R Newcombe, A Matthews, EC Buning, E Drucker (eds.). The reduction of drug-related harm. London: Routledge, 1992. (Traducción castellana editada por Grup IGIA (Barcelona, 1995)).
39. Grund J-PC, Blanken P, Adriaans NFP, Kaplan CD, Barendregt C, Meeuwssen M. Reaching the unreached: Targeting IDU populations with clean needles via known user groups. Journal of Psychoactive Drugs 1992; 24: 41-47.
40. Nadelmann E, McNeely J, Drucker E. International perspectives. In: JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman, JG Langrod (eds.). Substance abuse: A comprehensive textbook (3rd ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1997.
41. O'Hare PA. Preface: A note on the concept of harm reduction. In: PA O'Hare, R Newcombe, A Matthews, EC Buning, E Drucker (eds.). The reduction of drug-related harm. London: Routledge, 1992. [Traducción castellana editada por Grup IGIA (Barcelona, 1995)].
42. Chapple PAL. Treatment in the community. BMJ 1967; 2: 500-501.
43. Lurie PG, Drucker E, Knowles A. Still working after all these years: Increasing evidence of needle exchange program (NEP) effectiveness in studies published since 1993. Genève: 12th World AIDS Conference, 1998 [abstract 33403].
44. Arroyuelo O, Fernández de Garayalde A. Primer programa de intercambio de jeringuillas en el estado español. JANO 1991; 40: 119-124.
45. Menoyo C, Zubia I, Urzelai A, Zulaika D. El kit anti-SIDA y otras experiencias de prevención en el estado español. JANO 1994; 46: 59-67.
46. García G. Educación sanitaria desde los PIJs. Boletín del GiD 1997; 16: 3-4.
47. Carvell AM, Hart GJ. Help-seeking and referrals in a needle exchange: A comprehensive service to injecting drug users. British Journal of Addiction 1990; 85: 235-240.

-
48. Heimer R. Can syringe exchange serve as a conduit to substance abuse treatment?. *Journal of Substance Abuse Treatment* 1998; 15: 183-191.
49. McKeganey N, Barnard M. Providing drug injectors with easier access to sterile injecting equipment: A description of a pharmacy based scheme. *British Journal of Addiction* 1992; 87: 987-992.
50. Menoyo C, Elizalde B, Urzelai A, Zubia I. Estrategias de prevención del sida en usuarios de drogas por vía parenteral. *JANO* 1994; 46: 45-56.
51. 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: 1737-1748.
52. Zubia I, Linaza I, Aguirre P, Rivero M, Menoyo C, Sáenz de Buruaga J. Prevención del SIDA en toxicómanos a través de la farmacia: el kit anti-SIDA. *JANO* 1991; 40: 93-97.
50. Menoyo C, Elizalde B, Urzelai A, Zubia I. Estrategias de prevención del sida en usuarios de drogas por vía parenteral. *JANO* 1994; 46: 45-56.
51. 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: 1737-1748.
52. Zubia I, Linaza I, Aguirre P, Rivero M, Menoyo C, Sáenz de Buruaga J. Prevención del SIDA en toxicómanos a través de la farmacia: el kit anti-SIDA. *JANO* 1991; 40: 93-97.
53. Stover H. Automats and AIDS prevention. *The Mersey Drugs Journal* 1989; 2: 16-18.
54. Wolk J, Wodak A, Guinan JJ, Macaskill P, Simpson JM. The effect of a needle and syringe exchange on a methadone maintenance unit. *British Journal of Addiction* 1990; 85: 1445-1450.
55. Balian R, White C. User friendly policies for harm reduction organizations. Manuscrito no publicado, 1998.
56. Cross JE, Saunders CM, Bartelli D. The effectiveness of educational and needle exchange programs: A meta-analysis of HIV prevention strategies for injecting drug users. *Quality and Quantity* 1998; 32: 165-180.
57. Drucker E, Lurie P, Wodak A, Alcabes P. Measuring harm reduction: The effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV. *AIDS* 1998; 12: (Suppl A), S217-S230.
58. Lurie P, Reingold AL, Bowser B, Chen D, Foley J, Guydish J et al.. The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad. Summary, conclusions and recommendations. Atlanta, GA: US Centers for Disease Control and Prevention, 1993.
59. Paone D, Des Jarlais DC, Gangloff R, Milliken J, Friedman SR. Syringe exchange: HIV prevention, key findings, and future directions. *The International Journal of the Addictions* 1995; 30: 1647-1683.
60. Rhodes T. Outreach work with drug users: Principles and practice. Strasbourg: Council of Europe, 1996.
61. Gilman M. Smack in the eye. In: PA O'Hare, R Newcombe, A Matthews, EC Buning, E Drucker (eds.). *The reduction of drug-related harm*. London: Routledge, 1992. [Traducción castellana editada por Grup IGIA (Barcelona, 1995)].
62. Gore C. Report of the Pilot Heroin Overdose Peer Education Project. Rozelle, New South Wales (Australia): The Centre for Education and Information on Drugs and Alcohol, 1997.
63. Anónimo. Operación Eurobola de Nieve en Torrejón de Ardoz. *Boletín GiD* 1998; 20: 8-9.
64. Broadhead RS, Heckathorn DD, Grund J-PC, Stern LS, Anthony DL. Drug users versus outreach workers in combating AIDS. Part I: Agency problems in traditional outreach interventions. *The International Journal of Drug Policy* 1995; 6: 178-188.
65. Broadhead RS, Heckathorn DD, Grund J-PC, Stern LS, Anthony DL. Drug users versus outreach workers in combating AIDS. Part II: Preliminary results of a peer-driven intervention. *The International Journal of Drug Policy* 1995; 6: 274-288.
66. Broadhead RS, Heckathorn DD, Grund J-PC, Stern LS, Anthony DL. Drug users versus outreach workers in combating AIDS: Preliminary results of a peer-driven intervention. *The Journal of Drug Issues* 1995; 25: 531-564.
67. Broadhead RS, Heckathorn DD, Madray H, Mills RJ, Hughes J. The impact results of a peer-driven intervention to combat HIV among drug injectors. *Genève: 12th World AIDS Conference, 1998 [abstract 33335]*.
68. Madden A, Carey J. TRIBES. *Genève: 12th World AIDS Conference, 1998 [abstract 33528]*.
69. Trautmann F. Peer support as a method of risk reduction in injecting drug-user communities: Experiences in dutch projects and the "European Peer Support

- Project". *The Journal of Drug Issues* 1995; 25: 617-628.
70. Lowinson JH, Payte JT, Salsitz E, Joseph H, Marion IJ, Dole VP. Methadone maintenance. In: JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman, JG Langrod (eds.). *Substance abuse: A comprehensive textbook* (3rd ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1997.
 71. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: A meta-analysis. *Addiction* 1998; 93: 515-532.
 72. Ward J, Mattick RP, Hall W. The effectiveness of methadone maintenance treatment 2: HIV and infectious hepatitis. In: J Ward, RP Mattick, W Hall (eds.). *Methadone maintenance treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam: Harwood Academic, 1998.
 73. Bell J, Caplehorn JRM, McNeil DR. The effect of intake procedures on performance in methadone maintenance. *Addiction* 1994; 89: 463-71.
 74. del Río M. Interim methadone maintenance for needle exchange users in Barcelona. Paris: 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1997.
 75. Maddux JF, Desmond DP, Esquivel M. Rapid admission and retention on methadone. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1995; 21: 533-547.
 76. Yancovitz SR, Des Jarlais DC, Peyser NP, Drew E, Friedmann P, Trigg HL et al. A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. *American Journal of Public Health* 1991; 81: 1185-1191.
 77. Buning E, van Brussel GHA, van Santen G. The 'methadone by bus' project in Amsterdam. *British Journal of Addiction* 1990; 85: 1247-1250.
 78. Obrador A. Bus intermunicipal de metadona. *Proyecto* 1998; 26: 54-55.
 79. Linaza I. Programa de mantenimiento con metadona en farmacias (PMMF): Valoración de la experiencia en Bizkaia. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Barcelona: V Congreso Nacional de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente, 1998.
 80. Poo M, Markez I, Etxegoien R, Ruiz J, Presser E, Ordieres E et al. Programa de mantenimiento con metadona en farmacias. Valoraciones tras un año de funcionamiento en Bizkaia. Bilbao: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Bizkaia, 1997.
 81. Bell J. Alternatives to non-clinical regulation: Training doctors to deliver methadone maintenance treatment. *Addiction Research* 1996; 3: 315-322.
 82. Byrne A, Wodak A. Census of patients receiving methadone treatment in a general practice. *Addiction Research* 1996; 3: 341-349.
 83. Greenwood J. Persuading general practitioners to prescribe - Good husbandry or a recipe for chaos? *British Journal of Addiction* 1992; 87: 567-575.
 84. Gruer L, Wilson P, Scott R, Elliott L, Macleod J, Harden K et al. General practitioner centred scheme for treatment of opiate dependent drug injectors in Glasgow. *British Medical Journal* 1997; 314: 1730-1735.
 85. Latowsky M, Kallen E. Mainstreaming methadone maintenance treatment: The role of family physician. *Canadian Medical Association Journal* 1997; 157: 395-398.
 86. Tremoleda J, Verjano F, Badía S, Rovira J, Rodríguez C. Impacto percibido por los profesionales de un Área Básica de Salud al dispensar metadona. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Santiago de Compostela: V Congreso de la Sociedad Española de Toxicomanías, 1995.
 87. van Brussel GHA. Methadone treatment by general practitioners in Amsterdam. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1995; 72: 348-358.
 88. Bickel WK, Amass L. Buprenorphine treatment of opioid dependence: A review. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1995; 3: 477-489.
 89. Fudala PJ, Johnson RE. Clinical efficacy studies of buprenorphine for the treatment of opiate dependence. In: A Cowan, JW Lewis (eds.). *Buprenorphine: Combatting drug abuse with a unique opioid*. New York, NY: Wiley-Liss, 1995.
 90. Johnson RE, Fudala PJ. Development of buprenorphine for the treatment of opioid dependence. *NIDA Research Monograph Series* 1992; 121: 120-141.
 91. Johnson RE, Fudala PJ. Investigación y desarrollo de la buprenorfina para el tratamiento de la dependencia de opiáceos. En: M Casas, M Gutiérrez, L San (eds.). *Avances en drogodependencias: Tratamientos farmacológicos*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1995.
 92. Kosten TR. Experiencia clínica con buprenorfina en la dependencia de heroína en la Universidad de Yale. En: M Casas, M Gutiérrez, L San (eds.). *Avances en drogo-*

- dependencias: Tratamientos farmacológicos. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1995.
93. Ling W, Charuvastra C, Collins JF, Batki S, Brown LS, Kintaudi P et al. Buprenorphine maintenance treatment of opiate dependence: A multicenter, randomized clinical trial. *Addiction* 1998; 93: 475-486.
 94. Pérez de los Cobos J, Martin S, Etcheberrigaray A, Trujols J, Batlle F, Tejero A et al. A controlled trial of thrice-weekly buprenorphine administration for the treatment of opioid dependence. Manuscrito no publicado, 1998.
 95. Fudala PJ. LAAM. Perspectivas de su utilidad clínica en el tratamiento de la dependencia de opiáceos. En: M Casas, M Gutiérrez, L San (eds.). *Avances en drogodependencias: Tratamientos farmacológicos*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1995.
 96. Jones HE, Strain EC, Bigelow GE, Walsh SL, Stitzer ML, Eissenberg T et al. Induction with levomethadyl acetate: Safety and efficacy. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55: 729-736.
 97. Patricio L, Miguel N, Coutinho R, Câmara J, Costa A, Pimenta M et al. LAAM-Levo Alpha Acetyl Methadol: The experience at Centro das Tapias, May 1994/January 1996. *Revista Toxicodependências* 1996; 2: 35-44.
 98. Derks JTM. Morphine dispensing to long term problematic injectors. *British Journal of Addiction* 1992; 87: 127-128.
 99. Derks JTM. La distribution de morphine injectable à Amsterdam: Évaluation. In: M Rihs-Middel, J Clerc, R Stamm (eds.). *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1995.
 100. Musto DF, Ramos MR. A follow-up study of the New Haven morphine maintenance clinic of 1920. *The New England Journal of Medicine* 1981; 304: 1071-1077.
 101. Sogliocca L, Rezza G, Vlahov D, Baldassarre C, Siconolfi M, Nespoli M et al. A morphine prescription program in Italy (1980-1985): Retrospective evidence of protection against HIV/AIDS. *Addiction Research* 1997; 5: 137-144.
 102. van Brussel GHA. Le programme de distribution de morphine à Amsterdam: Expériences pratiques. In: M Rihs-Middel, J Clerc, R Stamm (eds.). *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1995.
 103. Waldorf D, Orlick M, Reinerman C. Morphine maintenance: The Shreveport clinic 1919-1923. Washington, DC: Drug Abuse Council, 1974.
 104. Krausz M, Verthein U, Degkwitz P, Haase C, Raschke P. Maintenance treatment of opiate addicts in Germany with medications containing codeine: Results of a follow-up study. *Addiction* 1998; 93: 1161-1167.
 105. van Brussel GHA, Buster MCA, van der Woude. Two mangoes in 1979. Evaluation report palfium treatment for long-term heroin addicts. Amsterdam: Municipal Health Service, 1997.
 106. Strang J, Gossop M. (eds.) *Heroin addiction and drug policy: The British System*. Oxford: Oxford University Press, 1994.
 107. Strang J, Sheridan J. Heroin prescribing in the "British System" of the mid 1990s: Data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales. *Drug and Alcohol Review* 1997; 16: 7-16.
 108. Perneger TV, Giner F, del Río M, Mino A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *British Medical Journal* 1998; 317: 13-18.
 109. Uchtenhagen A. Programme for a medical prescription of narcotics: Final report of the research representatives. Summary of the synthesis report. Documento presentado en rueda de prensa. Berne, Julio de 1997.
 110. Hurkmans I. Heroin provision makes its debut in the Netherlands. *Jellinek Quarterly* 1997; 4: 1-12.
 111. Fischer B, Rehm J. The case for a heroin substitution treatment trial in Canada. *Canadian Journal of Public Health* 1997; 88: 367-370.
 112. Bammer G. Étude australienne de faisabilité d'une mise à disposition contrôlée d'héroïne. In: M Rihs-Middel, J Clerc, R Stamm (eds.). *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1995.
 113. Bammer G. The ACT heroin trial: Intellectual, practical and political challenges. *Drug and Alcohol Review* 1997; 16: 287-296.
 114. Bammer G. The 'heroin trial', abstinence and community expectations. *Drug and Alcohol Review* 1995; 14: 357-358.
 115. Bammer G. Should the controlled provision of heroin be a treatment option? Australian feasibility considerations. *Addiction* 1993; 88: 467-475.

116. Bammer G, Dance P, Stevens A, Mugford S, Ostini R, Crawford D. Attitudes to a proposal for controlled availability of heroin in Australia: Is it time for a trial?. *Addiction Research* 1996; 4:45-55.
117. Bammer G, Douglas B, Moore M, Chappell D. A heroin trial for the Australian Capital Territory? An overview of feasibility research. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann, P O'Hare (eds.). *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*. London: Whurr, 1993.
118. Bammer G, Stevens A, Dance P, Ostini R, Crawford DA. Controlled heroin availability in Australia?. How and to what end?. *The International Journal of the Addictions* 1995; 30: 991-1007.
119. Dance P, Crawford DA, Ostini R, Stevens A, Bammer G. Is it time for a heroin maintenance program?. Views of users and ex-users. *Addiction Research* 1995; 5: 383-394.
120. Ostini R, Bammer G, Dance PR, Goodin RE. The ethics of experimental heroin maintenance. *Journal of Medical Ethics* 1993; 19: 175-182.
121. Wodak A. Public health and politics: The demise of the ACT heroin trial. *Medical Journal of Australia* 1997; 167: 348-349.
122. Wodak A. Prescribing heroin: Nothing to fear but fear itself? *Medical Journal of Australia* 1998; 168: 590-591.
123. de Andrés M, Delas J. SAPS: Contacting marginal IDUs at night in Barcelona. París: 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1997.
124. Lepretre A, Toussirt M, Petit P. La Boutique: A drop-in centre and a first port of call for medical care. París: 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1997.
125. Haemmig RB. The streetcorner agency with shooting room ('Fixerstueble'). In: PA O'Hare, R Newcombe, A Matthews, EC Buning, E Drucker (eds.). *The reduction of drug-related harm*. London: Routledge, 1992. [Traducción castellana editada por Grup IGIA (Barcelona, 1995)].
126. Haemmig RB. Harm reduction in Bern: From outreach to heroin maintenance. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 1995; 72: 371-379.
127. Benninghoff F, Greense R, Gervasoni J, Spencer B, Dubois-Arber F. Injection rooms as an element of harm reduction. París: 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1997.
128. Bigg D. Overdose management training with naloxone prescription. París: 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1997.
129. Darke S, Hall W. The distribution of naloxone to heroin users. *Addiction* 1997; 92: 1195-1199.
130. Darke S, Ross J, Hall W. Overdose among heroin users in Sydney, Australia: II. Responses to overdose. *Addiction* 1996; 91: 413-417.
131. Hall W. How can we reduce heroin "overdose" deaths?. *Medical Journal of Australia* 1996; 164: 197.
132. McGregor C, Darke S, Ali R, Christie P. Experience of non-fatal overdose among heroin users in Adelaide, Australia: Circumstances and risk perceptions. *Addiction* 1998; 93: 701-711.
133. Strang J, Darke S, Hall W, Farrell M, Ali R. Heroin overdose: The case for take-home naloxone. *BMJ* 1996; 312: 1435-1436.
134. Broadhead RS. Introduction: Drug users as risk reduction agents. *The Journal of Drug Issues* 1995; 25: 505-506.
135. Grund J-PC. In memory of Nico. *The Ombudsman* 1996; 5: 10.
136. Grund, J-PC, Kaplan CD, Adriaans NFP, Blanken P. Drug sharing and HIV transmission risks: The practice of frontloading in the Dutch injecting drug user population. *Journal of Psychoactive Drugs* 1991; 23: 1-10.
137. Grund J-PC, Kaplan CD, Adriaans NFP, Blanken P, Huisman J. The limitations of the concept of needle sharing: The practice of frontloading. *AIDS* 1990; 4: 819-821.
138. Stark K, Müller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann I. Frontloading: A risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS* 1996; 10: 311-317.
139. Friedman SR, Neaigus A, Clatts M. Myths about competence: "Drug users are not competent, public health agencies are". París: 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1997.
140. Bennison R. Development and dissemination of an HIV/AIDS policy response from a drug user's perspective. Genève: 12th World AIDS Conference, 1998 [abstract 44271].
141. Crofts N, Herkt D. A history of peer-based drug-user groups in Australia. *The Journal of Drug Issues* 1995; 25: 599-616.

142. Friedman SR. Theoretical bases for understanding drug users' organizations. *The International Journal of Drug Policy* 1996; 7: 212-219.
143. Friedman SR, Casriel C. Drug users' organizations and AIDS policy. *AIDS Public Policy* 1993; 3: 30-36.
144. Friedman SR, Des Jarlais DC, Sotheran JL, Garber J, Cohen H, Smith D. AIDS and self-organization among intravenous drug users. *The International Journal of the Addictions* 1987; 22: 201-219.
145. Herkt D. Peer-based user groups: The Australian experience. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann, P O'Hare (eds.). *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*. London: Whurr, 1993.
146. Jose B, Friedman SR, Neaigus A, Curtis R, Sufian M, Stepherson B et al. Collective organisation of injecting drug users and the struggle against AIDS. In: T Rhodes, R Hartnoll (eds.). *Aids, drugs and prevention: Perspectives on individual and community action*. London: Routledge, 1996.
147. Junkie Bund Basel. Principes de base du Junkie Bund Basel. In: M Rihs-Middel, J Clerc, RStamm (eds.). *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1996.
148. Sufian M, Friedman SR, Curtis R, Neaigus A, Stepherson B. Organizing as a new approach to AIDS risk reduction for intravenous drug users. *Journal of Addictive Diseases* 1995; 10: 89-98.
149. Stimson GV, Rhodes T. Conditions for the successful implementation of harm reduction. *Drug and Alcohol Review* 1997; 16: 178-179.
150. Woods JS. A voice for methadone maintenance patients. *Journal of Maintenance in the Addictions* 1997; 1: 135-136.
151. Woods JS. Advocacy: The voice of the consumer. In: JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman, JG Langrod (eds.). *Substance abuse: A comprehensive textbook* (3rd ed.). Baltimore, MD: Williams and Wilkins, 1997.
152. Aupa'm. Aupa'm. *Zaguán* 1998; 8: 18.
153. Drucker E. Harm reduction: A public health strategy. *Current Issues in Public Health* 1995; 1: 64-70.
154. Nadelmann E. Progressive legalizers, progressive prohibitionists and the reduction of drug-related harm. In: N Heather, A Wodak, E Nadelmann, P O'Hare (eds.). *Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science*. London: Whurr, 1993.
155. Fromberg E. The ideologies behind harm reduction. Firenze: 6th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1995.
156. Bonino E. La extraña sensatez de los zares antidroga. *El País*, XXIII, marzo, 1998.
157. Venning GR. Trial is needed comparing decriminalisation of heroin with existing policy of prohibition. *BMJ* 1998; 317: 1011.
158. Mino A. Quelques considérations personnelles. In: M Rihs-Middel, J Clerc, RStamm (eds.). *La prescription de stupéfiants sous contrôle médical: Recueil d'études et d'expériences*. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, 1995. [Traducción castellana en M Casas, M Gutiérrez, L San (eds.) *Avances en drogodependencias: Tratamientos farmacológicos*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1995].
159. Friedman SR. The political economy of drug-user scapegoating and the philosophy and politics of resistance. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 1998; 5: 15-32.

CORRESPONDENCIA

Joan Trujols
 Unitat de Conductes Addictives
 Servet de Psiquiatria
 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
 Avda. Sant Antoni M. Claret, 167
 08025 Barcelona
 Tfn.: 93 291 91 31
 Fax: 93 291 91 78
 e-mail: jtrujols@hsp.santpau.es