

Obstáculos para el acceso al tratamiento de sustitución y epidemias de VIH derivadas del uso de drogas inyectables

En Julio del 2005 la Organización Mundial de la Salud, incluyó a la metadona y buprenorfina en su Lista Modelo de Medicamentos Esenciales. Se ha comprobado que los tratamientos con metadona y buprenorfina son los más efectivos en el tratamiento de la adicción a los opiáceos. El uso continuo de estos medicamentos, conocido como tratamiento de sustitución, ha sido asociado con:

- Disminución del consumo de drogas inyectables;
- Descenso de la criminalidad;
- Mayor adhesión a los tratamientos de rehabilitación;
- Mayor adherencia al tratamiento de VIH;
- Mejoría en las relaciones familiares;
- Éxito en el reintegro laboral.

Disponible en los países desarrollados

En los países desarrollados, el tratamiento por sustitución es una opción generalizada para la atención de personas dependiente de opiáceos. Se estima que en el 2005 había 800.000 pacientes bajo recetas de metadona y buprenorfina: 237.000 en Estados Unidos de América; 530.000 en Europa Occidental; 39.000 en Australia y 4.000 en Nueva Zelanda. El tratamiento por sustitución se está expandiendo significativamente en los países europeos donde la epidemia de VIH dentro del grupo de usuarios de drogas inyectables (UDIs) está aumentando. Alemania por ejemplo, legalizó el tratamiento con metadona en 1987 y para el 2005, 60.000 pacientes ya estaban en tratamiento. En Francia, hasta Noviembre del 2006, 85.000 personas habían recibido tratamiento con buprenorfina; recetada por médicos de cabecera y disponible en farmacias.

Inaccesible en países en vías de desarrollo

En países en desarrollo con epidemias de VIH derivadas mayormente de UDIs, el tratamiento con metadona o buprenor-

fina es prácticamente inaccesible o de muy poco alcance. Considerando que el uso de drogas inyectables es uno de los factores de mayor incidencia en la infección de VIH, es impactante la escasez de provisión de tratamientos por sustitución. ONUSIDA estima que aproximadamente un tercio de las infecciones de VIH fuera de África ocurren entre los UDIs. En el 2007, menos del 2 por ciento de UDIs en países con infección de VIH derivada del uso de drogas inyectables accedían a tratamiento con metadona o buprenorfina en clínicas gubernamentales. En Marzo del 2007, la mayoría de los pacientes en tratamiento estaban en China y en Irán. En China 320 clínicas proveían tratamiento para 36.000 personas; y en Irán 60.000 personas recibían metadona y entre 5.000 y 8.000 recibían buprenorfina a través de clínicas gubernamentales o médicos privados.

En Europa del Este y Asia Central el acceso a estos medicamentos es igualmente bajo; se estima que menos del 2 por ciento de UDIs reciben tratamiento. Sin embargo se percibe cierto progreso. En los países con epidemia de VIH



derivada del uso de drogas inyectables, El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria respalda los tratamientos de sustitución con metadona y buprenorfina así como también estimula la creación de proyectos piloto. Esto incluye a Azerbaiján, Bielorrusia, China, Estonia, Georgia, Indonesia, Kirguistán, Moldavia, Ucrania y Uzbekistán. En los próximos años, China, Irán, Malasia y Ucrania planean incrementar significativamente los programas de sustitución con metadona y buprenorfina. Otros países como Vietnam, Kazajistán, Tayikistán, han recibido subsidios internacionales y se comprometieron a iniciar proyectos piloto.

OBSTÁCULOS PARA EL TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN

Aún en los países en los que hay disponibilidad de metadona y buprenorfina, el acceso de los pacientes al tratamiento está restringido: los costos son altos y el suministro de medicación es bajo e irregular. Existen varias restricciones para recibir el tratamiento y hay falta de compromiso por parte de los gobiernos para expandir y hacer crecer los proyectos piloto.

Costos altos y bajo suministro

Costo de los medicamentos

El precio de la metadona y buprenorfina varía ampliamente entre los diferentes países y ciertas veces también dentro del mismo país. El precio varía según el proveedor; los gastos de importación; las prácticas y normas de salud. En China por ejemplo, donde la metadona se produce localmente, el precio de una dosis estándar de medicación le cuesta al paciente entre 5-10 Yuan (US\$ 0,66-1,30). Irán produce metadona que se vende a US\$ 0,25 aproximadamente, por 100 miligramos; y produce buprenorfina genérica a US\$ 1,30 por 8 miligramos. En otros países, con epidemias derivadas del uso de drogas inyectables, generalmente los gobiernos pagan precios más altos por acuerdos con compañías farmacéuticas. Por ejemplo en Indonesia, según la localidad, una dosis promedio de metadona cuesta entre US\$ 0,54 y US\$ 1,62. Excepcionalmente, los gobiernos utilizan su capacidad para renegociar los precios; en Malasia, por ejemplo el precio de la metadona comenzó a US\$ 10 por 40 miligramos, y en el 2007, el gobierno logró renegociarlo con las compañías farmacéuticas llevándolo a US\$ 0,80 por 40 miligramos.

Generalmente la metadona es más barata que la buprenorfina. En Ucrania por ejemplo, el tratamiento con buprenorfina existe desde el 2005 y ha sido recetado a 500 pacientes

aproximadamente, con un costo 10 veces mayor que el de la metadona. Hasta el 2007 no se proveía tratamiento con metadona cuando los planes gubernamentales fijaron como precio aproximado, US\$ 9 mensuales por paciente para el tratamiento con este medicamento.

Algunas veces, proveedores de servicio de la salud encuentran formas para transferir los costos a los pacientes. En Azerbaiján por ejemplo, informes no oficiales revelan que se solicitó a pacientes que pagaran US\$ 500 para un tratamiento que debería haber sido gratuito. En Georgia, donde solamente 225 pacientes tuvieron acceso a tratamiento gratuito en el 2007, el gobierno está considerando abrir clínicas privadas en las que los tratamientos costarán alrededor de 150 GEL, (US\$ 95) por mes. Honorarios prohibitivos si consideramos que representan aproximadamente la mitad de un salario promedio.

Discontinuidad en el suministro e interrupción del tratamiento

La irregularidad en la provisión de medicamentos resulta en interrupción del tratamiento o en reducciones repentinas de las dosis. Parece ser que en Simferópol, Ucrania, a fines de Abril del 2007 los pacientes recibieron durante dos semanas las dosis de medicación día por medio. En el 2005 en Azerbaiján, las clínicas dejaron de recibir metadona con lo cual se discontinuó el tratamiento. En Kirguistán, en el 2005, los pacientes tuvieron que reducir radicalmente las dosis de metadona y hasta se vieron obligados a suspender el tratamiento debido a atrasos en la compra y distribución.

Complicaciones con las fuerzas del orden y hostigamiento de la policía

Estar en tratamiento de sustitución con metadona y buprenorfina, a menudo conlleva al hostigamiento de la autoridad competente. En Kirguistán la policía se estaciona fuera de las clínicas en las que se distribuye metadona y a menudo arresta a los pacientes o los amenaza con “plantarles” droga si no pagan la coima. En Odesa, Ucrania, pacientes que toman buprenorfina informan que la policía usualmente les saca dinero y los amenaza con “plantarles” droga. Si bien el gobierno Malayo aprobó los programas de tratamiento con metadona en el 2005, las leyes y procedimientos policiales vigentes en contra de los consumidores de drogas, deriva en redadas policiales afuera de las clínicas de programas de metadona. Pacientes en tratamiento con metadona en clínicas comunitarias figuran en las listas gubernamentales de consumidores de drogas. En Indonesia, diversas organizaciones han informado que la policía no está bien informada acerca de la legalidad del tratamiento por sustitución con metadona, y desconoce que no debe arrestar a la gente que sale de la clínica; en consecuencia algunos pacientes informaron que se han convertido en blancos para la policía porque consumen otras drogas además de la metadona.

Requisitos y restricciones para comenzar el tratamiento

Listas de espera

Largas listas de espera desaniman a los usuarios de drogas inyectables a ingresar a programas de tratamiento. Se estima que en Ucrania hay 300 personas en lista de espera. En Polonia, el número de beneficiarios no ha superado los 1000 o 2,5 por ciento de los UDIs desde que se inició el tratamiento de sustitución en 1992. Las listas de espera en varias ciudades de Polonia superan los 500 nombres, número mayor que el de la gente que está en tratamiento. También se ha informado de listas de espera en Georgia, Indonesia, Kirguistán y Malasia.

Número limitado de clínicas y falta de dosis para continuar el tratamiento ambulatorio

Mientras que en Estados Unidos y en Europa Occidental está permitido el expendio farmacéutico de buprenorfina y la distribución de metadona para pacientes ambulatorios estables, en Europa del Este y Asia está prohibido. En Ucrania, los pacientes deben ir diariamente a un dispensario de narcóticos o a un centro de VIH/SIDA para recolectar su dosis de buprenorfina, quedándose sin la dosis diaria los domingos cuando los centros están cerrados. En Simferópol, el centro de VIH/SIDA es el único establecimiento que distribuye buprenorfina en toda la región; por lo tanto los pacientes que vienen desde Yalta y Sebastopol, deben viajar varias horas diarias para llegar al centro. Pero, como está establecido que los pacientes sólo pueden retirar los medicamentos en las clínicas cercanas a su residencia, pierde sentido realizar el viaje.

Requisito de edad e historia de múltiples intentos de rehabilitación

En Ucrania, para ingresar a los programas de tratamiento de sustitución, los pacientes deben tener como mínimo 18 años y por lo menos tres intentos de rehabilitación a través de programas de desintoxicación. En Georgia, los pacientes deben tener más de 25 años; consumir drogas por más de 3 años; ser UDIs por lo menos por 1 año; y presentar un certificado que atestigüe un intento fallido de rehabilitación. Algunas clínicas expulsan a los pacientes que resultan positivos al testeo de drogas cuando están bajo tratamiento, no obstante este problema se resuelve regulando la dosis del medicamento.

Generalmente el ingreso a los programas de sustitución de pacientes infectados con VIH y tuberculosis; con cáncer, diabetes, trastornos mentales y mujeres embarazadas va por la vía rápida. Los UDIs son los que tienen que cumplir con más requisitos y documentación.

Revisión por Comisiones

Muchos países incluyendo Azerbaiján, Estonia, Georgia, Kirguistán, Moldavia, Polonia y Ucrania solicitan que previo al inicio del tratamiento, los casos sean revisados por una

comisión de seis personas.

En Estonia, dos psiquiatras deben certificar la idoneidad del paciente para el tratamiento. Latvia y Lituania también requieren el aval de una comisión para comenzar el tratamiento; en Lituania la comisión la establece el jefe de servicio del hospital. En Moldavia, una comisión de seis personas del Dispensario Nacional Narcológico revisa cada solicitud de ingreso. En Kirguistán, los requerimientos de la comisión son: dos años de consumo de drogas, varios fracasos de rehabilitación, trastornos asociados con la dependencia de opiáceos, embarazo y otras condiciones que se evalúan como “relevantes”.

En Georgia, un consejo de supervisión del ministerio de trabajo, salud y acción social revisa los casos de UDIs que no cumplen con los requisitos estandarizados para ingresar al programa de sustitución con metadona. El consejo está formado por varios representantes del ministerio, doctores del Instituto de Narcología, una ONG y hasta hace poco tiempo un periodista.

Política de control de ingreso

Es fundamental cambiar el protocolo de ingreso al tratamiento para lograr expandir los programas de sustitución con metadona y buprenorfina. En China donde la difusión del tratamiento con metadona ha sido muy bien ponderado, se pretendía que los pacientes pasaran un año detenidos en un centro de rehabilitación o en un campo de trabajo forzados antes de entrar en un programa de tratamiento con metadona. Generalmente era la policía quien tenía el poder para admitir o rechazar el ingreso de la persona al tratamiento. En Julio del 2006 China, mitigó estos requisitos aunque todavía existen algunas clínicas que los siguen exigiendo. En las regulaciones actuales existen cuatro condiciones para ingresar al tratamiento: Los pacientes deben ser mayores de 20 años; haber pasado varias veces por tratamientos de rehabilitación; ser residentes de la ciudad, condado o distrito en el que se lleva a cabo el tratamiento y tienen que comportarse de manera “civilizada”. Si el paciente es VIH positivo se prescinde de la condición referente a la edad.

Requisito, ser VIH positivo

Algunos países, incluyendo Ucrania y Uzbekistán comenzaron el tratamiento de sustitución excluyendo su acceso a las personas no infectadas con el VIH. Dicho requisito no sólo impide el acceso al tratamiento al grupo de riesgo sino que efectivamente incentiva el contagio del VIH.

Proyectos en constante fase “piloto”

Muchos tratamientos de sustitución con metadona y buprenorfina, sufren la llamada “muerte en piloto”; esto es cuando el proyecto queda estancado en el mismo nivel por

años, mientras las autoridades gubernamentales evalúan su viabilidad. Bielorrusia comenzó un proyecto piloto de tratamiento de sustitución en el 2005, pero sólo en el 2007 el primer paciente comenzó el tratamiento; y esto a pesar de que el Fondo Mundial estaba dispuesto a costear la medicación. En Polonia, únicamente alrededor de 1000 personas recibieron tratamiento con metadona, 16 años después de la introducción de la droga. En Kirguistán hacia Junio del 2007, seis años después que comenzara el tratamiento de sustitución con metadona, menos de 200 personas lo habían recibido. Al final del año se logró la difusión del tratamiento a otras cuatro clínicas.

TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN EN LAS CÁRCELES

La Organización Mundial de la Salud en su Guía para el VIH y el SIDA en las Prisiones (Guidelines on HIV and AIDS in Prisons), recomienda que los reclusos que se encuentran en tratamiento con metadona previamente a su reclusión, lo continúen mientras están en prisión. Lamentablemente no hay acceso al tratamiento en las prisiones de Europa del Este y Asia. En el 2007, en los países en los que la mayoría de los casos de infección de VIH se encuentra entre los UDIs, sólo

Indonesia, Irán y Moldavia permitieron que los pacientes comenzaran tratamientos de medicación asistida en prisión. Polonia, ofreció tratamiento de corto plazo solamente a los pacientes que se encontraban en tratamiento anteriormente a la reclusión. A mediados del 2007, en Moldavia, 22 reclusos recibieron metadona, pero a los seis meses debieron reducir la dosis, que causó síndrome de abstinencia en varios de los internos. En Indonesia en Junio del 2006, 33 reclusos tomaban metadona.

El caso de Irán es una notable excepción. El tratamiento de sustitución con metadona en prisiones comenzó en el año 2003 y forma parte de un programa de intervenciones de prevención de VIH más extensivo que se implementa a través de “clínicas triangulares”. Las clínicas priorizan mayormente tres áreas: el plan de reducción de daños para los UDIs; tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y tratamiento y cuidado para las personas viviendo con VIH y SIDA. Hacia finales del 2006 existían 55 “clínicas triangulares” que cubrían con este servicio el 33 por ciento del total de las prisiones, además de otras 34 clínicas en centros de atención fuera de las prisiones. Hacia Enero del 2007, las clínicas suministraban el tratamiento de sustitución con metadona al 55 por ciento de los reclusos, con el propósito de alcanzar el 80-99 por ciento para el 2008. Las clínicas también se ocupan del intercambio de jeringas y algunas pocas proveen terapia antirretroviral.

La experiencia ha demostrado que el tratamiento de sustitución con metadona y buprenorfina es un instrumento poderoso para: tratar las adicciones; mejorar el acceso a la prevención y tratamiento del VIH y para mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades. Sin embargo mucha gente continúa sufriendo debido a la dilación en la distribución de estos medicamentos y a la falta de envergadura de los programas de tratamiento. Para millones de consumidores de opiáceos en los países en desarrollo, mayor empeño y compromiso en facilitar el acceso al tratamiento significará una nueva oportunidad para la mejoría de la salud, funcionamiento y participación social.

Para mayor información sobre esta ficha técnica visite www.soros.org/harm-reduction

Programa Internacional de Desarrollo de Reducción de Daños

El Programa Internacional de Desarrollo de Reducción de Daños, de la Open Society Institute, fue fundado en 1995 y trabaja para reducir el VIH y otros daños relacionados con el uso de drogas inyectables. Impulsa la implementación de procedimientos que reduzcan el estigma hacia los drogodependientes y protejan sus derechos humanos. El Programa Internacional de Desarrollo de Reducción de Daños ha asistido a más de 200 organizaciones de Reducción de Daños en Europa Central y del Este, en la ex Unión Soviética y Asia. Fundamenta su gestión en la comprensión de que la gente que no puede o no desea abstenerse del consumo de drogas ilícitas, puede lograr cambios positivos para proteger la propia salud y la de los demás. Desde el año 2001 el Programa Internacional de Desarrollo de Reducción de Daños promueve el acceso y crecimiento de los programas de intercambio de jeringas, el tratamiento de adicciones y el tratamiento del VIH. Se trabaja para reformar políticas y procedimientos discriminatorios y acrecentar la participación política de gente que consume drogas y de los que viven con VIH.

NOTES

- WHO Model List of Essential Medicines, 15th list March 2007. <http://www.who.int/medicines/publications/EssMedList15.pdf> (Accessed July 18, 2007). The Model List includes medications deemed to be the "minimum medicine needs for a basic health care system."
- Donaher, PA and Christopher Welsh. "Managing Opioid Addiction with Buprenorphine," *American Family Physician*, 73, no 9 (2006): 1573.
- Michels, II, H Stöver, R Gerlach. "Review: Substitution treatment for opioid addicts in Germany," *Harm Reduction Journal*, 4, no 5 (2007).
- Ibid.
- Lert, F and M Kazatchkine. "Antiretroviral treatment and care for injecting drug users: an evidence-based overview," *International Journal of Drug Policy* (2007). As cited in WHO, "Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector." http://www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_en.pdf (Accessed May 15, 2007).
- Giacomuzzi, SM, M Ertl, G Kemmler, Y Riemer, V Alexander. "Sublingual Buprenorphine and Methadone Maintenance Treatment: A Three-Year Follow-Up of Quality of Life Assessment." *The Scientific World Journal*, 5 (2005): 452-468.
- Anderson, IB and TE Kearney. "Use of methadone." *Western Journal of Medicine*, 172, no 1 (2000): 43.
- Office of Applied Studies, United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration. "Facilities Operating Opioid Treatment Programs: 2005." *Drugs and Alcohol Services Information System*, 36 (2006). <http://www.oas.samhsa.gov/2k6/OTP/OTP.htm> (Accessed July 18, 2007).
- Schering-Plough Market Access data, Sept 2006. *Suboxone Access Situational Analysis 070302*. Presentation at the International Harm Reduction Association Conference, Warsaw, Poland May 15, 2007.
- As of June 30, 2005, excluding data for South Australia and the Australian Capital Territory. Australian Institute of Health and Welfare, *Statistics on drug use in Australia 2006*. Drug statistics series no. 18, April 12, 2007. <http://www.aihw.gov.au/publications/phe/soduia06/soduia06-co1.pdf>, p. 69 (Accessed July 12, 2007).
- McCormick, R, L Bryant, J Sheridan, J Gonzalez. "New Zealand community pharmacist attitudes toward opioid-dependent clients." *Drugs: education, prevention and policy*, 13, no 6 (2006):563-575. <http://www.informaworld.com/10.1080/09687630600790153> (Accessed 18 July 2007).
- Schering-Plough Market Access data, Sept 2006. *Suboxone Access Situational Analysis 070302*. Presentation at the International Harm Reduction Association Conference, Warsaw, Poland May 15, 2007.
- IHRD. Harm Reduction Developments 2008. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute.
- Wu Zunyou and Zhao Chenghong. "Update of Harm Reduction in China." Presentation at the International Harm Reduction Association Conference, East to East Panel, May 13, 2007. <http://www.china.org.cn/english/news/203131.htm>, accessed July 15, 2007.
- Holly Catania, International Center for the Advancement of Addiction Treatment. Personal communication, January 28, 2008. On file at IHRD offices.
- Based on income and depending on whether a program is rural or in cities; rural areas near the Vietnam border are 5 Yuan.
- STIGMA Foundation, Indonesia. Personal communication, February 1, 2008. On file at IHRD offices.
- Adeeba Kamarulzaman, Malaysian AIDS Council. Personal communication, June 18, 2007. On file at IHRD offices.
- Interview with Nataliya Tiholuz of The Way Home in Odessa, April 19, 2007. Tiholuz, the head of the organization's substitution treatment services project, said that a one month's supply of buprenorphine for one person costs about 500 hryvnia (100 USD).
- Salary data for 2005 from the Ministry of Economic Development of Georgia, Department of Statistics at <http://www.statistics.ge/main.php?pform=48&plang=1> (Accessed July 18, 2007).
- Interview with a substitution treatment client at the Simferopol narcological center, April 23, 2007.
- Jeff Hoover. *Draft Report on Ukraine*, June 2007.
- Reid G, A Kamarulzaman, S Kaur Sran. "Malaysia and Harm Reduction: The Challenges and Responses." *International Journal of Drug Policy*, 18 (2007) 136-140, p. 139.
- STIGMA Foundation, Indonesia. Personal communication, July 16, 2007. On file at IHRD offices.
- Interview with Alla Shevchenko of the Lotos Foundation in Simferopol, April 24, 2007.
- Interview with Dr. Ilya Podolyan, head of the dispensary department, Odessa Regional Narcological Dispensary. April 20, 2007.
- Interview with Téa Akhobadze, OSF-Georgia, January 30, 2007.
- Zidler, Patrick. "High-Dose Methadone Improves Treatment Outcomes." *Nida Notes*, Focus on Treatment Research. National Institute on Drug Abuse, 13, no 5 (1999). http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol14N5/HighDose.html (Accessed July 18, 2007).
- CEEHRN. "Countries and ST Guidelines: Expert Reviews." <http://www.ccehrn.org/index.php?Itemid=17271>. (Accessed June 18, 2007).
- Ibid.
- Ibid.
- Interview with Téa Akhobadze, OSF-Georgia, January 30, 2007.
- Ministry of Health, Center for Disease Control. "Concerning Released 'Abuse of Opiate Substance Addicts Community Drug Maintenance and Treatment Work plan' Notice," 2006, document number 256. <http://www.sfda.gov.cn/cmsweb/webportal/W4247/A64012657.html> (Accessed July, 24, 2007).
- Global Fund Grant Performance Report: Belarus. http://www.theglobalfund.org/search/docs/3BLRH_596_256_gpr.pdf April 17, 2007 (Accessed June 4, 2007).
- WHO Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prison. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/JC277-WHO-Guidelines-Prisons_en.pdf (Accessed July 24, 2007).
- Piotr Jablonski, Director, Polish National Drug Prevention Program. Presentation at IHRD offices, October, 2007.
- Jeff Hoover. *Draft Report on Moldova*, September 2007.
- Interview with Vladimir Tsaranu, head of medical services in the national Department of Penitentiary Institutions, August 22, 2007.
- Winarso I, L Irawati, B Eka, L Nevendorff, P Handoyo, H Salim, F Mesquita. "Indonesian National Strategy for HIV/AIDS control in prisons: A public health approach for prisoners." *International Journal of Prisoner Health*, 2, no 3 (2006):243-249.
- WHO. "Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector." http://www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_en.pdf (Accessed June 6, 2007).
- Ibid.