



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA



USO DE DROGAS Y TRANSMISIÓN DEL VIH EN AMÉRICA LATINA

AIDSTAR-One
APOYO Y RECURSOS DE ASISTENCIA TÉCNICA EN SIDA

JULY 2012

Esta publicación fue producida con el apoyo del Plan de Emergencia de Lucha Contra el SIDA del Presidente de EE. UU (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00, AIDS Support and Technical Assistance Resources Project (AIDSTAR-One), Sector 1, Orden de Trabajo 1.

USO DE DROGAS Y TRANSMISIÓN DEL VIH EN AMÉRICA LATINA

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan necesariamente la perspectiva ni las políticas de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional ni las del Gobierno de los Estados Unidos.

AIDS Support and Technical Assistance Resources Project

Esta publicación fue producida con el apoyo del Plan de Emergencia de Lucha Contra el SIDA del Presidente de EE. UU (PEPFAR) a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional, bajo el contrato # GHH-I-00-07-00059-00, AIDS Support and Technical Assistance Resources Project (AIDSTAR-One), Sector 1, Orden del Trabajo 1.

Cita recomendada

Rossi, Diana. 2012. *Uso de drogas y transmisión del VIH en América Latina*. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.

Agradecimientos

Varias personas contribuyeron al desarrollo del informe. La autora agradece todas las personas e instituciones que produjeron la información que se reproduce en este documento y particularmente las sugerencias y aportes de Graciela Touzé, Paula Goltzman, Pablo Cymerman y Marcelo Vila de Argentina, como la información compartida por Marcus Day de Saint Lucia, Francisco I. Bastos y Waleska Teixeira Caiaffa de Brasil, así como también los comentarios de los revisores y editores de esta publicación, especialmente Joan Tallada. También se reconoce la participación en este proceso de Clancy Broxton, Giovanni Meléndez, Billy Pick, Lindsay Stewart con USAID, Sonja Caffè y Rafael Mazin de la OPS, Claudia Velasquez de ONUSIDA y Heather Bergmann y Aysa Saleh-Ramírez.

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.
1616 Fort Myer Drive, 16th Floor
Arlington, VA 22209 USA
Phone: 703-528-7474
Fax: 703-528-7480
E-mail: info@aidstar-one.com
Internet: aidstar-one.com

ÍNDICE

Abreviaturas.....	v
Resumen ejecutivo	vii
Introducción.....	1
Patrones de uso de drogas en América Latina	3
Prácticas, vulnerabilidad y ambientes de riesgo.....	7
VIH y otras infecciones: hepatitis B y C, sífilis y tuberculosis.....	9
Reducción de daños asociados al uso de drogas	11
Vulnerabilidades sumadas: personas que usan drogas, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas transgénero, personas privadas de libertad y hombres que practican sexo con hombres.....	15
Accesibilidad a la atención de infecciones y a los tratamientos por drogas.....	17
Políticas para prevenir la transmisión y promover el tratamiento del VIH en personas que usan drogas	21
Recomendaciones para la investigación y el diseño de políticas y programas en América Latina	25
Conclusiones.....	29
Referencias	31
Cuadro 1. Redes y organizaciones internacionales de políticas y personas que usan drogas.....	39
Cuadro 2. Ejemplos de programas orientados a usuarios de drogas inyectables y no inyectables en América Latina.....	41
Tabla 1. Selección de estudios con población CODAR de Sudamérica (2002-2011).....	43

ABREVIATURAS

ABORDA	Asociación Brasileira de Reductores de Daños
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AMMAR	Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina
ARDA	Asociación de Reducción de Daños de Argentina
CENSIDA	Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA, México
CETAD	Centro de Investigación y Terapia del Abuso de Drogas, Brasil
CICAD	Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas
CIDDDH	Centro de Investigación “Drogas y Derechos Humanos”, Perú
CODAR	Consumidores de Drogas con Alto Riesgo de adquirir o transmitir infecciones por vía sanguínea o sexual
COPOLAD	Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas
HBcAb	Anticuerpos anti core del VHB
IDES	Instituto de Investigación y Desarrollo, Uruguay
IDPC	Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas
INDESOL	Instituto Nacional de Desarrollo Social, México
INPUD	Red Internacional de Personas que Usan Drogas
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ITSS	Infecciones de Transmisión Sexual y Sanguínea
OEA	Organización de Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PBC	Pasta Base de Cocaína
PEPFAR	Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA, Estados Unidos de América
PNSD	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, España

RAISSS	Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social
REDUC	Red Brasileira de Reducción de Daños
SAVIA	Salud y Vida en la Américas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
STARHS	Algoritmo de Prueba Serológica para la Seroconversión Reciente
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TB	Tuberculosis
UBA	Universidad de Buenos Aires
UDI	Usuarios de Drogas Inyectables
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y Delito
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VHB	Virus de la Hepatitis B
VHC	Virus de la Hepatitis C
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN EJECUTIVO

Las políticas de drogas en América Latina se centran en el control de la oferta y la demanda de drogas. Dichas políticas incluyen medidas para prevenir el inicio en el consumo de drogas y programas sociales y de salud orientados a reducir los problemas relacionados con el uso de drogas.

Existen evidencias de que la transmisión de infecciones, por ejemplo el virus de la inmunodeficiencia humana, entre usuarios de drogas inyectables y no inyectables es mayor que entre las personas que no usan drogas. Sin embargo, en muchos países de la región los programas y servicios orientados a tratar la dependencia de las drogas no están suficientemente integrados con los que atienden las infecciones de transmisión sanguínea o sexual que afectan a los usuarios, como el VIH y las hepatitis virales, o con los que se ocupan de otras dolencias asociadas, como la tuberculosis.

Las personas que usan drogas afrontan barreras de acceso a la atención en salud, incluso los servicios de VIH, relacionadas con la criminalización, el estigma y la discriminación. Y ello a pesar de que existe evidencia científica sobre los beneficios para la salud que reporta ofrecer una atención integral que incluya tratamientos para las infecciones, programas de reducción de daños y terapias para reducir o eliminar la dependencia de las drogas.

En consecuencia, antes que en enfoques morales, una adecuada atención de los problemas asociados con el uso de drogas precisa fundamentarse en un enfoque de salud pública.

INTRODUCCIÓN

Los países de América Latina se caracterizan por una epidemia principalmente concentrada del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Esta epidemia ha afectado principalmente a personas que usan drogas, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas transgénero, hombres que practican sexo con hombres, personas privadas de libertad y jóvenes en situación de pobreza y exclusión social (OPS et al., 2009).

Entre las personas que usan drogas, el grupo más vulnerable frente al riesgo de adquirir o transmitir el VIH ha sido el de los usuarios de drogas inyectables (UDI), así como también los usuarios de cocaína, heroína o anfetaminas por otras vías (Bravo et al, 2008). Dado que la única vía de transmisión que registra habitualmente la vigilancia epidemiológica es la vía inyectable, no se dispone de suficiente información sobre la relación que existe entre el uso de drogas no inyectables y el VIH, con excepción de la que han ofrecido algunos estudios llevados a cabo en las principales áreas urbanas de Argentina, Brasil y Uruguay (Caiaffa et al., 2011a). Con todo, en otras zonas, como América Central, comienza a reconocerse su relevancia: “el virus se propaga principalmente entre los grupos vulnerables: usuarios de drogas intravenosas y no intravenosas, poblaciones carcelarias, adolescentes, habitantes de la calle, y se concentra principalmente en las zonas urbanas y las rutas de transporte” (Cruz Juárez et al., 2010).

Pese a que el enfoque de la reducción de daños para el abordaje de los riesgos asociados al uso de drogas se ha difundido en la región, y a que organizaciones de la sociedad civil de diferentes países han desarrollado un trabajo continuado y sostenido, las políticas públicas de reducción de daños aún no se han generalizado (Day et al., 2010).

PATRONES DE USO DE DROGAS EN AMÉRICA LATINA

A lo largo de los últimos quince años, durante los cuales la epidemia del VIH alcanzó grandes proporciones en algunas ciudades de América Latina, gran parte del trabajo de prevención de infecciones de transmisión sexual y sanguínea (ITSS) se ha centrado en el uso de drogas inyectables. Y ello a pesar de que en la última década se han realizado investigaciones en la región que muestran la relación entre el uso de cocaína intranasal y fumable con la transmisión del VIH y de otras infecciones (Caiaffa et al., 2009).

Estos patrones de uso de drogas no inyectables, descritos en diversos estudios, se extienden por toda la región Latinoamericana (Osimani et al. 2003; Leukefeld et al., 2005; Rossi et al. 2008). Por tal razón los expertos acuñaron el término “Consumidores de Drogas con Alto Riesgo de adquirir o transmitir infecciones por vía sanguínea o sexual” (CODAR), que incluye a cualquier persona entre 15 y 64 años que en los últimos 6 meses se haya inyectado drogas o haya consumido cocaína, heroína, anfetaminas o metanfetaminas más de 25 días, lo que equivaldría al consumo de una de esas drogas al menos un día por semana durante el periodo comprendido (Bravo et al, 2008).

Un CODAR puede ser un inyector reciente de drogas o un consumidor reciente y frecuente de cocaína, heroína o anfetaminas por otras vías. Se ha justificado el estudio de prevalencia de ITSS entre las personas denominadas CODAR con los siguientes argumentos (Bravo et al, 2008):

- Los consumidores frecuentes de cocaína, heroína o anfetaminas, sobre todo los que consumen heroína y los que fuman cocaína, tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales con usuarios de drogas inyectables.
- Los usuarios de cocaína o heroína fumadas, y los consumidores de cocaína por vía intranasal tienen más probabilidades de inyectarse drogas cuando tienen un alto grado de dependencia y la vía parenteral les resulte más eficiente que la pulmonar o la nasal para encontrar los máximos efectos al mínimo costo.
- Si los usuarios de derivados fumables de la cocaína (denominados según los contextos sociales pasta base, *crack*, *basuco*, o *paco*) y los que utilizan la vía nasal emplean inhaladores (tubos o pipas) ya utilizados anteriormente tienen (como en el caso del uso compartido de materiales para inyección)- probabilidad de contraer infecciones por vía sanguínea.

Con el objetivo de mejorar la comparabilidad de datos en América Latina, un grupo de expertos de la región consensuó herramientas metodológicas básicas para realizar estudios con usuarios de drogas (Bravo et al., 2008). El cuestionario utilizado para determinar que una persona responde al perfil CODAR también incluye preguntas por el uso de otras sustancias tales como las bebidas alcohólicas, ketamina, éxtasis, cannabis, inhalables volátiles, otros opiáceos distintos a la heroína, tranquilizantes y alucinógenos.

La definición CODAR comenzó a emplearse en los diversos estudios que se llevaron a cabo en Argentina en poblaciones que usan drogas, para ser adoptada posteriormente en los últimos estudios brasileros. Todo ello con el objetivo de hacer comparables los datos de la región y a la vez definir con mayor claridad a ese conjunto de usuarios de drogas vulnerables a infecciones (ver Tabla 1) (Rossi, 2009a; Malta, 2011).

En América del Sur, tanto en Brasil como en Uruguay, Paraguay y la Argentina, el uso inyectable de cocaína estuvo más difundido durante las últimas décadas del siglo XX que en otros países de la región (Bastos et al., 2007). En cambio, en Colombia o en la frontera entre México y Estados Unidos de América, ha prevalecido el uso inyectable de heroína y no el de cocaína (Magis Rodríguez, 2008; Scholl et al., 2008; Castaño Pérez et al., 2010). El uso inyectable es muy poco frecuente en el Caribe, con excepción de Puerto Rico y en menor medida la República Dominicana. Sin embargo, el uso de *crack* está presente en toda esa región (Day, 2009).

La pasta base de cocaína, llamada *basuco* en Colombia o *paco* en Argentina, también se conoce en Bolivia, Chile, Ecuador y Perú. Su uso ha venido creciendo desde mediados de la década de los noventa en las principales áreas urbanas de Argentina y Uruguay. En Costa Rica (2007), República Dominicana (2008) y en Panamá (2009), el crack fue la principal sustancia por la que se solicitó tratamiento por drogas (CICAD, 2011). Tasas de infección por VIH y por el virus de la hepatitis B mayores a 5% se han hallado en fumadores de crack de diferentes ciudades de Brasil, sugiriendo el papel importante que juega la transmisión sexual, ya que tanto la vía sexual como la vía sanguínea pueden estar asociadas con la transmisión de esas infecciones entre usuarios de drogas no inyectables (Day et al., 2010; González et al., 2010).

En México se ha documentado el consumo de metanfetamina y cocaína (Brouwer et al., 2006), lo que también conlleva riesgo, ya que se dispone de evidencia internacional de la relación entre prácticas sexuales con riesgo de adquirir y transmitir el VIH en usuarios de metanfetamina y cocaína, además de *popper*s (Drumright et al., 2009; Colfax et al., 2010).

Algunos estudios analizan la situación de los usuarios de drogas en América Central, cuyas políticas habían concentrado su atención en prevenir el VIH entre trabajadoras sexuales y hombres que practican sexo con otros hombres. Por ejemplo, los resultados de uno de dichos estudios mostraron el potencial riesgo de transmisión del VIH entre usuarios de drogas de clase media de la Ciudad de Guatemala. (Fortin et al., 2008).

En América Latina, el papel de las bebidas alcohólicas en la transmisión de VIH ha sido muy poco estudiado a pesar de ser la sustancia legal más consumida y de su importante influencia en la morbilidad y en la mortalidad de los que las consumen (Cohen, 2008). Hay sin embargo estudios referidos al consumo de alcohol y la violencia en la pareja que muestran la particular vulnerabilidad de las mujeres jóvenes y pobres de diferentes países de América Latina (Graham et al., 2010). También existe evidencia de la relación entre consumo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo entre turistas que visitan Cuzco y entre jóvenes de barrios pobres de Lima en Perú (Gálvez-Buccollini et al., 2009; Cabada et al., 2011).

Una reciente revisión sistemática de investigaciones analizó la relación entre consumo de alcohol y VIH concluyendo que no había suficiente evidencia para demostrar su influencia directa en la transmisión de VIH. No obstante, los autores hallaron que empeora el desarrollo de la enfermedad entre los que viven con VIH/SIDA e impacta negativamente en la adherencia a los tratamientos y en la capacidad de buscar ayuda (Shuper et al., 2010).

La declinación de la epidemia de VIH entre los usuarios de drogas inyectables comenzó a discutirse en Brasil en el año 2005. En el año 2009 el Ministerio de Salud brasileño llevó a cabo un estudio siguiendo la metodología conocida como “Muestreo Dirigido por los Entrevistados” o MDE (Respondent Driven Sampling en inglés) para seleccionar muestras representativas de usuarios de drogas inyectables y no inyectables en 10 ciudades del país (ver Tabla 1). En este estudio se alcanzó una baja proporción (~10-12%) de usuarios de drogas inyectables con bajos niveles de infección (Bastos, 2011), comparado con las prevalencias de 52% de VIH obtenidas en uno de los primeros estudios con UDI realizados en distintas ciudades de Brasil en 1998 (Caiaffa et al., 2006).

Sin embargo, en Colombia hay datos que muestran otra tendencia distinta a la que se ha verificado en Brasil. El Ministerio de Salud y Protección Social realizó un estudio con UDI en las ciudades de Medellín y Pereira empleando la metodología MDE. Dicho estudio alcanzó a una población que principalmente se inyectaba heroína. La prevalencia de VIH estimada para la población de UDI de Medellín fue de 3.8% y en Pereira de 2%. Los investigadores concluyeron que, considerando estos resultados y estudios previos realizados en el país, existe riesgo de expansión del VIH entre las redes de personas que usan drogas inyectables en diferentes ciudades de Colombia (Berbesí Fernández, D. et al., 2012).

En la Argentina, el último estudio realizado para evaluar la prevalencia de infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables y no inyectables se realizó entre 2006 y 2008 (Pando et al., 2011). Se estimó el número de infecciones más recientes, la presencia de resistencia al tratamiento antirretroviral y las características del virus en circulación entre personas recientemente diagnosticadas con el VIH. El estudio lo llevó a cabo el Centro Nacional de Referencia para el SIDA en colaboración con Intercambios Asociación Civil. Solo participaron usuarios de drogas a los que nunca se había realizado prueba de VIH o bien tenían un diagnóstico negativo previo. Fueron encontrados en su entorno de vida y de consumo de drogas o en centros de tratamiento por el uso de drogas (gubernamentales y no gubernamentales) con los que estaban en contacto, encontrándose un 5.3% de seroprevalencia al VIH y 2.7% de seroincidencia por 100 personas-año entre los usuarios de drogas entrevistados en Buenos Aires y Gran Buenos Aires (ver Tabla 1).

PRÁCTICAS, VULNERABILIDAD Y AMBIENTES DE RIESGO

La vulnerabilidad de las personas que usan drogas no se limita al uso compartido del material que emplean para consumirlas, sino que se relaciona además con las características de diversas prácticas de riesgo en las redes sexuales o de consumo de drogas en las que interactúan. La subordinación de género de las mujeres, la menor edad, o el barrio e incluso la ciudad en que viven las personas que usan drogas también pueden incrementar su vulnerabilidad (Hacker et al., 2009; Tempalski et al., 2009; Rossi et al., 2011). A modo de ejemplo, ser una UDI joven, que comienza a inyectarse con su pareja UDI, que intercambia sexo por drogas, así como ser pobre y vivir en barrios con pocos recursos sanitarios y sociales, puede aumentar la fragilidad para gestionar prácticas de cuidado y evitar la transmisión del VIH.

A la vez, los procesos económicos y sociales estructurales pueden afectar a las normas redominantes sobre los riesgos aceptables para determinado grupo social. Por ejemplo, las crisis político-económicas incrementan las condiciones de vulnerabilidad de toda la población al provocar el aumento del desempleo (que induce a la movilidad o a la emigración), la destrucción o disminución de organizaciones sociales que atienden y defienden diversas necesidades y derechos, la disminución de expectativas sociales y el aumento de los niveles de violencia en las poblaciones más afectadas (Friedman et al., 2009, Friedman et al., 2011).

Además, los usuarios de drogas ilegales pueden ser incriminados como producto de la política de “guerra contra las drogas” predominante en la región (Rossi et al., 2009b).

Estos procesos inciden en la construcción social de estigmas hacia los usuarios de drogas que suelen experimentar como consecuencia pérdida del vínculo con sus familiares, amigos y el resto de su entorno social, además de maltratos físicos o verbales. El estigma se asocia directamente con la discriminación, la segregación que otras personas realizan respecto del estigmatizado. La estigmatización construye la identidad de la persona, por lo que no solo padece las actitudes discriminatorias de otros, sino también el estigma interno (“el resultado de la internalización y aceptación de las situaciones vividas de estigma y discriminación por una persona o grupo, que perduran con el tiempo”, Morrison, 2006) que puede inducir al aislamiento, y por ende al distanciamiento de otras personas e instituciones.

La preocupación por la forma en que todos estos problemas se influyen mutuamente es uno de los principales temas de la epidemiología social que cuestiona los enfoques anclados en la responsabilidad del sujeto para cuidar y mantener su salud. Este enfoque piensa las interacciones de lo individual con los procesos sociales y culturales más amplios. La epidemiología social discute el planteo del individualismo biomédico prevaleciente en la salud pública e introduce conceptos como el de “ambientes de riesgo” para analizar los procesos que se articulan para que se produzca un daño (Rossi & Goltzman, en prensa).

El sociólogo inglés Tim Rhodes define el ambiente de riesgo como el marco en el que los daños relacionados con las drogas son concebidos como un producto de las situaciones sociales y los ambientes en los que los individuos participan. Cambia la responsabilidad centrada en el individuo por un análisis que incluye a las instituciones políticas y sociales que tienen un rol en la producción de los daños (Rhodes, 2009).

Un ejemplo sería la constatación de que el aumento de la población carcelaria en todos los países de la región fue paralelo a los procesos de recorte del gasto estatal en salud, educación o seguridad social, en una lógica que predominó en los gobiernos que se adhirieron a las medidas neoliberales. A su vez, el sistema penal priorizó el castigo a la tenencia de drogas ilegales, aunque fueran para consumo personal y sin perjuicio para terceros. (Rossi et al, 2009b; Metaal et al., 2010; Corda, 2011).

VIH Y OTRAS INFECCIONES: HEPATITIS B Y C, SÍFILIS Y TUBERCULOSIS

Desde el año 2003 comenzó a producirse evidencia en Argentina y Uruguay acerca de las altas prevalencias de VIH entre usuarios de drogas no inyectables. Se descubrió que usuarios de cocaína intranasal o fumada que nunca se inyectaron tuvieron una seroprevalencia de infección por VIH, sífilis, hepatitis B y C del 6%, 4%, 9% y 8%, respectivamente, en Buenos Aires y del 10%, 4%, 12% y 10%, respectivamente, en Montevideo (ver Tabla 1). Estos datos mostraron un patrón de consumo y de transmisión del VIH semejante en ambas capitales sudamericanas. En la misma población la seroincidencia anual de VIH fue del 3.1 por 100 personas-año en Buenos Aires y de 4.4 por 100 personas-año en Montevideo (Vignoles et al., 2006).

En un estudio acerca de las características del consumo de cocaína inhalada o fumada entre 504 usuarios de cocaína no inyectable de Buenos Aires (Ver Tabla 1), el análisis multivariado mostró diferentes variables asociadas al riesgo de tener las infecciones estudiadas: haber tenido una pareja usuario/a de drogas inyectables o que vive con VIH/SIDA, haber estado en la cárcel, tener tatuajes, cuidarse menos durante las relaciones sexuales cuando se está bajo el influjo de las drogas y tener prácticas homo/bisexuales. La variable más significativamente asociada al riesgo de tener VIH fue haber tenido una pareja que vive con VIH/SIDA, mientras que para la infección por VHC la variable más significativa fue haber tenido una pareja UDI (Rossi et al., 2008).

Por otro lado, recientemente se publicaron dos artículos que analizaron otros datos del estudio argentino con usuarios de cocaína no inyectable y del que se llevó a cabo simultáneamente en Montevideo con la misma población. Se observó que la transmisión del VHB se asoció a las relaciones sexuales sin uso de condón, mientras que el VHC se relacionó con compartir el material para el uso intranasal de cocaína (Zocratto et al, 2010, Caiaffa et al., 2011b).

Un estudio, realizado en la ciudad de Buenos Aires entre 170 usuarios de pasta base de cocaína (PBC), encontró una prevalencia de VIH del 2.9% (Ver Tabla 1). Asimismo en este grupo se observó un 22.4% de complicaciones broncopulmonares y un 70% que refirió pérdida de peso asociada al consumo de pasta base. Las co-infecciones detectadas fueron: VIH/VHC: 40%; VIH/Sífilis: 20%; VIH/HBcAb:: 40% (Vila et al., 2008). En otro estudio con usuarios de pasta base de cocaína asistidos en un centro de tratamiento por drogas de Buenos Aires, se observó que aproximadamente uno de cada seis usuarios de PBC estaba infectado con al menos una de las infecciones analizadas (VIH, VHB, VHC y sífilis) y que las tasas de infección detectadas fueron entre 2 y 10 veces mayores que las tasas informadas por los bancos de sangre de Buenos Aires. En este estudio, la seroprevalencia de infección por VIH detectada entre usuarios de PBC que nunca se inyectaron fue del 4.8% (Muzzio et al., 2010).

En Venezuela se encontró un 1% de VHC entre 100 usuarios de drogas en tratamiento aunque 14.7% de ellos había usado la vía inyectable (Monsalve-Castillo et al., 2007).

En cuanto a la tuberculosis (TB), en América Central se sabe que ha aumentado la infección con cepas resistentes a los medicamentos. De hecho, la República Dominicana y Haití tienen las tasas más altas de tuberculosis multirresistente en las Américas (Day, 2009). Se sabe que el uso de *crack* se asocia a una mayor probabilidad de dar positivo en la prueba de la TB (Story et al., 2008). Sin embargo, no se han desarrollado aún programas que aborden conjuntamente el consumo de drogas como el *crack* con la infección por tuberculosis (Giselle Amador, comunicación personal).

REDUCCIÓN DE DAÑOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS

A lo largo de los años se ha venido desarrollando el enfoque de la reducción de daños como modelo de trabajo orientado a mitigar los problemas relacionados con las drogas. Las medidas características del enfoque de reducción de daños incluyen intervenciones de salud pública tales como los programas de distribución e intercambio de jeringas, los tratamientos de sustitución, las pruebas y el asesoramiento para el VIH, las pruebas para las hepatitis virales, la prevención y el tratamiento de las diversas infecciones de transmisión sexual y de la tuberculosis, así como el acceso a la asistencia primaria en salud y al tratamiento antirretroviral (OPS et al., 2009, Beyrer et al., 2010, PEPFAR, 2010).

Asimismo, el concepto de reducción de daños también abarca entre varios grupos e individuos en la región acciones relacionadas con la descriminalización de la tenencia de drogas para consumo personal, ya que al estigma y la discriminación por las prácticas de uso de drogas se agrega la intervención del sistema penal (Rossi, en prensa).

Prevenir la transmisión del VIH entre usuarios de drogas es uno de los desafíos clave para los sistemas de salud. La OMS, ONUDD y ONUSIDA han descrito un paquete integral para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre CODAR que incluye las siguientes intervenciones (Cymerman et al., 2010):

1. Programas de distribución e intercambio de jeringas para usuarios de drogas inyectables.
 2. Programas de provisión de materiales para consumidores de drogas no inyectables.
 3. Asesoría y pruebas voluntarias para detectar ITSS.
 4. Terapia antirretroviral.
 5. Tratamientos de las drogodependencias, incluida una diversidad de dispositivos y modelos, entre ellos los tratamientos de sustitución para usuarios de opiáceos.
 6. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
 7. Programas de distribución de condones para CODAR y sus parejas sexuales.
 8. Información, educación y comunicación para CODAR y sus parejas sexuales sobre prácticas sexuales de riesgo y de cuidado.
 9. Información, educación y comunicación para CODAR sobre prácticas de riesgo y de cuidado en el uso de drogas inyectables y no inyectables.
 10. Vacunación, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales.
 11. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.
-

Cada una de estas intervenciones es útil para abordar la prevención y atención del VIH entre los CODAR, pero alcanzan un impacto más beneficioso cuando se proveen como parte de un paquete conjunto. Existen otras intervenciones muy necesarias como es el caso de la prevención de la transmisión materno-infantil en mujeres embarazadas que viven con VIH y que puedan ser CODAR (Cymerman et al., 2010).

Por otro lado, es usual que los servicios para tratar la dependencia de las drogas atiendan a los usuarios de drogas ilegales en dispositivos diferenciados de los empleados para atender a los dependientes del alcohol, aunque tengan necesidades semejantes. La fragmentación en los servicios de atención atenta contra la integralidad en el cuidado (OPS, 2010).

Las sucesivas crisis económicas y políticas, así como la gran desigualdad social en América Latina, inciden en la falta de acceso a los servicios de salud, educativos y sociales para los grupos sociales más vulnerables, en particular las personas usuarias de drogas que viven en situación de pobreza. Es en este contexto que el tratamiento de base comunitaria resulta una herramienta fundamental. Se lo define como el conjunto de acciones, instrumentos, prácticas y conceptos que tiene como fin mejorar las condiciones de vida de las personas que usan drogas en una situación de exclusión grave, y mejorar las condiciones de vida de las comunidades en las cuales ellos viven y los operadores trabajan. Sus objetivos son detener el agravamiento y estabilizar la situación de las personas afectadas por el uso de drogas; hacer más seguras y menos peligrosas las conductas de riesgo y estabilizarlas; mejorar las condiciones de vida de esas mismas personas por medio de la reducción de las conductas de riesgo y de sus consecuencias y estabilizarlas; e iniciar un proceso de salida de las situaciones de riesgo y rehabilitar (Milanese, 2009).

En el marco de un programa de base comunitaria de prevención, tratamiento y atención es indispensable poner en funcionamiento centros de bajos requerimientos que incluyan servicios alimentarios, de aseo, de lavandería y de recreo, que ofrezcan atención de primeros auxilios sanitarios y entreguen información sobre tratamientos para los problemas relacionados con las drogas.

El tratamiento de base comunitaria también necesita articulación con el trabajo en calle, definido éste como una actividad orientada a tomar contacto con individuos o grupos de poblaciones específicos que no son efectivamente contactados por los canales formales de educación para la salud, ni por los servicios sociales y de salud existentes en un determinado entorno. En los países latinoamericanos las organizaciones de la sociedad civil (OSC) cumplen funciones de asistencia, brindan servicios a poblaciones vulnerables y tienen presencia en territorios en donde la asistencia estatal es muy limitada o fragmentada. Muchos CODAR tienen mejor acceso a estos servicios comunitarios, que pueden funcionar como centros de bajos requerimientos siempre que se capacite a las personas que llevarán adelante la prestación de los servicios del paquete integral para la prevención, tratamiento y atención del VIH (Cymerman et al., 2010).

Hay diversos programas en América Latina orientados a usuarios de drogas inyectables y no inyectables que incluyen tratamiento de base comunitaria en sus acciones (ver Cuadro 2).

Asimismo, los usuarios de drogas desarrollan prácticas para proteger su salud. El sociólogo norteamericano Samuel R. Friedman denominó “intravención” al conjunto de prácticas de prevención que los propios usuarios de drogas inyectables adoptaron para protegerse y proteger a otros de la transmisión de infecciones, mucho antes de que hubiera iniciativas de salud pública orientadas hacia ellos. En un estudio realizado con usuarios de *crack* de Salvador de Bahía en Brasil se observó que el uso de “pitolho” (cigarrillo en el que se mezcla *crack* con cannabis), era concebido como una medida de reducción de daños porque disminuye los efectos adversos del uso de *crack*, es

más barato, les permite tener mayor control de sus comportamientos, mitiga su vulnerabilidad frente a la violencia y mejora su posición social (Andrade et al., 2011).

La reducción de daños ha recibido apoyo explícito en documentos de políticas públicas de Argentina, Brasil, Colombia, México, Paraguay y Uruguay. Sin embargo, en América Central es un tema todavía pendiente (Cook, 2010).

El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria financia actividades dirigidas a prevenir la transmisión de infecciones entre usuarios de drogas en Argentina, México, Paraguay, República Dominicana y Uruguay, que incluyen medidas de reducción de daños.

Por su lado, Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá, integran el proyecto CAM-H90, un iniciativa de UNODC, por el que desarrollarán estudios nacionales y regional de "Prevalencia de VIH/SIDA e identificación de los factores de riesgo en consumidores de droga en Centroamérica", con la coordinación y supervisión técnica de la Universidad Veracruzana de México (ONUDD, 2011). Por su parte, el Observatorio centroamericano de VIH busca construir capacidades locales en organizaciones de la sociedad civil centroamericana y estudia temas sobre el VIH y el uso de drogas (OCVIH, 2011).

Una interesante iniciativa regional es la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS) creada en el año 2006 y que fundamenta su trabajo en el Modelo ECO2 construido a partir de las experiencias en reducción de daños de organizaciones de México, Guatemala, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Costa Rica, Panamá, Brasil, Colombia, Haití, y Chile. El Modelo ECO2 entiende a la prevención, a la reducción de daños y a la rehabilitación como procesos interconectados. Trabaja fundamentalmente sobre las pautas de relaciones y no sobre el cambio individual. "La acción en torno al Modelo ECO2 ha producido efectos y resultados notables en el proceso de Prevención, Tratamiento y Reducción de Daños de los efectos del uso de drogas en las personas, sus familias y comunidades. A partir de este marco común se han organizado experiencias de Prevención en Comunidad Local, Tratamiento en Comunidad Terapéutica, con Base Comunitaria y Centros de Formación en el Modelo ECO2" (RAISSS, 2011).

La colaboración entre los programas nacionales de sida y organizaciones no gubernamentales (ONG) de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay se estableció durante la primera mitad de la década del 2000 a fin de desarrollar acciones de prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables (Rossi, 2009a). El trabajo continuo de las ONG de la región permitió que el reconocimiento de la vulnerabilidad de los usuarios de drogas al VIH permaneciera en las agendas públicas de muchos de los países latinoamericanos. Las principales ONG y redes latinoamericanas involucradas en la tarea de difundir el enfoque de la reducción de daños son: Intercambios Asociación Civil y la Asociación de Reducción de Daños de Argentina (ARDA) en Argentina, la Asociación Brasileña de Reductores de Daños (ABORDA) y la Red Brasileña de Reducción de Daños (REDUC) en Brasil, la Corporación Caleta Sur y la Red Chilena de Reducción de Daños en Chile, el Programa Compañeros en México, Prever en Paraguay, y el Instituto de Investigación y Desarrollo (IDES) y El Abrojo en Uruguay (Day et al, 2010).

Sin embargo, en América Latina y particularmente en América Central y países de América de Sud, incluyendo Perú y Colombia, las políticas oficiales sobre drogas siguen prestando la principal atención y los recursos a la reducción de la oferta y del tráfico de drogas, por lo que dichas políticas están determinadas por los ministerios de justicia y seguridad más que por los ministerios de salud (Cook, 2010).

VULNERABILIDADES SUMADAS:

PERSONAS QUE USAN DROGAS, TRABAJADORES Y TRABAJADORAS SEXUALES, PERSONAS TRANSGÉNERO, PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD Y HOMBRES QUE PRACTICAN SEXO CON HOMBRES

La exposición a la transmisión de infecciones por vía sexual es frecuente en ambientes de riesgo en los que el estigma, la discriminación y las normas legales influyen de manera fundamental en las prácticas de riesgo y cuidado (OPS et al., 2009). Las personas transgénero, las que usan drogas, las y los que ejercen el trabajo sexual, los hombres que tienen sexo con otros hombres y los hombres que tienen prácticas sexuales con personas del mismo sexo y también con sus parejas mujeres pueden además desarrollar, en determinadas circunstancias, diversas prácticas simultáneamente que pueden favorecer la transmisión de infecciones. Por ejemplo, una trabajadora sexual que usa drogas y comparte los materiales para usarlas y que no usa preservativo con los clientes que le ofrezcan más dinero o que la presionan para que tenga relaciones sexuales de ese modo.

La suma de diversas prácticas de este tipo multiplica también las posibilidades de transmitir infecciones en otros puntos de la red social a la que pertenece una persona (Rossi & Goltzman, en prensa). Por ejemplo, en una situación en que un hombre no usa preservativo en sus relaciones sexuales o comparte materiales para usar drogas con una persona transgénero y luego tiene relaciones con su pareja mujer con la que tampoco usa preservativo puede darse la transmisión de distinto tipo de infecciones, que a su vez pueden afectar por transmisión vertical a los hijos de la pareja.

Si se atribuye esta vulnerabilidad solo a las prácticas individuales se reduce la interpretación y por lo tanto la acción preventiva o asistencial porque se soslayan las situaciones sociales y los ambientes de los que las personas participan y que influyen en sus decisiones. Es muy importante conocer estos ambientes para proponer acciones de reducción de daños que logren difundir mensajes preventivos entre los que participan de ellos.

Por ejemplo, la homofobia y la falta de conocimiento del estatus serológico entre hombres pobres, afroamericanos y latinos que usan *crack* y cocaína, que practican sexo con otros hombres y que también tienen relaciones sexuales con mujeres (Shoptaw et al., 2009) los hace más vulnerables frente al VIH y otras infecciones.

También se ha identificado que las mujeres trabajadoras sexuales y los hombres que practican sexo con otros hombres que además usan drogas en Ciudad Juárez y Tijuana (México) cuentan con una mayor probabilidad de que se involucren en situaciones que incrementan su riesgo de transmitir y adquirir VIH y otras ITS (Patterson et al., 2006; Deiss et al., 2008).

Un estudio realizado en Ecuador con hombres que practican sexo con hombres mostró que el uso de alcohol, cannabis, cocaína y pasta base incrementaba su vulnerabilidad a adquirir o transmitir el VIH (Fundación Schorer et al., 2008).

Del primer metaanálisis brasilero que indaga la prevalencia de VIH en personas que usan drogas inyectables y no inyectables, trabajadoras sexuales y hombres que practican sexo con hombres surgió que las tasas de infección son marcada y consistentemente superiores a las de la población general adulta en edad reproductiva. El análisis de los resultados hizo evidente la necesidad de profundizar el trabajo de vigilancia epidemiológica, investigación y prevención en las tres poblaciones (Malta et al., 2010).

En un estudio argentino coordinado por el Centro Nacional de Referencia para el SIDA entre 2006 y 2008 (ver Tabla 1) se verificó el aumento del nivel de infección entre los usuarios de drogas, HSH y trabajadoras y trabajadores del sexo que sumaban prácticas de riesgo (Pando et al., 2011).

ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN DE INFECCIONES Y A LOS TRATAMIENTOS POR DROGAS

Hay diferentes barreras para el acceso a la atención en salud que inciden en la demora para llegar o en la dificultad para permanecer en los tratamientos por drogas o en la atención para el VIH. Los estereotipos que señalan al usuario de droga como "autodestructivo" al que se suma el de la "peligrosidad" incrementan la distancia entre muchos trabajadores de la salud y las personas que buscan asistencia.

En un estudio en hospitales y centros de salud públicos de las ciudades argentinas de Buenos Aires y Rosario culminado en 2007 se observó que los trabajadores de la salud perciben una mayor dificultad de los usuarios de drogas para el acceso a los servicios públicos de salud, en comparación con otros pacientes a los que atienden. Entre las dificultades de los profesionales entrevistados para satisfacer la demanda de atención de los usuarios de drogas, las más mencionadas fueron los prejuicios en contra de ellos y las barreras de las instituciones para recibirlos, tales como horarios no adaptados y burocracia, entre otros- (Rossi et al., 2007).

Estos problemas dificultan la atención adecuada y generan oportunidades perdidas. Por ejemplo, las internaciones por desintoxicación pocas veces tienen continuidad con otro tipo de atención psicológica o social para trabajar con los problemas de salud mental preexistentes. Además, no se suelen aprovechar como posibilidad de prevenir o atender otros problemas de salud como las hepatitis o el VIH. Asimismo, pocas veces quienes atienden infecciones como el VIH o las hepatitis se articulan con equipos que trabajen en la dependencia del alcohol y otras drogas para ofrecer una atención integral. Colombia, por ejemplo, reconoce este problema: “estamos avanzando en la integración de la agenda de drogas con la de VIH, que históricamente han trabajado muy separadas (...) ya tenemos en Antioquia una de nuestras primeras clínicas de metadona, que actualmente está atendiendo a 150 usuarios, con una lista de espera de 200 y tantos” (Mejía Motta, 2011).

Cuando las personas que usan drogas tienen problemas de ansiedad, depresión u otros problemas de salud mental, la atención integral puede ser más compleja. Si los tratamientos por drogas no tienen condiciones para asistir esos problemas es fundamental que se articulen con otros servicios de salud mental, ya que la desatención de una de las dos situaciones perjudica los resultados del tratamiento (Altice et al., 2010).

En un reciente estudio desarrollado en Brasil con población CODAR se alcanzó una población muy empobrecida, con una alta frecuencia en el uso de alcohol y otras drogas. La gran mayoría jamás buscó tratamiento para su dependencia química y estuvo presa al menos una vez en la vida. Una buena parte relató además experiencias diversas de prejuicios y estigmas en los servicios de salud. A

cuenta de eso, los usuarios de drogas tienden a dejar de buscar cualquier otro tipo de consejería o tratamiento (Malta, 2011).

Las personas que usan drogas y viven con VIH acceden más tardíamente al sistema de salud con una mayor proporción de diagnóstico en etapas sintomáticas de la infección en comparación con otros grupos vulnerables (Zala et al., 2008; Bastos et al., 2008). Un estudio brasilero mostró que los usuarios de drogas inyectables, después de 10 años de tratamiento, tenían 2 veces más probabilidades de morir que los hombres que practican sexo con hombres (Malta et al., 2009). Además, habían realizado exámenes de CD4 y carga viral en mucha menor proporción que otras personas vulnerables a la infección con VIH. De hecho, muchos UDI no comenzaron el tratamiento por falta de acceso a las pruebas de laboratorio. En Brasil el 20% de las muertes por causa del sida son de personas que jamás tuvieron un diagnóstico (Malta, 2011). Los datos brasileros aportan información para la región y fundamentan la necesidad de tratar de alcanzar a quienes aún están lejos del sistema de salud. Es necesario que se lleven a cabo estudios en los otros países latinoamericanos para entender mejor las dificultades de los usuarios de drogas para acceder a la mejor atención disponible en los servicios de salud.

Otra dificultad de los profesionales de salud para incentivar el acceso de los usuarios de drogas al tratamiento antirretroviral (TAR) es la difundida idea de que para darles medicación debieran dejar de usar drogas ilegales o alcohol. Sin embargo, la evidencia indica que cuando se prescribe TAR a usuarios de drogas VIH positivos sus condiciones de salud mejoran si se ofrece una atención integral que incluya tratamientos para otras dolencias (hepatitis virales y tuberculosis), terapias de sustitución de drogas y asistencia en salud mental (Altice et al., 2010). La expansión de la cobertura del TAR para usuarios de drogas debiera incorporar acciones para “buscar, evaluar, tratar y retener” a las personas en el contexto de programas de reducción de daños y tratamiento de la dependencia a las drogas (Volkow et al., 2010).

La adherencia al TAR se facilita si hay asesoramiento de pares, es decir, usuarios de drogas que ayudan a otros usuarios de drogas. También si hay acompañamiento para resolver las dificultades para la continuidad de la asistencia médica o los problemas con el grupo de convivencia (Wolfe et al., 2010).

Los tratamientos de sustitución con metadona, buprenorfina o naltrexona sirven para minimizar y controlar la dependencia al alcohol y a otras drogas, aunque aún no hay tratamientos de sustitución que se hayan comprobado eficaces para los usuarios de cocaína o *crack*. Cuando la medicación sustitutiva se emplea adecuadamente junto con el tratamiento antirretroviral, ambos mejoran la adherencia a los tratamientos, así como disminuyen las prácticas de riesgo para adquirir o transmitir VIH (Altice et al., 2010; Metzger et al. 2010). Sin embargo, las interacciones entre diferentes drogas pueden aumentar los niveles de toxicidad (Neuman et al., 2006; Bruce et al., 2010), lo que requiere un manejo experto por parte de los profesionales y más estudios farmacológicos.

En la mayor parte de América Latina los centros de tratamiento por drogas frecuentemente basan sus intervenciones en un modelo abstencionista cuyo objetivo prioritario es el abandono del consumo. Muchos de los centros de atención de problemas relacionados con las drogas se fundan en el modelo de comunidad terapéutica, de los que hay con atención ambulatoria o con internación o modalidades mixtas. También están muy difundidos en la región los grupos de autoayuda para quienes tienen problemas con el consumo de alcohol (Alcohólicos Anónimos) o con otro tipo de drogas (Narcóticos Anónimos) (Baeza Correa, 2008). El enfoque abstencionista dificulta el trabajo respecto a la sexualidad y el sida porque se centra en “dejar las drogas” y no trabaja con objetivos intermedios para prevenir o tratar otros problemas relacionados con el consumo.

Recientemente en Perú el Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos (CIDDDH) ha discutido la calidad de la atención de los centros de tratamiento por drogas ante la muerte de 27 personas en un centro de atención de ese país, ya que “no se cuenta con la infraestructura ni con el personal adecuado, de conformidad con las normas nacionales e internacionales, rayando en francas violaciones a los derechos humanos de las personas sometidas a regímenes (salud y libertad individual), frecuentemente en situaciones peores a la penitenciaria. Asimismo, estos centros operan en la informalidad y carecen de los protocolos y modelos que garanticen un adecuado tratamiento destinado a garantizar el buen trato, la rehabilitación y la reinserción social de los internos” (CIDDDH, 2012).

Un problema que se agrega a los ya mencionados es la obligatoriedad del tratamiento por drogas por mandato judicial, que está contemplada en la mayoría de las normas legales de la región. Sin embargo, hay centros públicos como el Centro de Control de Adicciones de Paraguay que fundan sus intervenciones terapéuticas en principios de atención sanitaria: “Nosotros claramente nos hacemos cargo de la parte curativa, cuando un juez me solicita ‘asegure custodia’, les respondo ‘yo no soy de seguridad, no soy custodia, soy del área sanitaria’. Entonces, aunque venga con orden judicial no me hago cargo de la retención del paciente, no entramos en el conflicto de tener que retener al paciente. El paciente puede salir cuando se le dé la gana (...) Si recordamos la definición de la CICAD (‘atención de acuerdo a las necesidades particulares y respeto a sus derechos humanos’), podemos entender por qué es necesaria la reducción de daños. Porque en realidad el discurso hegemónico de las drogas despliega un tipo de profesionales y de recursos que pocas veces logra que los usuarios vean como ‘amigables’ a los dispositivos. Nosotros trabajamos muy fuertemente con la idea que el Centro de Adicciones no tiene que ser un lugar que genere miedo, [esto es,] que el usuario tenga miedo de ir porque va a ser fichado” (Fresco, 2011).

Tanto la criminalización del consumo de ciertas drogas, como las actitudes que refuerzan el estigma y la discriminación de los usuarios de drogas incrementan las dificultades de acceso al sistema de salud. Los programas de capacitación como el que desarrolla la ONG Viva Río en coordinación con la Secretaría de Salud Mental de la ciudad brasilera de Río de Janeiro abordan esas dificultades de acceso, formando en reducción de daños a los operadores comunitarios en salud que actúan en las “favelas” (asentamientos humanos precarios) de esa ciudad. Uno de los objetivos de los cursos virtuales que brinda la ONG argentina Intercambios Asociación Civil junto con Punto Seguido es ofrecer instrumentos para el desarrollo de programas o acciones de incidencia política en defensa de los derechos humanos vulnerados por las políticas de control de drogas. Está dirigido a activistas y profesionales que se desempeñan en ámbitos vinculados a las políticas e intervenciones en materia de drogas o VIH de toda América Latina.

POLÍTICAS PARA PREVENIR LA TRANSMISIÓN Y PROMOVER EL TRATAMIENTO DEL VIH EN PERSONAS QUE USAN DROGAS

Las políticas de drogas vigentes abarcan una diversidad de medidas gubernamentales:

1. Programas para prevenir el inicio en el consumo de drogas
2. Programas sociales y de salud orientados a reducir los problemas relacionados con el uso problemático de drogas, y
3. Las leyes, reglamentos e iniciativas para controlar la oferta de drogas legales e ilegales.

La evidencia científica sobre las políticas que han logrado efectividad en sus intervenciones indica que los programas de mantenimiento con metadona o buprenorfina o los tratamientos de sustitución de heroína mejoran la situación de las personas que usan opiáceos. Otras intervenciones probadamente efectivas son los programas de tratamiento psicosocial, las organizaciones de autoayuda, o las intervenciones breves en entornos de atención médica general (OPS, 2010).

Sin embargo, hay políticas de drogas o de salud sexual y reproductiva que, por su contenido, pueden contribuir a la diseminación del VIH o al fracaso del tratamiento antirretroviral (Friedman et al., 2006). Como ejemplo, la declaración oficial de la XVIII Conferencia Internacional sobre SIDA del año 2010 subraya que la penalización de los consumidores de drogas ilícitas está fomentando la epidemia de VIH con consecuencias sociales y de salud tremendamente negativas (Wood et al., 2010). Es por ello fundamental que los gobiernos de América Latina empleen la evidencia científica disponible para diseñar las políticas dirigidas a las personas que usan drogas.

No obstante, existen programas como TREATNET que buscan promover que “el tratamiento de la farmacodependencia sea diversificado, accesible y de calidad al igual que los servicios de atención, incluida la prevención del VIH/SIDA”. TREATNET se inició en el 2005 y en América Latina se ha desarrollado en Brasil, Colombia, Haití, Nicaragua y Perú (ONUDD y OMS, 2011).

Como producto de la investigación y la consulta que hiciera el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) a una red de expertos internacionales en materia de políticas de drogas, surgió una serie de recomendaciones para las políticas nacionales reseñadas en cinco principios básicos (IDPC, 2009):

1. Las políticas de drogas se deberían desarrollar mediante una evaluación estructurada y objetiva de las prioridades y las pruebas empíricas.
2. Todas las actividades se deberían desplegar en plena conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.
3. Las políticas de drogas deberían centrarse en reducir las consecuencias nocivas de las drogas y no en las dimensiones del consumo y los mercados de estas sustancias.
4. Las políticas y actividades deberían perseguir el fomento de la integración social de grupos marginalizados.
5. Los Gobiernos deberían construir relaciones abiertas y constructivas con la sociedad civil para debatir y desarrollar sus estrategias.

Asimismo, estos principios están siendo considerados por los organismos multilaterales. Por ejemplo, ONUSIDA aprobó en 2009 una serie de recomendaciones para el trabajo en VIH y uso de drogas, destacando la necesidad de “desarrollar orientaciones y modelos programáticos que respondan a las necesidades de otros subgrupos de usuarios de drogas (como mujeres usuarias de drogas, usuarios de drogas que intercambian sexo por dinero o drogas, usuarios de drogas migrantes, usuarios de múltiples drogas) [y de] ampliar la atención a ciertos grupos como usuarios de *crack* y de anfetaminas, que aumentan el riesgo de infección por VIH por medio de prácticas sexuales de alto riesgo” (Chequer, 2011). Entre los subgrupos también se incluyeron a los hombres que practican sexo con otros hombres y a las personas transgénero que usan drogas.

En la misma línea, la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos (CICAD/OEA) fue aprobada por todos los Estados miembros de la CICAD en el año 2010. Esta introduce tres definiciones clave a considerar: a) el respeto a los Derechos Humanos como base de cualquier política y acción sobre drogas; b) el reconocimiento al dependiente de drogas como una persona que padece una enfermedad, la cual genera complejos procesos de exclusión y dificulta la integración social; y c) la evidencia científica como base para establecer políticas de drogas (CICAD, 2010).

En el año 2011, el 51° Consejo Directivo de OPS/OMS aprobó el “Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública” para la Región de las Américas. Este plan de acción para los próximos diez años, insta a los Estados miembros a “que definan el consumo de sustancias psicoactivas como una prioridad de salud pública y ejecuten planes nacionales y subnacionales para abordar los problemas debidos al consumo de sustancias psicoactivas, que estén en consonancia con su repercusión para la salud pública, especialmente con respecto a la reducción de las lagunas existentes en el tratamiento”. Se establecieron como objetivos estratégicos: “a) la formulación de políticas nacionales y la asignación de recursos; b) la promoción de la prevención universal; c) la intervención temprana y el desarrollo de sistemas accesibles de atención y tratamiento; d) la investigación, el seguimiento y la evaluación; y e) el fomento de las alianzas estratégicas” (OPS, 2011).

Los documentos que se enumeran a continuación exhiben los consensos existentes en la región para incluir principios de salud pública y de derechos humanos en relación con las políticas de drogas.

WHO, UNODC, UNAIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2009.

CICAD. Estrategia Hemisférica sobre Drogas. Cuadragésimo séptimo período ordinario de sesiones, mayo de 2010.

OPS. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública. 51° Consejo Directivo de la OPS, 63ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre 2011.

También existen programas de cooperación en curso tales como el proyecto Salud y Vida en las Américas (SAVIA-Drogas), iniciado en el año 2008, que ha dado apoyo directo y financiación a iniciativas de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Uruguay y Venezuela para reducir el consumo de drogas y fomentar la cooperación regional en la materia (OEA et al., 2011). En 2011, comenzó a su vez el Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD) que cuenta con seis millones de euros para fortalecer el diálogo y el intercambio de experiencias en esa materia (COPOLAD, 2011). A fines de 2011, la Organización Panamericana de Salud se integró al COPOLAD como entidad colaboradora.

En consonancia con los principios enunciados por IDPC, se han producido cambios en las políticas gubernamentales de atención de los problemas relacionados con las drogas en algunos países de América Latina (Touzé, 2010; TNI & WOLA, 2011). Entre dichos cambios cabe destacar el que las políticas de drogas comienzan a armonizarse con las de salud mental.

En el año 2005 se crea en Montevideo el Centro de Información y Referencia, el Portal Amarillo, con dependencia del Ministerio de Salud, la Junta Nacional de Drogas, y el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. “Somos alrededor de 55 personas, técnicos y no técnicos. Empezamos a funcionar en abril del 2006, y en enero del 2008 en base a la Reforma de Sistema Nacional de Salud el Portal Amarillo pasamos a ser unidad ejecutora. Ser unidad ejecutora nos dio cierta independencia con la cual estamos muy conformes, pero a su vez nos da una dependencia, [con la] que también estamos muy conformes, que es la de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud. Es decir nosotros dependemos de un sector del que nos gusta depender que es la salud mental” (Grunbaum, 2011).

En Argentina el interés por los dispositivos de prevención y atención del uso de drogas tuvo mayor visibilidad durante el debate de la Ley Nacional de Salud Mental (número 26.657) ya aprobada. Esta ley constituye un hito en el campo de la salud mental en tanto marco legal nacional que define claramente los derechos de las personas con padecimiento psíquico. En el artículo 4 se enuncia: “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.

Al mismo tiempo, los gobiernos de la región comenzaron a abandonar principios neoliberales y a diseñar políticas de integración de las poblaciones más excluidas. “Brasil está viviendo un problema grave con la cuestión del consumo de pasta base de cocaína, de *crack*. Desarrollamos diversas estrategias de aproximación a estos usuarios, los consultorios de calle, que son acciones en el propio territorio, acciones de reducción de daños que tienen como objetivo hacer que esos usuarios puedan recurrir al Estado, a la política pública para salvar sus vidas. Percibimos que recién en las situaciones límite, situaciones de riesgo máximo, se establece una relación de confianza con la política pública. Entonces, cuando hablo de universalidad, no es solamente una cuestión de tener tantos servicios

proporcionales a la población, [sino de] tener un servicio cercano a la casa en todos los barrios etc.; eso es absolutamente fundamental. En Brasil nosotros trabajamos con la idea de que si no es a través de la atención primaria, porque es un país de 190 millones de habitantes, los servicios no garantizarían el acceso (...) [Necesitamos] una política de drogas que no se base en la penalización, sino que se base en la intervención. Existen en Brasil, 27 mil, 30 mil equipos de salud de familia; 70% de ellos ya recibieron algún entrenamiento para manejar la cuestión de las drogas” (Godinho Delgado, 2011).

Ha habido también diversos pronunciamientos críticos a los resultados de las políticas represivas dominantes por parte de magistrados y de profesionales de la seguridad pública. En junio de 2011 un grupo internacional de magistrados elaboró la Declaración de Roma que propone: “la reforma y armonización legislativas que contemplen respuestas penales diferenciadas de acuerdo a la naturaleza y gravedad de los delitos complejos y de tráfico de drogas, (ajustadas a la convención de la ONU) (...) La estrategia de los Estados debe escuchar y contemplar la asistencia integral de los usuarios de drogas, y realizar fuertes campañas de prevención inespecíficas, no solo sobre sustancias ilegales sino también sobre las legales y sobre todo generar políticas de verdadera inclusión social y laboral” (Declaración de Roma, 2011).

En setiembre de 2011 se celebró en Río de Janeiro el Encuentro Estratégico de Seguridad Pública y Políticas de Drogas organizado por el Comando de las Unidades de Policía Pacificadora de la Policía Militar de Río de Janeiro y la ONG Viva Rio. Dicha reunión produjo una declaración referida a la necesidad de revisar críticamente las políticas de represión del comercio y el uso de drogas ilícitas. Participaron profesionales de seguridad pública procedentes de diferentes países del mundo con representación latinoamericana de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú, y Uruguay.

Hay además otros foros de discusión que se desarrollan en América Latina desde el año 2009. Ejemplo de ello son las conferencias nacionales y latinoamericanas sobre políticas de drogas organizadas por Intercambios Asociación Civil de Argentina en colaboración con otras ONG como Psicotropicus de Brasil, o el Colectivo por una política integral hacia las drogas de México.

RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN Y EL DISEÑO DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS EN AMÉRICA LATINA

RECOMENDACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

- Se requieren estudios sistemáticos en las zonas urbanas con mayor prevalencia de VIH para conocer la situación epidemiológica de los usuarios de drogas con alto riesgo de adquirir o transmitir infecciones por vía sanguínea o sexual.
- Es necesario estimar la población CODAR en los diferentes países de América Latina. Esta información es clave para diseñar políticas y localizar programas de reducción de daños que alcancen las redes sexuales y de uso de drogas de las personas CODAR.
- Convendría realizar estudios que analicen la influencia del uso de alcohol en la transmisión de infecciones por vía sexual.
- Deberían difundirse los instrumentos estandarizados de recolección de datos para lograr que los estudios de la región sean comparables entre sí.
- Se tendría que estudiar el impacto de las crisis económicas o políticas en los patrones de uso de drogas y en las prácticas de riesgo para definir intervenciones preventivas específicas para esas situaciones.
- Resultaría útil promover estudios para determinar la influencia negativa o positiva de las políticas de drogas en su uso en la región.
- Hay que incluir preguntas relativas al uso inyectable y no inyectable de drogas en los cuestionarios que indaguen comportamientos y en otras encuestas dirigidas a hombres que practican sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas transgénero y otras poblaciones vulnerables.
- Sería importante mejorar el conocimiento de la relación entre uso no inyectable de drogas, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual y sanguínea.
- Se echan en falta estudios acerca de las barreras de acceso que tienen los usuarios de drogas para llegar y permanecer en los servicios de salud.

- Es necesario obtener datos respecto de la transmisión y adquisición del VIH y del acceso al tratamiento antirretroviral entre personas privadas de la libertad.

RECOMENDACIONES PARA EL DISEÑO DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS

- Para contribuir al cambio de paradigma en las políticas de drogas de la región es necesario que el Estado garantice el respeto y la promoción de los derechos humanos individuales y colectivos, así como la promoción de hábitos saludables.
- Se requieren políticas de drogas, de salud y de derechos humanos integrales y flexibles.
- Para evitar la fragmentación y contradicción de las políticas es necesario articular las políticas públicas de salud con las de justicia y seguridad.
- Hay que involucrar a los usuarios de drogas en el diseño de políticas y programas preventivos.
- Se deberían desarrollar programas específicos de reducción de daños orientados a los usuarios de drogas inyectables y no inyectables con riesgo de adquirir o transmitir infecciones.
- Es esencial que se diseñen programas para reducir el estigma y la discriminación de las personas que usan drogas.
- Es preciso tratar dignamente y con respeto a las personas que usan drogas y para ello capacitar a los equipos de salud para organizar servicios amigables para esta población.
- Es preciso diseñar programas para prevenir y tratar las consecuencias de la violencia física, psicológica y sexual contra personas que usan drogas.
- Para aprovechar el desarrollo de experiencias y la construcción de una producción regional adecuada a los contextos locales es conveniente ampliar las colaboraciones entre equipos y programas de diferentes países.
- Mejorar el acceso al sistema de salud, a las pruebas de VIH y al tratamiento antirretroviral es un desafío clave para la región, así como también mejorar la vinculación entre los centros de testeo y los de tratamiento para el VIH.
- Se tendrían que incorporar en los centros de salud a personas capacitadas para realizar la prueba de VIH y la consejería, así como la atención de otras infecciones de transmisión sanguínea y sexual.
- Se debería proveer vacunación contra tétanos y hepatitis B y detectar y atender la tuberculosis entre las personas que usan drogas.
- Para atender de mejor manera los problemas relacionados con las drogas se precisa optimizar la integración de los servicios para el VIH con los tratamientos para la dependencia de drogas y los servicios sociales. A la vez, es necesario vincular los servicios públicos de atención con los servicios que prestan las organizaciones de la sociedad civil.
- Es esencial mejorar la atención de las sobredosis.
- Abandonar los enfoques punitivos hacia los usuarios de drogas es condición necesaria para reducir los daños relacionados con el uso de drogas.

- Traducir al español documentos clave relacionados con el VIH y el uso de drogas ayudará a investigadores o a funcionarios que definen políticas a integrar los avances recientes en la materia.
- Sería útil incluir el enfoque de la reducción de daños en otros servicios sociales y de salud orientados a poblaciones pobres y excluidas, tales como las personas en situación de calle o los desempleados.
- Aplicar medidas de reducción de daños entre las personas privadas de la libertad es clave dada la gran interacción que muchos usuarios de drogas tienen con el sistema penal.
- Es necesario ampliar las políticas y programas de reducción de daños a las poblaciones más vulnerables y carentes, considerando especialmente a las poblaciones móviles y migrantes.

CONCLUSIONES

América Latina precisa ampliar el conocimiento y las intervenciones dirigidas a prevenir la expansión de infecciones de transmisión sexual y sanguínea entre las personas que usan drogas, sus parejas sexuales y sus hijos.

La vulnerabilidad de las personas que usan drogas no se limita al uso compartido del material que emplean para consumirlas, sino que se relaciona además con la subordinación de género de la mujer, la menor edad, o el barrio e incluso la ciudad en que viven. Las crisis político-económicas pueden incrementar la fragilidad para adquirir o transmitir infecciones. A la vez, la criminalización de los usuarios de drogas, el estigma y la discriminación generan mayores problemas para conseguir la mejor atención sanitaria y social disponible.

El enfoque de la reducción de daños ha demostrado su efectividad para disminuir los problemas relacionados con las drogas. Las medidas recomendadas incluyen diferentes intervenciones de salud pública, tales como los programas de distribución e intercambio de jeringas y de otros elementos para usar drogas no inyectables, los tratamientos de sustitución, las pruebas y el asesoramiento para el VIH, las pruebas y el tratamiento para las hepatitis víricas, la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y de la tuberculosis, así como el acceso a la asistencia primaria en salud y a la terapia antirretroviral.

En América Latina, algunos programas gubernamentales y ONG emplean el tratamiento de base comunitaria y el trabajo en calle para mejorar las condiciones de vida de las personas que usan drogas que estén en una situación de exclusión grave, así como de las comunidades en las cuales viven.

El modelo dominante de organización de los servicios de salud dificulta la atención oportuna y genera oportunidades perdidas tanto para el tratamiento por drogas como para la atención del VIH. Se precisan políticas públicas de drogas, de salud y de derechos humanos integrales y flexibles que se articulen con las políticas de justicia y seguridad.

REFERENCIAS

- Altice F.L., Kamarulzaman A., Soriano V., Schechter M., Friedland G. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. En: HIV in people who use drugs. *The Lancet Series*, Julio 2010, pp. 59-79.
- Andrade T., Santiago L., Amari E., Fischer B. 'What a pity!' Exploring the use of 'pitolho' as harm reduction among crack users in Salvador, Brazil. *Drugs: education, prevention and policy*, 2011, Vol. 18(5), pp. 382-386.
- Baeza Correa J. (editor) Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez. Santiago de Chile, 2008.
- Bastos F.I. AIDS among IDUs in Brazil: recent news from a fast declining epidemic presentación realizada durante la reunión Ethical engagement of people who inject drugs in HIV prevention trials, Buenos Aires 27 al 29 de abril de 2011.
- Bastos F.I., Caiaffa W., Rossi D., Vila M., Malta M. The Children of Mama Coca: Coca, Cocaine and the Fate of Harm Reduction in South America. *The International Journal of Drug Policy*, Volume 18, Issue 2, 2007, pp. 99-106.
- Bastos, F.I., Nunn, A., Hacker, M.A., Malta, M., Schwarzwald, C.L. AIDS in Brazil: The challenge and response, en Celentano D.D. and Beyrer C. (eds.) *Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries: Epidemiology, Prevention, and Care*. Ed. Springer, Nueva York, 2008, pp. 629-654.
- Berbesí Fernández D.Y., Montoya Vélez L.P., Segura Cardona, A.M., Mateu-Gelabert P. Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, 2012.
- Beyrer C., Malinowska-Sempruch K., Kamarulzaman A., Kazatchkine M., Sidibe M., Strathdee S.A. VIH en personas que consumen drogas 7. Es hora de actuar: una llamada para dar una respuesta integral al VIH en personas que consumen drogas. *The Lancet*, HIV in people who use drugs, Julio 2010, pp. 108-120. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60928-2 Accesible en: http://www.soros.org/initiatives/drugpolicy/articles_publications/publications/time-to-act-20100907/time-to-act-Spanish-20110413.pdf
- Bravo M.J., Mejía I.E, Barrio G. Encuestas de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo (CODAR). Herramientas básicas. Cuaderno 1 Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores. Cuaderno 2 Manual de entrevista y aplicación del Cuestionario C-CODAR (VI-8) y Cuaderno 3 Cuestionario C-CODAR. Agencia Española de Cooperación Internacional, Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington D.C., 2008, Accesible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/VIH_drogas.htm
- Brouwer K.C., Case P., Ramos R., Magis-Rodriguez C., Bucardo J., Patterson T.L., Strathdee S. Trends in production, trafficking, and consumption of methamphetamine and cocaine in Mexico. *Substance Use & Misuse*. 2006; 41(5):707-27.
- Bruce R.D., Kresina T.F., McCance-Katz E.F. Medication-assisted treatment and HIV/AIDS: aspects in treating HIV-infected drug users. *AIDS*, 2010, 24:331-340.

- Cabada M.M., Mozo K., Pantenburg B., Gotuzzo E. Excessive alcohol consumption increases risk taking behaviour in travellers to Cusco, Peru. *Travel Medicine Infect. Dis.* 2011; 9(2):75-81.
- Caiaffa W.T. & Bastos F.I. (coordinadores) Relatório Final. Políticas Públicas de Drogas Ilícitas na América Latina. Projeto PROSUL: Perfis e tendências de comportamentos de riscos para a infecção pelo HIV/AIDS e Hepatites B e C em Usuários de Drogas (UD) no contexto das políticas públicas vigentes: análise entre países da América Latina – Brasil Argentina e Uruguai, 2009.
- Caiaffa W.T., Bastos F.I., Freitas L.L. de, Mingoti S.A., Proietti F.A., Carneiro-Proietti A.B., Gandolfi D., Doneda D. The contribution of two Brazilian multi-center studies to the assessment of HIV and HCV infection and prevention strategies among injecting drug users: the AjUDE-Brasil I and II Projects. *Cadernos de Saúde Pública* 2006; 22(4):771-782.
- Caiaffa W. & Rossi D. Hepatites virais e vulnerabilidade em usuários de cocaína na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública*, Set. 2011a, Vol. 27(9):1664-1665.
- Caiaffa W, Zocratto KF, Osimani ML, Martínez Peralta L, Radulich G, Latorre L, Muzzio E, Segura, M, Chiparelli H, Russi J, Rey J, Vazquez E, Cuchi P, Sosa-Estani S, Rossi D, Weissenbacher M. Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge? *Addiction*, enero 2011b, 106 (1): 143–151.
- Castaño Pérez G.A., Calderón Vallejo, G.A. Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública. *Rev. cub. salud pública.* 2010, vol.36, n.4, pp. 311-322.
- Chequer, P. Los usuarios de drogas en la agenda del Programa Conjunto de la ONU para el VIH/SIDA, en Touzé, G. y Goltzman, P. (compiladoras) América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2011, pp. 301-308.
- CICAD. Estrategia Hemisférica sobre Drogas. Cuadragésimo séptimo período ordinario de sesiones, mayo de 2010. Accesible en:
http://www.cicad.oas.org/es/Basicdocuments/1798%20EstrategiaFinal_20100602_Esp.pdf
- CICAD. Informe del uso de drogas en la Américas, 2011. Accesible en:
http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf
- CIDDH. Comunicado del CIDDH frente a incendio que origino la muerte de internos, 2012, Perú. Accesible en:
http://www.ciddh.com/es/articulos.php?id_cat_articulo=cat_200911101213339718380036567&id_articulo=art_201201302202179470720036414
- Cohen, H. El alcoholismo en la región de las Américas. En Touzé, G. (compiladora) Visiones y Actores del Debate de la III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Ed. Universidad de Buenos Aires, Intercambios Asociación Civil. Buenos Aires, 2008, pp. 61-71.
- Colfax G., Santos G.M., Chu P., Vittinghoff E., Pluddemann A., Kumar S., Hart C. Amphetamine-group substances and HIV. En: HIV in people who use drugs. *The Lancet Series*, Julio 2010, pp.80-96.
- Cook, C. The Global State of Harm Reduction 2010. Key issues for broadening the response. International Harm Reduction Association, Londres, 2010. Accesible en: <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction-2010>
- COPOLAD, 2011. Accesible en: <http://www.copolad.eu/>
- Conda A. Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina. Ed. Intercambios Asociación Civil – Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2011.

- Cruz Juárez A., Coronel M.C.G., Pavón-León P., Gogeochea-Trejo M.C., de San Jorge Cárdenas X., Ma. Sobeida L. Blázquez-Morales P., Beverido Sustaeta P., Ramírez Cruz A. Consumo de drogas y VIH/SIDA en Centroamérica: una revisión de los modelos y teorías. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 2010, 10(2):25-31.
- Cymerman P., Goltzman P., Day M., Rangugni V. Traducción, ampliación y adaptación para Latinoamérica y el Caribe de WHO, UNODC, UNAIDS Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, Proyecto de VIH e ITS de la Organización Panamericana de la Salud, 2010.
- Day M. Access to HIV Health Services by Prison Populations and Drug Users in the Caribbean Region, Grant 251035/R7, diciembre 2009.
- Day M., Rangugni V., Cymerman P. A review of the state of harm reduction in Latin America and the Caribbean. Assessing the current situation and response. Informe preparado para Proyecto de VIH e ITS de la Organización Panamericana de la Salud, 2010.
- Declaración de Río de Janeiro. Encuentro Estratégico de Seguridad Pública y Políticas de Drogas, 2011. Accesible en: http://www.drogaseseguranca.org.br/?page_id=167
- Declaración de Roma. Documento de magistrados latinos sobre la política pública en materia de drogas y derechos humanos, 2011. Accesible en: <http://www.druglawreform.info/es/weblog/item/2562-la-declaracion-de-roma>
- Deiss R.G., Brouwer K.C., Loza O., Lozada R., Ramos R., Firestone Cruz M.A., Patterson T.L., Heckathorn D.D., Frost S. D. Strathdee S.A. High-risk sexual and drug using behaviors among male injection drug users who have sex with men in 2 Mexico-US border cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 2008, 35(3):243–249.
- Drumright L.N. & Colfax G.N. HIV risk and prevention for non-injection substance users. En: Mayer KH, Pizer HF, editores. *HIV prevention: a comprehensive approach*. London: Academic Press/Elsevier; 2009:340-375.
- Fassano, A.; Pinto, P.; Petracca, C.; Vila, M.; Ralón, G. Consejería y testeo ambulatorio de VIH a usuarios de drogas (UD) en su entorno. *Actualizaciones en SIDA*, agosto 2009. Vol. 17, número 1, p. 32.
- Fortin I. & Bertrand J.T. Drug use and HIV risk among middle class young people in Guatemala City: An exploratory study. USAID, Project SEARCH, 2008.
- Fresco, M. La atención integral...integrar la atención, en Touzé, G. y Goltzman, P. (compiladoras) *América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas*. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2011, p. 143-147.
- Friedman S, Kippax S, Phaswana-Mafuya N, Rossi D, Newman C. Emerging future issues in HIV/AIDS Social Research. *AIDS*. Volume 20, Issue 7, 2006, pp. 959–965.
- Friedman, S.R. & Rossi, D. “Dialectical theory and the study of HIV/AIDS and other epidemics” *Dialectical Anthropology*, Online Marzo 2011, DOI: 10.1007/s10624-011-9222-1.
- Friedman S.R., Rossi D., Braine, N. Theorizing “Big Events” as a potential risk environment for drug use, drug-related harm and HIV epidemic outbreaks. *The International Journal of Drug Policy*, Mayo 2009, Vol. 20, Issue 3:283-291.
- Fundación Schorer y Corporación Kimirina. Proyecto Aya Huma. Diagnóstico de necesidades en poblaciones transgénero, Ecuador, 2008. Accesible en: http://www.portalsida.org/repos/SCHORER_final%5B1%5D.pdf

- Gálvez-Buccollini J.A., DeLea S., Herrera P.M., Gilman R.H., Paz-Soldan V. Sexual behavior and drug consumption among young adults in a shantytown in Lima, Peru. *BMC Public Health*. 2009, 9:23.
- Godinho Delgado, P.G. Desafíos y obstáculos en la construcción de la respuesta del Brasil, en Touzé, G. y Goltzman, P. (compiladoras) América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2011, p. 107-111.
- González M. & Montesdeoca Y.R. Situação da epidemia de HIV/Aids na América Latina após 30 anos do seu início. *Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva* Vol. 4, No 2, 2010, pp. 131-144.
- Graham K., Bernards S., Munne M., Wilsnack S. (editoras) El brindis infeliz: el consumo de alcohol y la agresión entre parejas en las Américas. Ed. OPS. Publicación científica No. 631. Washington, D.C., 2010 Accesible en:
http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=7621&Itemid=99999999
- Grunbaum, S. Atención de usuarios de drogas. La experiencia del Portal Amarillo, en Touzé, G. y Goltzman, P. (compiladoras) América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2011, p. 153-157.
- Hacker M.A., Leite I., Friedman S.R., Carrijo R.G., Bastos F.I. Poverty, bridging between injecting drug users and the general population, and "interiorization" may explain the spread of HIV in southern Brazil. *Health Place*. 2009, 15:514-519.
- IDPC Guía sobre políticas de Drogas, 2010. Accesible en:
<http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC-Guide-Spanish-web.pdf>
- Leukefeld CG, Pechansky F, Martin SS, Surratt HL, Inciardi JA, Kessler FH, et al. Tailoring an HIV-prevention intervention for cocaine injectors and crack users in Porto Alegre, Brazil. *AIDS Care*. 2005,17 Suppl 1:S77-87.
- Ley Nacional de Salud Mental de Argentina, número 26.657 Accesible en:
http://www.ms.gba.gov.ar/direcciones/Salud_Mental/archivos/leynacionalSM_nov2010.pdf
- Macías J., Palacios R.B., Claro E., Vargas J., Vergara S., Mira J.A., Merchante N., Corzo J.E., Pineda J.A. High prevalence of Hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack *Liver Int*. 2008 28 (6):781-6.
- Magis Rodríguez C. Con el virus en las venas. Sida y drogas inyectables. En Touzé G. (compiladora) Visiones y Actores del Debate de la III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Intercambios Asociación Civil, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2008:233-244.
- Malta, M. Usuarios de drogas y VIH/SIDA: Análisis de redes sociales y de sobrevida, en Touzé, G. y Goltzman, P. (compiladoras) América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2011, p. 163-168.
- Malta M, Bastos FI, da Silva CM, Pereira GF, Lucena FF, Fonseca MG, Strathdee SA. Differential survival benefit of universal HAART access in Brazil: a nation-wide comparison of injecting drug users versus men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009, 52(5):629-35.
- Malta M, Magnanini MM, Mello MB, Pascom AR, Linhares Y, Bastos FI. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: A Systematic Review and Meta-analysis *BMC Public Health* 2010; 10(1):317 doi:10.1186/1471-2458-10-317.

- Mejía Motta, I.E. La atención integral de los usuarios de drogas. Avances en Colombia. En Touzé, G. y Goltzman, P. (compiladoras) América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2011, p. 137-142.
- Metaal, P. & Youngers, C. (Editoras) Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina. Transnational Institute y Washington Office on Latin America, Amsterdam/Washington, 2010. Accesible en: <http://www.druglawreform.info/es/publicaciones/sistemas-sobrecargados>
- Metzger D.S., Woody G.E., O'Brien C.P. Drug treatment as HIV prevention: a research update. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*. 2010, 55 Suppl 1:S32-6.
- Milanese E. Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave. Manual de Trabajo para el operador. Deutscher Caritasverband, Plaza y Valdes Editores. México, 2009.
- Monsalve-Castillo F., Gómez-Gamboa L., Albillas A., Alvarez-Mon M., Costa-León L., Araujo-Soto M., Porto-Espinoza L., García-Pavón M. Virus de Hepatitis C en poblaciones de riesgo a adquirir la infección. Venezuela. *Rev. Esp. Enferm. Dig.* 2007, Vol. 99(6) pp.315-319.
- Morrison K. Romper el ciclo: Estigma, discriminación, estigma interno y VIH. USAID. Policy Project, Washington D.C., 2006. Accesible en: http://paideia.synaptium.net/pub/pesegpatt2/educ_sexual/vih/Romperelciclo-espfinal.pdf
- Muzzio, E.; Rajput, S.; Naveira, J.; Segura, M.; Vila, M.; Ralón, G.; Galante, A.; Drago, S.M.; Bouzas, M.B.; Zapiola, I.; Griemberg, G.; Deluchi, G.; Menga, G.; Cuchi, P.; Tang, A.; Weissenbacher, M.; Rossi, D. Infecciones y otros problemas de salud en usuarios de pasta base de cocaína en un centro asistencial de Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, Septiembre 2010. Vol. 1 N° 4, p. 14-19.
- Neuman M., Monteiro M., Rehm J. Drug interactions between psychoactive substances and antiretroviral therapy in individuals infected with human immunodeficiency and hepatitis viruses. *Substance Use & Misuse*. 2006 41:1395–1463.
- Observatorio Centroamericano VIH. Accesible en: http://observatoriocentroamericanovih.org/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=486
- OEA, CICAD, AECID, PNSD. Apoyo al desarrollo de acciones locales de reducción del consumo de drogas en América Latina, 2011. Accesible en: http://www.cicad.oas.org/Main/Template.asp?File=/fortalecimiento_institucional/savia/objetivos_spa.asp
- ONUDD Segundo Taller de la Red Centroamérica de Investigación en Adicciones (RECIA) Accesible en: <http://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2011/SegundoTallerH90.html>
- ONUDD y OMS TREATNET, 2011. Accesible en: <http://www.unodc.org/peruandecuador/es/areas/reduccion-de-demanda/tratamiento.html>
- OPS. La política de drogas y el bien público, Washington D.C., 2010. Accesible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5274&Itemid=1926
- OPS. Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública [Internet]. 51° Consejo Directivo de la OPS, 63.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre 2011; Washington D.C. Accesible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=8142&Itemid=

- OPS, UNICEF, ONUSIDA Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009. Lima, 2009, pp. 31-42. Accesible en: <http://www.paho.org/vih/retos>
- Osimani M.L., Latorre L. Prácticas de riesgo y prevalencia de infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Hepatitis B (VHB), Hepatitis C (VHC) y T. pallidum (sífilis) en usuarios de cocaína no inyectable. IDES, Montevideo, 2003.
- Pando, M.A.; Gómez-Carrillo, M.; Vignoles, M.; Rubio, A.E.; dos Ramos Farias, M.S.; Vila, M.; Rossi, D.; Ralón, G.; Marone, R.; Reynaga, E.; Sosa, J.; Torres, O.; Maestri, M.; Ávila, M.M.; Salomón, H. "Incidence of HIV-1 infection, antiretroviral drug resistance and molecular characterization in newly diagnosed individuals in Argentina. A Global Fund Project" *Aids Research And Human Retroviruses*. 2011, Vol. 27:1, p. 17-23.
- Patterson T.L., Semple S.J., Fraga M., Bucardo J., De La Torre A., Salazar J., Orozovich P., Staines H., Amaro H., Magis-Rodríguez C., Strathdee S.A. Comparison of sexual and drug use behaviors between female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*. 2006, 41:1535–1549.
- PEPFAR: The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief. "Comprehensive HIV Prevention for People Who Inject Drugs, Revised Guidance", julio 2010. Accesible en: <http://www.pepfar.gov/guidance/idu/>
- Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social –RAISSS-. Accesible en: <http://www.raiss.cl/quienes.html>
- Rhodes T. Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy*. 2009, 20:193-201.
- Rossi, D. Harm Reduction in Latin American and the Caribbean, en Pates, R. y Riley, D. (editores) *International Policy and Practice in Harm Reduction*, Wiley-Blackwell, Oxford, en prensa.
- Rossi, D. VIH en Personas que Usan Drogas en América Latina y el Caribe en: OPS, UNICEF, ONUSIDA Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009. Lima, 2009a, pp. 31-42. Accesible en: <http://www.paho.org/vih/retos>
- Rossi, D. & Goltzman, P. Uso de drogas y VIH. Documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación, Dirección de sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación – Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires, en prensa.
- Rossi, D.; Harris, S.; Vitarelli-Batista, M. The impacts of the Drug War in Latin America and the Caribbean. In: Open Society Institute – International Harm Reduction Development Program. At what cost? HIV and human rights consequences of the global "war on drugs". New York, 2009b, pp. 111-138. Disponible en: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/atwhatcost_2009_0302
- Rossi, D., Pawlowicz MP, Zunino Singh D. "Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud". Serie Documentos de Trabajo. Ed. Intercambios Asociación Civil y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Buenos Aires, 2007.
- Rossi D, Radulich G, Muzzio E, Naveira J, Sosa-Estani S, Rey J, Griemberg G, Friedman S, Martínez Peralta L, Weissenbacher M Multiple infections and associated risk factors among non-injecting cocaine users in Argentina *Cadernos de Saúde Pública*, Mayo 2008, Vol.24, No.5, p. 965-974.

- Rossi, D.; Ralón, G.; Caiaffa, W.T.; Bastos, F.I.; Latorre, L.; Vila, M.; Friedman, S.R. HIV prevalence and risk among women drug users Argentina, Brazil, and Uruguay (1998-2004). National Institute on Drug Abuse International Forum. Hollywood, Florida, EE.UU., 17-20 de junio de 2011.
- Scholl E. & Nicholson J. HIV prevention on the U.S.-Mexico border. Addressing the needs of most-at-risk populations. AIDSTAR-One, USAID, 2008. Accesible en: http://www.aidstarone.com/focus_areas/prevention/resources/case_study_series/hiv_prevention_on_the_U.S.-mexico_border
- Shoptaw S., Weiss R.E., Munjas B., Hucks-Ortiz C., Young S.D., Larkins S., Victorienne G.D., Gorbach P.M. Homonegativity, substance use, sexual risk behaviors, and HIV status in poor and ethnic men who have sex with men in Los Angeles. *J Urban Health*, 2009, 86 Suppl 1:77-92.
- Shuper P.A., Kanteres F., Baliunas D. Neuman M., Joharchi N., Rehm J. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS. A Systematic Review. *Alcohol & Alcoholis*. 2010, 45(2): 159-166.
- Story A., Bothamley G., Hayward A. Crack cocaine and infectious tuberculosis. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 2008, Vol. 14(9). Accesible en: <http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/14/9/07-0654.htm>
- Tempalski B. & McQuie H. Drugscapes and the role of place and space in injection drug use-related HIV risk environments. *Int J Drug Policy*. 2009, 20:4-13.
- TNI & WOLA. Diálogo informal sobre políticas de drogas, Montevideo, Febrero de 2011 Accesible en: <http://www.druglawreform.info/es/eventos/dialogos-informales-sobre-drogas>
- Touzé, G. Argentina: ¿La reforma que viene? en: Serie reforma legislativa en materia de drogas No. 6 Transnational Institute (TNI) y Washington Office on Latin America (WOLA), 2010. Accesible en: <http://www.tni.org/sites/www.tni.org/files/download/dlr6s.pdf>
- Vignoles M, Ávila MM, Osimani ML, de Los Angeles Pando M, Rossi D, Sheppard H, et al. HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006, 42:494-500.
- Vila, M; Galante, A.; Bouzas, M.B.; Zapiola, I; Gómez, N.; Ralón, G.; Naveira, J.; Drago, S.M.; Recchi, J.; Cuchi, P.; Bravo Portela, M.J.; Weissenbacher, M.; Rossi, D. HIV seroprevalence and other blood borne and sexually transmitted infections among coca paste users from Buenos Aires, Argentina. XVII International AIDS Conference, México, 2008.
- Volkow N.D. & Montaner J. Enhanced HIV testing, treatment, and support for HIV-infected substance users. *JAMA*. 2010 14; 303(14):1423-4.
- WHO, UNODC, UNAIDS. Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, 2009, Ginebra, Suiza. Accesible en: <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/>
- Wolfe D., Carrieri P., Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. En: HIV in people who use drugs. *The Lancet Series*, Julio 2010, pp. 47-58.
- Wood E., Werb D., Kazatchkine M., Kerr T., Hankins C., Gorna R., Nutt D., Des Jarlais D., Barré-Sinoussi F., Montaner J. Vienna Declaration: a call for evidence based policies. En: HIV in people who use drugs. *The Lancet Comment*, Julio 2010, pp. 5-7.
- Zala C., Rustad C.A., Chan K., Khan N.I., Beltran M., Warley E., Ceriotto M., Druyts E.F., Hogg R.S., Montaner J., Cahn P.; PUMA Study Group. Determinants of treatment access in a population-based cohort of HIV-positive men and women living in Argentina. *Medscape J Med* 2008, 10(4):78.

Zocratto KF, Osimani ML, Martínez Peralta L, Latorre L, Muzzio E, Segura, M, Chiparelli H, Proietti A, Rey J, Vazquez E, Cuchi P, Sosa-Estani S, Rossi D, Weissenbacher M, Caiaffa W. Sexual behavior and HBV infection among non injecting cocaine users (NICUs). *Substance Use and Misuse*. Octubre 2010, Vol. 45, No. 12:2026-2044.

CUADRO I. REDES Y ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE POLÍTICAS Y PERSONAS QUE USAN DROGAS

- El Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC) es una red mundial de ONG y redes profesionales, especializada en cuestiones de drogas fiscalizadas. Fomenta debates sobre las políticas de drogas en el ámbito nacional e internacional y apoya políticas eficaces fundamentadas en evidencias científicas para reducir el daño relacionado con las drogas. <http://www.idpc.net/>
- El Grupo de Referencia de las Naciones Unidas en VIH y Uso Inyectable de Drogas se estableció en 2002 y proporciona asesoramiento independiente al sistema de las Naciones Unidas acerca de cuestiones relacionadas con la epidemiología del VIH y su prevención entre las personas que consumen drogas inyectables. El Grupo está formado por expertos de todo el mundo. En 2010, produjo un documento de consenso. Accesible en http://www.who.int/hiv/topics/idu/reference_group_consensus_statement2010.pdf
- INPUD es una red internacional de personas que usan drogas y que creen que los ciudadanos no pierden su condición y sus derechos humanos simplemente porque decidan utilizar sustancias prohibidas por el sistema de fiscalización internacional de drogas. Por medio de la acción colectiva, INPUD lucha por cambiar las leyes de drogas a nivel local, nacional e internacional y para ayudar a formular una política de drogas basada en la evidencia que respete los derechos humanos y la dignidad de las personas. <http://www.druguserpeaceinitiative.org/>

CUADRO 2. EJEMPLOS DE PROGRAMAS ORIENTADOS A USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES Y NO INYECTABLES EN AMÉRICA LATINA

En el año 2010 el Programa Compañeros de Ciudad Juárez, México, superó la cifra de 25 mil equipos gratuitos entregados en el 2009 con jeringas, los condones, ligas, algodones, toallas con alcohol, instrucciones y material informativo para prevenir el VIH o Hepatitis C. Ello fue posible gracias a los apoyos económicos recibidos del Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH/SIDA (CENSIDA) y del Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL). (María Elena Ramos, Programa Compañeros. Ciudad Juárez, México, comunicación personal).

En Costa Rica el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social tienen garantizado por ley el servicio permanente de testeo y de tratamiento de VIH y Hepatitis, que no puede ser negado a ninguna persona, sea costarricense o no. En Panamá el seguro social también ofrece este servicio. (Giselle Amador, Coordinadora de la Maestría en Farmacodependencia de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, comunicación personal).

En Colombia se han desarrollado investigaciones de ámbito nacional en acuerdo con los departamentos para empezar a desarrollar trabajo en el territorio en el que las personas usan drogas así como también acciones educativas que incluyen la distribución de condones y jeringas de manera regulada y focalizada. Los proyectos piloto se han desarrollado en territorios como Cúcuta (Norte de Santander), Pereira (Risaralda), Santander de Quilichao (Cauca), Cali (Valle del Cauca), Armenia (Quindío) y Medellín (Antioquia). Algunas organizaciones han incursionado en trabajos territoriales dirigidos a usuarios de drogas no inyectables que incluyen centros de escucha y tratamiento comunitario. (Raúl Félix Tovar Beltrán, Corporación Viviendo, Colombia, comunicación personal).

En Argentina el programa municipal que ha logrado mayor sustentabilidad y continuidad en sus acciones de reducción de daños dirigidas a usuarios inyectables y no inyectables de drogas es el Programa de SIDA del Municipio de San Martín en la Provincia de Buenos Aires. En el año 2003 se desarrolló un programa de reducción de daños dirigido a usuarios de drogas. En marzo de 2007 el municipio incluyó en su presupuesto el material para promover inyecciones seguras, preservativos y financiamiento para 13 operadores comunitarios. Dicho programa ha mantenido contacto con 120 usuarios de drogas inyectables y con 774 usuarios de drogas no inyectables en el año 2010. La ventaja que encontraron en este modelo de trabajo es que no se lleva a cabo “en los establecimientos

de salud y que su personal no requiere ser profesional ni técnico, sino que pueden ser miembros de una comunidad o bien los propios usuarios de drogas con apropiado entrenamiento”. (Claudia Petracca, Jefa del Programa de VIH-SIDA e ITS, Secretaría de Salud, Municipalidad del General San Martín, Provincia de Buenos Aires, comunicación personal).

En Brasil el Centro de Investigación y Terapia del Abuso de Drogas (CETAD) fue creado en 1985 en la Universidad Federal de Bahía. Actualmente desarrolla la propuesta de “Atención integral a los usuarios de sustancias psicoactivas” en la ciudad de Salvador. Dicha propuesta tiene varios programas: 1- “Dialogando con las comunidades terapéuticas”: se ocupa de capacitar a los profesionales de comunidades terapéuticas en prevención y reducción de riesgos y daños y en tratamiento de la dependencia al alcohol y a otras drogas; 2- “Reflexión y acción”: capacitación de agentes comunitarios de salud; 3- “Con el alcohol y el tránsito no se juega”: se ocupa de sensibilizar a la población con intervenciones informativas en las estaciones de servicio; 4- “Salud en la calle”: realiza actividades educativas y de prevención relacionadas con el abuso de drogas junto a la población; 5- “Consultorio en la calle”: acciones de promoción, prevención y reducción de riesgos y daños a la salud dirigidas a niños, adolescentes y jóvenes en situación de riesgo y vulnerabilidad social; 6- “Conversando sobre alcohol y otras drogas”: programa informativo semanal en medio de comunicación radial; y 7- Ampliación de la red de asistencia. (Antonio Nery Filho, Coordinador General del Centro de Investigación y Terapia del Abuso de Drogas - CETAD-UFBA, comunicación personal).

Tabla I. Selección de estudios con población CODAR de Sudamérica (2002-2011)

País	Población	Período	Ciudades	Tamaño muestra	Tipo de muestreo	Seroprevalencia de VIH	Seroincidencia* (por 100 personas-año)	Hepatitis B	Hepatitis C	Sífilis	Financiador
Argentina	UD cocaína intranasal y fumada	2002-2003	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	504	Bola de nieve	6.3%	3.1	9%	7.5%	4.2%	OPS/Agencia Española de Cooperación Internacional
	CODAR: UD pasta base de cocaína	2006-2007	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	170	Bola de nieve	2.9%	-	3.5% ¹	2.4%	2.4%	OPS
	CODAR: UDI y UD cocaína, heroína, anfetaminas	2006-2008	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	583	Bola de nieve	5.3%	2.7	-	-	-	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
		2007-2008	Córdoba, La Plata, Rosario, San Miguel de Tucumán	160	Bola de nieve	0.0%	0.0	-	-	-	
Brasil	CODAR: UDI y UD cocaína, heroína, anfetaminas	2010	Manaos, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Río de Janeiro, Santos, Curitiba, Itajaí, Campo Grande y Brasilia	3423	MDE	5.9%	-	-	-	7.2% ²	Ministerio de Salud
Paraguay	CODAR: UDI y ex-UDI	2006	Asunción y ciudades suburbanas	164	Bola de nieve	3.7%	-	10.9%	9.8%	14.6%	OPS
Uruguay	UD cocaína intranasal y fumada	2002-2003	Montevideo	367	Bola de nieve	9.5%	4.4	11.7%	10.1%	4.1%	OPS / Agencia Española de Cooperación Internacional
	UDI y ex UDI	2003	Montevideo	200	Bola de nieve	18.5%	10.3	19.5%	21.5%	-	ONUSIDA y ONUDD

UDI: Usuario de Drogas Inyectables, UD: Usuario de Drogas, CODAR: Consumidores de Drogas con Alto Riesgo de adquirir o transmitir infecciones por vía sanguínea o sexual

*Para la estimación de incidencia anualizada los casos con serología de VIH positiva fueron analizados con el test de seroconversión reciente (STARHS).

¹ Anticuerpos del núcleo del VHB (Anticuerpos anti core del VHB).

² Porcentaje en base a un tamaño de muestra de 3.311 personas.

www.aidstar-one.com

AIDSTAR-One

John Snow, Inc.

1616 Fort Myer Drive, 16th Floor

Arlington, VA 22209 USA

Phone: 703-528-7474

Fax: 703-528-7480

Email: info@aidstar-one.com

Internet: aidstar-one.com