



Guía para la reducción de daños y la prevención del VIH y otras ITS asociadas a la inyección de drogas en Colombia

SSR2. Desarrollo de capacidades para la promoción de derechos y la prevención del VIH, TBC y Malaria, en concurrencia con las acciones del Fondo Mundial en el país en municipios que se caracterizan como expulsores y receptores de víctimas del conflicto armado interno.

Convenio 547 de 2015

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y
Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSORIO S.
Director de Promoción y Prevención



ALEJANDRO GUIDI
Jefe de Misión

KATHLEEN KEER
Jefe de Misión Adjunta



FERNANDO CALADO
Director de Programas

BEATRIZ ELENA GUTIERREZ RUEDA
Oficial de Salud y Migración



REFERENTES TÉCNICO ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

RICARDO LUQUE
Asesor de la Dirección de
Promoción y Prevención
MSPS

DIANA MARCELA PLAZAS
Seguimiento MSPS

JOSÉ F. VALDERRAMA
Supervisión MSPS

CATALINA ARBELÁEZ
Consultora Nacional OIM

MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento MSPS

CONSULTORÍA

INÉS ELVIRA MEJIA MOTTA
Psicóloga, MSc Política Social, DPG Políticas
e Intervenciones en Drogas y Alcohol

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 547 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

Contenido

1. Introducción.....	7
2. Contexto y antecedentes	10
3. Las PID como grupo clave en la respuesta al VIH/Sida.....	16
4. La reducción de daños	18
4.1 Origen y evolución de la reducción de daños.....	18
4.2 Alcance de la reducción de daños	21
4.3 El por qué de las controversias frente a la reducción de daños	24
4.3 Qué es entonces la reducción de daños	26
5. La reducción de daños: un enfoque costo-efectivo	28
5.1. Qué dice la evidencia	33
6. ¿Por qué necesita Colombia medidas de reducción de daños?	44



7. Marco programático y normativo que da soporte a la reducción de daños en Colombia y en el mundo.....	50
7.1 Marco Internacional.....	50
7.2 Marco Nacional	53
8. Los mínimos de la reducción de daños, un marco para Colombia	59
9. Buenas prácticas en la implementación de las acciones en reducción de daños	64
10. Preguntas frecuentes	104
11. Recursos	109
12. Referencias	110



"No es necesario saber cuál será el destino final, para poder emprender un viaje de curación, crecimiento y cambio positivo"
Andrew Tatarsky

1. Introducción

Colombia afronta desde hace algunos años un nuevo desafío en materia de uso de drogas. La historia reciente de cultivo, producción y tráfico de drogas ilícitas tuvo un hito con la introducción de la amapola y sus derivados, diversificando así la producción tradicional de marihuana y cocaína con la heroína y la consecuente incursión de esta última en la parrilla de drogas disponibles en nuestro contexto.

El uso de heroína en Colombia y en el resto del mundo es por definición marginal, sin embargo, esta característica no ha sido óbice para convertirse en una de las drogas de mayor impacto y letalidad en los lugares en los que se ha asentado su uso. Los riesgos del uso de heroína son diversos y superan los de la mayoría de drogas ilícitas que existen en el mercado, pero uno de los más prominentes es que es una sustancia típicamente inyectable. Se sabe que donde hay heroína tarde o temprano habrá inyección.

La inyección de drogas es una de las prácticas más riesgosas y su impacto en la salud pública está ampliamente documentado. Epidemias explosivas de VIH y de hepatitis virales, sumadas a otra diversidad de afecciones en la salud, se han presentado desde hace décadas en países con tradición de inyección. En nuestro país se trata de un fenómeno relativamente reciente y aún así ya se identifican epidemias asociadas y el potencial costo en la salud.

La evidencia muestra cómo países como el reino Unido, Suiza, Alemania y Australia que ha implementado de forma consistente estrategias de reducción de daños en las últimas décadas, han logrado mantener la prevalencia de VIH por debajo del 5% entre personas que se inyectan drogas (PID), mientras que países que la han implementado parcialmente como Estados Unidos, Portugal, Malasia y Francia han logrado mantenerla por debajo del 20%. En contraste, los países que no han llevado a cabo medidas de reducción de daños como Tailandia y Rusia, las prevalencias superan el 35% (Comisión Global de Políticas de Drogas, 2011).



De acuerdo con la OMS (2006), países como Vietnam y China han alcanzado prevalencias de VIH superiores al 80% en este grupo, mientras que Australia, uno de los primeros en implementar de forma sistemática la reducción de daños, la ha mantenido por debajo del 2%.

La asociación internacional de reducción de daños (IHR por sus siglas en inglés) muestra cómo un país como Ucrania logró bajar su prevalencia de 41,8% a 19,7% entre 2008 y 2014 al incrementar el acceso a servicios de reducción de daños. En contraste, en el mismo período, un país como Filipinas con acceso limitado a la reducción de daños, vio subir la prevalencia del 1% al 41.6% (2014).

Estas cifras hablan por sí mismas. Donde no hay reducción de daños la expansión del VIH entre personas que se inyectan drogas es exponencial, donde su aplicación es inconsistente, es alta y donde es consistente, está controlada.

En consecuencia, Colombia no ha tenido más alternativa que seguir los lineamientos que se vienen dando en la materia, pues el VIH y el resto de consecuencias adversas para la salud directamente asociadas a la inyección de drogas, no se “encapsulan” en los grupos de personas que se inyectan drogas sino que se expanden a otros grupos poblacionales con los que relacionan, llegando así tarde o temprano a la población general.

Esta realidad llevó a ONUSIDA a definir líneas claras para los países con “epidemias concentradas” de VIH. En estos casos, el VIH se concentra en algunos grupos clave de mayor vulnerabilidad, superando por lo regular el 5%, mientras que la población general presenta tasas de prevalencia bajas, por debajo del 1%. Para mantener esta situación así y evitar que la epidemia se generalice, es necesario focalizar las acciones y prestar servicios oportunos, de calidad y suficientes a estos grupos.

Dado que las personas que se inyectan drogas ya existen en Colombia y se han integrado a los grupos clave en la Respuesta Nacional a las ITS y al VIH/Sida, los actores del sistema de salud, las autoridades sanitarias de los territorios afectados, las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades mismas, deben empezar a impulsar acciones de comprobado éxito, para minimizar el impacto de esta práctica en la salud pública de las comunidades que tienen a cargo.



Es por esto que el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) vienen impulsando el mejoramiento de la capacidad territorial para la implementación de estrategias de reducción de daños en Colombia, con particular énfasis en los territorios en los que se presenta inyección de drogas.

Esta guía es un insumo fundamental para entender, explicar, justificar y promover la reducción de daños como medida de primera línea en materia de salud pública, dirigida a las personas que se inyectan drogas, sus redes y parejas, y así contribuir a minimizar el impacto de esta práctica en la salud pública.

Constituye un complemento a materiales que se vienen desarrollando para orientar las acciones en territorio con esta población y para orientar la respuesta desde el sector salud y ofrece un resumen de las principales conclusiones derivadas de algunas de las revisiones sistemáticas en costo-efectividad y a las revisiones de buenas y mejores prácticas que existen, en particular en la última década, estas últimas basadas en la mejor evidencia disponible.

Presenta la síntesis de algunas de las publicaciones seleccionadas, disponibles en el portal de mejores prácticas del Observatorio Europeo de Drogas (EMCDD por sus siglas en inglés); otra publicada en 2013 en British Columbia, Canadá por Strike y colaboradores, resultado del trabajo del *Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada*, y una última preparada por Kate Mason también en Canadá, que ofrece guías de buenas prácticas para la operación de programas de reducción de daños con participación de pares *Best practices in harm reduction peer projects*.

Así, esta guía se basa en la mejor evidencia disponible y describe los aspectos que se consideran críticos y genéricos a la hora de asegurar efectividad, impacto y una adecuada operación de los programas de reducción de daños.

Podrá encontrar en ella respuestas a preguntas frecuentes frente a la reducción de daños y herramientas para incidir desde el punto de vista político y técnico, en las agendas del sector salud, así como a nivel comunitario e institucional.



2. Contexto y antecedentes

Desde hace más de una década la heroína está presente en las calles de las principales ciudades de Colombia y en algunos municipios de menor tamaño.

La historia de la producción de este narcótico en nuestro país es relativamente reciente, las primeras plantaciones de amapola -planta de la que deriva la morfina y la heroína- fueron detectadas en los años ochenta y en la siguiente década la producción llevó a Colombia a competir por el mercado de este narcótico en Norteamérica.

Para el año 2007 la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito calculó en cerca de 4,000 el número de hectáreas cultivadas, suficiente materia prima para convertir al país en el primer proveedor de heroína en los Estados Unidos (UNODC, 2007, citado en ODC/Minjusticia, 2016).

En 2012 Colombia llegó a ser el cuarto productor mundial de heroína con una producción baja, comparada con países como Afganistán o Pakistán, pero importante para seguir compitiendo por este mercado. No obstante, la capacidad de producción de heroína en Colombia bajó desde 2009, según fuentes estadounidenses, y llegó a ser de menos de una tonelada métrica en 2012 (Insight Crime, 2013, citado por ODC/Minjusticia, 2016).

Así, entre el año 2000 y 2014 la producción se redujo en un 93% y pasó de 6,500 hectáreas a cerca de 400 con un potencial de producción de 12 toneladas de opio y de 1,5 de heroína (UNODC, 2014, citado por ODC/Minjusticia, 2016).

Diversos factores contribuyeron al cambio del perfil de producción del país, entre ellos, la entrada de México y Guatemala a la cadena de producción y tráfico de heroína a los Estados Unidos, las políticas de erradicación que implementó Colombia en las últimas décadas y las ventajas competitivas que tiene el cultivo de coca sobre el de amapola.

A lo largo de estos años, la presencia de heroína en los mercados locales empezó a hacerse evidente. Algunos analistas, entre ellos Santana (2004, citado por ODC/Minjusticia, 2016) explican que el uso de drogas en Latinoamérica se asocia con frecuencia a la producción y al tráfico de drogas destinadas a otros mercados, especialmente a los Estados Unidos. Se trata de excedentes de



producción que cuando no se absorben en el mercado de destino, quedan para incentivar y abastecer el mercado interno, generalmente a precios bajos.

Esto es justamente lo que ha pasado en Colombia. Las zonas en las que se presenta consumo de heroína, corresponden a las zonas en las que esta droga se ha producido o que han sido vía de tránsito a puertos de salida. Se trata también de territorios en los que históricamente se han concentrado las mayores incautaciones y destrucción de laboratorios por parte de las autoridades.

Así, la presencia de una droga en el mercado local, incrementa las oportunidades para probarla y experimentar con ella. Pero el caso de la heroína es aún más evidente y en diversos contextos se ha identificado en ella lo que Calafat y Becoña (2005, citado por ODC/Minjusticia, 2016) han llamado una suerte de “capacidad epidémica”. El uso de esta droga y prácticas como la inyección, han mostrado tener un alto potencial expansivo.

La heroína es un potente narcótico y analgésico que ha sido usado por siglos en diversas civilizaciones por sus propiedades medicinales, y es la segunda sustancia de mayor potencial adictivo después de la nicotina. De hecho, para el año 2009 la UNODC (citada por OMS, 2009) calculaba en 25 millones el número de personas con consumo problemático de drogas, de ellas 15,6 millones eran dependientes de opiáceos y 11,1 eran dependientes de la heroína, lo que corresponde al 44% del total.

Aun cuando la heroína se puede usar por distintas vías que van desde la intranasal y pulmonar hasta la muscular e intravenosa, esta última ofrece los efectos más potentes con menores dosis, convirtiéndola en la más costo-efectiva (ODC/Minjusticia, 2016).

A ello contribuye también la calidad y la pureza de la heroína disponible en el mercado: a mayor pureza y concentración, mayor potencial adictivo. Un estudio reciente del Ministerio de Justicia, el Observatorio de Drogas de Colombia y la Policía Antinarcóticos (2015, citado por ODC/Minjusticia, 2016) encontró que en Colombia circulan diversos tipos de heroína por textura, color y pureza. Esta última puede oscilar entre 31% y 90%, siendo en promedio de 63%, por tanto, se trata de una heroína de alta calidad y potencia si se compara con la pureza media de la heroína que circula por ejemplo en las calles de España, que en cantidades pequeñas llega al 22% (ODC/Minjusticia, 2016).



En Colombia se ha visto variación en las vías de uso de la heroína en los últimos años. La inyección era poco común en los años 90 y principios de la década del 2000 y si bien la calidad de la droga disponible es aún apta para la inhalación intranasal y la vía fumada, los usuarios parecen preferir cada vez más la vía intravenosa.

En ciudades como Pereira, Armenia, Cúcuta y Bogotá, la inyección es más común que en el resto de las ciudades en las que se ha detectado el fenómeno (Cali, Medellín y Santander de Quilichao) y ello puede estar respondiendo a la calidad de la heroína disponible en calle que es variable en las diferentes ciudades.

Entre el año 2011 y 2014 la Universidad CES realizó una serie de estudios financiados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y del Derecho. Dichos estudios buscaban explorar las características de los usuarios de drogas por vía intravenosa en distintas ciudades, identificar las prácticas de riesgo asociadas a la inyección y establecer la prevalencia de VIH y de hepatitis virales en redes de personas que se inyectan drogas (PID).

Como resultado de esta exploración sistemática, el país hoy cuenta con un perfil epidemiológico y una proyección de tamaño de redes de PID bastante claro. En el estudio de Observatorio de Drogas de Colombia y del Ministerio de Justicia que se ha estado citando, y que fue publicado recientemente, se consolida la evidencia de estos y otros estudios en la materia, y en él se concluye que en Colombia existe inyección de heroína y de otras drogas desde hace al menos 15 años y que las condiciones en las que se lleva a cabo esta práctica han empezado a alterar el perfil epidemiológico del VIH y de la hepatitis C en varias ciudades de Colombia.

Las prácticas de riesgo y los daños asociados se evidencian ya en la presencia y progresión del VIH en redes de personas que se inyectan drogas en las ciudades de Pereira y Medellín, mostrando incrementos de 6 y 2 puntos porcentuales respectivamente, en un período de apenas tres años.

Las ciudades de Cúcuta, Pereira y Medellín superaron ya la barrera del 5% de prevalencia en este grupo, y las ciudades de Armenia y Bogotá aunque permanecen por debajo de esta cifra, muestran prevalencias mayores a las de grupos de alta vulnerabilidad al VIH, como las trabajadoras sexuales, y en todo caso muy superiores a las



de la población general. En Cali en 2012 la prevalencia era de 3,5%, se desconoce la situación actual.

El caso de la hepatitis C, medida en 2014, indica que en cuatro de las cinco ciudades exploradas, la prevalencia oscila entre el 33% y el 49%. Lo que sugiere que entre una de cada tres PID y una de cada dos, ha estado expuesta a este virus.

Esta realidad epidemiológica es y debe seguir siendo motivo de alarma. La caracterización de las prácticas de riesgo por parte del estudio antes citado, indican que las personas que se inyectan drogas en Colombia comparten con frecuencia jeringas y el resto de elementos necesarios para inyectarse tales como cucharas, agua, filtros (cuando se usan) y la mezcla de droga, tienen actividad sexual con parejas ocasionales, intercambian sexo por dinero o drogas y hacen uso infrecuente del condón.

Además, muchas de las personas que se inyectan drogas desconocen los riesgos que corren cuando intercambian elementos de la parafernalia, tienen conocimientos limitados de los virus con los que pueden entrar en contacto, consumen distintos tipos de drogas además de las que se inyectan, desconocen las drogas que se inyectan, y las precauciones que podrían tomar para no sufrir por ejemplo, sobredosis.

A ello hay que agregar que aunque el uso de heroína y la práctica de la inyección se presenta en todos los estratos socio-económicos, las carreras de consumo empobrecen con frecuencia a las personas y muchas de ellas terminan habitando las calles. Por tanto, las condiciones de vida de muchas de las personas que se inyectan drogas en Colombia son precarias, lo que incrementa su vulnerabilidad en varios niveles.

El estigma y la exclusión social, así como el trato indigno en ámbitos comunitarios, institucionales y por parte de las autoridades, se identifican también en los estudios llevados a cabo en nuestro contexto, con lo cual se incrementan las barreras de acceso a los servicios y se limita el goce efectivo de los derechos fundamentales, especialmente el derecho a la salud.

Aunque aún en Colombia no se considere así, la expansión del VIH entre PID es uno de los mayores desafíos que enfrentan los países en materia de salud pública. En el año 2000 en Estados Unidos, uno de cada cuatro casos de SIDA y una de cada dos nuevas infecciones



por VIH se asociaban directamente al uso compartido de equipos de inyección (Reid, 2000).

Actualmente la Organización Mundial de la Salud calcula en 13 millones el número de personas que se inyectan drogas, en el mundo, grupo que aporta el 30% de infecciones sin contar el África y al 10% del total. En todas las regiones del mundo en las que se ha detectado este patrón de consumo, las cifras de VIH entre PID son mayores a las de la población general, e incluso a la de otros grupos poblacionales de alta vulnerabilidad al VIH, por lo que está ampliamente documentado que se trata de uno de los grupos de mayor riesgo y vulnerabilidad. De hecho ONUSIDA (2014) indica que **las personas que se inyectan drogas presentan 28 veces más riesgo de exponerse al VIH que la población general** y se calcula en tres millones el número de PID que viven con VIH.

La Declaración Política sobre el VIH/Sida recientemente acordada en Junio de 2016 por la Asamblea General de las Naciones Unidas señala de manera explícita que las personas que se inyectan drogas tienen el mismo riesgo de infectarse con VIH que los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, siendo en ambos casos 24 veces mayor que los adultos de la población general, riesgo solo superado por el que corren las personas transgénero que es 49 veces más alto que el de la población general.

Las hepatitis virales y en particular la hepatitis C, también afectan de manera desproporcionada a este grupo poblacional, la OMS estima que la prevalencia global entre PID es de 67%. Dos millones doscientas mil personas están coinfectadas con VIH y Hepatitis C y cerca de la mitad de ellas son PID.

Por todas estas razones, Kimber y colaboradores (2010) recuerdan que las personas que se inyectan drogas, y en particular las que usan opiáceos, experimentan una excesiva morbi-mortalidad y tienen hasta 10 veces más riesgo de morir que sus pares usuarios de drogas no inyectables, por eventos asociados a infecciones de transmisión sanguínea y a sobredosis (Degenhardt et al., 2006; citado por Kimber et al., 2010).

Al tiempo, entidades como ONUSIDA y la Asociación Internacional de Reducción de Daños (HRI por sus siglas en inglés) han mostrado que a pesar de la evidente contribución a la carga de enfermedad y mortalidad a nivel mundial, este grupo ha sido sistemáticamente desatendido. Tanto ONUSIDA en su informe sobre las brechas en la



respuesta al VIH (The Gap Report 2014) como la HRI, IDCP y Alliance en su informe *The funding crisis for harm reduction* (2014) coinciden en afirmar que **se trata de uno de los grupos más marginados y excluidos de las respuestas nacionales frente al VIH/Sida.**

De hecho ONUSIDA (2016) indica que a nivel global no se registra reducción de las nuevas infecciones por VIH entre las personas que se inyectan drogas entre los años 2010 y 2014, lo que es contrario a la tendencia mundial.

En Colombia, la respuesta a este fenómeno emergente se ha venido consolidando lentamente. Actualmente el país cuenta con una plataforma programática clara en la que las personas que se inyectan drogas son visibles y han sido definidas dentro de los grupos prioritarios y de alta vulnerabilidad, tanto en la respuesta nacional frente al VIH y otras ITS, como en la respuesta nacional frente al control de hepatitis virales.

De igual modo, se cuenta con un Plan Nacional de Respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada desde el año 2013, el Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención al consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021 y la Política Nacional para la Reducción del Consumo de sustancias psicoactivas que, desde el año 2007, integra un eje de acción que busca mitigar y reducir los daños asociados al uso de drogas.

Es así como la reducción de daños se concibe en Colombia como parte de una política integral para la atención del uso problemático de drogas, del VIH/Sida y de las hepatitis virales. Estos desarrollos muestran que en el país existe conciencia del potencial impacto de la inyección de drogas y del uso de heroína en la salud pública y se han llevado a cabo acciones para mitigar su impacto.

La respuesta aunque limitada en alcance, ha permitido ampliar el conocimiento del fenómeno y de sus consecuencias en la salud de las personas que se inyectan drogas, desarrollar tratamientos con sustitutos opiáceos como la metadona, abrir el camino para viabilizar el desarrollo de estrategias de reducción de daños tales como la distribución de material higiénico de inyección para PID, la detección y atención a las sobredosis, la atención integral y definir rutas de cooperación con organismos y ONG internacionales para el tema.



3. Las PID como grupo clave en la respuesta al VIH/Sida

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2014) las poblaciones clave y los grupos vulnerables se determinan de acuerdo con las prácticas de riesgo y las condiciones de vulnerabilidad específicas que caracterizan determinados grupos de población y sus redes. Estas prácticas de riesgo y condiciones de vulnerabilidad hacen que determinados grupos se vean desproporcionadamente afectados por el VIH.

Los grupos que se han definido como clave y vulnerables al VIH son: los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, las personas privadas de la libertad, las personas que se inyectan drogas, las personas trabajadoras sexuales y las personas transgénero. El papel de las personas que viven con VIH en la respuesta ante el VIH es fundamental y por ello se consideran también un grupo clave.

A las prácticas de riesgo se adicionan las barreras legales y sociales que contribuyen a incrementar su vulnerabilidad. Así, las poblaciones clave determinan las dinámicas de la epidemia de VIH y al tiempo juegan un papel fundamental a la hora de definir la manera más adecuada de responder ante el VIH y así asegurar su efectividad.

Es muy común que algunos de estos grupos presenten condiciones de vulnerabilidad que se superponen y potencian. Por ejemplo, muchas personas que usan drogas y se inyectan, son a su vez trabajadoras/es del sexo, mientras que personas que ejercen el trabajo sexual, mujeres trans y hombres que tienen sexo con otros hombres usan y se inyectan drogas, casos en los que la exposición a este y otros virus son mayores y los índices de prevalencia más altos.

Aún más alta es la vulnerabilidad de los menores de edad que pertenecen a los grupos clave, ya que con frecuencia enfrentan barreras legales y de consentimiento que impiden su acceso libre a servicios de salud sexual y reproductiva, pruebas de detección de virus y servicios de reducción de daños. Lo cual, según la OMS, limita la posibilidad de tomar decisiones autónomas e informadas y de gozar del derecho a la salud.



La cobertura insuficiente de servicios y la pobre calidad de la atención a los grupos clave es común en muchos países y esto afecta los resultados de la respuesta al VIH, por esto, la OMS señala que todos los países deben comprender la importancia de acceder e intervenir con estas poblaciones, comprender sus necesidades y proveer servicios que sean asequibles, aceptables y en iguales condiciones que el resto de la población.

Para ello es esencial trabajar con las poblaciones clave de manera colaborativa y reforzar su participación significativa en la respuesta al VIH.

Los países deben focalizar y priorizar la respuesta al VIH en las poblaciones clave y en otros grupos que, de acuerdo con la realidad territorial, se consideren vulnerables al VIH (por ejemplo, la población víctima de la violencia en Colombia).

La no respuesta a las necesidades de las poblaciones clave como las personas que se inyectan drogas, pone en riesgo la respuesta sostenible ante el VIH. Incluso en países con epidemia concentradas como lo es Colombia, se encuentran resistencias para poner en marcha estrategias adecuadas que lleguen a quienes más lo necesitan.

Dadas las condiciones de vulnerabilidad de muchas de estos grupos, las necesidades son múltiples y por tanto exigen estrategias que no se limiten a programas o estrategias focalizadas sino que busquen abordar aspectos del contexto y el entorno que contribuyen a incrementar la susceptibilidad al VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea y sexual (ITSS) y que afectan la calidad de vida y el bienestar de estas personas. Muchas de las condiciones de vida y del entorno sean estas sociales, legales, económicas, estructurales, contextuales no están bajo el control de las personas de los grupos clave y limitan el acceso efectivo a los servicios, a los medios que faciliten el autocuidado y por tanto al goce efectivo del derecho a la salud.

La criminalización de las prácticas, el estigma, la pobreza, la violencia y la habitabilidad de calle, son algunos de los factores que inciden en la vulnerabilidad al VIH de las personas que usan drogas y se inyectan, pues afectan la manera como pueden protegerse a sí mismas y proteger a otros de la exposición al VIH y a otras ITSS. Para el caso de las PID uno de los factores que contribuyen en



mayor medida a afectar su salud y bienestar es la escasez o ausencia de servicios de reducción de daños.

Dado el papel que vienen jugando las organizaciones de base comunitaria en la atención a estos grupos, según este organismo es fundamental mejorar la cooperación y el trabajo conjunto entre estas organizaciones y las instituciones del sistema, así como mejorar el financiamiento y sostenibilidad de las iniciativas.

La costo-efectividad de la respuesta al VIH depende directamente de la inversión y la focalización de acciones dirigidas a las poblaciones clave. De acuerdo con la OMS, entre el 40% y el 50% de todas las nuevas infecciones en el mundo se concentran en personas de los grupos clave - sin olvidar que son también por definición grupos minoritarios o pequeños en tamaño - . Y como ya se ha explicado, las personas de los grupos clave se relacionan sexualmente con personas de otros grupos de población y con la población general, con lo cual afectan de manera directa el curso de las epidemias pues con ello, se presenta un efecto que multiplica los riesgos y la exposición al VIH y a otras ITSS en la población general.

4. La reducción de daños

4.1 Origen y evolución de la reducción de daños

La reducción de daños como hoy la conocemos, nace desde hace cerca de tres décadas en Liverpool, Reino Unido con lo que se llamó *The Mersey Harm Reduction Model*. Desde entonces, se ha consolidado como el enfoque de salud pública por excelencia para abordar las consecuencias y los daños asociados al uso de drogas.

Sin embargo, se encuentran referencias a acciones de reducción de daños desde la década de 1920 cuando se prescribía heroína y morfina para aliviar el síndrome de abstinencia de la dependencia a opiáceos en el Reino Unido, o desde los años 60 cuando se desarrollaron los programas de mantenimiento con metadona en los Estados Unidos. Temprano también en la década de los 70 se desarrollaron programas de distribución de jeringas para reducir el riesgo de transmisión de hepatitis B (UNAIDS, 2016).

También desde los años 70 se encuentran registros de acciones para reducir los daños asociados al uso de alcohol, pero fue a mediados



de los años 80 y en respuesta a la alta mortalidad y morbilidad derivadas del uso de heroína por vía inyectada, y especialmente el VIH, que surgieron los primeros programas de distribución de equipos de inyección en ciudades como Edimburgo (1982) y Amsterdam (1985). Posteriormente, países como Reino Unido, Australia, Suiza y Canadá integraron la reducción de daños a sus políticas de atención al consumo de drogas (Van Den Hoek et al, 1989 cit por Jones et al. 2008; WHO, 2004).

El origen de la reducción de daños como hoy se conoce, se atribuye directamente al VIH y aunque los riesgos asociados a las drogas van más allá del VIH y dependen de diversos factores, contener las epidemias de VIH asociadas a ciertas prácticas, será siempre su propósito primario.

Al parecer, y tal como lo señalan Ritter y Cameron (2005) la morbi-mortalidad derivadas de las prácticas de consumo y el VIH constituían una mayor amenaza para estos países que el uso de drogas y por ello decidieron enfocarse en los riesgos y los daños asociados (ver también: Jones et al, 2008).

Luego de casi tres décadas de evolución y dada la dinámica cambiante de usos y drogas disponibles, así como de riesgos asociados, la reducción de daños ha trascendido su alcance inicial y hoy en día cubre acciones de reducción de riesgos para sustancias como el alcohol, el tabaco, los estimulantes tipo anfetamínicos usados en ambientes recreativos y de fiesta, la cocaína en sus diversas formas, e incluso la marihuana.

Así mismo, se ha explorado la integración de este enfoque en los tratamientos tradicionales, e incluso en modelos de comunidad terapéutica basados en la abstinencia, con lo cual ha sido posible establecer en la práctica que se trata de un modelo necesario, compatible y complementario a los enfoques tradicionales (ver recuadro).

La reducción de daños se ha integrado también a modelos de trabajo comunitario en lo que se conoce como reducción del sufrimiento social y ha llegado incluso a ser contemplada como parte de las políticas de reducción de oferta y control, como reducción de daños y efectos no deseados de las políticas represivas.



Un caso de integración exitosa

Los resultados de la integración de la reducción de daños con un modelo tradicionalmente basado en la abstinencia se analizaron en un estudio de caso en Australia.

La organización WeHelpOurselves (WHOS) llevó a cabo una importante transformación de su modelo de tratamiento de comunidad terapéutica tras evaluar de manera crítica las tasas de retención y recaída en sus usuarios y el impacto de estos eventos en su salud y supervivencia.

Tres años de ajustes estructurales los llevaron a medir el impacto encontrando que se pasó de 4,4% de usuarios que completaban el tratamiento en 1986 a 11,5% en 1991. En 1985 el 92% de los usuarios abandonaban el tratamiento y en 1991 tal porcentaje fue de 40. Además de lograr que un mayor número de usuarios lograran la abstinencia, encontraron que en 1998 al momento de la admisión, el 26% refería tener prácticas de riesgo sexual y uso compartido de equipos de inyección y 18 meses después de implementar el nuevo modelo, las cifras bajaron a 19% y 5% respectivamente (WHO, 2006).

Así, la introducción del enfoque de reducción de daños mejoró la tasa de retención, la culminación exitosa del programa y la reducción de las conductas de alto riesgo. Con lo cual pudieron concluir que **la reducción de daños es un camino necesario en muchos casos para el logro de la abstinencia**. También pudieron comprobar que la reducción de daños y los programas basados en la abstinencia no son irreconciliables (WHO, 2006).

Este estudio de caso describe la resistencia que tuvieron que sortear en sus propios equipos e incluso con la instancia que asocia a las comunidades terapéuticas en Australia. Existía el temor de que hacer disponibles insumos para reducir daños o dar información para minimizarlos, enviaba un mensaje contradictorio y llevaría inevitablemente a la recaída. Por el contrario, la práctica les mostró que la disponibilidad de medios e información no llevaba necesariamente a que se hiciera uso de ellos y la decisión de abstenerse de usarlos fue fundamental para lidiar con los disparadores y para prevenir la recaída en muchos casos.

Una aproximación sin juicio, comprometida con la salud y el bienestar de los usuarios, sin importar en qué momento de las fases de cambio se encontraran, llevó a muchos más usuarios a acudir a este servicio (WHO, 2006).



4.2 Alcance de la reducción de daños

Hasta el año 1995 agencias como la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (entonces UNDCP), consideraban que la manera más efectiva de contener el VIH entre personas que se inyectan drogas (PID) era tratando su adicción (Reid, 2000).

Esta lógica ha persistido en las políticas públicas de muchos países, en los lineamientos de agencias como la CICAD y en las declaraciones y lineamientos de las mismas Naciones Unidas, por considerarlas coherentes con las convenciones y el Sistema Internacional de Fiscalización y Control de drogas declaradas ilícitas.

No obstante, la realidad muestra que no todas las personas que usan drogas están dispuestas a abandonar su consumo y su estilo de vida, incluso en escenarios en los que esta conducta es criminalizada. Por tanto, dicha insistencia ha profundizado los efectos negativos del uso de drogas en muchos países.

Más allá de que se les trate de “convencer”, los tratamientos no ofrecen una salida en la mayoría de los casos. Por ejemplo, la mitad de las personas que se inyectan drogas en Colombia han acudido a un tratamiento para abandonar su consumo, pero la mitad de ellas, han desertado y recaído (ODC/Minjusticia, 2016).

Todas las drogas, legales o ilegales, involucran riesgos, pero estos se incrementan cuando las drogas son de mala calidad, están adulteradas, se usan en ambientes poco aptos, desconociendo los efectos, compartiendo elementos y en ambientes represivos e inseguros.

Para el caso de las drogas legales se han llevado a cabo acciones de regulación que garantizan cierto grado de control de los daños potenciales en materia de toxicidad, accidentalidad, restricción de acceso a ciertos grupos poblacionales, disponibilidad de información, entre otros. Para el caso de las drogas ilegales no existe regulación alguna, justamente porque están bajo la sombra de la ilegalidad.

En consecuencia, gran parte del origen de los riesgos y daños asociados a las drogas está en su condición ilícita o ilegal. Quien usa drogas está en el límite de la ilegalidad, debe adquirir sus drogas en un mercado ilícito, debe usarlas en lugares ocultos, debe arreglárselas para conseguir los medios para pagarlas y para consumirlas.



Cuando enfrenta una situación en la que requiere acercarse a un servicio de salud, se expone a ser señalado/a y maltratado/a, y cuando piensa en pedir ayuda corre el riesgo de ser encerrado/a y tratado/a con medios poco idóneos que no siempre garantizan una atención profesional, de calidad y digna. Si opta por usar algún espacio público, corre el riesgo de ser hostigado por las autoridades, por la comunidad y dirigido a un lugar en el que se le priva de la libertad.

Estas situaciones que son cotidianas para gran parte de las personas que usan drogas ilícitas y que se inyectan, hacen que se trate de uno de los grupos más excluidos, perseguidos, estigmatizados y vulnerados en sus derechos fundamentales. Todo ello, genera condiciones de marginación que impiden el libre y oportuno acceso a información veraz, a recursos para el autocuidado, así como a servicios de diagnóstico, atención y al goce efectivo del derecho a la salud.

Cuando no existe la posibilidad de reducir los daños y los riesgos, las personas que usan drogas carecen de acceso a servicios, atención, medios e información que, de estar disponibles, les permitirían tener prácticas de menor riesgo y así ver menos afectada su salud. En consecuencia, cuando se aplican medidas de reducción de daños los efectos adversos del uso de drogas y los costos sanitarios y sociales asociados se reducen, aun cuando el uso de drogas persista.

Así, comprender la reducción de daños supone aceptar que aunque la abstinencia es una meta ideal, no es realista en muchos casos. Perseguirla a como dé lugar no solo es fuente de fracaso sino que excluye de la atención a muchas personas, vulnerando su derecho a la salud, profundizando los costos e incrementando el impacto negativo del uso de drogas en la salud.

Por todas estas razones, la reducción de daños se ha considerado una medida intermedia que llega a consumidores activos en alto riesgo y vulnerabilidad, y se ocupa de reducir al máximo los efectos adversos del uso de drogas ilícitas tanto para los usuarios como para las comunidades afectadas.

La reducción de daños llega a las personas en donde están, en donde viven y consumen drogas. Valora las metas intermedias y los pequeños cambios que la persona logra y que puede ir incrementando y acompaña de manera colaborativa en el proceso.



Reconstituye así los puentes entre un usuario aislado y en alto riesgo, la institucionalidad y los servicios, puede incluso reconstruir los puentes comunitarios y habilitar la inclusión social, lo que a la larga puede llevar al logro de la abstinencia.

De esta forma la reducción de daños tiene el potencial de alcanzar a todas las personas que usan activamente drogas y que se hallan en diferentes momentos de motivación al cambio e interviene desde allí para facilitar y habilitar un avance en las metas que la persona se proponga.

De acuerdo con Southwell (2010) el consumidor de drogas suele sopesar entre obtener placer/alivio o correr algún riesgo adverso, es ideal que este análisis se pueda llevar a cabo en una atmósfera neutra, libre de juicios que permita decidir de forma informada qué drogas usar, cómo y en qué circunstancias.

La reducción de daños es pragmática a la hora de reconocer que el uso continuado de drogas es una realidad para muchas personas, que quienes llevan carreras largas de uso y se inyectan drogas, corren una serie de riesgos y daños que pueden prevenirse y evitarse. La mayor parte de estos riesgos y daños pueden derivar en condiciones crónicas, muchas veces letales y suponen un alto costo en salud y en pérdida de años de vida ajustados por discapacidad.

La reducción de daños amplía el espectro de las metas que se consideran legítimas a la hora de intervenir con personas que usan drogas, así, sus valores trascienden los de "una vida limpia y libre de drogas", valora los pequeños cambios y promueve un trabajo que humaniza a los usuarios de drogas, los dignifica, les mejora la calidad de vida y las condiciones de salud, sin juicio o condicionamientos.

Les permite acceder a servicios que de otra forma serían inaccesibles por tratarse de usuarios activos. Por esto mismo, algunos lo han equiparado a un tipo de trabajo humanitario que busca aliviar el sufrimiento, garantizar la vida, restituir los derechos fundamentales y defender la dignidad.

La reducción de daños ayuda y apoya, no castiga. Por esto, también ha sido considerada como un nuevo paradigma en la respuesta al uso de drogas, pero al plantearla de esta forma, podría pensarse erróneamente que es contraria a la prevención o al tratamiento y no



es así, es una medida complementaria dirigida a los usuarios a los que no llegó de manera efectiva la prevención o el tratamiento.

La inyección de drogas se ha identificado en cerca de 158 países en el mundo, 91 integran de manera explícita la reducción de daños en sus políticas de drogas, 90 de ellos cuentan con programas de distribución de equipos de inyección y 80 ofrecen tratamiento con sustitutos opiáceos (IHR, 2014).

4.3 El por qué de las controversias frente a la reducción de daños

Para Southwell (2010) las políticas de drogas tradicionalmente han buscado soluciones simples a un fenómeno complejo y ello ha suscitado la des-sincronía entre las políticas, los discursos y posturas políticas y la realidad del consumidor de drogas, lo que termina por distanciarlas de formas irreconciliables.

La reducción de daños aparentemente se aleja de la lógica que sustenta el tratamiento, la rehabilitación y la prevención como *únicos* pilares válidos de la respuesta al fenómeno del uso de drogas ilícitas, y por ello ha sido ampliamente controvertida y cuestionada, pues con ello aparentemente contraría la idea de la cero tolerancia al uso de drogas ilícitas.

La realidad es que al enfocarse en los riesgos y en los daños asociados al uso de drogas su propósito no necesariamente es intervenir el uso de drogas o buscar la abstinencia.

Por tanto, la reducción de daños reconoce que además de la abstinencia, hay metas de alto valor para el cuidado de la salud y el bienestar de las personas que usan drogas y que aún cuando el consumo persista es posible mejorar las condiciones de salud, bienestar y seguridad de quienes lo hacen y de sus comunidades.

Ello implica transitar caminos alternativos a los tradicionales y más allá de eso, reconocer que el uso de drogas es una opción de vida para muchas personas y un fenómeno que no desaparecerá.

Igualmente, implica reconocer que existen límites en los tratamientos y en la prevención del consumo de drogas y que el ideal de un *mundo libre de drogas* no es solo utópico, incluso puede ser contraproducente.



A juicio de algunos, esto constituye un tipo de claudicación ante un fenómeno imposible de contener, que termina por desahuciar a los consumidores y los priva de la posibilidad de obtener una salida al uso de drogas. **La realidad es que millones de personas optan por consumir drogas independientemente de los riesgos asociados y de las enormes inversiones que se hacen en prevención, en tratamiento y en control.**

Dado que la reducción de daños no tiene como propósito la abstinencia, se ha considerado una medida ilegítima que termina por incentivar y mantener una conducta ilegal e indeseable que “debería” desaparecer.

Este enfoque como toda política o estrategia de intervención, navega en las aguas del sistema de creencias y valores que con frecuencia matizan tanto la construcción de políticas públicas como la construcción de la evidencia, en particular las preguntas de investigación que la fundamentan. Por eso es necesario preguntarse si resulta más conveniente fundamentar las acciones en el sistema de creencias y valores o en la evidencia científica.

Para Hathaway y Tousaw (2008 citado por Craig, 2010) la reducción de daños se distancia de las discusiones morales acerca de si el control, la moderación y la abstinencia son las únicas soluciones moralmente admisibles frente al tema, y se concentra en los argumentos científicos y pragmáticos. Sin embargo, para Irwin y Fray (2007 citados por Craig, 2010) la reducción de daños cuenta con credenciales éticas, entendiendo la ética como la aproximación crítica a los valores y las normas más que una filosofía moral.

Los argumentos en contra de la reducción de daños con frecuencia se basan en axiomas morales o en argumentaciones ideológicas. Ha sido equiparada falazmente con la legalización y la liberalización de las drogas, justamente porque no busca combatir el uso de sustancias psicoactivas, una práctica que ha existido en las civilizaciones humanas por siglos y que ha mostrado ser altamente resiliente a todo tipo de medidas, incluso las más represivas.

En ocasiones, es la deshumanización de las personas que usan drogas la que subyace a la resistencia frente a la reducción de daños, pues grandes sectores políticos, sociales, comunitarios e institucionales, las consideran indeseables y hasta peligrosas porque no encajan en su visión de ciudadanos “de bien”. De ello derivan



actitudes de rechazo, violencia, criminalización, descuido y desatención que sugieren que por el hecho de consumir drogas se pierde la titularidad de muchos de los derechos fundamentales, entre ellos, el derecho a la vida y a la salud, degradando en consecuencia su condición de ciudadanos. Lo cual es desde todo punto inadmisibles ya que es dado recordar que por tratarse de grupos altamente vulnerables y excluidos, deberían gozar del cuidado y la protección especial del Estado.

Es erróneo argumentar hoy en día que la marginación, el señalamiento y la no atención de estos grupos poblacionales los llevará a optar por otro tipo de conductas más ajustadas con los estándares sociales. La realidad muestra que es lo contrario, y que a mayor marginación, discriminación y exclusión no solo se profundiza el impacto negativo en la salud pública y en la seguridad sino que se crean barreras cada vez más sólidas entre la institucionalidad, los servicios y los grupos clave vulnerables que dificultan e incluso pueden impedir cualquier proceso de cambio o transformación.

4.3 Qué es entonces la reducción de daños

La OMS (2006) ofrece un analogía para explicar mejor el concepto de reducción de daños y el lugar que debe ocupar en las respuestas nacionales al uso problemático de drogas y al VIH.

Conducir vehículos puede ocasionar accidentes que terminen por producir lesiones y hasta la muerte, así como el uso de drogas puede producir problemas en la salud, infecciones y llevar a la muerte. Una solución "lógica" sería prohibir el uso de vehículos automotores, pero esta solución no es viable ni realista, por tanto, la industria automotriz trabaja para mejorar la seguridad automovilística, implementa el uso de elementos como los cinturones de seguridad, se regula el uso de autos bajo efectos de alcohol y otras drogas, y se obliga al uso de cascos para el caso de las motos, todo ello con el fin de minimizar al máximo los riesgos inherentes a la conducción de vehículos automotores. Se trata entonces de gestionar los riesgos para reducir los daños potenciales asociados a prácticas que se consideran peligrosas.

Así, la reducción de daños es hoy en día una sombrilla que abarca políticas, programas y estrategias dirigidas a personas que usan drogas, que no están en contacto con servicios de tratamiento, que



no estiman abandonar el consumo en el corto plazo o que habiéndolo intentado no lo han logrado y que tienen prácticas que pueden afectar seriamente su salud e incluso causarles la muerte.

Al asumir que esto es posible, también se acepta que usar drogas y cuidar la salud no son necesariamente incompatibles.

De esta forma, las políticas que integran el enfoque de reducción de daños lo hacen desde un lugar que privilegia la salud pública, el respeto por las libertades individuales y la restitución de los derechos de grupos poblacionales históricamente excluidos y vulnerados.

En la jerarquía de metas de la reducción de daños, no usar drogas es la primera, si esto no es posible se promueve evitar la inyección, si la persona se está inyectando se promueve el uso de equipos estériles, y si no tiene acceso a equipos estériles, se incentiva la limpieza y descontaminación de los mismos (OMS, 2006).

Así, desde muy temprano, la reducción de daños se ha planteado a sí misma como un complemento a los programas basados en la abstinencia al ofrecer medios, insumos e información a las personas que se inyectan drogas para que se mantengan saludables y vivas, hasta que estén en posibilidad o en disposición de avanzar hacia el logro de la abstinencia.

Los países que la han hecho parte integral de sus políticas de atención al consumo de drogas buscan **dar alternativas reales a todo el espectro de consumidores que existen**. De esta forma no solo hacen esfuerzos por reducir consumo sino por reducir los daños asociados, entendiendo que ambos fines son necesarios y no excluyentes y que a la larga contribuyen a mantener a raya un problema que históricamente ha mostrado tendencia al descontrol.

Y es justamente el enfoque en la salud y los derechos humanos lo que fundamenta la importancia de una política integral con diversidad de alternativas de cuidado y atención al problema antes, durante y después de que se manifiesta.

En consecuencia, la reducción de daños debe hacer parte de una política que se considere verdaderamente integral, que reconozca la imposibilidad de erradicar por completo el uso de drogas en la sociedad y la necesidad de reducir al máximo y en lo posible el



impacto negativo de estas prácticas en la salud, la seguridad y la convivencia.

La reducción de daños se dirige por lo regular a individuos o colectivos altamente vulnerables. Esto quiere decir que no son estrategias masivas, sino focalizadas y localizadas en territorios específicos.

Otra característica fundamental de los programas de reducción de daños es que son de **bajo umbral** de exigencia con mínimas barreras de acceso, incluso geográficas o de horarios. Esto quiere decir que ofrecen los servicios sin condicionar su uso, los requisitos son mínimos, con lo cual se habilita el uso por parte de personas que de otra forma se mantendrían alejadas por temor o rechazo a cualquier condición en la prestación del servicio. No hay que olvidar que se trata de grupos poblacionales *difíciles de alcanzar*.

De acuerdo con Open Society (s.f) **los programas de altos y medios umbrales de exigencia alcanzan a un 20% de usuarios activos. Si se quiere llegar al menos al 65% es necesario ampliar las alternativas** de acceso a través de diferentes servicios de bajo umbral que además de ofrecer opciones para reducir daños, ofrezcan alternativas de escucha, de empleo, de habitación, de atención psicosocial, entre otros.

La medida de éxito de los programas de reducción de daños varían pero existe cierto consenso en considerar la **adherencia** a los servicios como un factor crítico a la hora de asegurar mejores resultados.

Desde el principio y por estar en el “ojo del huracán” se trata de uno de los modelos más evaluados y monitoreados en los escenarios en los que se ha puesto en marcha. Tal como se expondrá en la siguiente sección, se cuenta con un cuerpo extenso de evidencia que indica que es eficaz en lo que se propone y que los efectos adversos que se le suelen adjudicar no son reales.

5. La reducción de daños: un enfoque costo-efectivo

Aunque tortuoso, la reducción de daños ha logrado recorrer un camino que la tiene hoy en la agenda de la mayoría de agencias a cargo de emitir lineamientos y recomendaciones a los países en



materia de políticas de drogas y de políticas de respuesta ante el VIH, tales como la OMS, ONUSIDA y ONUDD.

Incluso en la última resolución de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para las drogas ilícitas (UNGASS) celebrada en abril de 2016¹, se incluye. Si bien persiste la resistencia a usar explícitamente el término, la resolución promueve el uso de estrategias de reducción de daños cuando se empiezan a vislumbrar los efectos negativos de ciertas prácticas en grupos de personas que usan drogas.

A pesar de haber sido bombardeada por años con argumentos falaces y con ideas erradas, este enfoque ha logrado “sacudirse”, consolidarse y convencer, no solo por la evidencia contundente de que funciona, sino porque un número cada vez mayor de instancias y gobiernos, parecen entender que es mejor que las personas que usan drogas en las calles, estén atendidas y en mejores condiciones de salud y bienestar que desatendidas, marginadas, escondidas, enfermas o muertas.

La ONUDD, ONUSIDA, la OMS, el Banco Mundial, junto con multiplicidad de agencias y ONG internacionales han emitido lineamientos e incentivado la investigación en el campo. Tal como Cook y colaboradores (2014) lo señalan, la falta de voluntad de los gobiernos y de las agencias donantes para invertir en reducción de daños no puede atribuirse ya a la falta de evidencia sobre su efectividad para reducir el VIH entre personas que se inyectan drogas.

Se ha comprobado ampliamente que implementar estrategias de reducción de daños a la escala necesaria, no solo salva vidas sino que ahorra recursos y dinero. La recomendación de todas estas instancias es a invertir en reducción de daños oportuna y suficientemente, pues no hacerlo conlleva incrementos desproporcionados en los índices de VIH y de otras infecciones asociadas, que terminan por castigar los presupuestos en salud de los países afectados.

¹ Ver resolución final en:
<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N16/110/28/PDF/N1611028.pdf?OpenElement>



Por ejemplo en Australia el análisis de costos y retornos de la reducción de daños mostró que de cada dólar invertido en reducción de daños, se ahorran 5.50 dólares en costos en salud, tal tasa de retorno cuando se trata de privación de la libertad muestra que en Estados Unidos por cada dólar que se gasta en cárcel para personas que usan drogas, el retorno es de 0.30 centavos en seguridad pública (UNAIDS, 2016).

En la misma línea, si se compara el costo de proveer jeringas y otros insumos a las PID y el costo de tratarlas con antiretrovirales, ONUSIDA concluye que en un entorno como Estados Unidos el resultado es el siguiente: 23-71 dólares por persona por año en programas de distribución de material de inyección vs 141-481 dólares por persona por año en tratamiento antiretroviral (UNAIDS, 2016)..

Para 2010 la HRI calculó en dos, el número de jeringas que se distribuían al mes por usuario, en 8% las personas dependientes a la heroína que recibían tratamiento de sustitución con opiáceos como la metadona y en 4% las PID que viviendo con VIH recibían terapia antiretroviral (Cook et al, 2014).

En el mismo informe se muestra que 71 de los países que presentan esta práctica no ofrecen material higiénico de inyección y 81 países no ofrecen terapias sustitutivas. También muestra que desde el año 2010 se viene presentando un recorte importante de fondos para financiar programas de reducción de daños y esto ha llevado a cerrar varias iniciativas en regiones de Europa del Este y de Asia que son, en la actualidad, las más afectadas por el fenómeno y por las epidemias de VIH asociadas.

En muchos de los países en los que existen programas, la escala es mínima y no se alcanza a cubrir las necesidades y en otros, en los que se ha integrado como política, persiste el hostigamiento de las autoridades, afectando así el correcto funcionamiento de los programas.

Se calcula que a este ritmo, hasta el año 2026 se logrará que todo país en necesidad de estos programas, tenga al menos uno o dos, lo que a todas luces es insuficiente.

Por esto ONUSIDA en su informe de brechas en la respuesta al VIH en 2014, y la OMS junto con el mismo ONUSIDA y ONUDD emitieron lineamientos actualizados y claros para impulsar de manera decidida



la reducción de daños. De no darse esta situación será imposible alcanzar las *metas 90-90-90*² para 2020 y de *"una generación libre de Sida" para el año 2030*, tal como fue anunciado por las Naciones Unidas.

En efecto, se ha dado una reducción del 35% en las nuevas infecciones y de un 45% en las muertes asociadas entre el 2000 y el 2014, producto de la inversión y el compromiso sin precedentes de los países y de la cooperación internacional para lograrlo. Y es justo por esto que **no es momento de "bajar la guardia", dejando sin la atención necesaria a grupos poblacionales claramente expuestos al VIH y a otras infecciones.**

La reducción de daños además de ser pragmática es medible. Los indicadores de daños y de riesgos son por naturaleza robustos y se miden en prevalencias de VIH, muertes por sobredosis, uso de equipos no estériles, uso de condón, entre otros.

Son numerosos los análisis sistemáticos de la evidencia de la costo-efectividad de la reducción de daños³. Uno de los más importantes fue publicado en el año 2010 por el Observatorio Europeo de Drogas, pero existen además los Kaplan en 1995; Druker y colaboradores en 1998; Reid en 2000; OMS en 2004; Ritter y Cameron en 2005; Jones y colaboradores, 2008; Jozaghi y colaboradores en 2013; Aspinall y colaboradores, 2014; Wilson y colaboradores en 2015; Enns y colaboradores en 2015; la recopilación de evidencia hecha por Open Society Foundations en 2015; la evaluación hecha por el Banco Mundial sobre tasas de retorno de los programas en Malasia de Naning y colaboradores (2013), por mencionar unos pocos.

Pero antes de entrar en el análisis, es importante señalar que en ningún otro campo de la salud pública, el papel de la evidencia ha

² Las metas 90-90-90 fueron definidas por ONUSIDA para reducir la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe para el año 2020 y consisten en aumentar al 90% la proporción de personas que viven con VIH y conocer su diagnóstico, aumentar al 90% la proporción de personas que viviendo con VIH reciben tratamiento antiretroviral y aumentar al 90% la proporción de personas que estando en tratamiento antiretroviral alcanzan una carga viral indetectable, además de ello, se debe buscar reducir los diagnósticos tardíos.

³ Un análisis inicial de número de resultados en la web sobre costo-efectividad de la reducción de daños en inglés, muestra un total de 651.000 entradas y de 350.000 en español, lo que es indicativo de la extensa producción académica en torno al tema.



sido relativizado tanto como en el de la reducción de daños. El debate en torno a qué constituye evidencia y que no, es amplio y supera el alcance de esta guía, sin embargo, en tiempos en los que existe un consenso en torno a la importancia de desarrollar políticas públicas y políticas de salud *basadas en la evidencia*, resulta interesante reflexionar sobre las razones que llevan a los expertos a relevar cierta evidencia y a ensombrecer otra, pues en ocasiones cierta evidencia puede desafiar los fundamentos mismos del *statu quo* y amenazar de manera directa los intereses políticos y económicos de diversos sectores.

Para el caso de la reducción de daños, puede pensarse, como ya se ha dicho, que sus fundamentos y principios van en contravía de “lo natural” en torno a las políticas de drogas que históricamente han sido entendidas como políticas *contra* las drogas. Ir *en contra* de las drogas supone hacer esfuerzos por evitarlas, eliminarlas, castigar o perseguir a quienes las producen, las venden y las consumen.

Este es un consenso que en el último tiempo ha sido ampliamente cuestionado por muchos Estados en el mundo, por figuras políticas, líderes sociales, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones de personas que usan drogas. Existe un llamado urgente a reevaluar este enfoque por cuanto no solo no ha logrado lo que se propone, sino que ha sido lesivo en materia de salud pública, marginación, exclusión, estigma, violencia y ha llevado a vulnerar los derechos de las personas que usan drogas entre otros grupos vulnerables afectados directamente por la criminalización.

A juzgar por lo ocurrido en la reciente Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS 2016) en Nueva York, se está lejos de un nuevo consenso en torno a lo que debe ser un nuevo paradigma en materia de políticas de drogas, pero a pesar de ello, la reducción de daños pudo penetrar los discursos y hacer parte de la resolución como nunca antes se había logrado.

De esta forma, es claro para los países signatarios, que en escenarios en los que existen prácticas de consumo altamente lesivas para la salud de los usuarios, es necesario llevar a cabo acciones para minimizar los riesgos y mitigar los daños. Dichas acciones se encuentran ampliamente documentadas por organismos como la Organización Mundial de la Salud que junto con otras agencias han desarrollado guías *basadas en la evidencia* en las que indican con toda claridad lo que es necesario hacer para reducir el



impacto de prácticas como la inyección de drogas en la salud pública.

Por tanto, insistir en que no existe evidencia que soporte la utilidad de estas acciones o que se desconoce el impacto de llevarlas a cabo o que se teme por la reacción de las comunidades dada la potencial impopularidad de estas medidas, equivale a contribuir, por cuenta de la inacción, a incrementar el impacto negativo del uso de drogas en las comunidades y a ignorar, por razones ideológicas y morales, que existen caminos expeditos, de menor costo y eficaces para evitarlos.

5.1. Qué dice la evidencia

La síntesis de la evidencia en temas de salud pública en general y en particular en reducción de daños es compleja. Los programas tienen múltiples dimensiones y componentes, y no existe un solo modelo de reducción de daños ni una escala única en la que se provean. En consecuencia, la evidencia es variada y depende en parte de las preguntas que orientaron las revisiones sistemáticas que existen en torno a la materia.

De igual modo, y tal como lo señalan Kimber y colaboradores en 2010, existe deficiencia de revisiones de alta calidad para algunas intervenciones o estrategias de reducción de daños lo que es indicativo de limitados estudios primarios, de una sobrevaloración de la evidencia positiva frente al VIH y otras ITS y de una subvaloración de la evidencia negativa haciendo un énfasis importante en posibles sesgos para este último caso y no tanto para el primero.

No obstante, las evaluaciones que arrojan evidencia tentativa o insuficiente no necesariamente indican falta de efectividad en las estrategias evaluadas, muchas veces son producto de limitaciones metodológicas de los estudios primarios y de las revisiones mismas. Esto ya había sido indicado por Palmateer y colaboradores (2010) y por Lurie (2007; ambos citados por Kimber y colaboradores, 2010) al señalar que muchos de los estudios de efectividad de los programas de distribución de jeringas fallan a la hora de medir de forma precisa la cobertura o la intensidad con la que se proveen los servicios. Con lo cual, el llamado es a mejorar la calidad de la evidencia primaria derivada de la implementación de estas estrategias.



5.1.1 Programas de distribución de equipos de inyección

Desde 1998 Drucker y colaboradores recordaban que los programas de distribución de equipos de inyección son una modalidad de control de vectores ya que con ellos se busca reducir el tiempo de circulación de jeringas potencialmente contaminadas entre redes de usuarios. **El ideal es que una jeringa circule solo el tiempo que requiere para ser usada por una sola persona una sola vez**, de manera que estos programas reducen la probabilidad de intercambio de equipos previamente usados y de su uso por personas que no se han expuesto a virus como el VIH.

Los programas reducen el tiempo de circulación de las jeringas usadas de dos formas: la primera incrementando el volumen de jeringas estériles disponibles en un período de tiempo que serán usadas por PID, lo que aumenta el número de jeringas per cápita y reduce la necesidad de acudir a jeringas usadas; y segundo, reduciendo el tiempo de circulación de jeringas usadas al movilizar estrategias de recogida y depósito seguro de las mismas, lo que minimiza la presencia de jeringas potencialmente contaminadas en los entornos en los que ocurre la práctica.

Al respecto, vale la pena retomar lo que Abdala et al., y Heimer y Abdala (1999; 2000 citados por WGBPHRC, 2013) encontraron en condiciones de laboratorio. El VIH puede sobrevivir 30 días o más en una jeringa. La recuperación de VIH viable depende de factores como el volumen de la sangre, la temperatura en la que se conserva y la duración de la conservación. En temperaturas que oscilan entre 4 y 22 grados celsius lograron recuperar VIH después de 42 días. Para el caso de la hepatitis C se ha encontrado que puede sobrevivir hasta por 63 días (Paintsil et al., 2010 citados por WGBPHRC, 2013). Entre 1993 y 1994 los autores analizaron 24 estudios que evaluaban el impacto de estos programas en la incidencia de VIH entre PID. Su análisis ofrece una conclusión que es importante considerar en contextos como el de Colombia cuyos programas son recientes y a escala incipiente.

Los programas de distribución de jeringas no pueden contener todas las fuerzas que influyen la epidemia, en particular si se implementan de manera parcial y poco oportuna. Cuando estos programas se ponen en marcha tempranamente y a la escala necesaria y hacen parte integral de una política pública que incluye diversas acciones preventivas y de tratamiento, el impacto en la dinámica de la epidemia puede ser



dramático. Este fue el caso de Australia, Reino Unido, Suecia y Nepal (Drucker et al., 1998).

En 2004 la OMS publicó el documento *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users – Evidence for action technical paper*. Se trató de una de las primeras revisiones sistemáticas publicada por la mayor autoridad sanitaria en el mundo, en torno a la contribución efectiva de estos programas en la reducción del VIH entre personas que se inyectan drogas y de un documento dirigido principalmente a los tomadores de decisión y a los planeadores de acciones en salud pública en escenarios con recursos limitados.

El informe retoma la declaración del Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos, en la cual se señala que las limitaciones en los diseños de ciertos estudios llevados a cabo para el momento o la evidencia que podría considerarse incompleta, no podía ser justificación para rechazar los programas de distribución de jeringas. Hacerlo significaba estar haciendo un mal juicio científico que llevaba a una mala práctica en política pública, pues implicaba ignorar el conocimiento con el que ya se contaba y posponer la acción necesaria.

Así el informe muestra los resultados del análisis tomando en cuenta una diversidad de criterios de causalidad propuestos por Bradford Hill con los cuales se evaluó la calidad de la evidencia disponible para emitir recomendaciones.

Mientras los programas de distribución de insumos descontaminantes de los equipos, tales como hipoclorito, no mostraron evidencia suficiente para ser recomendados. Desde hace más de una década, los programas de distribución de material estéril de inyección, ya mostraban suficiente evidencia para ser recomendados como medidas efectivas para reducir la exposición al VIH.

Los hallazgos del análisis mostraron que estos programas no solo reducían los comportamientos de riesgo asociados al uso compartido de equipos de inyección sino el VIH. Los estudios que mostraban efectos protectores presentaban mayor peso en la evidencia que los que mostraban efectos inciertos o negativos. Así, los autores concluían que los hallazgos positivos eran preponderantes y se reforzaban con criterios de réplica por diferentes autores, en diferentes períodos de tiempo, escenarios geográficos y etapas de la



epidemia de VIH. En aquellos casos en los que los resultados fueron negativos, fue posible asociarlos con variables de confusión.

La eficacia de los programas de distribución de jeringas estériles se habían reportado en al menos diez países en 2004, y mostraban una fuerte asociación entre la implementación de los mismos y baja incidencia y prevalencia de VIH cuando se comparaban diversos países. Un estudio reportado en el informe sobre tasas de retorno, comparó la prevalencia de VIH en 103 ciudades de 24 países, 16 de los cuales ofrecían estos programas. La prevalencia de VIH bajó en una media anual de 18,6% en 36 ciudades con programas de este tipo, en contraste con un incremento del 8,1% en 67 ciudades sin estos programas.

Otro estudio comparativo llevado a cabo por Hurley y colaboradores, comparó la seroprevalencia en 52 ciudades sin programas y 29 con programas en Asia, Europa, América del Norte, Sur América y Pacífico Sur, encontrando que la prevalencia de VIH aumentó en promedio en 5,9% en las 52 ciudades y decreció en 5,8% en las 29 ciudades con este tipo de intervenciones.

Los autores del reporte de la OMS concluyeron que los resultados de revisiones sistemáticas basadas en estudios de corte longitudinal/prospectivo, transversales, observacionales, ecológicos y de modelamiento, son favorables a la eficacia de los programas de distribución de material estéril de inyección y muestran que es posible replicar los resultados.

Se han identificado beneficios adicionales además de la reducción de la infección por VIH, tales como mayores ingresos a atención en salud en primer nivel, tratamiento para el consumo de drogas, prevención de otras infecciones de transmisión sanguínea, reducción en infecciones bacterianas en piel (abscesos y celulitis) y reducción de infecciones bacterianas en órganos como el corazón o el cerebro.

Como se ampliará más adelante, este informe aclara que se trata de programas que además de ofrecer material estéril, integran educación para la prevención de otras infecciones, prevención para conductas sexuales de riesgo, educación para la práctica higiénica de la inyección e información sobre programas de tratamiento para el consumo de drogas. De esta forma, la reducción de prácticas de riesgo para el VIH podrían también atribuirse a la prestación de servicios integrales y no solo a la distribución de material de inyección.



Kimber y colaboradores llevaron a cabo un análisis terciario de la evidencia o “revisión de revisiones” en 2010, gran parte de este trabajo retoma los resultados de la realizada por Palmateer y colaboradores de 2008 y 2010 e incluye la revisión de estudios desde 1980 publicados en diversas bases de datos como CINAHL, Cochrane Library, EMBASE, IBSS, MEDLINE y PsychINFO, con mayor énfasis en las revisiones del año 2000 en adelante.

A juicio de estos autores la revisión de mayor rigurosidad fue hecha por Tilson y colaboradores en 2007, incluyó los resultados de 13 estudios de cohortes, dos casos de controles, tres estudios ecológicos y dos transversales. Si bien dos de los estudios de cohortes mostraron incremento en la incidencia de VIH, de acuerdo con Tilson et al., los resultados se atribuyeron a diversos factores asociados a la provisión de servicios, a las características de la población y a las fuentes de acceso a material de inyección, con lo cual se presentaron diversidad de sesgos. Por el contrario, los estudios ecológicos mostraron reducciones tanto en prevalencia como incidencia de VIH en contextos en los que se contaba con programas de distribución de jeringas en expansión.

La revisión de Wodak y Cooney (2004, citada por Kimber et al., 2010) señala que el aumento en la disponibilidad y uso de equipo estéril reduce la infección por VIH sustancialmente. Así mismo, la revisión de Gibson y colaboradores (2001) también citada en por Kimber y colaboradores, señala que existe evidencia importante que indica que los programas de distribución de jeringas son efectivos en la prevención de las prácticas de riesgo para el VIH y de la seroconversión de las personas que se inyectan drogas. No obstante, la conclusión de Kimber y colaboradores es que la evidencia es tentativa en tanto que se presentan estudios con resultados contrarios a lo esperado y otros con evidencia conflictiva.

En relación al *acceso a través de farmacias* la evidencia es insuficiente y menos convincente dada la debilidad en el diseño de los estudios, pero es de acuerdo con Wodak y Cooney razonable en tanto que puede ofrecer beneficios adicionales a los programas de distribución de jeringas. Similares conclusiones arroja la revisión de estudios sobre máquinas automáticas de jeringas e insumos para la inyección.

La evidencia en torno a la reducción de la hepatitis C es en general menos convincente tal como lo indican las revisiones de Tilson et al.,



y Jones et al., (2008 citado por Kimber et al., 2010). No obstante, un estudio de cohortes en Amsterdam mostró que aunque el uso exclusivo de programas de distribución de jeringas no tuvo resultados frente a la hepatitis C, la participación plena en estos programas y en programas de mantenimiento con metadona (PMM) mostraron reducción en el riesgo de infección por hepatitis C cuando se compararon con PID que no participaron en los programas.

Según Kimber y colaboradores **el cuerpo más extenso de evidencia en torno a los programas de distribución de jeringas se encuentra en la medición de cambios auto-reportados en las prácticas de riesgo asociadas a la inyección.** De un total de 43 estudios, 39 registraron reducción en los comportamientos de riesgo y 20 de ellos fueron estudios de cohortes. Las revisiones analizadas en este caso, indican que existe suficiente evidencia que muestra que la participación en intervenciones multidimensionales para prevenir el VIH entre PID, incluyendo programas de jeringas, es efectiva para reducir el uso compartido de equipos de inyección reportado por los usuarios. La evidencia en este caso es tentativa para distribución a través de farmacias e insuficiente para la distribución a través de máquinas automáticas.

De acuerdo con Open Society (s.f), la evaluación del Banco Mundial en Malasia llevó a calcular en 13,000 el número de infecciones por VIH prevenidas entre el año 2005 y 2013, tal número llegaría a 100,000 en el año 2050. Resultados similares se registran en el informe para Vietnam e Irán, países en los que además de impulsar los programas de distribución de jeringas se ha reforzado el tratamiento asistido con sustitutos opiáceos incluso en entornos carcelarios. **En estos últimos, no solo se logró controlar la expansión del VIH, sino que hubo reducción de violencia, de conductas auto-lesivas, de suicidios, de infecciones y abscesos, de tráfico y uso de sustancias ilícitas.**

Retomando el caso de Malasia, antes del año 2005 la respuesta al fenómeno se centraba en la detención, encerramiento y tratamiento obligatorio. A partir del año 2010 se avanzó en un nuevo modelo de tratamiento voluntario con énfasis en terapias de sustitución y otros servicios de salud, teniendo como resultado la reducción de la práctica de la inyección de drogas, mejor adherencia a los servicios y menor recaída y reincidencia, en contraste con quienes eran atendidos en tratamientos obligatorios y residenciales. El nuevo



modelo de tratamientos voluntarios redujo los costos de operación de programas en un 40% por usuario al año (Wolfe y Csete, s.f).

De acuerdo con Naning y colaboradores, autores del estudio del Banco Mundial sobre tasas de retorno y costo- efectividad de los programas en Malasia, **un programa sanitario es costo-efectivo cuando después de considerar los beneficios obtenidos tras su aplicación, la sociedad considera que el dinero fue bien invertido**. Así, concluyen que la combinación de programas de Mantenimiento con Metadona como sustituto opiáceo y los programas de distribución de material de inyección son costo-efectivos y se espera, produzcan ahorros importantes al gobierno en el futuro. Esta evidencia fue soporte para recomendar al gobierno de Malasia hacer los esfuerzos necesarios por sostener y escalar aún más la combinación de programas como parte de las estrategias clave para controlar la expansión del VIH entre redes de personas que se inyectan drogas (Naning et al., 2013).

En el caso de China, uno de lo escenarios de mayor criminalización del fenómeno de las drogas ilícitas, se ha dado un escalamiento exponencial de los servicios tanto de sustitución como de distribución de material higiénico de inyección. Se pasó de 8 clínicas a 700 entre 2004 y 2011 y de 91 programas de distribución de jeringas a 930 entre 2003 y 2011. Aunque la epidemia de VIH aún no se encuentra del todo controlada, **la incidencia de VIH se ha reducido, así como la criminalidad asociada, se registran mayores niveles de ocupación en los usuarios de los servicios y mayor participación en actividades comunitarias y familiares** (Wolfe y Csete, s.f).

De acuerdo con ONUSIDA China pasó de tener 44% de nuevas infecciones asociadas a la inyección de drogas en 2003 a menos del 8% de nuevas infecciones en 2013 (UNAIDS, 2016).

5.1.2 Programas de mantenimiento con metadona (PMM)

En cuanto a los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), la efectividad ha sido medida en tasas de retención de usuarios, en reducción de uso de heroína y en mejoras en distintas áreas de funcionamiento social.



En VIH la reducción de la inyección a través de los PMM se asocia a una reducción del 54% en el riesgo de infección por VIH en las redes de PID. Así, se calcula que proveer suficiente acceso a este componente de reducción de daños puede prevenir 130,000 nuevas infecciones cada año (sin contar África Subsahariana) (UNAIDS, 2016).

Los estudios muestran que estos programas logran retener a los usuarios entre dos y cuatro veces más que otras modalidades de tratamiento, es decir que la tasa de retención es mayor al 75%, medida en un período de 12 meses. **A mayor tiempo de estadía en el tratamiento, mejores resultados, así en estancias de más de 24 meses la metadona reduce el uso de heroína** en niveles menores al 15%, en contraste con el uso previo reportado antes del ingreso al programa. Así mismo, el 80% de quienes abandonan el tratamiento recaen en la heroína, incluso aquellos que redujeron su uso estando en tratamiento. El mayor impacto registrado está en la reducción de la mortalidad, que al compararla con la mortalidad de usuarios que no están en tratamiento, es del 25% (Drucker et al, 1998).

En esta caso la evidencia ha sido clara en indicar que el éxito de los PMM depende de las características del programa y de la dosis, sin embargo, a mayor tiempo en tratamiento, menores tasas de VIH en casos en los que los programas fueron implementados tempranamente en el curso de la epidemia de VIH entre PID a nivel local.

De acuerdo con Kimber y colaboradores (2010) existe suficiente evidencia que permite concluir que los programas de mantenimiento con metadona en entornos comunitarios, es efectiva para reducir la infección por VIH, especialmente en personas que cuentan con tratamiento continuo.

La evidencia también es suficiente para concluir que **son eficientes a la hora de reducir la frecuencia de la inyección, el uso compartido de equipos y otras prácticas de riesgo asociadas.** Por el contrario, la evidencia es tentativa e indica que los PMM tienen un impacto limitado para el caso de la hepatitis C.

Concluyen también que los PMM cuentan con suficiente evidencia que respalda su **efectividad a la hora de reducir el riesgo de sufrir sobredosis letal.**



Según Drucker y colaboradores (1998), los usuarios de estos programas han mostrado reducciones entre 70% y 80% de uso de heroína y reducción en la práctica de la inyección, en función del tiempo en el tratamiento. Pero desde hace ya casi dos décadas es claro que la dosis de metadona (> 60 -100 mg) es crítica a la hora de predecir la reducción en la práctica de la inyección.

Además de las dosis, la accesibilidad a los programas y la reducción del umbral de los mismos a través de unidades móviles y de la atención por médicos generales, han contribuido a mantener controlada la epidemia de VIH entre PID en países como Australia.

Pero el espectro se ha ido ampliando en algunos países en los que se cuenta con alternativas a la metadona, como la buprenofina y la heroína farmacéutica. Esta última fue implementada por ejemplo, en clínicas en Suiza desde 1995. Para la época, el **seguimiento de 1,800 usuarios de heroína farmacéutica bajo supervisión médica, tuvo una tasa de retención superior al 80% en un año, mostrando además reducciones en arrestos y conducta criminal**, así como mayor involucramiento familiar y con pares no consumidores, con dosis de 400 mg de heroína al día (Wolfe y Csete, s.f).

5.1.3 Salas de consumo supervisado

En este caso, desde 2004 Hedrich señalaba la poca disponibilidad de información en torno al impacto de estos dispositivos en la incidencia de infecciones entre los usuarios y explicaba la dificultad metodológica para establecer un efecto causal del uso de estas salas a la hora de distinguirlo de los efectos de otras intervenciones en reducción de daños, generalmente disponibles en los entornos en los que existen estos dispositivos. Por tanto Kimber y colaboradores concluyen que no existe evidencia suficiente que permita concluir que las salas de consumo supervisado son efectivas y suficientes para reducir la prevalencia o la incidencia del VIH entre PID.

Evidencia tentativa indica que **su uso se asocia con reducción en prácticas de riesgo en la inyección, mejora en las prácticas de la inyección y en las condiciones de higiene en las que se llevan a cabo**, en los eventos en los que se hace uso del dispositivo y en usuarios regulares.

Dos evaluaciones llevadas a cabo en salas de Dinamarca y Canadá muestran que en el primer caso se encontraron resultados



importantes en reducción de robos, 80% de reducción de inadecuada disposición final de desechos contaminados y menos llamados de quejas de la comunidad mientras la sala estaba abierta.

Para el caso de la sala en Vancouver (Insite), se halló que reduce el uso compartido de equipos de inyección, riesgo de sobredosis, escenas abiertas de consumo en lugares públicos, violencia asociada al tráfico y al uso de sustancias, violencia contra la mujer usuaria de drogas, promueve el cuidado de la salud y la búsqueda de tratamiento sin aumentar el uso de drogas o el crimen asociado. El análisis de costo-efectividad de esta sala indicó que previene cerca de 35 nuevas infecciones de VIH y entre dos y tres muertes en la ciudad por año (UNAIDS, 2016).

En relación a la sobredosis, la evidencia es insuficiente para concluir que estos dispositivos reducen las sobredosis fatales a nivel comunitario; sin embargo, **no se registran muertes por sobredosis en estas salas** por lo que los autores concluyen que es altamente probable que las sobredosis que ocurrieron en las salas de consumo supervisado hubieran sido letales de haber ocurrido en entornos sin supervisión (Kimber et al., 2010).

5.1.4 Distribución de Naloxona por pares y otros actores comunitarios

La evidencia para el año 2010 de acuerdo con Kimber y colaboradores era insuficiente para concluir la efectividad de esta estrategia en la reducción de sobredosis y su letalidad. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud publicó en el año 2014 una guía basada en la evidencia para reducir las barreras de acceso a la Naloxona como antídoto para las sobredosis de opiáceos como la heroína, en entornos comunitarios.

La guía *Community Management of Opiate Overdose* ofrece una serie de recomendaciones a partir del análisis de la evidencia. En este caso y aun cuando la evidencia puede ser débil por la pobre calidad de los estudios disponibles, **la OMS recomienda que las personas con alta probabilidad de presenciar una sobredosis tengan acceso a la naloxona y sean entrenadas** en su adecuada aplicación para que puedan actuar en caso de ser testigos de una emergencia derivada de un evento de sobredosis.

La razón es que a pesar de no tener soporte en la evidencia, la intervención salva vidas y aparentemente no supone riesgos o daños



significativos. Así el panel a cargo de la revisión, considera que esta intervención es viable y puede beneficiar de manera importante a quienes sean testigos de una sobredosis y a quienes están en riesgo de sufrirla.

El grupo concluye también que la eficiencia de la naloxona es independiente de la vía de administración en que se administre y aun cuando no se cuenta con estudios que comparen la vía intravenosa con la intramuscular o nasal, **el antídoto ha demostrado ser efectivo en la reversión de la sobredosis vía intravenosa, intramuscular, subcutánea e intranasal.** Por tanto, la recomendación que emite la OMS es definir la ruta de administración con base en la formulación disponible, las capacidades de quienes la administren, el entorno y el contexto local. En todo caso existe certeza de que los beneficios sobrepasan los potenciales riesgos y daños y que los beneficiarios finales se verán favorecidos con tal recomendación independientemente de la vía de administración.

Según Ritter y Cameron (2005) el uso de naloxona en presentación intranasal podría mejorar el acceso al medicamento pues permitiría superar los temores médicos y las reservas legales en torno a la seguridad de los pacientes en casos de administración por parte de pares u otras personas de la comunidad.

Otra recomendación derivada de la guía es que en caso de sospecha de una sobredosis, los primeros respondientes administren primeros auxilios con masaje cardíaco, ventilación asistida y suministro de naloxona. Luego de la resucitación exitosa se recomienda monitorear con detenimiento el nivel de conciencia y la respiración hasta que se re-establezca por completo.

Lo que ocurre con esta guía basada en la evidencia, es indicativo de lo señalado previamente en torno a la evidencia. Hay limitaciones éticas a la hora de plantear estudios rigurosos y de controles cuando se trata de eventos críticos y potencialmente letales. Así mismo, el que no se hubieran encontrado estudios ni revisiones que se ajustaran a los criterios de elegibilidad definidos por los autores de la guía, no fueron impedimento para hacer recomendaciones. Su análisis se basó justamente en estudios observacionales en los que la naloxona estuvo disponible en entornos comunitarios para personas que la presenciaron y las tasas de mortalidad en tales casos fueron menores.



6. ¿Por qué necesita Colombia medidas de reducción de daños?

Colombia es uno de los pocos países en América Latina que presenta un consumo emergente de heroína. Otros países como México, Puerto Rico, Brasil, Argentina y Uruguay han experimentado el fenómeno de la inyección, pero solo en los dos primeros, la heroína es la droga primaria. En los países del Cono Sur, la inyección involucra principalmente cocaína y hoy en día es un fenómeno en relativa “contención” (Mejía, 2015).

El uso de heroína en Colombia se empezó a detectar desde la década de los noventa y fue confirmado por los estudios epidemiológicos nacionales tanto en 2008 como en 2013. En esta última medición se calculó que alrededor de 110,000 personas se habrían inyectado drogas al menos una vez en la vida y que más de 3,600 personas habrían usado heroína en el último mes.

Dada la dificultad de entender y medir a fondo estos fenómenos emergentes con estudios de hogares, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y del Derecho con la participación de UNODC, UNFPA y OPS llevaron a cabo una serie de estudios de metodologías mixtas entre los años 2009 y 2014, en distintas ciudades en las que se había detectado el fenómeno como consecuencia de la demanda de servicios en salud por parte de usuarios de esta sustancia.

Los resultados de la mayoría de los estudios que se han hecho en Colombia en la materia, fueron compilados en un estudio publicado por el Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Justicia en 2016, cuyas conclusiones indican que en efecto el fenómeno del uso de heroína y de la inyección de drogas existe desde hace más de una década en las ciudades de Armenia, Bogotá, Cali, Cúcuta, Medellín, Pereira y en municipios como Santander de Quilichao en el Cauca⁴.

La existencia de grupos de consumidores experimentando con heroína supone un riesgo inminente para la transición a

⁴ Vínculo al estudio referenciado:

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf



la inyección, ya que se trata del modo de uso que ofrece mejores efectos a menor costo. Ya es evidente la transición de patrones de uso de sustancias y vías de administración de las drogas y es también evidente que la práctica de la inyección, ha llevado a las personas que se inyectan drogas en Colombia a ser uno de los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH y a la hepatitis C.

Algunos de los estudios exploraron la caracterización de las PID en las ciudades, las prácticas de riesgo asociadas a la inyección, así como la prevalencia de VIH en 2011, 2012 y 2014, y de hepatitis C en 2014, y fueron llevados a cabo por la Universidad CES de Medellín. Las ciudades de Pereira y Medellín cuentan con dos mediciones comparables.

Como resultado de estos estudios, fue posible proyectar el tamaño de las redes de personas que se inyectan drogas en cinco de las ciudades participantes en la última medición, siendo cerca de quince mil, siete mil de ellas estarían en Medellín y Cali, más de cuatro mil en Pereira, Armenia y municipios aledaños, más de dos mil en Cúcuta y más de mil quinientas en Bogotá.

Aunque estas cifras pueden parecer “marginales”, es importante recalcar que este fenómeno ha sido siempre marginal si se compara con fenómeno del uso de drogas en general, ya que de acuerdo con UNODC cerca de 250 millones de personas usan drogas ilícitas en el mundo y el número de PID se calcula entre 13 y 16 millones, es decir el 6,4%. En Colombia, tal proporción sería de cerca del 5% de total de usuarios con consumo problemático. En efecto, se trata de un grupo minoritario, característica común a la mayor parte de poblaciones altamente vulnerables al VIH.

De otro lado, en muchos casos se argumenta e incluso se cuestionan las cifras arrojadas por estos estudios porque el fenómeno no es visible, porque las cifras de VIH en Colombia no lo reflejan y porque no existen cifras fiables de sobredosis o muertes asociadas, solo por dar algunos ejemplos. La realidad es que este fenómeno en Colombia y en el resto del mundo cae en la categoría de “oculto” y las poblaciones afectadas son por definición “difíciles de alcanzar”.

Por tratarse de una práctica altamente estigmatizada y por involucrar sustancias ilícitas, lo común es que se haga en entornos que ofrecen cierto grado de privacidad, las personas se ocultan y rara vez lo hacen a plena luz del día en lugares públicos, a no ser que se trate de lugares en los que ya se da el uso de estas y otras



sustancias, lugares poco frecuentados por la población general o por las autoridades.

Los estudios también han mostrado que las personas que se inyectan drogas tienen largas carreras de consumo, que pueden pasar hasta tres años de consumo antes de considerar pedir ayuda y que menos de la mitad de los consumidores activos terminan pidiendo ayuda. Así, no se trata de personas que acuden permanentemente a los servicios como posible ventana para hacerlos visibles.

De otro lado, es claro que en Colombia se pierden oportunidades de atención con frecuencia, que las personas que acuden a los servicios de salud no son tamizadas de forma sistemática, que el personal de salud no tiene en mente la importancia de indagar y explorar a fondo la situación de consumo de los usuarios, que se desconoce el fenómeno y que se les da de alta una vez se supera la crisis, pero que no se remiten a las rutas de servicios, cuando las hay y son funcionales, situación que es poco común en nuestro contexto.

A ello hay que agregar las barreras de acceso que impone el Sistema de Salud y la limitada oferta de servicios especializados y de calidad existente en la mayoría de las ciudades en las que se presenta el fenómeno.

Se enfrentan además grandes dificultades a la hora de medir la extensión de estos fenómenos a través de los sistemas de vigilancia en salud pública, ya que el sub-registro es la regla. Pero existen indicadores que muestran que en efecto la demanda de servicios por este fenómeno se viene incrementando. Solo la consulta de los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS)⁵ muestra que en apenas cinco años el número de atenciones por uso de opiáceos como la heroína pasó de 362 a 7.548 y el número de personas atendidas pasó de 143 a más de 1,000 en el mismo período (2009 – 2013). Y para el caso de intoxicación por opiáceos se pasó de 550 y más de 1,500 durante los mismos años.

De igual forma, la demanda de servicios especializados por heroína muestra un incremento de más del 240% en apenas 10 años (ODC/Minjusticia, 2016).

⁵ Revisión llevada a cabo por el Ministerio de Salud y Protección Social en Abril 2015.



Las personas que se inyectan drogas en Colombia se concentran en las cinco ciudades previamente mencionadas, ya que en Santander de Quilichao se presenta consumo de heroína principalmente por vía pulmonar. La mayoría son hombres con una relación hombre-mujer de 5 a 1-2 (variable por ciudad), y se evidencia en los últimos años un incremento en la participación de las mujeres en la práctica de la inyección, quienes suelen iniciarse en la práctica más temprano que los hombres. El promedio de edad de las PID es entre 25 y 27 años y la práctica se inicia entre los 17 y 19 años (ODC/Minjusticia, 2016).

En las ciudades de Bogotá, Medellín y Cúcuta la inyección se presenta más comúnmente en personas que altos niveles de escolaridad, mientras que en las ciudades de Armenia, Pereira y Cali el fenómeno afecta en mayor medida a personas con bajos niveles de escolaridad. No obstante, la deserción del sistema educativo es característica de esta población, independientemente del nivel de escolaridad alcanzado.

Aunque el fenómeno afecta a todos los niveles socio-económicos, las personas que se inyectan drogas tienden a empobrecerse y por ello la informalidad, el trabajo sexual y la venta de drogas son alternativas de ingreso para muchas de ellas.

La caracterización de las prácticas de riesgo indica que al menos el 41% de las PID en Colombia, usó jeringas previamente usadas por otras personas en los últimos seis meses y que al menos un 10%, con variaciones importantes por ciudades, lo hicieron en el último evento de inyección.

Así mismo, entre una de cada dos y una de cada tres (variable por ciudad) compartió elementos de la parafernalia para inyección tales como agua, cucharas y filtros con otras personas, en los seis meses previos a la medición.

Un poco más de la mitad de las PID dijo haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los seis meses previos a la medición, la mitad de ellas nunca usó condón en tales encuentros sexuales. Un poco más de una tercera parte usó condón en su última relación sexual.

Para el caso de la sobredosis se registra un incremento importante de los eventos de entre el año 2011 y 2014 en las ciudades de Medellín y Pereira pasando de 38% al 63% y de 25% al 32% respectivamente. Para el año 2014 alrededor de una de cada tres



PID dijeron haber vivido al menos una vez una sobredosis, alrededor del 75% había sabido de alguna persona que había muerto tras una sobredosis y alrededor del 65% había sido testigo de este evento.

Tal como se señala en el estudio de ODC y Minjusticia (2016) " (...) es evidente que las personas que se inyectan drogas en Colombia corren altísimos riesgos de exposición a virus como el VIH y las hepatitis virales, así como a riesgos de lesiones e infecciones bacterianas. No es inusual que la inyección ocurra en lugares que difícilmente ofrecen las mínimas condiciones de limpieza y seguridad para los usuarios y que las jeringas se cedan o no se desechen con precaución. La falta de acceso a parafernalia limpia, así como la baja percepción de riesgo frente a compartir los equipos con personas cercanas y conocidas son factores que incrementan la vulnerabilidad de estas personas a ver seriamente afectada su salud." (p.81. ODC/ Minjusticia, 2016)

El impacto de las prácticas de riesgo asociadas a la inyección se reflejan ya en las cifras de prevalencia de VIH y de hepatitis C entre PID. Desde la primera medición de estos indicadores en el año 2002 en Bogotá, las cifras eran mayores a las de la población general, acercándose al 1%. Para el año 2011 las ciudades de Medellín, Pereira y Cali mostraban prevalencias de VIH por debajo del 5%. En apenas tres años la prevalencia aumentó en Pereira en seis puntos porcentuales pasando de 1,9% a 8,4% y en Medellín aumentó en dos puntos porcentuales pasando de 3,8% a 6,3%, mientras que en Cúcuta fue de 5,7%. Las ciudades de Bogotá y Armenia mantienen aún la prevalencia por debajo del 5% siendo de 3,6% y 2,6% respectivamente.

La medición de la hepatitis C que es por lo regular varias veces más alta que la de VIH, arrojó los siguientes resultados: Pereira 45%; Medellín 35,6%; Armenia 31%; Cúcuta 21,4% y Bogotá 6,7%.

Así, es claro que **los virus de VIH y hepatitis C circulan ya en las redes de personas que se inyectan drogas en Colombia** y que habiendo superado el límite del 5% de prevalencia en tres de las cinco ciudades en las que se presenta el fenómeno, se requerirán más esfuerzos para contener la epidemia en ellas y para impedir que en Armenia y Bogotá se supere este límite.

ONUSIDA ha enfatizado en la importancia de mantener la prevalencia por debajo del umbral. Este último se supera cuando la tasa de transmisión pasa de uno. En otras palabras, la epidemia



crece cuando una individuo infecta a más de una persona a lo largo de su vida. En el caso de las personas que se inyectan drogas, el umbral es el 5% y una vez superado, las posibilidades de contener la infección y de bajar la velocidad con la que se expande en este y en otros grupos de población, se reducen (ONUSIDA, et al., 2003, citado por ODC/Minjusticia, 2016). Es decir que se requerirán muchos más recursos financieros, técnicos y humanos, así como tiempo para contener la epidemia y los costos sociales y sanitarios se potenciarán. Por ello, este organismo ha insistido en que **la clave de la prevención eficaz está en mantener la prevalencia por debajo del umbral.**

Como ya se ha dicho y se ampliará en el siguiente apartado, Colombia ha avanzado en definir una plataforma programática y lineamientos para hacer posible que las entidades territoriales focalicen acciones de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual y sanguínea (ITSS) en personas que se inyectan drogas.

Así mismo, la cooperación internacional en cabeza de Open Society Foundations, el Ministerio de Salud y Protección Social en Convenios con UNODC, OPS y OIM, y el Ministerio de Justicia y del Derecho, han asignado recursos para impulsar diversas acciones que incluyen la asistencia técnica a los territorios afectados por el fenómeno, la financiación de programas de distribución de material higiénico de inyección, el fortalecimiento de la capacidad de atención a través del tratamiento con sustitutos opiáceos, la formación de equipos locales en temas de reducción de daños, el intercambio con expertos internacionales, el desarrollo de herramientas técnicas y lineamientos, el desarrollo de estudios, entre otros esfuerzos. Todos ellos con fundamento en la existencia de una política pública que incluye la reducción de daños como parte fundamental de la respuesta nacional al consumo de drogas y su impacto sobre la salud y la convivencia y que viene en desarrollo desde el año 2007.

A ello hay que agregar que por primera vez el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria estudia la posibilidad de apoyar acciones de reducción de daños con énfasis en VIH para personas que se inyectan drogas en Colombia, para los próximos tres años.

Aun así, las cifras epidemiológicas y los consecuentes costos siguen en aumento, lo que indica que la escala de los esfuerzos es limitada y que existen grietas y brechas importantes



en la respuesta que hacen que muchos de los esfuerzos al final se debiliten o se pierdan y que es necesario corregir.

7. Marco programático y normativo que da soporte a la reducción de daños en Colombia y en el mundo

7.1 Marco Internacional

La Organización Mundial de la Salud declara en su página oficial lo siguiente: “La OMS apoya enérgicamente la reducción de daños como una estrategia basada en la evidencia para la prevención, tratamiento y atención de las personas que se inyectan drogas, y ha establecido un conjunto integral de medidas (...). La OMS trabaja en estrecha colaboración con la UNODC, el ONUSIDA y otras partes interesadas, incluida la sociedad civil, para preconizar la puesta en práctica de esas intervenciones”.⁶

Tales medidas se integraron a la guía *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, cuya primera versión se publicó en 2009 y se revisó en 2012. La guía es producto del esfuerzo de las tres agencias de las Naciones Unidas y de numerosos expertos internacionales en el campo y da respuesta a diversos compromisos adquiridos en las Declaraciones Políticas frente al VIH/Sida y las drogas ilícitas, evaluaciones de avance en la respuesta ante el VIH/Sida, guías operacionales para el cumplimiento de metas, entre otros.

Nuevos compromisos se han establecido en 2015 y 2016 y en ellos se reitera la necesidad de impulsar acciones de reducción de riesgos y daños en poblaciones que usan drogas, y en particular en personas que se inyectan drogas.

Algunos de la más relevantes son:

- Declaración del Milenio 55/2 Asamblea General de las Naciones Unidas, 2000 cuyo Objetivo 6 definía combatir el VIH/Sida, la malaria y otras enfermedades para el año 2015.

⁶ Fuente: <http://www.who.int/hiv/topics/idu/about/es/>



- Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/Sida, Asamblea General de las Naciones Unidas, 2001
- Expert Group Meeting on Measuring and increasing coverage of HIV/AIDS prevention and care services for IDUs, UNODC, 2005
- Operational Guidance on Setting National Targets for Moving Towards Universal Access; Section 4: Setting ambitious targets. Geneva, UNAIDS, 2006
- Hacia el acceso Universal / Towards universal access: assessment by the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS on scaling up HIV prevention, treatment, care and support. Asamblea General de las Naciones Unidas, A/60/37, 2006
- Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: guidelines for construction of core indicators, 2010 reporting. United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS. UNAIDS, UNGASS 2009
- Resolución 63.18 sobre Hepatitis Virales, Asamblea Mundial de la Salud
- Resolución 53/9: Achieving universal access to prevention, treatment, care and support for drug users and people living with or affected by HIV. Comisión de Drogas Ilícitas, Viena, 2010
- Resoluciones 63.18 de 2010 y 67.6 de 2014 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre hepatitis virales.
- Declaración Política sobre el VIH/Sida Asamblea General de las Naciones Unidas Resolución 65/277, Nueva York 2011, reiterando el compromiso de reducir el VIH en un 50% entre PID para 2015.
- Objetivos del Desarrollo Sostenible, Asamblea General de las Naciones Unidas, 2015
- Declaración Política sobre el VIH/SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030, Asamblea General de las Naciones Unidas, A/70/L.52, Nueva York 2016.
- Resolución y Declaración Política "Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas" Sesión Especial Asamblea General de las Naciones Unidas UNGASS, Nueva York, 2016.



La *Declaración Política sobre el VIH/Sida* firmada en Junio de 2016, dice que a pesar de los considerables progresos en ampliar los programas de reducción de riesgos y daños, el acceso a terapia antiretroviral y otras intervenciones de prevención del VIH, hepatitis virales y otras ITSS entre consumidores de drogas, en diversos países y regiones, *se constata la falta de progreso en la reducción de la transmisión del VIH entre las personas que usan drogas y en particular entre las personas que se inyectan drogas pues su cobertura es insuficiente.*

Así mismo, señala el documento que *la aplicación de leyes restrictivas marginan y discriminan a las personas que usan drogas y a las PID, lo que les impide acudir a servicios para el VIH.* Por tanto, se hace un llamado a garantizar el acceso a estas intervenciones incluso en los servicios de tratamiento, las cárceles y los centros de detención y promueven el uso de la *Guía Técnica de la OMS, UNODC y ONUSIDA para establecer metas de acceso universal de los consumidores de drogas por vía inyectada a la prevención, tratamiento y atención del VIH.*

Por último, la Declaración expresa preocupación por cuanto el estigma y la discriminación basadas en el género y la edad son obstáculos adicionales para que mujeres y jóvenes que usan drogas y se inyectan, acudan a los servicios.

De igual modo la Resolución expedida por la Asamblea General de las Naciones Unidas como resultado de la Sesión Especial para abordar el tema de las drogas ilícitas (UNGASS 2016), reitera el compromiso de acabar con la epidemia de VIH/Sida para el año 2030, y de combatir las hepatitis virales y otras ITSS entre personas que usan drogas y se inyectan drogas e invita a los estados miembros a implementar medidas para:

"... reducir al mínimo las consecuencias adversas del uso indebido de drogas para la sociedad y la salud pública, entre ellas, cuando proceda, programas de terapia asistida por medicación, programas relacionados con el equipo de inyección, así como la terapia antirretroviral y otras intervenciones pertinentes destinadas a prevenir la transmisión del VIH, la hepatitis viral y otras enfermedades de transmisión sanguínea relacionadas con el consumo de drogas, y a que consideren la posibilidad de garantizar el acceso a esas iniciativas, incluso en los servicios de tratamiento y



divulgación, las cárceles y otros centros de detención, y promover a ese respecto, según proceda, el uso de la guía técnica publicada por la Organización Mundial de la Salud, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y el ONUSIDA para que los países establezcan metas en relación con el acceso universal de los consumidores de drogas por inyección a la prevención, tratamiento y atención del VIH". P 7/25 Resolución aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 19 de Abril de 2016 en Nueva York.

7.2 Marco Nacional

- Constitución Política de Colombia 1991, Artículo 49 "La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, donde se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud".
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 adoptado por Resolución 1841 de 2013, define las competencias de departamentos y municipios para la promoción de la salud y la calidad de vida, la prevención de riesgos, recuperación y superación de los daños en la salud.
- Política Nacional para la reducción de consumo de sustancias psicoactivas y su impacto (2007). Define dentro de los cuatro ejes de acción el de *mitigación del impacto del consumo de drogas* cuyo propósito es reducir la vulnerabilidad a sufrir riesgos y daños. Por tanto, viabiliza la reducción de riesgos y daños asociados a prácticas de consumo de alto riesgo.
- Ley 1566 de 2012 *por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas*. Define la atención integral como el derecho de toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso o adicción a sustancias lícitas e ilícitas, a ser atendida en forma integral por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o



privadas especializadas por el tratamiento de dichos trastornos.

- Plan Nacional de Respuesta al consumo de heroína y otras drogas por vía inyectada (2013). Enmarcado en la Política Nacional, define intervenciones en las cuatro líneas de acción: prevención, *mitigación*, tratamiento y fortalecimiento de las capacidades territoriales.
- Ley 1641 de 2013 *Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones*. Circular 11 de 2016 de la Procuraduría General de la Nación cuyo asunto es la *implementación de acciones para la atención integral a la población habitante de la calle*.
- Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH-Sida 2014 – 2017 que incluye por primera vez en sus ejes de acción a las personas que se inyectan drogas como uno de los grupos de alta vulnerabilidad al VIH/Sida en Colombia, y define objetivos y resultados esperados en promoción y prevención y atención integral para esta y otras poblaciones clave priorizadas.
- Plan Nacional de Control de Hepatitis Virales 2014-2017 integra acciones de promoción de la salud, prevención y control de la transmisión, el diagnóstico y la atención integral, la gestión del conocimiento, el fortalecimiento de las capacidades territoriales, monitoreo y evaluación para poblaciones clave dentro de las que se encuentran las personas que se inyectan drogas.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021 a partir de su amplio marco normativo y sus enfoques conceptuales entre ellos, el enfoque de derechos, el enfoque de determinantes sociales de la salud, el enfoque diferencial, define el abordaje por dimensiones prioritarias y transversales y define las líneas operacionales. Hace parte de sus objetivos estratégicos la *cero tolerancia con la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables*, definidos como “la existencia de los servicios de



salud y la tecnología necesaria, de modo que su presencia significa fallas en el proceso de atención, estos daños en salud evitables persisten a pesar de la tendencia creciente (...) de asumir el enfoque preventivo y anticipatorio desarrollando servicios que previenen las enfermedades y mantienen la salud, además de los tradicionales cuyo objetivo es recuperarla o restituirla”

- Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 define la *Política de Atención Integral en Salud* basada en la gestión de riesgo y señala que la gestión integral del riesgo en salud es actividad central de los agentes del sistema para la minimización del riesgo y mitigación del daño, con énfasis en usuarios con patologías crónicas.

Define además en su Objetivo 5 *Enfrentar el problema de las drogas desde una perspectiva integral y equilibrada*, una política integral con enfoque de derechos y acciones de prevención y atención del consumo problemático de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de salud pública, incluyendo la “*reducción de riesgos y daños con el fin de prevenir las afectaciones de los consumidores de sustancias psicoactivas que no tienen la voluntad o la capacidad para dejar el uso de drogas*”. Así mismo contempla: “*la implementación de programas sólidos de mitigación del daño asociado al consumo problemático, tales como el intercambio de jeringas y los tratamientos con medicamentos que reducen la dependencia*. Estas acciones se implementarán en el marco de la Ley 1566 de 2012, por medio de la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.”

- Plan para la Promoción de la Salud, Prevención y Atención al consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021. Define en armonía con el Plan Decenal de Salud Pública y su línea de gestión de riesgo en salud el componente de *Reducción de Riesgos y Daños*, con el cual se busca promover acciones orientadas a reducir los efectos negativos del uso de drogas, los riesgos asociados a las prácticas de consumo, y favorecer la accesibilidad a la red asistencial de estos usuarios, mejorando su calidad de vida.



Se establece en el Plan, el desarrollo de lineamientos técnicos y operativos para la implementación de acciones de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, la implementación del Plan Nacional de respuesta al consumo de heroína y otras drogas por vía inyectada y el diseño de procesos de habilitación de servicios para la reducción de riesgos y daños asociados.

- Sentencia C 313 de 2014 de la Corte Constitucional de la Ley Estatutaria sobre el Derecho Fundamental a la Salud: Reitera que en Colombia la salud es un derecho fundamental y como tal irrenunciable tanto para individuos como para colectivos y su ejercicio es expresión de la autonomía del individuo.

El derecho a la salud entraña libertades y derechos: libertad de controlar su salud y su cuerpo, es decir no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos sin su consentimiento y un sistema de protección de la salud que brinde iguales oportunidades.

La salud como derecho y servicio público son interdependientes, por tanto, el derecho a la salud incluye prestar servicios y evitar daños y esto último no puede posponerse. La prevención es parte integral de la política social del Estado y de los servicios a los que deben poder acceder los ciudadanos.

- Ley Estatutaria 1751 de 2015 *por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. La gestión de riesgo en este marco debe evitar la regresividad en el goce y la vulneración de derechos. La vulneración puede ser *positiva* cuando se genera un daño y *negativa* cuando se omite la prestación de un servicio de salud. En cuanto a la regresividad se establece un especial cuidado a los grupos marginales y vulnerables.
- Resolución 518 de 2015 define la gestión en salud pública y da las líneas operativas para el *Plan de Intervenciones Colectivas*. Define la gestión del riesgo en salud como el proceso que



permite a los entes territoriales identificar, analizar e intervenir riesgos colectivos en salud, hacer frente a las amenazas y vulnerabilidades, disminuyendo o manteniendo en niveles socialmente aceptables los eventos negativos para la salud a través de estrategias de prevención o mitigación. Esta resolución ha incluido de manera explícita las acciones de reducción de daños para PID con la provisión de medios para asegurar por ejemplo, la inyección higiénica, así como la operación de dispositivos de base comunitaria (centros de escucha por ejemplo) y las pruebas de detección de hepatitis B y C.

El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas es complementario al Plan Obligatorio de Salud POS y busca impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud a través de intervenciones individuales o colectivas de alta externalidad en salud, de acuerdo con lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública.

En este marco **las intervenciones de reducción de daños se consideran de alta externalidad en salud**, es decir que son costo-efectivas y que al ser aplicadas a nivel individual afectan positivamente a la población, mejorando sus capacidades o condiciones y/o atenuando riesgos colectivos en salud, protegiendo a la comunidad en su conjunto de un riesgo en salud.

- Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Resolución 429 de 2016 que busca la generación de mejores condiciones de salud de la población con fundamento en la Atención Primaria en Salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. La política se concibe a partir de la gestión del riesgo en salud que supone la identificación de todos los eventos o situaciones que pueden afectar los objetivos y metas de salud, sus causas y exigir su intervención. Ello implica la planeación y puesta en marcha de



acciones encaminadas a mitigar, reducir o eliminar el riesgo y sus efectos, así como el monitoreo de sus resultados.

De acuerdo con la PAIS la gestión integral del riesgo en salud "es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y traumatismos para que no se presenten o si se tienen, detectarlos y tratarlos precozmente para impedir o acortar su evolución y sus consecuencias. Esto implica la acción coordinada de actores sectoriales e intersectoriales en la identificación de las circunstancias y condiciones que inciden en su aparición y desenlace, originadas en los individuos, los colectivos y en los entornos donde se desarrollan; la clasificación de las personas según se vean afectadas por estas circunstancias y condiciones, así como el diseño y puesta en marcha de acciones integrales y efectivas para eliminarlas, disminuirlas o mitigarlas" (p.41) (MSPS, 2016)

"Comprende un conjunto de acciones dirigidas a minimizar el riesgo de ocurrencia de enfermedad a reducir la severidad de las consecuencias de la enfermedad, una vez se ha presentado. El riesgo se entiende como 'la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubieran podido evitarse'" (Resolución 1841 de 2013, p. 51) (MSPS, 2016)

- Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) propone intervenciones que incluyen acciones de promoción y cuidado de la salud, protección específica, detección temprana, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, con oportunidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia y efectividad. Incluye acciones dirigidas a generar bienestar, mantener la salud, detectar riesgos y enfermedad, curar la enfermedad y reducir la discapacidad.



- Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), Resolución 3202 de 2016: por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud y se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), entre ellas la Ruta de Atención Integral del Consumo de Sustancias Psicoactivas que incluye la Ruta de Trastornos Asociados al Consumo de Sustancias Psicoactivas.

La RIAS determina de manera explícita el desarrollo de acciones de reducción de daños para las personas que no están en contacto con servicios de tratamiento y define a las personas que usan drogas y a las personas que se inyectan drogas como parte de los grupos de riesgo a priorizar. La inclusión explícita de este grupo determina la gestión de la salud pública y el desarrollo de intervenciones colectivas e individuales, así como las intervenciones basadas en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios. Así mismo, las RIAS definen las condiciones necesarias para asegurar la integralidad de la atención.

De acuerdo con el MSPS *la atención integral en salud es "conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materialicen en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos."* (MSPS, 2016)

8. Los mínimos de la reducción de daños, un marco para Colombia

La Organización Mundial de la Salud publicó en 2014 la guía que consolida en un documento las recomendaciones para el manejo del



VIH en poblaciones clave, denominada *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. En ella se reiteran las recomendaciones que este organismo ha emitido en distintas guías basadas en la evidencia para la prevención, el diagnóstico y el cuidado frente al VIH en diversas poblaciones, entre ellas las personas que se inyectan drogas.

Este organismo recomienda medidas de reducción de daños para personas que usan drogas que se resumen de la siguiente forma:

1. Todas las personas de las poblaciones clave que se inyecten drogas deben tener **acceso a material de inyección estéril** a través de programas de distribución de jeringas.
2. Todas las personas de las poblaciones clave que son dependientes de opiáceos deben tener alternativas y **acceso a terapias de sustitución por opiáceos**.
3. Todas las personas de las poblaciones clave que presenten uso problemático o de alto riesgo de alcohol u otras sustancias deben tener **acceso** a intervenciones basadas en la evidencia incluyendo **intervenciones psicosociales breves, evaluación y asesoría**.
4. Las personas con posibilidad de presenciar una sobredosis por opiáceos deben tener **acceso a la Naloxona** y ser capacitadas en su uso para el manejo de emergencias asociadas a eventos de sobredosis.

Para la prevención del VIH en poblaciones clave, recomienda:

5. El **uso correcto y consistente del condón con lubricantes** adecuados por parte de todas las poblaciones clave para prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)
6. La **profilaxis post-exposición** (PEP) debe ofrecerse como opción preventiva adicional a las poblaciones clave en riesgo de contraer el VIH y como parte del abordaje integral para la prevención del VIH.
7. La profilaxis post-exposición (PEP) debe estar disponible para todas las personas de las poblaciones clave que sean elegibles a ella, de manera voluntaria después de una posible exposición al VIH.
8. La **asesoría y prueba voluntaria (APV)** debe ser ofrecida de manera rutinaria a todas las poblaciones clave tanto en entornos comunitarios como en los servicios de salud. Las pruebas de VIH y la



asesoría pre-post prueba que se ofrezcan en entornos comunitarios deberá estar vinculada con acciones de prevención, atención y tratamiento.

9. Las personas de las poblaciones clave que viven con VIH deben tener el mismo **acceso a terapia antiretroviral (TAR)** que el resto de la población.

10. Todas las mujeres de las poblaciones clave que estén en embarazo deben tener el mismo acceso que otras mujeres a **servicios de prevención de transmisión materno infantil** que otras mujeres.

11. Las poblaciones clave deben tener el mismo **acceso** a intervenciones de **prevención, tamizaje y tratamiento de la tuberculosis** que otras poblaciones en riesgo de VIH o que viven con VIH.

12. Las poblaciones clave deben tener el mismo **acceso** a intervenciones de **prevención, tamizaje y tratamiento de hepatitis B y C** que otras poblaciones en riesgo de VIH o que viven con VIH.

13. El **tamizaje y manejo de eventos en salud mental** (depresión y estrés psicosocial) deben ser **rutinarios** y deben estar disponibles para las personas de los grupos clave que viven con VIH con el fin de mejorar los resultados en salud y mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral. El manejo puede ir desde la asesoría para el VIH y la depresión hasta tratamientos médicos que sean necesarios.

14. El **tamizaje, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual** debe ser ofrecido **de manera rutinaria** como parte de la prevención y atención integral al VIH para las poblaciones clave.

15. Las personas de las poblaciones clave incluyendo aquellas que viven con VIH deben poder **llevar una vida sexual plena y placentera y tener acceso a diversas alternativas reproductivas.**



16. Las leyes en torno a **la interrupción voluntaria del embarazo deben proteger las salud y los derechos humanos de todas las mujeres**, incluyendo aquellas de las poblaciones clave.

17. Es importante **ofrecer tamizaje para el cáncer cervical** a todas las mujeres de las poblaciones clave.

18. Es importante que todas las mujeres de las poblaciones clave cuenten con el mismo **apoyo y acceso a servicios de anticoncepción y cuidado del embarazo** con el que cuentan las mujeres de otros grupos poblacionales.

Por último, este organismo recomienda:

19. En la medida que sea necesario, revisar las leyes, políticas y prácticas, con participación de representantes de las poblaciones clave, para que se **avance en la implementación y el escalamiento de servicios para el cuidado de la salud** de las poblaciones clave.

20. Los países deben trabajar para implementar y reforzar **leyes de antidiscriminación y protección**, basadas en los estándares de derechos humanos, para **eliminar el estigma y la violencia contra personas de las poblaciones clave**.

21. Los **servicios de salud deben estar disponibles, ser asequibles y aceptables** para las poblaciones clave, con base en los principios de **ética médica, eliminación del estigma, la no discriminación y el derecho a la salud**.

22. Los programas deben trabajar para implementar un **paquete integral de intervenciones que refuercen el empoderamiento comunitario** entre las poblaciones clave.

23. La violencia en contra de las personas de los grupos clave debe prevenirse y abordarse en conjunto con las organizaciones de las poblaciones clave. Toda **violencia en contra de las poblaciones clave debe ser denunciada y monitoreada** y crear los mecanismos que permitan el acceso a la justicia.



Para el caso de las personas que se inyectan drogas la OMS reitera en esta guía del año 2014, lo que impulsó junto con ONUSIDA y ONUDD en 2009 en la Guía Técnica previamente referida denominada *WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users* y que fue actualizada en 2012 e impulsada en las instancias de más alto nivel de las Naciones Unidas y de las agencias de cooperación, tanto para el tema de consumo de drogas ilícitas como para el VIH.

Los países en los que el uso de drogas por vía inyectada ocurre deben implementar de manera inmediata programas de distribución de material estéril para inyección y tratamiento con sustitutos opiáceos. Estas son las medidas de reducción de daños esenciales que una vez puestas en marcha, deberán facilitar y reforzar el acceso a la atención al VIH de manera específica: asesoría y prueba voluntaria, terapia antiretroviral y mejorar la adherencia a los tratamientos.

Las medidas de reducción de daños deberán también llegar a las personas que usan drogas por vía no inyectada y que están en alto riesgo de exposición al VIH y a otras ITSS a través del acceso a tratamiento basados en la evidencia y la provisión de parafernalia limpia para el uso no inyectable de drogas ajustados a los patrones locales de uso de drogas.

8.1 Paquete integral de intervenciones en personas que se inyectan drogas

El abordaje del VIH asociado al uso de drogas por vía inyectada es uno de los desafíos clave del sector salud, por tanto incluye una serie de medidas que permiten alcanzar a esta población de manera integral y que incluyen medidas de prevención, atención y tratamiento:

1. Programas de distribución de material estéril para la inyección (PMI)
2. Tratamiento de sustitución con opiáceos y otros tratamientos basados en la evidencia para el manejo de la dependencia a la heroína
3. Asesoría y prueba voluntaria para el VIH (APV)
4. Terapia antiretroviral (TAR)



5. Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)
6. Programas de distribución de condones a las PID y sus parejas sexuales
7. Estrategias de información, educación y comunicación (IEC) para personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales
8. Prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales
9. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

Como parte de un paquete comprensivo e integral debe incluirse la prevención y manejo de sobredosis, que incluya en donde esté disponible la Naloxona como antídoto eficaz para reducir la letalidad de este evento, recomendación que ha incluido la OMS en una guía posterior denominada *Community Management of Opiate Overdose* (2014).

Con excepción del acceso comunitario a la Naloxona, aspecto que aun no cuenta con un soporte normativo y programático en Colombia, el resto de las intervenciones, incluidos los primeros auxilios en casos de sobredosis, cuentan con bases sólidas para su implementación en nuestro contexto. Por ello, la intervención integral que permita reducir la vulnerabilidad de las personas que se inyectan drogas es hoy posible en Colombia. Esta debería conducir a la reducción del impacto de las consecuencias adversas del uso inyectable de sustancias lícitas e ilícitas y a minimizar la incidencia de la práctica en la dinámica de la epidemia de VIH y de hepatitis virales en nuestro contexto, con el consecuente mejoramiento de la calidad de vida, bienestar, seguridad y salud de estas personas, y en consecuencia, de la población general.

9. Buenas prácticas en la implementación de las acciones en reducción de daños

Las buenas prácticas buscan mejorar la efectividad y la calidad de los programas de reducción de daños que se encuentran en curso y los que estén por implementarse. La efectividad de los mismos deberá medirse en la efectiva reducción de la transmisión del VIH, las hepatitis virales y otros daños asociados al uso de drogas por vía inyectada y también para el uso de drogas por vías distintas a la inyección.



En entornos en los que los recursos son escasos, es imperativo reorientarlos hacia las prácticas que aseguren un mayor impacto y efectividad, con ello no solo podrán mejorarse los resultados en salud y calidad de vida de los grupos beneficiarios sino incidir de manera más eficaz en la gestión de recursos financieros para los programas.

Por tanto, en Colombia podrían afrontarse dificultades para asegurar la plena integralidad de los programas, con todos y cada uno de los componentes que recomienda la Organización Mundial de la Salud, y a la escala necesaria con miras al acceso universal, pero estas limitaciones no deberían ser una talanquera para avanzar en la implementación de intervenciones específicas de reducción de daños que sean de calidad, de acuerdo a los recursos de los que se disponga. A continuación se describen las buenas prácticas en las principales estrategias de reducción de daños.

9.1 Programas de distribución de material estéril para la inyección (PMI)

Buscan reducir al mínimo la circulación de jeringas potencialmente contaminadas en el entorno y asegurar que las personas que se inyectan drogas cuentan con todo el equipo estéril necesario cada vez que se inyecten, para reducir así la transmisión del VIH, las hepatitis B y C y otras infecciones.

9.1.1 Recomendación de buenas prácticas⁷:

- Proveer jeringas estériles en la cantidad que sea requerida por quienes usan el servicio, sin exigir que regresen las jeringas usadas.
- No limitar el número de jeringas que se dan a cada persona en cada visita o contacto con el servicio. La condición de

⁷ Las recomendaciones para los PMI se basan en la guía de buenas prácticas para programas de reducción de daños del *Working Group on Best Practice for Harm Reduction Programs in Canada* publicada en 2013.



“intercambio”⁸ una jeringa estéril por una jeringa usada *no* es recomendable.

- Educar y sensibilizar a los usuarios de los servicios para que regresen al servicio el material usado o para que lo desechen de forma adecuada.

✓ **Nota:** El ideal es asegurar que los usuarios cuenten con guardianes individuales⁹ para desechar sus jeringas, agujas de manera segura y que lleven los guardianes con el material al servicio para que sea apropiadamente desechado. En ausencia de guardianes individuales, siempre es posible enseñar alternativas como desechar las jeringas en botellas con tapa u otro recipiente sólido con tapa, que minimicen el riesgo de pinchazos accidentales. Estos recipientes deben estar debidamente marcados y evitar llenarlos más de 2/3 partes.

- Ofrecer distintos tipos de jeringas por tamaño, grosor y marca, de acuerdo con las preferencias de los usuarios, las sustancias disponibles y las realidades locales. Educar a los usuarios en el uso apropiado de los tipos de jeringas que se provean.

✓ **Nota:** Es necesario asegurar en todo caso, que las jeringas que se provean sean de mínimo *espacio muerto*¹⁰ para minimizar la cantidad de sangre que queda acumulada en la jeringa tras el uso.

Las jeringas más comúnmente usadas son las de una sola pieza de 0,5 a 1 c.c., con mínimo *espacio muerto*, entre otras razones porque los usuarios saben que se pierde menos sustancia en ese espacio. Pero algunas redes de PID prefieren utilizar jeringas con

⁸ Por esta razón se ha cambiado el término tradicionalmente usado para estos programas, antes conocidos como “programas de intercambio de jeringas”.

⁹ Importante asegurar que los guardianes no se puedan abrir para evitar la reutilización de los equipos que se almacenan.

¹⁰ Es el espacio vacío con el que cuentan todas las jeringas entre la aguja y el émbolo. Una vez el émbolo se acciona para la aplicación, queda una parte del fluido almacenada en ese espacio vacío. A mayor espacio muerto mayor cantidad de fluido acumulado y viceversa.



aguja desmontable, ya que con ella pueden hacer la mezcla y suele ser más gruesa, lo que impide que se tapone con facilidad y si ocurre es posible reemplazarla. Ello incrementa el riesgo de lesiones en las zonas de inyección y tienen mayor *espacio muerto*. Si las personas no están dispuestas a cambiar la práctica con agujas de una sola pieza, es necesario que el kit cuente con agujas de repuesto.

- Educar a los usuarios acerca de los riesgos de usar equipos de inyección no estériles.
 - Proveer kits o paquetes de insumos para una inyección estéril con el siguiente contenido: jeringas estériles, agua estéril, cazoletas (en reemplazo de cucharas o tapas), paños de alcohol, filtros, torniquetes, condones y lubricantes.
- ✓ **Nota:** El ácido ascórbico (vitamina C) es requerido en algunos contextos en los que la heroína disponible no se diluye fácilmente (marrón u oscura), o donde se inyecta cierto tipo de cocaína (tipo crack poco común en nuestro medio). En tales casos, los usuarios recurren al jugo del limón, práctica que incrementa los riesgos de infección por hongos o bacteriana. Si este es el caso, el kit debe contener ácido ascórbico o cítrico en polvo en cantidad suficiente para una sola inyección y evitar así la reutilización. El uso de vinagre se ha probado también como alternativa, sin evidencia de daños asociados.

Los filtros que se utilicen deben ser estériles de un máximo de 22 µm para asegurar que retienen la menor cantidad de líquido posible ya que implica pérdida de dosis para los usuarios. No se recomienda el uso de filtros de algodón que no sean estériles ya que en la literatura se han documentado casos asociados de infecciones bacterianas y la llamada “fiebre del algodón”.

9.1.2 Justificación para los insumos que contiene el kit:

Cada uno de los elementos contenidos en un kit de inyección juega un papel esencial en función de los rituales y prácticas de uso de drogas por vía inyectada y la parafernalia que involucra.



El ritual de inyección implica preparar la dosis a consumir. La droga o drogas se mezclan en un **recipiente** (cuchara o tapa) con **agua** para diluirlas. Si la mezcla se calienta o se cocina tal recipiente debe ser metálico. Algunos tipos de sustancias son difíciles de diluir, por lo que las PID suelen usar **filtros** para evitar que partículas sólidas entren en la jeringa y esta se tapone, con lo cual es necesario desecharla y se corre el riesgo de perder la dosis.

1. **Jeringas y agujas** buscan reducir el riesgo directo de transmisión que existe cuando se comparten y se usan jeringas no estériles o previamente usadas por otras personas. Incluso si las jeringas se limpian con un agente químico como el hipoclorito, esa jeringa no es estéril. Los **otros insumos** buscan reducir el riesgo del intercambio indirecto de sangre que existe cuando se comparten otros elementos de la parafernalia que podrían contener trazas de sangre de otras personas, así como otros riesgos propios de la práctica.
2. **Agua estéril.** Dado que el agua de la mezcla entra directo al torrente sanguíneo, el ideal es que se trate de **agua estéril** con el fin de evitar infecciones bacterianas que podrían ocasionar abscesos, endocarditis y afectar órganos vitales.

El agua también se usa para el enjuague de las jeringas previamente usadas o la limpieza de cazoletas o recipientes para la mezcla. Es común en los rituales que se utilice una única fuente de agua en la que más de una persona enjuaga sus jeringas. En todo estos casos hay riesgos. Es importante asegurar que la persona cuente con suficiente agua estéril para cada uso sin tener que compartir.

El agua debe dispensarse en frascos que no superen los 2 mL, cantidad necesaria para una dosis, cualquier otra manera de entregarla puede estimular la reutilización, el uso compartido y la potencial contaminación del agua. Así mismo, algunos recipientes de agua estéril (por ejemplo bolsas) que deben ser perforados, pueden dañar la aguja y ello causar daños en los tejidos cuando se use. El ideal son frascos con tapas desprendibles y fáciles de abrir.



3. **Cazoletas.** Ofrecen una superficie segura y estéril para preparar la mezcla de droga para inyectarse. Por esto deben ser recipientes estériles, de fondo plano que tengan manijas y que permitan calentar la mezcla sin riesgo de producir quemaduras.
4. **Filtros estériles** de 22 μm buscan además de reducir el riesgo de exposición a virus cuando se comparten, reducir el riesgo de infecciones bacterianas o de trombosis venosas. La evidencia indica que es posible encontrar contaminación con bacterias en 23 de 24 jeringas que se usaron con filtros de cigarrillo, en 20 de 24 jeringas que se usaron con algodón de 20 μm y en sólo 6 de 24 jeringas que se usaron con filtros de algodón con poros de 0.22 micras (Caflisch et al., 2007 citados por WGBPHRC, 2013). Por tanto, la recomendación es dar un filtro por cada jeringa distribuida.
5. **Paños de alcohol.** Este insumo es necesario para limpiar la zona de la punción y las manos antes de la inyección. Algunos usuarios pueden usarlos también para limpiar recipientes o la superficie en la que harán la preparación de la dosis.

Con ellos se busca asegurar que la práctica se dé en las mejores condiciones de higiene posible. Los paños de alcohol no debe reutilizarse pues pueden contener microorganismos patógenos como el virus de la hepatitis C en mayor proporción incluso que en la jeringas mismas. Un estudio de Thibault y colega detectó este virus en el 82% de los paños de alcohol usados, en contraste con el 32% de las jeringas usadas, dado que esta últimas suelen enjuagarse (2011 citados por WGBPHRC, 2013).

6. **Torniquetes** buscan facilitar el cuidado y el acceso a las venas reduciendo el trauma en las mismas y complicaciones en la circulación. Los torniquetes se ensucian y contaminan con sangre con facilidad, suelen compartirse con otras personas y perder elasticidad.

Así mismo, algunas personas pueden preferir no usarlos porque piensan que no los necesitan, esto es común en personas que



llevan poco tiempo inyectándose, se recomienda integrar el uso de este elemento a la práctica de una inyección de menor riesgo.

Los torniquetes deben ser delgados, fáciles de quitar y ser hechos de materiales no porosos diferentes al látex.

7. Los **condones y lubricantes** buscan asegurar que las personas cuenten con medios para reducir el riesgo de exposición al virus en caso de tener algún intercambio sexual.

Así la provisión de un **kit completo** asegura que en ninguno de los pasos del ritual, la persona que se inyecta corra riesgos innecesarios o comparta elementos con otras personas.

9.1.3 Recomendaciones para los usuarios de los PMI:

Es importante enseñar a los usuarios a tener prácticas de menor riesgo en todos los pasos del ritual y en los encuentros sexuales.

- Enseñar las ventajas de usar jeringas de menor calibre y de menor *espacio muerto*.
- La sustancia debe ser calentada en la medida de lo posible, para reducir la potencia de contaminantes y facilitar su dilución, es necesario esperar a que se enfríe antes de proceder a inyectarse la mezcla.
- Dado el caso de requerir ácidos para diluir la sustancia es importante asegurar que se evite el uso del zumo de limón (incluso el que viene en botellas) y se den instrucciones de la cantidad necesaria de ácido ascórbico para diluir la mezcla sin mayores riesgos. El uso de ácidos irrita los vasos sanguíneos y puede ocasionar daños en las venas, también puede asociarse a cálculos renales, por lo que es necesario que la cantidad de ácido sea mínima.
- El agua que se utilice para la mezcla o el enjuague debe ser siempre estéril. Es necesario que se evite el uso de agua embotellada, de grifo, de inodoros, charcos, orina o saliva, así como el uso compartido de cualquier fuente de agua.



- El uso de filtros estériles permite minimizar el riesgo de taponamiento de la aguja, ingreso de partículas no diluidas al torrente sanguíneo o la generación de abscesos en la zona de inyección.
- El uso de torniquetes permite cuidar adecuadamente las venas. Es importante asegurar que se reemplacen con cada inyección y no se compartan para evitar así entrar en contacto con trazas de sangre potencialmente contaminada. Evitar el uso de cualquier otro elemento para ejercer presión en las venas pues la falta de elasticidad o la dificultad para removerlos puede generar daños o rupturas en las venas por la presión.
- La limpieza de manos y la piel de la zona en la que se hará la punción es necesaria para minimizar el riesgo de infecciones bacterianas y abscesos. Debe usarse un paño de alcohol nuevo con cada inyección.
- Evitar compartir agua para la mezcla de la dosis, agua para el enjuague de las jeringas, jeringas, agujas, recipientes o cazoletas, filtros, torniquetes. La limpieza de los equipos, incluso con agentes como el hipoclorito, no aseguran una inyección estéril, por lo que no es recomendable y no es una práctica que deba incentivarse.
- Evitar reutilizar jeringas, filtros y torniquetes por posible contaminación con bacterias, especialmente estafilococo y estreptococo responsables de los abscesos en piel u otros órganos del cuerpo.
- Evitar dividir la dosis mezclada a partir del uso de un recipiente común al que llegan múltiples agujas y jeringas o sacar la dosis de una única jeringa que otras personas ya han usado.
- Asegurar que el ritual y el manejo de la parafernalia se haga en un entorno en el que sea posible controlar cada paso, evitar que sea manipulada por otras personas o que entre en contacto con insumos de la parafernalia de otros.



- Deben asegurarse que los empaques de las jeringas y de los condones se encuentren en buen estado para garantizar que las primeras son estériles y que los segundos están en buen estado y no han pasado aún la fecha de expiración.
- Es recomendable enseñar técnicas de inyección de menor riesgo: la dirección en la que se debe hacer la punción, la importancia de la limpieza de manos y piel, la elección de la zona en la que se hace la punción, el cuidado de las zonas en las que se han hecho punciones, la rotación, las zonas del cuerpo que deben evitarse. Qué hacer en casos de hemorragia o punciones accidentales a nervios o arterias, cómo evitarlas.
- Deben aprender a hacer un uso adecuado del condón.
- El uso de lubricantes es ideal para minimizar el riesgo de ruptura del condón, en particular, en la penetración anal.
- Desechar todo el material de la parafernalia utilizado, de forma segura, para evitar que otras personas tengan contacto con trazas de sangre, reutilicen los equipos o sufran pinchazos accidentales. Si se cuenta con recipientes para la disposición segura de los equipos que es el ideal, no es necesario y debe desaconsejarse tapar las jeringas, doblar o tratar de romper las agujas. Cualquier manipulación de equipos usados tanto propios como de otros, debe evitarse.
- Si se fuma basuco u otras sustancias y se usan pipas u otros insumos es necesario educar para reducir los riesgos asociados al uso compartido de estos elementos de la parafernalia, tal como se explica más adelante.

9.1.4 Recomendaciones para los equipos operadores de los PMI:

- Ninguna persona debe manipular directamente el material usado en la inyección por ningún motivo, incluso si se requiere un conteo de equipo retornado al PMI, caso en el que lo recomendable es calcular.



- El material recolectado de un PMI debe guardarse de manera segura hasta el momento de su recogida por un servicio especializado.
- Las personas de los equipos que operan los PMI deben contar con entrenamiento en medidas de bioseguridad, insumos para la protección, incluidos guantes a prueba de pinchazos y pinzas para recobrar equipos.
- Los PMI deben contar con protocolos de manejo de accidentes laborales (pinchazos o lesiones accidentales), incluyendo primeros auxilios que incluyan acceso a profilaxis post-exposición para el VIH y la hepatitis B y asegurar la vacunación contra la hepatitis B para todos los miembros del equipo.
- Los equipos de los PMI que entran en contacto directo con las PID, deben ser entrenados en la práctica y los riesgos asociados, así como en la mejor manera de hacer demostraciones para educar a los usuarios. La información visual y directa ha mostrado ser altamente valorada por las PID.
- La educación en salud que se ofrezca en los PMI debe ser simple, concisa, gráfica y atractiva. Debe darse en diversos formatos incluyendo la educación *uno a uno*, videos, talleres grupales con prácticas demostrativas, material impreso, entre otros. Todo ello debe involucrar a los usuarios de los servicios para asegurar que la información es adecuada, útil y pertinente.
- Involucrar pares en la educación de otros usuarios es altamente recomendable, siempre y cuando cuenten con entrenamiento previo, supervisión y apoyo permanente por parte del equipo.

9.1.5 Recomendaciones de parafernalia para heroína fumada:

Fumar heroína a través de un papel o lata de aluminio es común en Colombia. También se fuma en mezcla con otras sustancias como la marihuana o el basuco.

Tal como ya se dijo, la OMS recomienda que en lugares en los que se fuman sustancias con el uso de elementos como pipas, pitillos,



tubos, entre otros, se provea parafernalia limpia para limitar los riesgos propios de compartir los elementos.

La práctica de fumar sustancias como el basuco involucra con frecuencia el uso de pipas que se calientan, provocando quemaduras en labios y garganta. Además de saliva, las pipas o tubos pueden entrar en contacto con sangre y otros fluidos que podrían contener no sólo VIH, sino hepatitis virales, tuberculosis y bacterias causantes de neumonía y que al ser compartidas, aumentarían los riesgos (WGBPHRC, 2013).

Para el caso de la heroína, el uso se conoce como “en lata”, “balazo”, “chino” o “aluminio”. Esta modalidad de uso se ha promovido en algunos países como parte de las acciones de reducción de daños, por considerarla menos riesgosa que la inyección misma. Sin embargo, es una práctica que no está libre de riesgos por contener humo que puede causar complicaciones pulmonares.

De igual modo se han identificado algunas patologías a nivel neurológico que pueden estar asociadas al consumo de la heroína por vía fumada. Aunque la evidencia es limitada, el aluminio al calentarse puede llegar al cuerpo y acumularse causando complicaciones en los huesos y a nivel cerebral. Igualmente el aluminio de uso corriente puede llevar un recubrimiento de aceite vegetal que al calentarse y quemarse se estaría inhalando. De igual modo las latas comúnmente usadas pueden llevar recubrimientos plásticos que al calentarse producen vapores tóxicos.

Por ello se recomienda que la provisión de elementos de la parafernalia tengan en cuenta que los elementos no creen problemas adicionales de salud. Así, el aluminio si se incluye como medida de reducción de daños, debe ser apto para el consumo de drogas en altas temperaturas.

9.1.6 Recomendaciones para la implementación de PMI en nuestro contexto:

Antes de la implementación de un programa de distribución de material estéril de inyección PMI es necesario conocer a fondo las prácticas que llevan a cabo las personas que usan heroína y se inyectan drogas y las circunstancias en las que ocurren. Cualquier intervención o estrategia debe ser validada previamente con los usuarios para asegurar que se ajusten a sus preferencias y necesidades, para que sean más fácilmente aceptadas e integradas.



La **cantidad de insumos que se entregan dependen directa y exclusivamente de los patrones de uso** comunes a nivel territorial. Dadas las dinámicas de las prácticas es esperable que varíen de ciudad a ciudad, entre redes de PID y según los casos. Las variaciones ocurren también por el tipo de sustancias que se inyectan: así la inyección de heroína demanda menos jeringas al día en contraste con la inyección de cocaína o su mezcla con heroína (conocida como *speedball*).

La serie de estudios de la Universidad CES recopilada en el estudio del ODC/Minjusticia (2016) indicó que Pereira es la ciudad en la que se presenta un mayor número de inyecciones diarias. La operación del programa CAMBIE que distribuye material higiénico de inyección desde el año 2014 en esa ciudad, muestra una distribución promedio de seis jeringas al día por usuario.

No todos los usuarios registrados hacen un uso constante del servicio, no todos acuden diariamente por sus insumos, y no todos requieren seis jeringas cada vez que contactan el servicio, pueden ser más o menos dependiendo del caso particular, por lo tanto, **la demanda de insumos es variable y los programas deben ser flexibles para ajustarse a estas realidades.**

Al respecto es importante enfatizar que **las políticas que limitan el número de jeringas o insumos en los programas también tienen efectos limitados a la hora de prevenir el VIH y la hepatitis C.** Así, tal como lo encontraron Bluthenthal y colaboradores (2007 citados por GWBPHRC, 2013) una cobertura menor del 50% se asocia con mayor probabilidad de ser receptor o proveedor de jeringas usadas a otros.

Por ello, el ideal es que los PMI distribuyan suficiente material para asegurar que se cuenta con una jeringa estéril y resto de insumos estériles cada vez que ocurre el evento (Brahmbhatt et al., 2000; Tempalski et al., 2008 citados por GWBPHRC, 2013)

Una importante proporción de las personas que se inyectan drogas en Colombia viven en condiciones precarias, habitan la calle o viven en residencias que pagan por día; muchas otras son menores de 18 años. En los entornos de consumo se presentan lo que se ha denominado “fronteras invisibles” que limitan la libre movilidad de los usuarios por ciertos sectores en las ciudades para evitar eventos de violencia que ponen en riesgo su vida. Es común también que la



práctica se lleve a cabo en lugares de venta y consumo en la que confluyen diversidad de personas que usan drogas, comúnmente conocidas como “ollas”.

Otras redes de personas que se inyectan drogas se encuentran ocultas por pertenecer a estratos socioeconómicos medios o altos.

Estas circunstancias incrementan aún más los riesgos y demandan una planeación cuidadosa de los programas para asegurar la mejor manera de proveerlos. Unidades móviles y/o unidades fijas deben definirse siempre con base en lo que responda mejor a las necesidades y realidades de las diversas redes de usuarios.

Así mismo, los horarios en que operan deben responder a las horas en las que los usuarios suelen requerir sus insumos o asegurar que tengan acceso a equipos estériles siempre que los necesiten.

Para el caso de **menores de edad**, es importante asegurar que no existan barreras jurídicas, normativas o institucionales que impidan que estas personas gocen del derecho a la salud. El restablecimiento de los derechos por parte de las instituciones a cargo, especialmente del ICBF, debe ser la medida de primera línea en todos los casos.

Para ello es fundamental asegurar la oferta de servicios de calidad, en todas las zonas en las que se presenta el fenómeno y que los servicios que se presten estén basados en la evidencia. Que se asegure que el tratamiento de la dependencia a opiáceos habilite la provisión de sustitutos opiáceos, incluso en programas de protección residenciales o en medidas privativas de la libertad.

Se recomienda en todos los casos analizar a fondo las circunstancias de vida de las personas menores de edad, pues **es posible que imponer barreras de acceso a servicios de reducción de daños en algunos casos, a razón de la edad, vulnere aún más los derechos fundamentales de sujetos que están bajo la protección especial por parte del Estado.**

Las comunidades, autoridades sanitarias y municipales, autoridades de policía, medios de comunicación y operadores de residuos biológicos, deben involucrarse desde el comienzo de estos programas. Es fundamental hacer pedagogía para asegurar que saben lo que se está haciendo y comprenden las razones por las que se está haciendo. No involucrarlos podría poner en riesgo la viabilidad y sostenibilidad de los programas.



9.2 Programas de Sustitución y Mantenimiento con Metadona (PMM)

"Todos tenemos que morir. Pero mi mayor y constante privilegio es poder ahorrar días de tortura. El dolor es el más terrible azote de la Humanidad; peor incluso que la misma muerte."
Albert Schweitzer

Son programas que ofrecen un medicamento de reemplazo, bajo un modelo médicamente supervisado, a quienes presentan dependencia a una droga ilícita como la heroína.

La terapia de sustitución ha mostrado ser efectiva, reduce de manera sustancial el uso de opiáceos ilegales, los comportamientos de riesgo para el VIH, las muertes por sobredosis, la actividad criminal y mejora el desempeño de las personas en diferentes áreas incluyendo la vida familiar. También se ha visto que mejora la adherencia a los tratamientos como la terapia antiretroviral para el VIH y las condiciones de salud física y mental de los usuarios (Kermode et al., 2011; UNAIDS, 2016).

De acuerdo con la OMS (2009) los tratamientos psicosociales asistidos con medicamentos hacen referencia a programas que combinan medidas farmacológicas con intervenciones psicosociales, con el fin de reducir tanto el uso de drogas ilícitas como los daños asociados al uso de opioides y mejorar la calidad de vida.

Este organismo publicó en 2009 la guía basada en la evidencia, llamada *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*. Esta guía contiene los estándares del tratamiento psicosocial y asistido con medicamentos para la dependencia a opiáceos y por tanto, en ausencia de otros lineamientos, debería orientar las buenas prácticas en el campo.

El tratamiento consiste en la prescripción de agonistas opiáceos por parte de personal médico para el logro de determinadas metas de tratamiento. Los medicamentos comúnmente usados son la Metadona y la Buprenorfina, ofrecen con una dosis, efectos duraderos y suficientes para mantener bajo control los síntomas del síndrome de abstinencia en contraste con opiáceos con efectos de corta duración como la heroína.



Medicamentos como la Clonidina y la Naltrexona pueden usarse para la desintoxicación asistida que busca la abstinencia en el corto o mediano plazo. La primera controla el síndrome de abstinencia y la segunda (antagonista) bloquea los efectos de la heroína ante una recaída con lo cual busca prevenirla.

La naloxona por su parte, es un antagonista y revierte los efectos de la sobredosis con opiáceos.

La prescripción de terapias de sustitución reconoce que la dependencia es una condición de salud crónica, y como muchas otras condiciones crónicas, requiere de un tratamiento continuo y de largo plazo. Las personas afectadas por dicha condición están en riesgo permanente de recaída a lo largo de su vida (UNAIDS, 2016).

9.2.1 Recomendación de buenas prácticas:¹¹

- Los programas que han probado ser más efectivos son los que combinan la terapia asistida con agonistas opiáceos con intervenciones psicosociales.
- La metadona oral y líquida junto con la buprenorfina (ninguna disponible en Colombia) son las más comúnmente usadas en los PMM. Si se prescriben y usan en tratamientos de alta calidad, bien organizados y bajo supervisión, estos medicamentos logran interrumpir el ciclo de intoxicación y el síndrome de abstinencia, permitiendo que se reduzca de forma efectiva el uso de opiáceos ilícitos como la heroína, el comportamiento criminal y el riesgo de muerte por sobredosis.
- Cuando se comparan estos programas con desintoxicación o no tratamiento, los PMM (supervisados) reducen de forma significativa el uso de opiáceos y otras drogas ilícitas, la actividad criminal, las prácticas de riesgo para la exposición y transmisión del VIH, las sobredosis y otras causas de mortalidad, además de retener a las personas en tratamiento.

¹¹ Las recomendaciones de buenas prácticas para los PMM están basadas en la Guía de la OMS: *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*



- La metadona y la buprenorfina ofrecen buenos resultados en la mayoría de casos. La metadona es el medicamento de preferencia porque muestra mejores resultados a menor costo. Sin embargo la buprenorfina ofrece efectos diferentes por lo que puede ser un medicamento más adecuado para ciertos casos. Por ello se recomienda contar con alternativas de medicamentos para asegurar un mayor ajuste de los tratamientos para un mayor número de personas.
- Si se usa la metadona para mantenimiento de mediano y largo plazo (no para desintoxicación) la dosis inicial debe ser de 20mg o menos para asegurar un margen de seguridad que evite la sobredosis, ello depende del grado de tolerancia que la persona haya desarrollado. La dosis debe ser ajustada y aumentada rápidamente cuando sobrevengan los síntomas del síndrome de abstinencia y reducida si existe otro tipo de sedación. En adelante, la dosis debe aumentarse gradualmente hasta el punto en que el uso de opiáceos ilícitos cese, lo que por lo regular ocurre en el rango de los 60-120 mg de metadona al día.
- El uso de metadona debe ser supervisado de manera muy cercana al principio del tratamiento y tal supervisión deberá ajustarse de acuerdo con el caso particular y la evolución.
- Debe considerarse siempre el impacto o efecto de reducir la dosis o la frecuencia en usuarios estabilizados, dado el riesgo de inyección o del desvío de la metadona al mercado ilícito.
- Debe darse un monitoreo clínico y toxicológico a cada caso.
- El apoyo psicosocial debe ofrecerse a todos los usuarios de PMM.
- La presencia de síntomas propios del síndrome de abstinencia (más que los PMM) se asocian con pobres resultados en el largo plazo. Sin embargo, si la persona desea el desmonte definitivo es importante asistirles con medicamentos para controlar los síntomas e ir reduciendo de manera controlada las dosis.
- La metadona puede ser usada de manera efectiva en entornos residenciales o ambulatorios. Aunque el tratamiento residencial



puede ser más efectivo, es más costoso y es recomendable sólo para pacientes que presenten una comorbilidad en salud mental o sean dependientes de distintas drogas.

- No son recomendables las técnicas que usan antagonistas en combinación con sedantes pues pueden poner en riesgo la seguridad del paciente.

9.2.2 Recomendaciones para la operación de PMM en nuestro contexto:

Colombia cuenta con diversidad de programas de mantenimiento con metadona y ninguno responde a una guía estandarizada para el país. En consecuencia, el tratamiento de sustitución con metadona en Colombia no responde a un modelo específico sino al criterio particular de los profesionales de salud mental y personal médico a cargo de los mismos en las distintas instituciones.

Aunque algunos programas ofrecen además de la desintoxicación y el desmote gradual de metadona, el mantenimiento de mediano y largo plazo, la mayoría de los programas vigentes privilegian la desintoxicación y el desmote progresivo por encima del mantenimiento. Dichos programas establecen como meta la abstinencia.

En ausencia de evaluaciones de resultado e impacto no es posible saber qué tan exitosos son estos programas, sin embargo, se reportan dificultades en la adherencia y los datos arrojados por los estudios con PID en Colombia confirman que en efecto la deserción y la posterior recaída es muy común. Se registran en algunos reportes de visitas a los territorios algunos factores que podrían estar afectando la calidad en la prestación del servicio:

- Dosis por debajo de los estándares recomendados (menores a 60 mg para mantenimiento para todos los casos)
- Condicionamiento del acceso al medicamento según cumplimiento de metas de tratamiento o normas institucionales
- Definición de la abstinencia como única meta a perseguir en el corto o mediano plazo
- Discontinuidad en los tratamientos y suspensiones temporales por asuntos administrativos de las EAPB



- Aprobación del tratamiento por un tiempo limitado a 90 días por parte de las EAPB
- Restricción de horarios de acceso al medicamento
- Barreras geográficas y lejanía de los programas de las zonas de vivienda, encuentro o consumo de las personas que usan heroína
- Acceso al tratamiento en entornos clínicos y en unidades de salud mental
- Acceso al tratamiento en programas residenciales
- Ausencia de tratamiento de bajo umbral de exigencia
- Ausencia de tratamiento en centros privativos de la libertad
- Ausencia de tratamiento en primeros niveles de atención
- Metadona como única alternativa para la sustitución
- Metadona en pastillas como única presentación disponible

Todos estos factores podrían estar comprometiendo el éxito de la intervención y la adherencia a los programas.

Además de afectar los resultados, la no adherencia **pone en riesgo la vida de las personas** e incrementa las probabilidades de sufrir sobredosis y correr otros riesgos. En ausencia de una dosis que estabilice a la persona y la libere del malestar derivado de la abstinencia de heroína, es altamente probable que mezcle el medicamento con heroína o recaiga definitivamente.

Los mejores resultados se obtienen cuando la persona logra sentirse estable y sin síntomas de retirada, no hay que olvidar que es justamente esto lo que quieren evitar cada vez que buscan una nueva dosis de heroína. No pasar por el malestar es a su vez un motivo para mantenerse lejos de cualquier tratamiento.

De otro lado, es importante recordar como lo señalan Brennan y Cousins (2005) que **el alivio del dolor es un derecho humano fundamental y universal, además de ser considerado una buena práctica médica y ética.**

Lo que se ha llamado el “infra-tratamiento del dolor” o la “infra-prescripción” es considerado un problema de salud pública de alta prioridad y por ello se eleva a la categoría de derecho humano, además de encontrarse implícito en el derecho a la salud.



A ello se agrega el artículo 5 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que dice: “Nadie será sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Sin embargo, el dolor agudo y el dolor crónico rara vez reciben el tratamiento adecuado por razones culturales, actitudinales, educativas, políticas y logísticas (Brennan y Cousins, 2005).

De acuerdo con Margaret Somerville (citada por Brennan y Cousins, 2005) **no proporcionar un alivio adecuado del dolor sin razón alguna, constituye una negligencia.** A la luz de la Ley de negligencia médica se enfatiza en la necesidad de garantizar una asistencia razonable a todos los aspectos del tratamiento de un paciente. El incumplimiento de las obligaciones asistenciales por parte del médico tratante pasan por una descripción inadecuada del dolor por parte del paciente, tratar indebidamente el dolor, o ante la imposibilidad de conocer la mejor manera de manejar el dolor, omitir la consulta con un especialista en dolor.

Si bien el alivio del dolor es un derecho, éste no puede ser leído como derecho a una vida libre de dolor, por cuanto no todo dolor responde adecuadamente a los analgésicos opiáceos o a otros analgésicos. En este y en todos los casos, la titularidad del derecho al alivio del dolor debe dialogar con la respuesta del profesional tratante que exige ser razonable y proporcional a la intensidad y al tipo de dolor que se sufre (Brennan y Cousins, 2005).

La metadona es una alternativa apropiada para la mayoría de las personas, no así para todas, surge la buprenorfina como alternativa a la metadona pero no siempre es infalible y por ello, algunos países han integrado a las alternativas disponibles de tratamiento, la prescripción de heroína de origen farmacéutico.

En ausencia de alternativas a la metadona en Colombia, es fundamental que los programas se ajusten a los criterios de buena práctica para evitar que el riesgo de no adherencia sea debido a factores diferentes al tipo de medicamento disponible.

Dado que las personas que usan heroína pueden volver a ella siempre que quieran (pues incluso en ámbitos privativos de la libertad se registra uso de esta droga), es importante asegurar que el tratamiento que se ofrece como alternativa, cumpla no sólo con los estándares mínimos de calidad y buenas prácticas, sino que



proteja el derecho humano al alivio del dolor; de esta forma se reducirán los riesgos propios de la mala adherencia al tratamiento.

Apelando a la máxima *primum non nocere* se recomienda evaluar y considerar en todo momento los potenciales riesgos y daños que puedan derivar de las prácticas médicas en este campo cuando no se ajusten a la evidencia y a los estándares de buenas prácticas.

9.3 Asesoría y prueba voluntaria, prevención y tratamiento del VIH y otras comorbilidades

9.3.1 Recomendación de buenas prácticas:

Conocer el estatus frente al VIH es un derecho. La asesoría y la prueba voluntaria para la detección del VIH abren además las puertas a la atención, al tratamiento y al cuidado.

Así, según la Organización Mundial de la Salud para asegurar que la gente ejerza su derecho a conocer su diagnóstico frente al VIH y que las personas que viven con VIH accedan a tratamiento antirretroviral (TAR), no sólo se debe ampliar el acceso a las pruebas sino hacerlo bajo estándares de innovación, calidad y ética.

La asesoría y la prueba voluntaria para el VIH deberían entonces ofrecerse de manera rutinaria en entornos y servicios en lo que se encuentran poblaciones que se beneficiarían de conocer su diagnóstico frente al VIH y hacer todos los esfuerzos por reducir al máximo las barreras de acceso a las pruebas voluntarias para los grupos clave.

Por supuesto, constituye un estándar de atención y una buena práctica, ofrecer la prueba de detección del VIH en casos de síntomas o signos que sugieran infección por VIH o sida, entre ellos la tuberculosis; cuando conocer el estatus complementa la adecuada atención y cuidado, y siempre que la persona refiera prácticas de riesgo o pertenezca a un grupo clave y vulnerable al VIH.

Según el mismo organismo que, en conjunto con ONUSIDA, emitió en 2012 el documento de posición *Statement on HIV testing and counseling: WHO- UNAIDS reaffirm opposition to mandatory HIV testing*, **conocer oportunamente el diagnóstico frente al VIH**



amplía las posibilidades de acceso a tratamiento, lo que a su vez reduce la morbilidad y la mortalidad asociada al VIH y a prevenir la transmisión.

De hecho, **el tratamiento antiretroviral para el VIH, reduce en un 96% la probabilidad de que una persona viviendo con VIH, transmita el virus a sus parejas sexuales.**

La asesoría y la prueba voluntaria buscan dar información acerca del diagnóstico frente al VIH, dar asesoría para cambiar las prácticas de riesgo y prevenir la infección de otros si ya se está infectado, todo ello a partir de un análisis de riesgo personalizado y una definición alternativas para reducir los riesgos (Ritter y Cameron, 2005).

La asesoría permite que incluso aquellas personas que obtuvieron un resultado negativo reciban información basada en la evidencia que les permita protegerse. Entre ella, prácticas de sexo seguro, uso correcto del condón, beneficios de la circuncisión, prácticas de inyección estéril, reducción del número de parejas sexuales, entre otros.

El proceso debe cumplir con las 5 “C” y garantizar: el **consentimiento** informado, la **confidencialidad** de los resultados, la **consejería** (asesoría) previa y posterior a la prueba, resultados **correctos/confiables**, **contacto** con servicios de prevención, atención y tratamiento.

La detección oportuna del VIH, las hepatitis B y C, la tuberculosis y otras dolencias asociadas con el consumo de drogas por vía inyectada, es la mejor vía para reducir la morbi-mortalidad asociadas y reducir la exposición de otras personas a estas condiciones. Sin embargo, según ONUSIDA, es común encontrar actitudes de discriminación por parte de los equipos de salud cuando expresan resistencia a diagnosticar y tratar condiciones como el VIH o la tuberculosis por temor a la no adherencia, lo mismo se ha documentado para el caso de las hepatitis virales. Si bien la pobre adherencia incide en la resistencia, y aumenta la susceptibilidad a efectos secundarios y a la reinfección, también se ha documentado que el tratamiento oportuno de condiciones como la hepatitis C no solo es efectivo sino costo-efectivo (UNAIDS, 2016).

Los altos costos de diagnósticos y tratamientos para el caso de la hepatitis C por ejemplo, han sido también fuente de resistencia para ampliar el acceso a ciertos grupos poblacionales (UNAIDS, 2016).



Las dificultades en la adherencia a los tratamientos no son exclusivas de los grupos clave, de las personas que usan drogas o de las personas en condición de habitabilidad de calle. Dado que además son estas poblaciones las más afectadas por estas infecciones es fundamental encontrar maneras de avanzar hacia el acceso universal sin contravenir y vulnerar los derechos de las personas más vulnerables.

De acuerdo con ONUSIDA la mejor manera de garantizar la adherencia es justamente la **integración de los servicios**. Proveen servicios integrales ha mostrado de manera consistente mejores resultados en enganche, adherencia y resultados. Así, por ejemplo las personas que viven con VIH y asisten a Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM) tienen menos probabilidades de interrumpir la terapia antiretroviral y más probabilidades de suprimir la carga viral. De igual modo, las personas en terapia de sustitución muestran mayor adherencia al tratamiento para la hepatitis C.

Así, la combinación de servicios de reducción de daños con servicios de tratamiento para hepatitis virales, en particular la hepatitis C reduce el riesgo de reinfección (UNAIDS, 2016).

Casos como el de Estonia en donde la tasa de nuevas infecciones era en 2013 una de las más altas de Europa, muestran que la integración de la terapia antiretroviral a los programas de sustitución de opiáceos ha sido clave para asegurar la sostenibilidad de la respuesta al VIH.

En Portugal, la integración incluyó la prestación de servicios individuales en coordinación con equipos de acercamiento en calle que actúan como puentes entre los servicios, ampliando con ello la cobertura de asesoría y prueba voluntaria entre las personas que usan drogas y logrando que la mayoría de las personas que tenían tuberculosis conocieran su estatus frente al VIH.

En Brasil el programa Brazos Abiertos ofrece atención integral de bajo umbral para personas que usan crack, incluyendo empleo, comida, refugio y atención integral en salud. Se estima que el 5% de las personas que usan drogas en Brasil viven con VIH, la atención en salud garantiza prevención, asesoría, prueba del VIH y terapia antiretroviral, mejorando la adherencia al tratamiento y los resultados en salud a partir de programas de bajo umbral (UNAIDS, 2016).



La promoción de la asesoría parte del supuesto de que conocer el status de VIH producirá un cambio de comportamiento. Aún cuando son menos costosas, asumen que las personas son actores racionales que toman decisiones para reducir riesgos cuando reciben información. Sin embargo, el análisis de la evidencia indica que las estrategias de información, educación y comunicación y la asesoría y prueba voluntarias **por sí mismas y de manera aislada, no son suficientes para reducir los riesgos y daños asociados a la prácticas de consumo de drogas de alto riesgo**. Aunque algunos estudios han mostrado efectos positivos, estos son moderados y en otros casos insignificantes (Ritter y Cameron, 2005), con lo cual se refuerza la necesidad de asegurar que estas intervenciones se ofrezcan como parte de una atención integral a estos grupos clave.

Un enfoque integral de abordaje en la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y las hepatitis virales para PID reforzará la detección temprana y el tratamiento, contribuyendo a mejorar los resultados en salud.

9.3.2 Recomendaciones para nuestro contexto:

9.3.2.1 Asesoría y prueba voluntaria para el VIH

Colombia cuenta con las *Guías rápidas de atención en VIH, con enfoque diferencial y de vulnerabilidad* desarrolladas por el MCP en el marco del Proyecto del Fondo Mundial para el sida, la tuberculosis y la malaria. Estas guías incluyen un aparte específico para población habitante de la calle que resulta relevante para las PID, pues muchas de ellas están en situación de habitabilidad de calle.

La guía menciona la importancia de *"propender por la aceptabilidad de los servicios frente al diagnóstico y tratamiento del VIH/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS), según las condiciones de vulnerabilidad específica de la población en un marco de derechos humanos"*.

Se reconoce que a las personas que habitan la calle con frecuencia se les desconocen sus derechos o se piensa que no están en condiciones de exigirlos, tienen dificultades de acceso a los servicios de salud y su relación con la institucionalidad está comúnmente mediada por la provisión de soluciones a necesidades básicas como refugio o alimentación. Por tanto, la asesoría a personas que habitan la calle es un espacio de garantía de derechos y tras la identificación de los aspectos que se mencionan a continuación, el asesor o



asesora debe conocer bien y orientar a la persona de la manera más completa posible en las rutas y recursos disponibles para esta población.

Se recomienda de acuerdo con la guía, determinar los contextos de vulnerabilidad de la persona explorando aspectos como: motivo de consulta, nivel de conocimiento frente al VIH y las ITS, existencia de redes sociales de apoyo, prácticas de consumo de sustancias psicoactivas, percepción de riesgo, diagnósticos y tratamientos en curso, exposición a violencias, conocimiento de rutas de servicios, solicitud de ayuda o denuncia, si se beneficia de algún programa o servicio, posible vulneración del derecho a la salud, y si cuenta con documento de identidad (MCP, 2015).

El país cuenta con un algoritmo diagnóstico de infección por VIH/Sida como parte de la *Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes y adultos*, e incluye a partir de la Resolución 2338/2013 las pruebas rápidas de segunda y tercera generación atendiendo así las recomendaciones de la OMS en la materia y basándose en evidencia fuerte a favor de la intervención (MSPS/UNFPA, 2014).

Dicho algoritmo incluye dos (2) pruebas de anticuerpos no específicas reactivas y una prueba de anticuerpos específica positiva. Por tratarse de pruebas convencionales, no es posible realizarlas en la baja complejidad y por ello solo están disponibles en algunas ciudades, y la autorización complejiza aún más el acceso y la oportunidad del diagnóstico. Si bien las pruebas rápidas hacen parte del algoritmo, su aplicación según el análisis de brechas del MCP (2016) es reciente y por lo tanto incipiente.

La inclusión de pruebas rápidas busca reducir las barreras de acceso al tamizaje y para ello se emitió la resolución 2338/2013, para asegurar el acceso a la prueba en todos los niveles de atención y en especial en los primeros niveles de baja complejidad.

Ello **habilita a los municipios a impulsar el diagnóstico desde sus competencias** en concordancia con sus responsabilidades en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y el desarrollo de intervenciones colectivas. Es imprescindible en todo caso, clarificar las rutas de prestación de servicios junto con los departamentos, distritos y entidades administradoras de planes de



beneficios para minimizar las barreras de acceso al diagnóstico, tratamiento y el riesgo de interrupciones en el curso de la atención.

Es fundamental asegurarse de **superar la fragmentación propia del sistema de salud y la segmentación de los grupos de acuerdo con su capacidad de pago**. A ello debería contribuir la implementación de las RIAS (rutas integrales de atención en salud) y el MIAS (modelo integral de atención en salud) cuyo objetivo en el marco de la PAIS (Política de atención integral en salud) es justamente asegurar la coordinación de todos los actores en los diferentes niveles del sistema para asegurar la atención integral y mejorar los resultados en salud (MCP, 2016).

Así mismo, es fundamental **mejorar la capacidad de respuesta territorial en el tema del uso de heroína, inyección de drogas y riesgos asociados**. Todos los actores del sistema (incluidos y especialmente los equipos de salud) deben mejorar su conocimiento y comprensión frente a esta población, su condición de vulnerabilidad, sus necesidades específicas, para así fortalecer la calidad de la atención que reciben a lo largo de los hitos de las rutas de prestación de servicios.

El enfoque diferencial y de vulnerabilidad son fundamentales para asegurar la adherencia a los servicios y tratamientos y como se ha explicado ya ampliamente, de ello dependen directamente los resultados de las intervenciones.

Es importante recordar que **el acceso al diagnóstico sigue siendo una de las principales brechas en las respuesta al VIH en Colombia**. De las 122 mil personas que se estima viven con VIH en el país, 57 mil conocen su diagnóstico y 46 mil reciben atención. Es decir que aun se está lejos de alcanzar el 90% previsto por las “metas 90-90-90” y es de esperar que una parte de quienes desconocen su diagnóstico pertenezca a los grupos clave con mayor exposición al VIH (MCP, 2016).

Tal como lo indica la guía de enfoque diferencial antes referenciada, **siempre que se presenten las siguientes situaciones es necesario realizar la asesoría para la prueba voluntaria del VIH y realizar la prueba rápida:**

1. Riesgos de exposición reciente al VIH: relaciones sexuales desprotegidas, accidentes laborales, abuso sexual, **consumo de sustancias psicoactivas por vía intravenosa** o tatuajes con equipos no estériles



2. Infecciones repetidas que no curan con tratamiento adecuado
3. Seborrea y lesiones pruriginosas de la piel sin causa aparente
4. Linfadenopatías persistentes y generalizadas.
5. Neumonías frecuentes y severas
6. Tuberculosis pulmonar o extrapulmonar
7. Hepatitis B o C
8. Celulitis o miositis severas
9. Candidiasis oral refractaria o candidiasis esofágica
10. Leucoplasia pilosa en la lengua
11. Úlceras en boca o encías resistentes a tratamiento apropiado
12. Pérdida de peso de más del 10%
13. Más de un mes con diarrea, candidiasis vaginal, fiebre de origen desconocido o herpes genital u oral
14. Otras ITS
15. Parejas o hijos menores de 5 años con diagnóstico de VIH
16. Muerte inexplicada de la pareja
17. Relaciones sexuales sin protección con múltiples parejas sexuales o parejas ocasionales
18. Trabajo sexual o intercambio de sexo por drogas u otros
19. Embarazo
20. Consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectada

Es necesario también hacer la APV en casos de:

Tuberculosis: exploración de tos persistente por más de dos semanas de evolución, sudoración, ganglios inflamados en nuca o axilas, expectoración con sangre, pérdida de peso, fiebre, familiares con los mismo síntomas o con diagnóstico de tuberculosis.

En tales casos debe buscarse o solicitarse: BK seriada de esputo, radiografía de tórax, gram de esputo y cuadro hemático.

Hepatitis virales: exploración de fiebre, dolor abdominal, tinte amarillo en la piel y ojos, vómito, diarrea, compromiso del estado general, antecedentes de uso de sustancias psicoactivas por vía inyectada, relaciones sexuales desprotegidas (anales, vaginales u orales) y antecedentes de vacunación por hepatitis A y B.

En tales casos debe buscarse: fiebre, ictericia, hepatomegalia dolorosa, señas de punción venosa y pruebas de función hepática. Y solicitarse: serología para hepatitis A, B y C y cuadro hemático.



9.3.2.2 Aspectos diferenciales de la APV para personas que usan y se inyectan drogas

Las características de las personas que se usan y se inyectan drogas se han descrito ampliamente a lo largo de la guía. Para el caso de la APV es importante tener en cuenta que se trata de una población que aunque demanda con frecuencia servicios de atención (más del 70% de las PID que participaron en los estudios en cinco ciudades acudieron a un servicio médico al menos una vez en el último año), su acceso es limitado (por razones de estigma) y es probable que busquen atención de forma tardía.

En este grupo es altamente probable la comorbilidad mental y/o física, así como la existencia de carreras extensas de consumo de drogas, con lo cual el manejo médico puede ser particularmente desafiante.

Algunos medicamentos antiretrovirales pueden afectar la función hepática, inhibir la metabolización de la metadona, inducir síndrome de abstinencia, inhibir la velocidad de metabolización de ciertas sustancias psicoactivas incluso el alcohol, incrementando así el riesgo de sobredosis. Las interacciones son aún más complejas cuando se incluyen medicamentos para el tratamiento de co-infecciones como VIH y HCV.

Por estas razones, podría pensarse que se trata de personas que no son elegibles para recibir tratamiento, que estarían en alto riesgo de desarrollar resistencia y que serían poco estables en el seguimiento médico. Y estas preocupaciones han llevado a que sea uno de los grupos con menor acceso al diagnóstico y al tratamiento.

Al respecto es necesario aclarar que no todas las personas que usan drogas son iguales, que no todas son inestables, que muchas muestran interés en cuidar su salud y mejorar sus condiciones de vida y lo hacen, pues en ello se fundamenta finalmente la medida del éxito de las acciones de reducción de daños y los resultados que se le atribuyen. Por ello es fundamental identificar a la persona que es estable y funcional independientemente de su condición.

Las barreras de acceso a tratamiento a razón de un consumo activo no son admisibles pues vulneran el derecho a la salud de un grupo prioritario para el control de la epidemia, por tanto, en estos casos debe asegurarse que la persona reciba un proceso de asesoría, acompañamiento constante y atención integral.



La gestión de riesgo en este caso demanda que las EPS aseguren la atención integral del caso a través de sus prestadores y que ello incluya las intervenciones necesarias para estabilizar a la persona y lograr las mejores condiciones para que la adherencia a los tratamientos sea posible.

Es probable que el inicio del tratamiento deba posponerse hasta que la persona haya logrado un mínimo de estabilidad. Por lo tanto, es necesario llevar a cabo una evaluación profunda de las condiciones de vida de la persona, la existencia de redes de apoyo, la relación con los equipos de salud, entre otros aspectos que permitirán determinar cómo dinamizar la motivación para los cambios en el estilo de vida que sean necesarios y compatibles con los tratamientos.

Pero también es necesario hacer los ajustes necesarios en la oferta de los servicios para que sean posibles y fáciles de usar por parte de las personas que usan drogas. Las barreras de acceso que son comunes para la población en general, serán también barreras de acceso para este grupo. Pero hay otros factores que pueden actuar como barreras de acceso adicionales y que dificultan la adherencia: ubicación de los servicios, horarios no flexibles, por nombrar algunos.

Es importante aplicar mecanismos de búsqueda y acercamiento a las poblaciones en sus lugares de encuentro y domicilios y adaptar los sistemas y los servicios para que faciliten la adherencia a los tratamientos.

Tal como ya se explicó, **los programas de mantenimiento con metadona constituyen los escenarios por excelencia para mejorar la adherencia a los tratamientos**, entre ellos el de VIH. Para ello es necesario antes que nada, asegurar la adherencia al servicio de sustitución con la aplicación de las buenas prácticas que ya fueron descritas.

Se recomienda entonces:

- Informar a las personas de las opciones de tratamiento, independientemente de su condición.
- La persona debe ser partícipe de la decisión que se tome en torno al tratamiento, para ello debe conocer los riesgos, los



beneficios, los requerimientos, los cuidados, las condiciones ideales para que se aseguren mejores resultados.

- Buscar en la medida de lo posible mínimas condiciones de estabilidad: vivienda, contacto con el sistema de salud, red de apoyo, tratamiento de co-morbilidades mentales, atención psicosocial al consumo de SPA con alternativas como la sustitución.
- En casos de gran inestabilidad y hasta tanto no se logren cambios en esta condición, es necesario en todo caso ofrecer atención para el manejo de enfermedades/infecciones oportunistas, intervenir y asesorar en reducción de riesgos y daños para sí mismos, sus parejas sexuales y las personas de su red, ofrecer medidas profilácticas y todos los insumos que la persona requiera para poder cuidarse.

9.3.2.3 Profilaxis post-exposición

Ante situaciones de exposición de riesgo de los equipos locales que trabajan con PID y para las personas de los grupos clave altamente expuestas a violencias sexuales y físicas, así como las PID con alto riesgo de exposición al VIH por uso compartido de jeringas y otros elementos de la parafernalia, se recomienda:

- Abordaje de urgencias dentro de las 72 horas transcurridas desde el momento de la posible exposición al virus
- Ofrecer acciones de promoción y prevención
- Realizar vacunación para hepatitis A y B
- Antes de realizar la profilaxis post-exposición (PPE) para el VIH y la hepatitis B es necesario, previa asesoría pre-prueba, realizar la prueba rápida respectiva, para descartar con un diagnóstico presuntivo una posible infección previa. De resultar positivo alguno de los resultados, debe seguirse el algoritmo diagnóstico respectivo.
- La PPE para VIH consiste en el suministro de tres antiretrovirales durante 28 días.

Para mayor información sobre el uso de kits de profilaxis post-exposición remitirse a la página www.minsalud.gov.co



9.3.2.3 Acceso a diagnóstico y vacunación contra la hepatitis B y C¹²

En respuesta a la necesidad de avanzar hacia un abordaje integral del problema de las hepatitis virales en materia de diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como de prevención y control, desde el año 2010 la Asamblea Mundial de la Salud emitió la resolución 63.18, compromiso refrendado por los estados miembros en 2014.

En línea con dichos compromisos, Colombia formula e impulsa el *Plan Nacional de Control de hepatitis Virales 2014-2017*, cuyo propósito es "reducir la morbilidad y mortalidad por hepatitis virales, cirrosis y carcinoma hepatocelular derivados de la infección crónica por hepatitis, mediante la implementación de estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico oportuno y atención integral de las personas infectadas".

El plan busca de manera explícita garantizar la cobertura de vacunas de hepatitis A y B a las poblaciones clave priorizadas, dentro de las que se encuentran las personas que se inyectan drogas.

En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud emiten los *Lineamientos para la vacunación contra la hepatitis A y B en poblaciones clave priorizadas (MSPS/OPS, 2016)*.

Dichos lineamientos recuerdan que la práctica de la inyección de drogas es un factor de riesgo para las hepatitis A (VHA), B (VHB) y C (VHC), las tasas de infección son desproporcionadamente elevadas tal como se revisó previamente, incluso en Colombia. Por ello, **es necesario ampliar al acceso a la vacuna contra hepatitis B en esta población**, no solo porque no es costosa, es segura y eficaz, sino porque en este grupo la tasa de vacunación es más baja que en población general.

A las prácticas de riesgo propias del uso de drogas por vía inyectada, se suman los factores de riesgo propios de la habitabilidad de calle,

¹² El Ministerio de Salud y Protección Social avanza en la inclusión de las vacunas de hepatitis B en el Plan Obligatorio de Salud y en definir los mecanismos para mejorar el acceso inicialmente para las dos poblaciones más vulnerables a este virus que son las PID y las mujeres trans. Entretanto, es necesario gestionar dichas vacunas a través de las EPS en el entendido que se trata de una medida altamente costo-efectiva.

Para el caso de los diagnósticos, las fuentes son el POS y el PIC.



el intercambio de sexo por dinero o drogas y la privación de la libertad que es también común entre las PID. Todas estas condiciones incrementan aún más la exposición de este grupo poblacional a las hepatitis virales.

Los lineamientos buscan: 1) contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad de la infección por VHA y/o VHB y las complicaciones asociadas; 2) lograr cobertura y adherencia a los esquemas de vacunación recomendados para las poblaciones clave priorizadas; 3) hacer de la actividad de vacunación una oportunidad de contacto y educación integral para las hepatitis virales.

Los lineamientos priorizan la **vacunación contra la hepatitis A y B en** las PID y en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), para el resto de grupos priorizados se recomienda la vacuna de VHB. **La meta es alcanzar el 90% de las personas** en dichos grupos.

La vacunación de los grupos clave priorizados, de acuerdo con los lineamientos, se llevará a cabo bajo los mismos principios de las vacunación prevista en el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI, con estrategias que consideren en todo momento las dinámicas y condiciones de vulnerabilidad de los grupos objeto de la intervención, de manera que se logren los objetivos planteados.

Aspectos de seguridad para la protección del personal, las vacunas, los insumos, los equipos y las instalaciones deberán asegurarse.

En referencia a los **esquemas recomendados para esta población**, serán de preferencia, y en donde las condiciones lo permitan, súper-acelerados y cortos: 0, 1 y 2 meses para hepatitis B. La evidencia indica que hay una mayor proporción de vacunados que recibieron tres dosis de vacunas contra la hepatitis B cuando se ofreció un esquema acelerado.

De acuerdo con las competencias previstas en los lineamientos y con la dinámica de comités políticos y técnicos en los niveles nacional, departamental y municipal, se determina la necesidad de unificar los criterios científicos, técnicos y operativos a partir de una capacitación por niveles, que involucre a todos los actores con competencia y hasta llegar al nivel operativo. El Ministerio de Salud y Protección Social apoyará el proceso de capacitación.



Dicha capacitación deberá alcanzar a los líderes comunitarios y a las organizaciones no gubernamentales que trabajan con esas poblaciones.

La vacunación para las PID deberá llevarse a cabo en el entorno de los servicios que están en contacto con ellas. Los programas de reducción de daños, incluyendo los programas de mantenimiento con metadona y los dispositivos de base comunitaria tales como los centros de escucha. Lo importante es asegurar que el proceso de vacunación esté en manos de personal que esté familiarizado con la realidad de esta este grupo poblacional y haya construido confianza.

El trabajo de sensibilización y adherencia a la vacunación para las PID debe incluir información y educación general sobre hepatitis virales, vacunación (para qué sirve, importancia de aplicarla y esquema) y otros aspectos de infecciones transmitidas por sangre. Se recomienda sacar el mejor provecho de cualquier contacto con esta población para educar en salud y propiciar la reducción de riesgos y daños asociados.

Quienes intervengan con esta población deberán tener preparación y estar sensibilizados frente a la realidad de este grupo. Así, es importante reconocer en todo momento que la sensibilización y el cambio en las prácticas, así como el logro de la adherencia toma tiempo, es gradual y depende de la confianza que el sujeto sienta frente al dispositivo, el servicio y el personal a cargo de su atención. Lo importante es tener a disposición los insumos para la vacunación en el momento en que la persona acceda a aplicársela.

En 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social lanza también la *Guía de Práctica Clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de hepatitis C*, así como la *Revisión sistemática y adopción de guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B Crónica*.

Para el caso de la hepatitis B, la guía adopta las recomendaciones de la OMS y este organismo reitera que para el caso de las PID es necesario:

- Ofrecer a las PID el régimen de vacunación contra el VHB
- Ofrecer a las PID incentivos para aumentar la captación y completar el esquema de vacunación
- Implementar programas de agujas y jeringas estériles



- Ofrecer terapia de sustitución con opiáceos para el tratamiento de la dependencia
- Reducir las conductas de riesgo de hepatitis C y la transmisión a través de equipos de inyección
- Aumentar la adherencia a tratamiento de la hepatitis C

Para el caso de la hepatitis C, la guía recomienda ofrecer una prueba serológica a los individuos que hacen parte de las poblaciones con alta prevalencia de VHC o a quienes han tenido historia de comportamientos o exposiciones de riesgo, entre ellas, las personas que se inyectan drogas. Se recomienda revisar la guía para acceder al algoritmo diagnóstico adoptado por el país.

Así mismo, se recomienda evaluar con herramientas de tamizaje como el ASSIST la ingesta de alcohol en personas con diagnóstico de infección por VHC y ofrecer intervenciones que permitan trabajar en la reducción de consumo de alcohol cuando este registra un riesgo entre *moderado o alto*.

9.4 Prevención y manejo de sobredosis

Según Ritter y Cameron (2005) las intervenciones para prevenir las sobredosis se ocupan de reducir el riesgo asociado a este evento, mejorando la probabilidad de obtener una respuesta clínica positiva cuando se presenta. En últimas, se busca reducir la alta letalidad asociada a las sobredosis.

9.4.1 Recomendación de buenas prácticas:

Tal como ya se mencionó anteriormente, la evidencia es limitada para determinar con claridad la efectividad de las estrategias para la prevención y manejo de sobredosis. Sin embargo, la misma OMS emite lineamientos que indican que aunque la evidencia sea limitada, las estrategias son necesarias en función de la alta mortalidad asociada, son seguras y es altamente probable que las personas se beneficien de ellas. Al tiempo, es altamente probable que en ausencia de medidas concretas, un mayor número de personas pierdan la vida tras un evento de sobredosis.



No obstante es importante tener en cuenta los **riesgos potenciales** que existen en la administración de cualquier medicamento; considerar que la Naloxona es un antídoto de efecto corto y como tal debe indicarse el riesgo de volver a consumir heroína inmediatamente después de haber sufrido una sobredosis y haber aplicado el medicamento; tener en cuenta que el policonsumo es muy común en esta población y que la Naloxona revierte únicamente los efectos de los opiáceos, no así de otras sustancias.

Así mismo, han surgido inquietudes en torno a las implicaciones legales de administrar a alguien un medicamento sin que medie su consentimiento, o por parte de personal no médico o de enfermería. Aunque como lo señalan Buajordet y colegas (2204, citados por Ritter y Cameron, 2005) la evidencia con la que se cuenta en entornos médicos, es que el riesgo de efectos adversos tras la administración del medicamento es mínimo.

De acuerdo con la OMS y diversos analistas, los beneficios superan los posibles riesgos y ello ha llevado a que se avance en la reducción de las barreras de acceso a este antídoto con la definición de estrategias como, por ejemplo, la autorización firmada por el usuario para que le sea administrado el medicamento que lleva consigo en caso de una sobredosis.

De otro lado, se ha indagado por la aceptación de la estrategia entre los mismos usuarios. Estudios de Strang (1999), Seal (2003) y Coffin y colegas (2003, todos citados por Ritter y Cameron, 2005) citado por Ritter y Cameron muestra que el 89% de los consumidores que presenciaron una sobredosis dijeron que habrían usado la naloxona de haberla tenido disponible. Para el momento, los investigadores calcularon que al menos **dos terceras partes de las sobredosis fatales se habrían podido revertir a tiempo**, de haber contado con el antídoto. Por su parte, el estudio de Coffin y colegas encontró que cerca de un 30% de las personas médicas estaría dispuesto a prescribir Naloxona para que sea usada por pares a las personas usuarias.

En la misma revisión se cita un estudio de Dettmer y colegas (2000;2001) llevado a cabo en Berlín en el que 124 personas que recibieron entrenamiento en técnicas de resucitación y en aplicación de Naloxona, este medicamento fue utilizado 29 veces en 16 meses. En el 90% de los casos el uso del medicamento fue un procedimiento que se evaluó como apropiado. En otro estudio en Jersey con 101



usuarios, el medicamento se usó en cinco ocasiones sin efectos adversos reportados.

Además de las recomendaciones ya descritas en la sección sobre análisis de la evidencia es importante añadir algunos aspectos que se consideran buenas prácticas y que pueden ser relevantes para Colombia.

Los factores de riesgo que contribuyen a las sobredosis se han documentado ampliamente e incluyen: desconocimiento de la pureza de la heroína que se usa, consumo en solitario, mezcla de heroína con otras sustancias psicoactivas, pérdida de tolerancia o deshabituación y consumo o inyección en condiciones de prisa.

De igual modo se ha evidenciado cómo suelen responder las personas que usan heroína ante eventos de sobredosis. La mayoría de las personas –incluso en Colombia– han vivido ellas mismas una sobredosis o han presenciado el evento en otros.

De esta forma la evidencia indica la **importancia del involucramiento de las redes de pares y usuarios en las estrategias** para reducir los riesgos y daños asociados a este evento.

Se han identificado de acuerdo con Ritter y Cameron, cinco estrategias que incluyen entrenamiento, trabajo intersectorial y naloxona disponible para las redes de PID y usuarios de heroína:

- educación de pares
- programas de mantenimiento con metadona
- mejora en la respuesta por parte de testigos o primeros respondientes
- entrenamiento de los usuarios de heroína en resucitación cardio pulmonar
- distribución de naloxona

Es fundamental dar información acerca de los factores de riesgo que incrementan el riesgo de sufrir una sobredosis. Para ello las campañas focalizadas o las labores educativas con apoyo de materiales han mostrado buenos resultados cuando incluyen consejos y estrategias que los usuarios pueden aplicar con facilidad, entre ellos:



- Asegurarse de obtener la sustancia siempre de una misma fuente o hacer la consulta de la potencia al proveedor
- Probar primero con la mitad de la dosis que se usa regularmente si se desconoce la pureza de la sustancia
- Consumir siempre en compañía de otras personas
- Dejar que otros sepan que se está usando heroína para que, en caso de alguna emergencia, puedan informar adecuadamente a los equipos de emergencia de lo que ocurre
- Evitar la mezcla o combinación de diferentes drogas
- Llamar a una ambulancia

También se han desarrollado estrategias que ofrecen servicios de apoyo a las personas que sufrieron recientemente una sobredosis y alianzas colaborativas entre las redes de usuarios, las autoridades de policía y los servicios de emergencia para mejorar la probabilidad de que los usuarios o sus pares llamen a una ambulancia sin temores.

La principal recomendación de acuerdo con ONUSIDA, es que **se asegure la amplia disponibilidad del medicamento** para personal de la salud, primeros respondientes, personal de establecimientos carcelarios, autoridades de policía y miembros de las familias de las personas que usan heroína, por tratarse de una medida de salud pública que salva vidas y que permite una prevención oportuna y efectiva de muertes asociadas a la sobredosis de opiáceos en personas que usan drogas (UNAIDS, 2016).

9.4.2 Recomendaciones en nuestro contexto:

La Naloxona es un medicamento que se encuentra en el Plan Obligatorio de Salud y en la actualidad es de manejo intrahospitalario, con lo cual se presentan barreras de acceso al medicamento en niveles más bajos de complejidad, en unidades móviles de atención básica y por supuesto en entornos comunitarios.

Se trata de un medicamento que aunque no es de control especial, requiere una prescripción médica.

En la actualidad no existe en Colombia la presentación intranasal con la cual se podrían superar los impedimentos propios de la administración de medicamentos por vía inyectada.

El Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra revisando los aspectos de la normatividad, con el fin de encontrar alternativas que



permitan reducir las barreras de acceso a este antídoto en los entornos en los que es requerido y en congruencia con los lineamientos emitidos por la Organización Mundial de la Salud.

Hasta tanto no se definan lineamientos concretos en ese sentido, Colombia puede avanzar en las medidas de educación y concienciación en torno a los factores de riesgo frente a la sobredosis entre redes de personas que usan heroína y en el entrenamiento de primeros respondientes, autoridades de policía, familiares y usuarios en técnicas de resucitación.

9.5 Intervención con pares

La educación de pares o por pares es un término *genérico* que comprende una serie de enfoques y estrategias en las que se involucran personas que pertenecen a un grupo o colectivo en la implementación de estrategias de promoción de la salud dirigidas a sus pares.

La educación de pares responde a diversas teorías del cambio de comportamiento frente a la salud, parten del supuesto de que los pares pueden tener más éxito que los profesionales a la hora transmitir información y compartir conocimientos.

Con frecuencia la educación por pares se entiende como un proceso pasivo en el que se convoca a miembros de grupos o comunidades para que repliquen e implementen estrategias previamente diseñadas por profesionales o expertos. Otras formas más participativas aseguran que las personas no solo participen en la implementación sino también en el diseño mismo de las estrategias (Southwell, s.f; citado por Mason, 2006).

De acuerdo con Mason (2006), a pesar el valor aparente de la educación de pares y su amplia aplicación en programas de reducción de daños, no existe un cuerpo importante de evidencia que permita identificar los factores que contribuyen al éxito de estas estrategias y a determinar lo que se considera una buena práctica.

La investigación que se ha hecho para evaluar la reducción de daños no permite extraer de manera clara el tema de la educación de pares, aunque teóricamente sea claro porqué deben involucrarse.



No obstante, en países como Canadá, el involucramiento de pares ha sido una constante en los programas de reducción de daños, con diferencias en alcance y en la manera como los programas se implementan. Sin embargo, y de acuerdo con Mason, es posible identificar algunos elementos comunes de lo que parece depender el éxito de la operación de estos programas.

9.5.1 Recomendación de buenas prácticas:¹³

- En concordancia con el espíritu de la reducción de daños, los programas que involucran pares y que son exitosos desarrollan un **modelo no jerárquico o de implementación colectiva y de equipo**, en donde no existen barreras entre coordinadores y pares o estas son flexibles. En este sentido los modelos tradiciones de profesional-experto-cliente/peciente no resultan adecuados.
- La reorientación de los servicios y actividades para **responder de manera clara a las necesidades de los pares** es un elemento esencial para reforzar las iniciativas. Así es importante ajustar las horas de las reuniones a las actividades propias de los pares y ofrecer descansos cuando ellos o ellas consideren que sean necesarios.
- Conservar la coherencia de los principios y valores de la reducción de daños en todas las acciones. Lo primero es una **atmósfera sin juicios, respetuosa y promotora de los derechos humanos** de los pares y usuarios.
- Enfocarse en que los proyectos y actividades empoderen a los pares, definiendo **roles concretos y claros, dando poder de toma de decisión** e involucramiento concreto en la implementación de las acciones.
- Los programas deben antes que nada **consultar a los pares** desde el comienzo e incluso antes que a otros actores clave. En general debe incorporarse la consulta previa en cualquier

¹³ Las buenas prácticas que se describen se basan en



intervención que se dirija a un grupo, comunidad o colectivo con el ánimo de transformar algún aspecto de su vida y realidad, pues eso para bien o para mal los afecta.

- La implementación de estos programas suele caracterizarse por ser **informal e incluyente**, con ello logran una atmósfera acogedora y respetuosa que facilita la participación de diversas formas.
- Asegurar que el equipo tiene habilidades en educación popular o en técnicas de activación grupal así como en habilidades para el manejo de conflictos.
- Se recomienda que equipo y pares tengan claras las expectativas, y que aun cuando los las fronteras sean flexibles se tenga claridad de los límites que existen. Ello incluye una política clara sobre el consumo de drogas, el alcance del apoyo del equipo supervisor y de soporte, cierta flexibilidad ante determinadas situaciones sin olvidar que si se involucran pares, es posible que se presenten situaciones complejas frente a las cuales debe haber claridad sobre su manejo desde el comienzo.
- Conservar el balance entre procesos y resultados, entre las necesidades del programa y las necesidades de los pares/usuarios, entre ofrecer una marco o estructura y la necesidad de adaptarla o ajustarla con flexibilidad, entre la necesidad de ejercer control y dejar que las cosas fluyan sin intervenir.
- Un equipo comprometido y constante que tenga la voluntad de involucrarse en el trabajo con toda su complejidad.
- El entrenamiento adecuado y efectivo a los pares es crítico para el éxito, en particular en habilidades comunicativas y de asesoría que les permita sentirse con confianza a la hora de intervenir con sus pares.



- Comunicación abierta y respetuosa y una supervisión adecuada y permanente que ofrezca soporte a personas que seguramente no han tenido un vínculo laboral por mucho tiempo y que requieren mayor acompañamiento que un empleado regular. Dicho acompañamiento puede ser individual y grupal.
- Proteger a los pares del estigma, refiriéndose a ellos como usuarios o como asistentes. Es importante reconocer el valor del tiempo y el trabajo de los pares, asegurarse de superar la resistencia a pagar a los pares porque no son “profesionales”. Igualmente es recomendable usar incentivos y reconocer el desempeño.
- Proteger los derechos fundamentales de los pares ante cualquier situación que los vulnere frente a instituciones, autoridades o comunidad. Así como trabajar o gestionar recursos para asegurar que los pares tengan sus necesidades básicas satisfechas.
- La construcción de confianza toma tiempo, el trabajo con pares requiere disponibilidad y presencia.
- La apertura para generar diálogo y reflexión ante los posibles adversarios de los programas o estrategias es fundamental para la sostenibilidad de los programas. Así mismo la medición y monitoreo permanente de la gestión y los resultados ayuda a mostrar la efectividad de las estrategias y defender los programas en distintos escenarios. El crucial que la comunidad participe activamente incluso que determine representantes para que participen en un comité asesor.
- Alianzas e integración con las autoridades de policía, con instituciones, organizaciones de la sociedad civil y grupos de la comunidad son importantes para el fortalecimiento y expansión del alcance de las intervenciones.



10. Preguntas frecuentes

¿No hay demasiada controversia en torno a la reducción de daños?

Si, la hubo y la sigue habiendo en ciertos entornos en los que prima el enfoque punitivo frente al consumo y los consumidores de drogas. Pero en general es cada vez más aceptada.

La reducción de daños no debería ser tan controversial pues la mayor parte de las acciones de cuidado y promoción de la salud pública buscan reducir los riesgos y los daños para la salud. Lleva más de tres décadas de desarrollo y ha mostrado ser altamente costo-efectiva.

La reducción de daños es necesaria por la alta morbilidad y mortalidad asociadas a prácticas de consumo, si las prácticas se modifican las personas se enferman menos y corren menos riesgo de morir, aun cuando sigan consumiendo drogas.

Dado que ni la prevención, ni el tratamiento son infalibles y tienen límites, muchas personas dejan de recibir atención por el simple hecho de seguir consumiendo drogas. No es posible obligarlos a que se recuperen y abstengan, y al igual que el resto de ciudadanos, tienen derecho a la salud y a la vida, por lo que es necesario ajustar los servicios a sus necesidades para minimizar el impacto y el alto costo en salud y vidas.

Este enfoque no niega que hay riesgos inherentes al uso de drogas, como los hay en la conducción de vehículos, en la práctica de deportes de alto riesgo, y en el consumo de ciertos alimentos. No es viable ni realista prohibir todo aquello que es riesgoso, por tanto se opta por promover el uso de ciertos elementos como los cinturones de seguridad, los cascos o se ofrece información para que las personas decidan la mejor manera de cuidar su salud.

¿La reducción de daños facilita que las personas que usan drogas lo sigan haciendo e impide que la gente las abandone?

La reducción de daños se suele ofrecer a personas con extensas carreras de consumo, con consumos de alto riesgo y con dependencia a drogas como la heroína.



Las personas que dependen de una o más drogas podrían recaer repetidamente, sentir que son incapaces de abandonar la droga o drogas que usa o sencillamente no desearlo. Mientras sigan usando drogas correrán riesgos que los lleven a enfermarse o morir. La mayoría de los riesgos asociados por ejemplo, a la inyección de drogas se pueden prevenir, por ejemplo el VIH, las hepatitis virales, los abscesos, la sobredosis y la muerte.

La meta de abandonar las drogas no es realista o posible en todos los casos, insistir en este objetivo podría ir en contravía de lo que la persona, espera, necesita o está dispuesta a hacer, y la presión puede llevarla a alejarse de los servicios, exponiéndose con ello a más riesgos. Así, la reducción de daños ofrece oportunidades para que personas que continúan con un consumo activo puedan llevar una vida más saludable.

También se ha demostrado que quienes usan servicios de reducción de daños y logran buena adherencia, tienen más probabilidad de pedir tratamiento y abandonar el consumo en el mediano o largo plazo, que quienes no.

¿La reducción de daños promueve el consumo de drogas?

Después de 30 años de desarrollo del enfoque, ninguno de los más de 90 países que lo han aplicado, han registrado un aumento en el consumo de drogas, por el contrario, han registrado una reducción de los consumos problemáticos, las infecciones y muertes, las escenas abiertas de consumo y el crimen asociado.

La reducción de daños es costosa, ¿no es preferible invertir ese dinero en prevención y en tratamiento?

La reducción de daños es una manera de ofrecer atención y tratamiento a los usuarios de drogas en alto riesgo que de otra forma no los obtendrían. También es una manera de prevenir las infecciones por VIH y otras ITS.

Si bien la reducción de daños requiere de inversión, esta es mucho menos costosa que tratar eventos crónicos y de alto costo como la infección por VIH o la hepatitis C. Los costos en salud pública aumentan cuando las necesidades en salud de los grupos más vulnerables no se atienden, por lo que la reducción de daños es una manera clara de ahorrar recursos en salud.



¿Es la reducción de daños una manera de legalizar las drogas?

La reducción de daños no busca legalizar las drogas, tampoco busca regularlas, esa no es su función. Por eso trabaja con personas que usan drogas legales e ilegales y reconoce que en contextos en los que las drogas son ilegales y el consumo se penaliza o se persigue socialmente, los riesgos que se corren son mayores porque las personas se esconden y se marginan más. En tales contextos se necesita aun más la reducción de daños, pero es justo en dichos contextos en donde la reducción de daños como práctica suele también estigmatizarse.

La reducción de riesgos y daños aplica también para sustancias legales como el alcohol en programas como “el conductor elegido” o “entregue las llaves”, está a la base de la regulación de edad para comprar licor o tabaco e incluso de los controles de alcoholemia por parte de las autoridades.

¿Por qué dar jeringas y otros insumos a personas que usan drogas?

La evidencia y la información epidemiológica ha mostrado que los virus como el VIH y las hepatitis B y C están presentes en la sangre, que a su vez está presente en los equipos de inyección y en otros elementos que se usan en el ritual de inyección. La evidencia también indica que es común que se compartan jeringas y otros elementos durante la práctica de la inyección, lo que aumenta el riesgo de exponerse a sangre contaminada o a bacterias que afectan seriamente la salud.

La evidencia indica que los programas de reducción de daños como los que distribuyen material de inyección y educan sobre los riesgos y daños son efectivos en cambiar las prácticas de alto riesgo, reduciendo así la exposición y la transmisión de virus.

De otro lado, es claro que las personas que dependen de una droga como la heroína, invertirán cualquier dinero del que dispongan en la sustancia. Su prioridad es obtener el efecto, así, si para obtener alivio deben compartir una jeringa lo harán. No es realista esperar que las personas que consiguen el dinero para comprar drogas, consigan el dinero para comprar la parafernalia que usan.

¿Es la reducción de daños una medida costo-efectiva?



Este enfoque ofrece una buena relación costo- efectividad no solo porque contribuye a mejorar el bienestar y la salud de las personas que usan drogas y que están en riesgo sino porque al hacerlo, ahorra costos en salud y en pérdida de vidas. Implementar programas para reducir los daños cuesta menos que tratar infecciones y enfermedades derivadas, muchas de la cuales son crónicas y de alto costo.

Estos programas no solo ahorran recursos en salud sino que contribuyen a reducir problemas de convivencia y seguridad comúnmente asociados al uso de drogas ilícitas, y al hacerlo reducen costos sociales, policiales, judiciales y penitenciarios.

¿Qué beneficios trae la reducción de daños o una comunidad o a la sociedad?

Las personas que usan drogas son sujetos de derechos como el resto de ciudadanos. Dado que sus prácticas pueden generar rechazo y violencia no es común que se les acoja como miembros de una comunidad. La reducción de daños permite que las personas mejoren sus condiciones de salud, vida y funcionalidad con lo cual se contribuye también a transformar los imaginarios frente a estos grupos porque se reduce el impacto negativo en las comunidades.

La evidencia muestra también reducción en las cifras de VIH y hepatitis virales en la comunidad, reducción de escenas de consumo en zonas públicas (en lugares en los que hay salas de consumo supervisado, por ejemplo), reducción del número de jeringas contaminadas en lugares públicos, mejora en la educación de las personas que usan drogas y sus parejas sexuales frente al cuidado de la salud y aumento de la demanda de servicios de salud, bienestar e incluso tratamiento.

¿La reducción de daños trae costos políticos?

Desde el punto de vista de la política pública siempre es mejor hacer que no hacer. La evidencia muestra que los países que han desestimado el impacto de la inyección de drogas en la salud pública, han tenido que pagar altos costos en vidas humanas y en atención posterior a las poblaciones enfermas. Son numerosos los países que han vivido epidemias explosivas de VIH, hepatitis virales y más recientemente de muertes por sobredosis, por ejemplo en Estados Unidos.



Las personas que usan drogas presentan una condición crónica que demanda tratamiento, como lo demanda la diabetes o la hipertensión y tienen los mismos derechos a recibir promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, atención en salud, medicamentos e insumos para el cuidado de la salud. Son autónomas en definir el mejor tratamiento y deben, igual que el resto de ciudadanos, consentirlo.

Así, son mayores los costos políticos y en otros frentes cuando se aplican políticas públicas que no están basadas en la evidencia, que no se ajustan a las buenas prácticas, que no atienden o contienen potenciales problemas de salud en la población, que no atienden a los grupos más vulnerables, pues como se explicó en la introducción a esta guía, los problemas de salud de las PID tarde o temprano afectan la salud y el bienestar del resto de la población.

¿Por qué hay países en los que los programas de reducción de daños se han cerrado?

Países como Estados Unidos o Canadá han cerrado algunos programas o han limitado la financiación pública. Las razones nada tienen que ver con la evidencia, las razones han sido políticas. Estos cambios en las políticas públicas han coincidido con la llegada de gobiernos conservadores que han mostrado resistencias a estas medidas por razones políticas e ideológicas.

Lo mismo ocurre con países que vivieron fuertes crisis de salud pública en el pasado, que respondieron a ellas con medidas de reducción de daños y fueron tan efectivas, que dejaron de ser una prioridad. En estos países la reducción de daños pasó de ser una enfoque innovador a ser un enfoque anacrónico, y hoy impulsan intervenciones de reducción de riesgos más ajustadas a las nuevas prácticas de consumo que conllevan otros desafíos. Este no es nuestro caso.

De igual modo la crisis de financiamiento de la reducción de daños en el mundo no es consecuencia de cuestionamientos a su efectividad, es consecuencia de factores económicos, de cambios en los mecanismos de financiamiento, de cambios en las clasificaciones de países como elegibles o no a la cooperación (por ejemplo la del Fondo Mundial), de nuevas prioridades y transformación en las misiones de la cooperación.



Los notables resultados de la lucha mundial contra el VIH y el fortalecimiento de las respuestas nacionales al VIH, llevan a decidir que quizás esta no sea ya una prioridad de la cooperación como lo fue en el pasado.

11. Recursos

Estos son algunos recursos que se pueden consultar para profundizar aspectos tratados en la guía.

La heroína en Colombia: producción, impacto en la salud y recomendaciones de política

<http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03132015-la heroína en colombia produccion impacto salud.pdf>

Guía técnica para definir metas de acceso universal a la prevención, tratamiento y atención al VIH para personas que se inyectan drogas

Nota: en esta guía se encuentra un amplio listado de indicadores de tamaños poblacionales, disponibilidad de intervenciones, cobertura, calidad, resultados e impacto.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-respuesta-its-2014-2017.pdf>

Guía para el manejo de la sobredosis de opiáceos en la comunidad OMS 2014

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137462/1/9789241548816_eng.pdf

Guía consolidada para la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH en poblaciones clave OMS 2014

<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

Guía para la atención a la dependencia a opiáceos OMS 2009

http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependency_guidelines.pdf?ua=1

Do no harm: health, human rights and people who use drugs –
ONUSIDA (2016)
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf

12. Referencias

Brennan, F & Cousins, M.J. (2005). *El alivio del dolor como un derecho humano*. Rev. Soc. Esp. del Dolor. Vol 12, No. 1, Enero – Febrero 2005.

Craig (2010) Ch. 4. *Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*. T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.) European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA Monographs 10

Comisión Global de Políticas de Drogas (2011). *Guerra a las drogas: informe de la Comisión Global de Políticas de Drogas*. En:
<http://idpc.net/es/publications/2011/07/global-commission-drug-policy-report-spanish>

Cook, C; Bridge, J.; McLean, S, Phelan, M y Barrett, D. (2014). *The funding crisis of harm reduction*. En:
<http://www.aidsalliance.org/resources/624-the-funding-crisis-for-harm-reduction>

Jones, L; Pickering, L; Sumnall, H y McVeigh, J (2008). *A review of effectiveness and cost-effectiveness of needle and syringe programmes for injecting drug users*. En:
https://www.researchgate.net/publication/238677809_A_Review_of_the_Effectiveness_and_Cost-Effectiveness_of_Needle_and_Syringe_Programmes_for_Injecting_Drug_Users

Kermode, M; Crofts, N; Suresh Kumar, M y Dorabjee, J (2011). *Opioid substitution therapy in resource-poor settings*. Bulletin of the World Health Organization, Vol 89, No. 4, April 2011, 241-31

Kimber, J; Palmateer, N; Hutchinson, Sh; Hickman, M; Goldberg, D; Rhodes, T. (2010). Harm reduction among injecting drug users – evidence of effectiveness Ch. 5. *Harm Reduction: evidence, impacts*

and challenges. T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.) European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. EMCDDA Monographs 10

Mejía I.E. (2015). *Drug policy and HIV in Latin America*. Informe para los Diálogos regionales sobre políticas de drogas y VIH: América latina y el Caribe. UNODC Viena en preparación para UNGASS 2016.

Ministerio de Justicia y del Derecho / Observatorio de Drogas de Colombia. (2016). *La heroína en Colombia: producción, usos e impacto en la salud pública*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Resolución 2338 de 2013 por la cual se establecen directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Guía de práctica clínica GPC basada en la evidencia para la atención de la infección por VIH en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. Guía para profesionales de la salud. GPC-2014-39*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Resolución 3202 de 2016. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud — RIAS*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Guía de práctica clínica para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de hepatitis C: revisión sistemática y adopción*.

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Revisión sistemática y adopción de guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B Crónica*.

Ministerio de Salud y Protección Social / Organización Panamericana de la Salud (2016). *Lineamientos para la vacunación contra hepatitis A o B en poblaciones clave priorizadas: documento en proceso de validación*.

Mecanismo Coordinador de País MCP (2015). *Guías rápidas de atención en VIH, con enfoque diferencial y de vulnerabilidad*. Proyecto VIH Novena Ronda Fondo Mundial.



Mecanismo Coordinador de País MCP (2016). *Narrativo Nota Conceptual Estándar: inversiones de mayor repercusión contra el VIH, la tuberculosis o la malaria*. Propuesta presentada al FMLSTM.

Naning, H; Kerr, C; Kamarulzaman, A; Osornopropasop, S; Dahlui, M; Hg, Ch-W; Wilson, D. (2013). *Return on investment and cost-effectiveness of harm reduction programme in Malaysia*. World Bank, Ceria, Julius University, Kirby Institute.

Organización Mundial de la Salud / OPS (2003-2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo pruebas para la acción*. En: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=docview&qid=18722&Itemid=270

Ritter, A. y Cameron, J. (2005). A systematic review of harm reduction, Monograph 6. ANU, Turning Point, Griffith University. Drug Policy Modelling Programme. En: <http://dpmp.unsw.edu.au/sites/default/files/dpmp/resources/DPMP%20MONO%206.pdf>

Southwell, M. (2010) People who use drugs and their role in harm reduction En: EMCDDA MONOGRAPHS 10 *Harm Reduction: evidence, impacts and challenges*, 2010 Harm Reduction: an "ethical" perspective (Eds. Tim Rhodes and Dagmar Hedrich)

UNAIDS (2016). *Do no harm: health, human rights and people who use drugs*. En: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf

UNODC (2014). *Monitoreo a la erradicación manual forsoza realizada por los grupos móviles de erradicación - GME en 2014*. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito.

WHO / Western Pacific Region (2006). *The integration of harm reduction into abstinence-based therapeutic communities: a case study of we help ourselves, Australia*. WHO Library.

Wolfe, D. y Csete, J. (s.f). *Harm reduction*. Open Society Foundations.

WHO, UNAIDS, UNODC (2012). *Technical guidelines for countries to set targets for universal Access to HIV prevention, treatment and*



care for injecting drug users 2012 revision. En:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77969/1/9789241504379_eng.pdf

WHO (2014). *Community management of opioid overdose.*
En:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/

WHO (2014). *Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.*
En: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations/en/>

WHO (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted treatment of opioid dependence.*
En:
http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf?ua=1

