

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA O SEXUAL ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS Y SUS PAREJAS EN LAS AMÉRICAS

Manual para profesionales de la salud

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA O SEXUAL ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS Y SUS PAREJAS EN LAS AMÉRICAS

Principios básicos para reducir los daños asociados
a la inyección de drogas. Reaccionar y anticiparse

Manual para profesionales de la salud

Documento escrito por María J Bravo

(Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España)

FUE REVISADO TÉCNICAMENTE POR:

Barrio, Gregorio (Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España)

Noguer, Isabel (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España)

Suárez, Mónica (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España)

Cuchí, Paloma (OPS/ONUSIDA, Washington DC, USA)

Mazín, Rafael (OPS, Washington DC, USA)

Lyra, Paulo (OPS, Washington DC, USA)

Valderrama, Julia (OPS, Washington DC, USA)

Ramón-Pardo, Pilar (OPS, Washington DC, USA)

Balleste, Jordi (OPS, Washington DC, USA)

Osimani, María Luz (Instituto de Investigación y Desarrollo Social –IDES–, Montevideo, Uruguay)

Rossi, Diana (Intercambios Asociación Civil, Buenos Aires, Argentina)

Weissenbacher, Mercedes (CONICET, Buenos Aires, Argentina)

Índice

Prefacio | **6**

Ideas clave PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SANGUÍNEA O SEXUAL
ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS Y SUS PAREJAS | **8**

SECCIÓN 1: Características y extensión del consumo de drogas inyectadas y las infecciones
de transmisión sanguínea o sexual | **18**
LA INYECCIÓN, UN MECANISMO MUY EFICAZ PARA LA TRANSMISIÓN
DE INFECCIONES
1.1 La extensión del consumo inyectado, el VIH, el VHC y el VHB, un fenómeno
sin fronteras | **22**
1.2 Situación en las Américas | **29**
1.2.1 Consumo de drogas inyectadas | **29**
1.2.2 Infecciones de transmisión sanguínea o sexual en
inyectores de drogas | **31**

SECCIÓN 2: Consumo de drogas y vulnerabilidad | **42**
EL CONTEXTO Y LAS CONDUCTAS ASOCIADAS A LA TRANSMISIÓN DEL VIH
2.1 Una vía para distintas sustancias y una sustancia para distintas vías | **45**
2.2 Entre quienes aún no se inyectan, anticiparse previene daños | **48**
2.3 Los inyectores más jóvenes y recientes, los más vulnerables | **49**
2.4 La importancia de los detalles y la variabilidad local | **50**
2.5 Los inyectores modifican positivamente sus conductas de riesgo | **53**

- 2.6 El riesgo de las parejas sexuales de los inyectores | **54**
- 2.7 Las conductas sexuales de riesgo de los inyectores para la transmisión del VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS) | **58**
- 2.8 Cocaína, heroína y riesgo de infección | **60**

SECCIÓN 3:	Intervenciones en salud pública y políticas de salud 62
	REDUCCIÓN DE DAÑOS: UN ENFOQUE PRAGMÁTICO
	PARA EVITAR PROBLEMAS DE SALUD
3.1	Aspectos prioritarios en un enfoque de reducción de daños (RD) 70
3.1.1	Multiplicidad y coordinación 70
3.1.2	Vigilancia y monitorización 72
3.1.3	Reducción del estigma 80
3.2	Intervenciones clave 81
3.2.1	Acceso sin restricciones a material de inyección estéril 81
3.2.2	Acceso sin trabas a consejería y pruebas voluntarias (CPV) 91
3.2.3	Intervenciones comunitarias de acercamiento (ICA) 94
3.2.4	Promoción del uso del preservativo y tratamiento precoz de las ITS 97
3.2.5	Programas de tratamiento de la dependencia 100
3.2.6	Intervenciones en prisión 104
3.2.7	Reducción de la transmisión vertical de mujeres que se inyectan 109

Anexos:	I Instrucciones para la limpieza de jeringas con cloro (lejía) en una situación de emergencia 113
	II Publicaciones de interés en Internet 114
	III Abreviaturas 116

Índice por materias 117

Referencias bibliográficas 119

Prefacio

El uso de algunas drogas ilegales, como la cocaína, está extendido en toda la Región de las Américas, aunque la prevalencia de las distintas vías de consumo (fumada, intranasal o inyectada) varía de unos territorios a otros.

No existe una respuesta clara para explicar por qué el consumo inyectado de drogas se ha difundido más en unas áreas geográficas que en otras, pero la experiencia de la epidemia de infección por VIH en todo el mundo permite afirmar que no existen fronteras geográficas que pongan límite a su extensión.

La gran eficiencia de la vía inyectada para la transmisión de infecciones ha determinado las diferencias en los patrones epidemiológicos del VIH en la Región. En los lugares donde la vía inyectada ha tenido una presencia relevante como forma de consumo de drogas, la epidemia se ha difundido básicamente, o en gran medida, a través de esa forma de transmisión.

La epidemia de VIH en América Latina entre las personas que se inyectan drogas ha alcanzado tasas de infección muy elevadas en algunos países, por la rapidez con que

se difunden las infecciones de transmisión sanguínea en estas poblaciones y por la ausencia de medidas preventivas en su momento. Otras infecciones como la producida por el virus de la hepatitis C han alcanzado prevalencias incluso superiores en algunos grupos de inyectores.

La estrategia frente a la epidemia de VIH no debe ser una respuesta aislada y en ella deben intervenir todos los interlocutores que trabajan en las áreas de prevención de las infecciones de transmisión sanguínea o sexual y de los problemas derivados del consumo de drogas. Se requiere la colaboración de instituciones y ONGs para construir una respuesta que tenga base científica y priorizada y se adapte a las necesidades de estas poblaciones. La magnitud de la respuesta debe ser proporcional a los daños y en muchos casos necesitará de modificaciones legales que permitan el desarrollo de determinadas iniciativas de prevención.

Este manual pretende orientar a los profesionales de la salud, planificadores, organizaciones comunitarias, profesionales que trabajan en atención primaria de salud o en centros de tratamiento de la dependencia de drogas sobre la forma más adecuada para abordar la prevención de las infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre los inyectores de drogas.

Dra. Mirta Roses Periago

Directora
OPS/OMS

IDEAS CLAVE

Prevención de infecciones
de transmisión sanguínea o sexual
entre las personas que se
inyectan drogas y sus parejas

IDEAS CLAVE

Prevención de infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas

El consumo de drogas y la vía inyectada

Tanto la cocaína, como otras sustancias ilegales que se consumen en las Américas (ej. heroína o anfetaminas) son fuertemente adictivas y no es posible su consumo habitual sin un riesgo grave de dependencia.

Sin embargo, ciertos problemas asociados al consumo de estas sustancias no se relacionan con estas propiedades adictivas, sino con la forma en que una persona se las administra. Así ocurre con la infección por VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea. Para adquirir la infección es suficiente con que una persona se inyecte una vez con la jeringa usada por alguien infectado. Eso puede ocurrir, y de hecho no es infrecuente que se produzca, cuando todavía no existe un problema de dependencia.

En este documento denominaremos inyectores de drogas o usuarios de drogas inyectadas a las personas que consumen sustancias psicoactivas (generalmente cocaína, heroína o anfetaminas) administrándoselas mediante inyección, sin que ello implique que exista una dependencia de ellas.

Tanto la cocaína como la heroína pueden consumirse por distintas vías. No es infrecuente que los consumidores se inicien por una vía no inyectada y cambien, a lo largo de su historia de consumo, su vía principal de administración, por ejemplo de intranasal (o esnifada, término utilizado en ciertos países de habla hispana que significa aspirada por la nariz y que proviene del inglés sniff) o de fumada a inyectada. Estos cambios pueden afectar a muchos consumidores.

Estas modificaciones en la vía de administración se han observado en muchos países y pueden influir decisivamente en la difusión de las infecciones por vía

parenteral. Es prioritario identificar y contactar con los consumidores de drogas antes de que comiencen a inyectarse.

La dependencia de cocaína o heroína es un proceso crónico y las recaídas forman parte de su evolución.

En la historia toxicológica de un usuario de drogas existen períodos en que no puede o no quiere abandonar el consumo, sin embargo, siempre se puede intervenir para prevenir o tratar problemas de salud o carencias sociales.

La dependencia de heroína o cocaína conlleva una conducta compulsiva de búsqueda de la sustancia que influye en la vida de quienes la padecen.

Muchas veces las decisiones de una persona dependiente de sustancias psicoactivas sobre los riesgos de ciertas prácticas para su salud están muy marcadas por la necesidad imperiosa de consumir.

En los últimos 20 años el uso inyectado de drogas se ha extendido por todo el mundo. Generalmente la difusión de la vía inyectada se produce en forma silenciosa y hay pocos signos precoces que alerten de su extensión geográfica.

Una vez introducido el consumo de drogas en un país o región, pueden producirse epidemias explosivas de infección por el VIH si se dan las circunstancias adecuadas:

- Coincidencia entre la introducción del virus y una expansión rápida de la práctica de inyección de drogas.
- Alta prevalencia de conductas de riesgo entre los inyectores.
- Mecanismos eficientes de contacto entre distintos grupos de consumidores.
- Ausencia o escasez de medidas preventivas.

Las conductas de riesgo

Con frecuencia el consumo de drogas ilegales es una actividad de grupo.

Las conductas de riesgo para la transmisión de infecciones por vía sanguínea están condicionadas por las normas del grupo de inyectores de drogas, por el papel de los líderes del grupo y por la interacción entre dicho grupo y el entorno.

La inyección con jeringas ajenas usadas es una conducta frecuente entre los usuarios. Sin embargo, puede haber prácticas de riesgo de inyección aún más prevalentes, como:

- Inyectarse droga diluida en jeringas ajenas previamente usadas.
 - Compartir el recipiente para calentar y diluir la sustancia.
 - Compartir los filtros.
 - Usar el agua que otros han usado para enjuagar sus jeringas.
-

De hecho, no es raro que personas que sólo utilizan sus propias jeringas compartan otros materiales de inyección.

Aún cuando el riesgo de transmisión del VIH es mayor si se utilizan jeringas ajenas usadas que si se comparte otro material de inyección, esta última conducta se relaciona con la difusión de otras infecciones de transmisión sanguínea, como la hepatitis C. Aunque se dan prácticas de riesgo de inyección similares en todo el mundo, hay importantes diferencias geográficas que deben considerarse al elaborar los mensajes preventivos.

Los inyectores de drogas, con frecuencia, modifican positivamente sus conductas de riesgo de inyección para evitar las infecciones de transmisión sanguínea. También modifican, aunque en menor medida, sus conductas sexuales de riesgo.

Los usuarios de drogas inyectadas también pueden cambiar y algunos cambian con prontitud sus conductas para evitar infectar a otras personas.

La modificación de las prácticas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS) entre inyectores y no inyectores ha de ser una pieza clave del control de la epidemia en la población en general.

La modificación de las conductas sexuales de riesgo no es fácil ni entre los inyectores de drogas ni en la población en general. Deben diseñarse intervenciones específicas con ese fin basadas en modelos teóricos de modificación de conductas, que incluyan trabajo con pares y entrenamiento en habilidades, que faciliten el acceso a los preservativos y sea posible mantenerlas en el tiempo.

No es infrecuente que las mujeres inyectoras de drogas o consumidoras de drogas por otras vías, especialmente crack, intercambien sexo por dinero, droga u otras mercancías, lo que las expone a ellas y a sus parejas sexuales a un riesgo muy elevado de infección.

Las intervenciones dirigidas a ellas deben facilitar el acceso a preservativos, tener especificidad de género, centrarse en la provisión de habilidades para la negociación de prácticas sexuales más seguras y ser mantenidas en el tiempo.

En las Américas como en otras partes del mundo, muchas infecciones comparten los mismos mecanismos de transmisión entre los inyectores de drogas. La infección por el VIH y la hepatitis C son las que provocan mayor daño a la salud. Entre otras, también están: hepatitis B, infecciones por HTLV-I/II, malaria, leishmaniasis, endocarditis, celulitis, abscesos subcutáneos y tétanos.

Hay también aspectos preventivos comunes:

- Usar siempre material estéril de inyección.
- Utilizar siempre preservativos en las relaciones sexuales de penetración.
- Vacunarse si se es susceptible frente a la hepatitis B o al tétanos.

Las intervenciones en salud pública

La reducción de daños (RD) es una alternativa, con planteamientos de salud pública, a los modelos clásicos de respuesta asistencial frente a los problemas derivados del consumo de drogas. La RD reconoce la abstinencia de drogas como un objetivo deseable pero se plantea objetivos intermedios para mejorar la calidad de vida de las personas cuando las condiciones no permiten metas más ambiciosas.

Existen momentos o etapas en la vida de un consumidor de drogas en que la mejor alternativa es, por lo menos, intentar reducir el daño que se produce a sí mismo y a su entorno.

Para que sean efectivas, las estrategias para la prevención de infecciones de transmisión sanguínea o sexual (ITSS) entre los consumidores de drogas ilegales y sus parejas, deben abarcar una gran variedad de intervenciones. Estas iniciativas deben garantizar la accesibilidad geográfica, horario, nivel cultural y económico de las personas a las que se dirigen. Para ello es muy importante que estén disponibles en una amplia variedad de establecimientos asistenciales (hospitales, centros de salud, centros sociales, ONG, prisiones, etc).

Básicamente han de incluir:

- **Provisión o intercambio de material de inyección estéril y de preservativos.**
 - **Intervenciones comunitarias de acercamiento (ICA).**
 - **Consejería y pruebas voluntarias (CPV) de detección serológica del VIH y otras ITSS.**
 - **Tratamiento de la dependencia de sustancias psicoactivas.**
-

La existencia de programas de tratamiento de la dependencia de drogas con objetivos de abstinencia, no implica que no puedan desarrollarse otras iniciativas dirigidas a la RD. Ambos tipos de intervención son necesarios y complementarios, y no interfieren entre sí.

El período durante el cual las medidas para prevenir infecciones de transmisión parenteral son más efectivas es corto.

Los inyectores jóvenes y los que han empezado a inyectarse recientemente tienen un riesgo muy alto de infectarse por el VIH, el VHC y el VHB.

Una estrategia de prevención de infecciones de transmisión sanguínea o sexual dirigida a los inyectores de drogas, debe incluir siempre a sus parejas sexuales.

Las personas que se inyectan drogas son en su mayor parte de sexo masculino y sus parejas son fundamentalmente mujeres (generalmente no inyectoras) que en sus relaciones sexuales utilizan con poca frecuencia el preservativo. Diversos aspectos biológicos, económicos, sociales y culturales sitúan a esas mujeres en condiciones de especial vulnerabilidad frente a la infección por el VIH.

El desarrollo de medidas para la prevención de la infección por el VIH entre los inyectores de drogas y sus parejas debe iniciarse lo más pronto posible. Su implementación, cuando la prevalencia de la infección por el VIH entre los inyectores es menor del 5% facilitará el control de la epidemia en dicha subpoblación. Cuando la epidemia ya está difundida entre los usuarios de drogas inyectadas, las medidas preventivas contribuirán a evitar daños mayores.

Entre las intervenciones preventivas claves se encuentran: provisión de material de inyección estéril a los usuarios y las ICA.

El trabajo de los programas de prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea o sexual dirigidos a los consumidores de drogas ilegales y a sus parejas debe basarse en las propias organizaciones comunitarias. Éste es un componente fundamental para trabajar en forma efectiva con poblaciones ocultas o de difícil acceso.

Las intervenciones preventivas (provisión de jeringas estériles, oferta de CPV, etc.) deben diseñarse de acuerdo con las necesidades de la comunidad.

A menudo el consumo de drogas es una actividad ilegal o sancionada socialmente que intenta ocultarse. Ello dificulta que las actividades preventivas alcancen a los consumidores más problemáticos, como los inyectores o a sus parejas sexuales.

Cuando la adquisición o posesión de material de inyección estéril para administrarse drogas es una actividad ilegal conlleva mayor probabilidad de conductas de riesgo para la transmisión de infecciones por vía parenteral.

Las ICA son la única forma de promover prácticas de menos riesgo para la salud de los inyectores de drogas que no contactan los servicios de salud convencionales.

Estas intervenciones suelen utilizar el trabajo con pares, deben basarse en modelos teóricos de modificación de conductas y de trabajo comunitario, y deben ser cuidadosamente planificadas, identificando primero al grupo con el que se va trabajar, desarrollando objetivos adecuados, definiendo las tareas y elaborando un plan de evaluación. Son proyectos en los que deben implicarse profesionales de distintas disciplinas (ej. educadores, psicólogos, antropólogos, profesionales de la salud,)

Si los tratamientos antirretrovirales (ARV) están disponibles en la comunidad, los inyectores infectados por el VIH deben poder acceder a ellos en las mismas condiciones que el resto de la población.

Para facilitar el cumplimiento del tratamiento es importante que exista una buena coordinación entre los proveedores y los recursos comunitarios o de reducción de daños. Asimismo, la prescripción de regímenes simples, la existencia de sistemas de acompañamiento o de tratamiento supervisado pueden contribuir a la adherencia al tratamiento.

Las políticas de salud

Desde el punto de vista de la prevención de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea o sexual (ITSS) en los inyectores de drogas, la estrategia de RD se ha mostrado más efectiva que las políticas basadas en la abstinencia de drogas.

No existe contradicción alguna en la coexistencia de recursos de RD, con objetivos mínimos o intermedios, y los de tratamiento basados en un modelo libre de drogas. Ambos son necesarios y compatibles.

Una política efectiva para prevenir la infección del VIH entre los inyectores de drogas debe incluir medidas como educación, acceso a material estéril y programas atractivos de tratamiento de la dependencia.

Estas medidas deben ser puestas en marcha en forma:

- Rápida
- Intensiva
- Coordinada

Para el diseño de políticas sociales y de salud ha tenerse en cuenta que en un país, incluso en áreas geográficas relativamente pequeñas, pueden coexistir situaciones muy diversas respecto al consumo de drogas inyectadas y los daños sociales y de salud asociados. Brasil es un ejemplo de esta diversidad: muestra subepidemias de VIH y otras enfermedades transmisibles en inyectores en distinto estadio de evolución, junto con un grave problema de consumo de crack que interactúa con el consumo inyectado en la difusión de enfermedades transmisibles.

Es necesario atender en forma paralela a esas distintas situaciones:

- **Anticipándose** para prevenir aquéllos daños que todavía no se han producido pero sobre los que existen evidencias científicas suficientes que indican que es probable que se produzcan.
- **Reaccionando** con respuestas adecuadas y proporcionadas a la magnitud del problema.

No existe ningún país o región en que se haya detectado consumo de drogas inyectadas o consumo de drogas potencialmente inyectables que no deba atender a una diversidad de situaciones al mismo tiempo.

Los consumidores de drogas ilegales deben ser tratados con dignidad, en condiciones de igualdad con el resto de los ciudadanos y no deben ser objeto de conductas estigmatizadoras que socaven su derecho a la salud.

A veces los profesionales sociales y de salud no escapan a ciertas actitudes de rechazo. Sin embargo, han de ser estos profesionales quienes deben ayudar a identificar las situaciones de discriminación, apoyando a los inyectores para que utilicen las mismas herramientas administrativas o legales que el resto de los ciudadanos.

Los problemas de salud asociados con la inyección de drogas compiten con otros problemas de salud de la comunidad cuando se diseñan políticas y movilizan recursos. A menudo es muy difícil lograr compromiso político para detener una epidemia cuando el virus es todavía invisible en la población en general.

Es importante disponer de datos fidedignos sobre la prevalencia de las infecciones de transmisión sanguínea y sexual entre los inyectores de drogas y sobre cómo estas poblaciones interactúan con la población en general.

En ocasiones, la efectividad de las medidas de salud pública dirigidas a los usuarios de drogas puede verse limitada por un contexto legal y político adverso.

Para aumentar la efectividad de las intervenciones de RD asociada a la inyección de drogas ilegales puede ser necesaria la modificación de algunas normas legales.

SECCIÓN 1

Características y extensión del consumo de drogas inyectadas y las infecciones de transmisión sanguínea o sexual

LA INYECCIÓN, UN MECANISMO MUY EFICAZ PARA LA TRANSMISIÓN DE INFECCIONES

- 1.1 La extensión del consumo inyectado, el VIH, el VHC y el VHB, un fenómeno sin fronteras | 22
- 1.2 Situación en las Américas | 29
 - 1.2.1 Consumo de drogas inyectadas | 29
 - 1.2.2 Infecciones de transmisión sanguínea o sexual en inyectores de drogas | 31

La inyección, un mecanismo muy eficaz para la transmisión de infecciones

Existen evidencias abrumadoras de que las microtransfusiones que tienen lugar cuando alguien se inyecta con una jeringa contaminada (aguja, cuerpo o émbolo de la jeringa) pueden transmitir enfermedades entre los usuarios de drogas. Aunque existen menos evidencias directas en relación con el uso compartido de otros materiales de inyección (filtros, instrumentos para disolver la sustancia, etc. ...), hay datos que sugieren que la transmisión de infecciones por este medio también ocurre^{1,2}.

Determinadas infecciones víricas se han extendido en forma dramática entre los usuarios de drogas inyectadas, especialmente el VIH, el VHB y el VHC. El VIH y el VHC son los dos patógenos de transmisión más frecuente mediante el uso compartido de material de inyección. Este hecho tiene alcance mundial y afecta también a las Américas. Según un informe de los Centros para el Control y Prevención de las Enferme-

dades (CDC) de los EE.UU.³, en 1998 el uso de drogas inyectadas era responsable de la mayoría de las transmisiones del VHC en ese país. La infección por el VHC se adquiere más rápidamente que otras infecciones virales de transmisión sanguínea. Así, después de cinco años de inyección de drogas las tasas de infección por este virus, pueden ser cuatro o cinco veces superiores a las de la infección por el VIH.

La inyección de drogas con jeringas ajenas usadas es un mecanismo muy eficaz para la transmisión de infecciones: víricas, bacterianas, micóticas y protozoarias.

Probablemente el VIH y el VHC son responsables de la mayor parte de la morbilidad y mortalidad de los inyectores de drogas en todo el mundo¹.

Otras infecciones virales, como las producidas por el HTLV-I o el HTLV-II son también transmitidas a través del uso compartido de material de inyección^{4,5} e

infectan a inyectores en Argentina y Brasil^{6,7,8}. En ambos países se han encontrado prevalencias más elevadas de HTLV-II en estas poblaciones⁹, patrón que también se da en los EE.UU., aunque un estudio entre 1994-1996 en Salvador (Brasil) se encontró mayor presencia de HTLV-I¹⁰.

En las Américas también se han notificado casos de **malaria**¹¹ transmitida por compartir jeringas. Entre 1988-1990 Brasil reportó dos brotes de malaria transmitida por esta vía. Otra infección producida por protozoos como la *leishmania* puede ser también transmitida por uso de material de inyección contaminado como se ha observado en España, donde el protozoo se encontró en el 52% de una muestra de jeringas en Madrid¹².

Procesos infecciosos como la **endocarditis**, **celulitis**, **sepsis** o **abscesos subcutáneos** producidos por bacterias son frecuentes entre los inyectores de drogas, especialmente entre aquéllos que se encuentran inmunodeprimidos.

En un estudio realizado en Baltimore, EE.UU., entre 1.057 individuos, 12 de ellos reportaron **endocarditis** y 113 reportaron **abscesos** subcutáneos en los seis meses anteriores¹³. En otra muestra de 169 inyectores reclutados en la calle en San Francisco, EE.UU., en 1997, al 32% se le diagnosticó **abscesos**, **celulitis** o ambos¹⁴. En un hospital del conurbano

sur de la provincia de Buenos Aires, Argentina, entre 1992-1997, se produjeron 234 admisiones correspondientes a 150 pacientes usuarios de cocaína endovenosa. De esos 150 pacientes, 139 (93%) tenían serología VIH+. Excluyendo a la infección por el VIH, se documentaron 226 infecciones (1,5 por paciente). El 25% de las mismas no fueron motivadas por la inmunodeficiencia del VIH, siendo las más frecuentes los **abscesos de partes blandas**, hepatitis activa y **endocarditis infecciosa**¹⁵.

Recientemente en Noruega se reportó la muerte de un usuario de drogas en cuyos tejidos se aisló *Bacillus anthracis*, procedente probablemente de heroína contaminada¹⁶. Entre abril y agosto de 2000, en Escocia se reportó un brote de una enfermedad desconocida que afectó a 60 inyectores, de los que murieron 23. Se notificaron 26 casos similares en Inglaterra y 23 en Dublín. Todos eran usuarios de heroína y los más afectados fueron los que se inyectaron en el músculo. En Escocia se identificó al *Clostridium novyi* como el agente etiológico¹⁷ procedente probablemente de heroína contaminada. En 1997 se detectó un brote de **infecciones graves de tejidos blandos por Streptococcus tipo A (GAS)** en inyectores de cocaína en Suiza¹⁸.

Entre 1990 y 1994 se observó un incremento de casos de **botulismo** (wound botulism) en California, EE.UU., (1 caso

en 1990, 3 en 1992, 4 en 1993, 11 en 1994 y 23 en 1995). Todos los casos excepto uno ocurrieron en usuarios de heroína “black tar”^{19,20}.

Los CDC confirmaron que en los EE.UU., entre 1995-1997, se notificaron 124 casos de **tétanos** en 33 estados y el Distrito de Columbia. El 11% de los casos ocurrió en usuarios de drogas inyectadas sin evidencia de heridas, este porcentaje había sido de 3,6% entre 1991-1994. Ninguno de los casos ocurrió en personas de las que se supiese que habían sido vacunadas. La gravedad de cada caso notificado estuvo en relación inversa con el número de dosis que habían recibido de vacuna antitetánica²¹. En California, EE.UU., entre 1987-1997 se notificaron 67 casos de tétanos de los cuales el 40% (27) ocurrió en inyectores. De ellos el 89% (24) era hispano. En una encuesta serológica se observó que el nivel de anticuerpos protectores frente a la toxina tetánica era del 58% entre mexicanos-americanos frente al 73% en blancos no hispanos²². Los factores que podrían estar implicados en un mayor riesgo frente al tétanos entre los inyectores de drogas son: 1) la elevada prevalencia de abscesos que favorecen las condiciones para el crecimiento de bacterias anaerobias, 2) la inyección subcutánea, 3) la contaminación de la droga y 4) una inmunidad baja²¹.

La utilización siempre de **materias de inyección estéril** y la **vacunación** de la población susceptible frente a la hepatitis B y el tétanos puede evitar importantes daños a la salud de los usuarios de drogas.

Aunque las recomendaciones generales sobre inyección higiénica para prevenir la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas pueden limitar la infección por *Clostridium tetani* a partir de un equipo de inyección contaminado, estas medidas pueden no ser efectivas contra las esporas inoculadas en la piel o contenidas en la droga. Por lo tanto, deben hacerse esfuerzos para mejorar la cobertura de **vacunación frente al tétanos** para que proteja al mayor número posible de inyectores.

En ocasiones los inyectores de drogas acuden a los servicios de salud y aunque estos contactos son esporádicos deben aprovecharse para la valoración de su situación vacunal y la administración de las dosis necesarias de **vacuna antitetánica y vacuna antihepatitis B**.

Además de un riesgo muy elevado de infección por el VIH, VHC, VHB y otras enfermedades de transmisión sanguínea, los inyectores de drogas tienen con frecuencia otros problemas de salud como **sobredosis**. La vía inyectada se asocia con más problemas de **sobredosis**

que las otras formas de administración. La fluctuación en la pureza de las sustancias que se administra una persona con una determinada tolerancia a ellas, puede desencadenar un episodio de **sobredosis**. Asimismo, la elevada frecuencia con que los inyectores mezclan sustancias psicoactivas por la misma vía, o por otras, está fuertemente asociada con la ocurrencia de estos problemas agudos.

1.1 La extensión del consumo inyectado, el VIH, el VHC y el VHB, un fenómeno sin fronteras

Hasta finales de 1999, 136 países habían identificado en sus territorio el consumo de drogas inyectadas. De ellos, 114 habían notificado la transmisión del VIH a través de dicha vía. Además, el tráfico de drogas ilegales afectaba alrededor de 170 países²³.

El consumo de drogas inyectadas

Se señalan a continuación algunos aspectos relevantes sobre la **dinámica de la difusión de la inyección de drogas**^{24, 25, 26, 27, 28, 29}:

- El uso no médico de sustancias psicoactivas es inevitable en cualquier sociedad, incluyendo aquellas sustancias que son potencialmente inyectables.

- En la actualidad existen redes muy sofisticadas de alcance mundial para la producción, transporte y venta de drogas ilegales.
- Dichas redes controlan también las características del tipo de droga disponible, es decir, aquélla más adecuada para fumar o para inyectarse. Esto ocurre tanto para la heroína como para la cocaína.
- El precio de estas sustancias en el mercado ilegal puede ser muy elevado. Esto puede ser un condicionante para que los consumidores adopten la vía parenteral, ya que ésta es más eficiente (se consigue el mismo efecto con menos recursos) que fumar la droga.
- La selección de una determinada vía para el consumo habitual es un hecho reversible. Se han documentado transiciones desde vías no inyectadas a la inyectada y viceversa en diversas partes del mundo.
- La introducción de una práctica como la inyección de drogas en un área geográfica (subcontinente, región, país, etc.), sigue para su difusión las mismas reglas que otro tipo de innovaciones. La popularización del uso intravenoso ha sido descrita no como un proceso lento y gradual, sino como rápido y abrupto. No es la suma de decisiones individuales y aisladas, sino un fenómeno colectivo que puede darse sorprendentemente rápido.

- Al expandirse, el consumo de drogas por inyección no se limita a áreas geográficas pequeñas ni respeta las fronteras entre países. Puede llegar a alcanzar regiones enteras, subcontinentes o continentes.

Las personas que se inyectan drogas forman parte de la comunidad, mantienen contactos sociales y sexuales con no usuarios de drogas, se trasladan de unas ciudades a otras, de una provincia o comarca a otra o desde un país a otro.

La infección por el VIH entre los inyectores

La inyección de drogas ilegales, sobre todo al inicio de su expansión, es un fenómeno silencioso, lo mismo que la difusión del VIH entre los usuarios. Apenas existen signos de alarma que adviertan de la extensión de esta vía de consumo y de las enfermedades de transmisión sanguínea asociadas. En diversos países o regiones cuando se detectó el virus entre los usuarios de drogas inyectadas, era ya demasiado tarde para actuar precozmente.

En España en 1975 finalizaba un período de dictadura y aislamiento cultural y político. En los cinco años siguientes se produjo la transición a un régimen de libertades democráticas en un clima de gran expectativa social, especialmente entre los jóvenes. Muchos de ellos se

habían opuesto a un régimen dictatorial y el proceso de cambio no cubrió sus expectativas personales. Esto se producía en un contexto de recesión económica que condujo a un clima de frustración. En este ambiente se produjo la difusión del consumo de heroína inyectada. En 1978, el consumo de drogas ilegales inyectadas era un fenómeno todavía raro. Sin embargo, en 1982 decenas de miles de personas consumían drogas por vía intravenosa. Esta práctica se extendió rápidamente en un proceso abrupto que un inyector describía en aquella época como “fuego en hierba seca”²⁴.

Existen otros ejemplos documentados de **ascensos muy rápidos en la prevalencia de infección por el VIH en poblaciones de inyectores en varios países.**

En Tailandia el VIH fue identificado en 1984. En 1988, en Bangkok, se incrementó la prevalencia de infección entre quienes se inyectaban drogas desde un 2% a un 43%. En 1995 se estimó una prevalencia nacional en dicha población de un 32% que se incrementó hasta un 51% en 1999. En el año 2000 el sistema nacional de vigilancia encontró que el 54% de los inyectores en el país estaban infectados por el VIH³⁰. También en Vietnam se han detectado incrementos espectaculares de la prevalencia del VIH entre los inyectores, por ejemplo, en la ciudad de Ho Chi Minh, aumentó desde el 1% en 1992 al 39% en 1996³¹.

Más recientemente, en el este de Europa se ha descrito la extensión del VIH íntimamente ligada a la difusión del consumo inyectado de drogas que se produjo después del colapso de la Unión Soviética durante los años 90 en medio de una crisis socioeconómica severa y mientras Afganistán se convertía en el primer productor de opio del mundo. Los pocos datos disponibles sugieren que el uso compartido de jeringas es muy prevalente, así como las relaciones sexuales de riesgo en un medio donde la prevención del VIH no es prioritaria. De una muestra de 82 inyectores reclutados en la calle en Ekaterinburg (Federación Rusa) en 1998, el 86% había compartido jeringas en el último mes. En Moscú entre 424 inyectores, la proporción osciló entre un 31%-41%. Las prevalencias de infección varían en forma importante entre áreas geográficas y según la metodología empleada. En Belarus en el año 2000, según estimaciones obtenidas de las pruebas diagnósticas, las prevalencias variaban entre el 1% o menos en Vitebsk y Minsk al 7% en Gomel. Otros estudios en el mismo año, analizando los restos de sangre encontrados en las jeringas, identificaron prevalencias de 0% en Vitebsk, 22% en Minsk y hasta 66% en Svetlogorsk³².

En esta región, aunque los casos de infección por el VIH por transmisión heterosexual representan una proporción menor que los de la categoría de

consumo inyectado de drogas, la transmisión heterosexual ha crecido enormemente, desde menos de 100 por año hasta 1994 hasta 4.716 en 2001. Este incremento está íntimamente relacionado con la conducta sexual de los inyectores de drogas, sugiriendo que **la prevención en estas poblaciones es clave para el control de la epidemia**³³.

La experiencia de los últimos 15 años muestra que **una vez introducido el consumo de drogas inyectadas en un país o región, pueden producirse epidemias explosivas de infección por el VIH si se dan las circunstancias adecuadas, principalmente:**

- Introducción del virus cuando la epidemia de consumo inyectado se encuentra en evolución expansiva.
- Prevalencia elevada de conductas de riesgo para la transmisión de infecciones entre quienes se inyectan drogas.
- Mecanismos eficientes de contacto entre distintas redes o grupos de consumidores.
- Ausencia o escasez de medidas preventivas efectivas.

Existen ejemplos que ilustran que **es posible mantener tasas de prevalencia del VIH entre los inyectores menores del 5%**³⁴. Un estudio realizado a mediados de la década de los años 90 en 5 ciudades (Glasgow -Gran Bretaña-, Lund -Suecia-, Sidney -Australia-, Tacoma -EE.UU.-, y

Toronto -Canadá-) donde la prevalencia de la infección por el VIH en dicha población había permanecido baja durante años, identificó tres factores comunes en todas ellas³⁴:

- Puesta en marcha de actividades preventivas cuando la prevalencia de infección era todavía baja.
- Provisión de material de inyección estéril.
- Puesta en marcha de ICA.

Cuando la prevalencia de **infección por el VIH entre los inyectores es baja**, el riesgo de infectarse por aceptar una jeringa usada es también bajo, por lo que hay pocas seroconversiones y pocos individuos recién infectados o muy contagiosos. **Si en ese momento se implementan medidas preventivas que alcancen a una proporción elevada de inyectores, es muy probable que pueda controlarse la transmisión del virus en dicha población**, aún cuando siga persistiendo cierto nivel de conductas de riesgo^{34,35}.

El control de la epidemia **cuando la prevalencia de infección ha alcanzado niveles superiores al 10% es mucho más difícil y puede sobrepasar el 40 o el 50% en el plazo de cuatro o cinco años**³⁶. Aún así, se ha constatado la disminución de las tasas de incidencia de infección por el VIH entre usuarios de drogas inyectadas cuando se han puesto en marcha intervenciones preventivas ajustadas a la dimensión de la epidemia³⁷.

En general, la evolución de la epidemia de infección por el VIH ha de entenderse como la interacción entre:

- La prevalencia de infección.
- La infectividad del virus.
- El riesgo de transmisión.
- El desarrollo de intervenciones preventivas precoces, fundamentalmente provisión de jeringas estériles.

Entre las medidas de salud pública para reducir la difusión del VIH en los inyectores de drogas se incluyen principalmente:

- ICA.
- Jeringas y agujas estériles de fácil acceso.
- Programas de tratamiento de la dependencia de drogas de fácil acceso, de trato amistoso y no moralizante.
- Trabajo con pares y organizaciones de autoayuda.
- CPV ampliamente disponible.
- Programas especiales para determinados subgrupos como inyectores que ejercen la prostitución, e inyectores presos.
- Programas de capacitación para profesionales de la salud y del área social que trabajan con usuarios que se inyectan.

Nota: Modificado de Coates et al³⁷.

La infección por el VHC entre los inyectores

La infección por el VHC ligada a la inyección de drogas **es un problema más frecuente y geográficamente más homogéneo que el de la infección por el VIH**. De hecho, las tasas de infección entre los inyectores de diversos países son más parecidas y elevadas que en el caso del VIH. En general, la incidencia de infección por el VHC en inyectores es entre 10 y 100 veces más elevada que la del VIH en el mismo grupo^{1,61}. En estas circunstancias incluso **usar una sola vez en la vida la jeringa previamente utilizada por otro, conlleva un altísimo riesgo de infección por el VHC**.

La transmisión del VHC por el uso compartido del material de inyección se produce en forma similar a otros patógenos de transmisión sanguínea³⁸. Sin embargo, en general, **los inyectores se infectan antes por el VHC que por el VHB o el VIH**, así las tasas de infección entre los jóvenes que se inyectan son cuatro o cinco veces más elevadas que las del VIH. La mayor parte contrae la infección durante los seis o doce primeros meses de consumo de drogas inyectadas³⁹. Después de cinco años, el 90% se ha infectado por el VHC⁴⁰. Esta mayor rapidez en infectarse por el VHC que por el VHB se debe probablemente a la tendencia más elevada a la cronicidad de la infección del primero, lo que resulta en una probabilidad importante de exposición al virus⁴⁰.

Grupos de inyectores con prevalencias de VIH cercanas a 1% llegan a presentar tasas de infección por el VHC de 65%¹.

Como la infección por el VIH, la infección por el VHC es silente durante muchos años. En el quince por ciento de los infectados por el VHC se elimina el virus de la sangre, el resto son portadores durante toda su vida³⁹.

La infección crónica por el VHC ocasiona considerables problemas de salud a largo o mediano plazo (décadas) como daño hepático severo y muerte prematura. La infección se hace crónica en el 85% de los casos y hasta un 20% desarrolla cirrosis en la primera o segunda década de la infección. Entre el 1 y el 4% de los infectados desarrollan carcinoma hepatocelular³⁹.

Este virus se puede transmitir verticalmente de las mujeres portadoras a los hijos. En los EE.UU., los CDC han estimado que la hepatitis C es responsable de 8.000 a 10.000 muertes cada año³⁹.

Un tamizaje serológico entre 1988-1994 sugirió que 3,9 millones de personas en los EE.UU. habían sido infectadas por el VHC: cuatro veces más que por el VIH. De ellos, 2,7 millones tenían RNA detectable³⁸.

Las predicciones de **mortalidad** en los EE.UU. por enfermedad hepática relacionada con la infección por el VHC sugieren un incremento del doble o el triple en los próximos 10-20 años. Los costos relacionados con la atención médica directa para los años 2010-2019 oscilarían entre \$6,5-\$13,6 billones, a los que habría que añadir los costos de otros \$75,5 billones por productividad perdida debida a mortalidad prematura o enfermedad incapacitante³⁸.

La infección por el VHB entre los inyectores

El mecanismo de transmisión del VHB a través del material de inyección infectado es el mismo que para el VHC o el VIH.

Aunque para la **hepatitis B**, existe una **vacuna eficaz** esta patología afecta también gravemente a los inyectores, ya que en general, las **coberturas de vacunación son muy bajas**⁴¹.

Un análisis positivo de anticuerpos frente al VHC o VIH indica, por lo general, una infección actual. Sin embargo, en el caso de la hepatitis B, la presencia

de anticuerpos indica que hubo una infección alguna vez, pero que probablemente esa infección ya se ha curado. Además, los anticuerpos al VHB también pueden indicar vacunación. Por ello, a la hora de interpretar la prevalencia de los anticuerpos al virus de la hepatitis B, se deben tener en cuenta las prácticas de vacunación que pueden variar mucho entre países.

Los inyectores que no tienen anticuerpos están todavía en riesgo de infectarse y deben vacunarse. En estos la vacunación es especialmente importante ya que la infección por el VHB puede ser incluso mortal si ya se está infectado por otro virus hepatotropo como el VHC.

Una vez que el **VIH y el VHB** alcanzan prevalencias importantes entre los usuarios de drogas inyectadas, esta población es el **reservorio principal para la transmisión heterosexual y vertical de estos virus**.

Además de los factores conductuales relacionados con **la transmisión del VIH, el VHC y el VHB, existen unos factores biológicos** que condicionan la difusión de infecciones de transmisión parenteral:

I. Prevalencia de la infección activa entre usuarios de drogas inyectadas⁴². Ésta depende de:

- **La prevalencia de infección primaria en una población dada:** para el VIH puede oscilar entre cifras menores

de 5%, y prevalencias superiores a 60%, para el VHB la diversidad es también grande y para el VHC las prevalencias son más homogéneas pudiendo oscilar alrededor de 70%.

- **La capacidad del virus para permanecer en el organismo en forma crónica y transmisible:** el VIH aparentemente permanece toda la vida, aunque disminuye la carga viral y capacidad de transmisión cuando se emplea la terapia antirretroviral. Estudios sobre el VHC sugieren que se cronifica aproximadamente en el 85% de los casos y el VHB lo hace entre el 5% a 10% de los casos.

II. La infectividad de una inyección con una jeringa contaminada (los mejores estudios son los centrados en pinchazos accidentales en laboratorios): el riesgo medio de transmisión después de un pinchazo con sangre infectada por VIH es de 0,3% (rango: 0,2-0,5), para el VHC es de 1,8% (rango: 0-7) y para el VHB el riesgo de desarrollar hepatitis clínica, si la sangre era HBsAg y HBeAg positiva, es del 22%-31%⁴³. El riesgo de transmisión del VIH por episodio de exposición intravenosa a aguja o jeringa contaminada se ha estimado en 0,67%⁴⁴. Parece lógico que el riesgo de transmisión del VIH sea bastante mayor entre los inyectores (que generalmente se inoculan por vía intravenosa cantidades probablemente más grandes de sangre) que entre

los que se pinchan accidentalmente en los laboratorios.

III. El tiempo que el virus permanece viable en la jeringa: el VIH puede permanecer viable por períodos mayores de 15 días. Se ha obtenido VIH viable de jeringas mantenidas en una habitación a temperatura ambiente durante un mes⁴⁵. No se dispone de datos concluyentes sobre la supervivencia del VHC y VHB en jeringas usadas⁴³.

Entre los **signos que alertan sobre el riesgo de extensión de la inyección de drogas y los problemas asociados** pueden señalarse:

- Cercanía a rutas de narcotráfico.
- Población numerosa de consumidores de drogas ilegales por vía no inyectada pero que pueden ser consumidas por inyección en forma más eficiente.
- Epidemia de consumo de drogas inyectadas en países o regiones vecinas.
- Epidemia de infección por el VIH, VHC, VHB en los países o regiones vecinas.
- Subpoblaciones de usuarios con poca información sobre las infecciones asociadas a las malas prácticas de inyección o sobre inyección de menor riesgo.
- Dificultad de acceso (económica, legal o cultural) a material de inyección estéril.

1.2 Situación en las Américas

1.2.1 Consumo de drogas inyectadas

La distribución del uso de drogas inyectadas en las Américas es geográficamente muy desigual. Como en el resto del mundo, es un **fenómeno urbano, que afecta a jóvenes, especialmente hombres**. La droga de elección es la cocaína, muy extendida en todo el Cono Sur y en Norteamérica, donde también el consumo de heroína inyectada alcanza prevalencias elevadas. Las regiones menos afectadas por el consumo de drogas inyectadas son los países del Área Andina y el Caribe⁴⁶.

En algunos países de la Región de las Américas el uso de drogas inyectadas ha desempeñado un papel fundamental en la extensión del VIH y VHC.

Existen datos que sugieren una expansión del consumo mediante inyección durante la década de los 90 en regiones de **Argentina**^{47,48}, **Uruguay**⁴⁹ y **Brasil**,^{47,50,51}. En estos países la prevalencia de consumo de cocaína es mayor en las zonas de paso utilizadas por el narcotráfico^{25,36,46,87} lo que también ocurre en el Caribe, aunque por vías no parenterales. En el Caribe existe también un nexo entre la epidemia de infección por el VIH y el consumo de drogas, en este caso a través conductas sexuales de riesgo y la

prostitución para costear el consumo de la sustancia⁵². En **Puerto Rico** el patrón epidemiológico de la infección por el VIH está ligado al uso de drogas inyectadas y se parece al de los EE.UU. o al de los países del Cono Sur⁴⁶.

Así, en **Brasil, Argentina y Uruguay la extensión de la inyección de drogas ha condicionado el patrón de difusión del VIH**. **Paraguay** ha experimentado una considerable extensión del consumo inyectado en los últimos años⁵³. En estos países, de igual forma que en otras partes del mundo, (Europa occidental, Europa oriental, Asia) **conviven zonas de alta y baja prevalencia de consumo inyectado. La ausencia de medidas preventivas tiende a unificar al alza esta heterogeneidad**.

En **Brasil**, en la segunda mitad de la década de los 90 se observó un descenso en el consumo de cocaína inyectada y un incremento de su uso fumado entre algunos subgrupos de inyectores⁵⁴.

Un estudio con metodología cualitativa realizado entre 2001 y 2002 en **Buenos Aires** sugiere que se está produciendo un cambio en la vía de administración de cocaína desde la inyectada a la esnifada (de la palabra en inglés sniff) o intranasal⁵⁵. Son necesarios estudios epidemiológicos más amplios para poder cuantificar estos cambios y valorar su repercusión en la epidemia de infección por el VIH o el VHC.

En **Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, México, Venezuela, la mayor parte del Caribe y América Central** el consumo de drogas inyectadas no ha desempeñado un papel relevante en la extensión de la infección por el VIH. En México, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), las admisiones a tratamiento por consumo de heroína o cocaína han aumentado en forma sensible en los últimos años^{61,56}. Aunque no existen indicadores precisos sobre la extensión del consumo por inyección en el país, existen datos que sugieren que está más extendido en la frontera norte⁵⁷. En Bolivia⁵⁸ y Chile⁵⁹ se han detectado casos de consumo por inyección, fundamentalmente cocaína.

Parece que debido a nuevas estrategias de cultivo y venta por parte de los monopolios de la droga, en Colombia se ha incrementado la disponibilidad de heroína y de cocaína en polvo^{46,60,61} (ambas solubles en agua e inyectables sin necesitar más preparación) que por su bajo precio son competitivas con el bazuco (pasta base de coca que se fuma habitualmente con marihuana). Por otra parte, parece que la vía inyectada podría haber comenzado a usarse entre ciertos grupos de consumidores en este país^{62,63}. En Santa Fe de Bogotá y Cartagena de Indias, se han encontrado redes de inyectores que consumen heroína y cocaína por esa vía, particularmente entre las personas sin vivienda y los/as trabajadores/as sexuales⁶².

La situación en los **EE.UU.** presenta considerables variaciones en la prevalencia de uso de drogas, la incidencia y la disponibilidad de formas fumables o inyectables, así como en las vías de administración. En la segunda mitad de los años 90 se estimó que había unos 2,7 millones de consumidores habituales de heroína o cocaína, de los cuales aproximadamente 78% usaba cocaína (inyectada o en otra forma) y 22% utilizaba heroína (inyectada o en otra forma). Muchos utilizaban ambas sustancias mezcladas (speedball). El uso de heroína ha estado asociado a ser adulto e inyectarse; sin embargo, este patrón está cambiando. Recientemente ha aumentado el uso de heroína entre personas muy jóvenes que comienzan por **vía pulmonar** (fumada) o **intranasal** (esnifada). Esto se ha atribuido al bajo precio y alta pureza de la heroína en la segunda mitad de los años noventa⁴. Muchos de estos usuarios podrían pasarse a la inyección si disminuye la pureza de la sustancia disponible o aumenta su precio, con el consiguiente riesgo de extensión de enfermedades transmisibles⁶⁴. Asimismo, se observa una tendencia creciente de uso de clorhidrato de cocaína y metanfetamina inyectables. El uso de crack ha permanecido estable en los últimos años⁴.

En **Canadá**, el consumo inyectado se extendió considerablemente entre algunos grupos durante la primera mitad de la década de los noventa y las muertes

por sobredosis de heroína se incrementaron en diversas ciudades del país, así como las incautaciones de esta droga por la policía. En Columbia Británica, en 1993, el uso de cocaína y heroína por inyección intravenosa fue la primera causa de muerte en hombres entre los 30 y 44 años de edad⁶⁵. En 1996 se notificaron 151 muertes por sobredosis de dichas sustancias en Vancouver y 256 en Columbia Británica. Mediante el método de captura y recaptura se estimó que en 1998 había 11.600 inyectores de heroína o cocaína en el Gran Vancouver. En Toronto y Montreal también existe un importante número de usuarios que se inyectan drogas⁶⁶.

1.2.2 Infecciones de transmisión sanguínea o sexual en inyectores de drogas

La distribución de la epidemia de infección por el VIH en América Latina es heterogénea y se observan distintos patrones epidemiológicos. El consumo de drogas inyectadas es la principal categoría de transmisión en el Cono Sur, donde esta forma de transmisión representa el 34% de los casos acumulados de sida, aunque con diferencias importantes según los países, así por ejemplo, en el año 2000 la proporción en Argentina era del 42%, en Uruguay del 26% y en Paraguay del 11%. En Brasil esta categoría representaba el 21% de los casos, en el Caribe Latino el

2,8%, América Central 0,9%, México 0,6% y el Área Andina 0,2%⁶¹.

Los estudios de **prevalencia de la infección por el VIH** varían según la forma de selección de la muestra y el lugar de reclutamiento y ofrecen limitaciones por tratarse de muestras de conveniencia.

Argentina

Actualmente, la prevalencia de la infección por el VIH entre los inyectores de drogas es muy elevada, con cifras cercanas o superiores al 50% en subpoblaciones captadas en diversos lugares^{46,83}: hospitales, centros de tratamiento o en la calle. Tabla 1.

- Hace casi dos décadas, entre 1986-1987, en una muestra de 97 jóvenes inyectores, especialmente de cocaína, con manifestaciones clínicas de hepatitis, se observó una prevalencia de **VIH** del 48%⁶⁷. En fechas similares, en el año 1987, entre 268 usuarios de drogas captados en centros de rehabilitación en diversas ciudades, la prevalencia de infección por **VIH** fue del 22%, de éstos el 98% eran inyectores⁶⁸. En Buenos Aires, entre 1987-1989, en una muestra de 1.141 varones y 322 mujeres procedentes de diversas subpoblaciones de inyectores, la prevalencia de infección por el **VIH** fue del 42%⁶⁹.

Aspectos clave sobre infecciones de transmisión parenteral en usuarios de drogas en América Latina:

- La droga más difundida es la **cocaína** que, en comparación con otras drogas, está asociada con inyectarse más frecuentemente y con conductas sexuales de riesgo. Esto conlleva un **gran riesgo de infección por el VIH, el VHC o el VHB**.
- Aunque los datos sobre seroprevalencia del VHB o VHC son limitados, la extensión del VIH debido a las prácticas de riesgo de inyección hace sospechar que en estas subpoblaciones **la coinfección con estos virus está muy extendida**.

- **El uso del preservativo es muy bajo entre los usuarios de drogas inyectadas** en todos los países. Además, es frecuente que hombres y mujeres que se inyectan intercambien sexo por dinero o droga. Ésta es una **vía de difusión de infecciones de transmisión sexual (VIH, VHB, sífilis, gonorrea, infección por *clamidia*, etc) hacia población general**.
- Debido al Tratado de Libre Comercio (Mercosur) hay un **incremento de las transacciones y de la movilidad** de las poblaciones entre países. Se puede esperar que este hecho tenga un impacto en la difusión del VIH y otras infecciones.

- Una revisión de estudios publicada en 1993 señala una tendencia ascendente en la prevalencia de infección por el **VIH** en los años 90 y cita dos ejemplos ilustrativos: en Buenos Aires, entre inyectores en tratamiento el porcentaje de seropositivos se incrementó desde el 29% en 1987 al 46% en 1990. En la ciudad de Rosario la seropositividad creció desde el 28% en 1988 al 40% en 1990⁴⁷.
- Un estudio realizado en el Gran Buenos Aires durante el período 2000-2001 entre 174 personas que se habían inyectado alguna vez, reclutadas mediante el sistema “bola de nieve”, y que no se encontraban en tratamiento ni institucionalizadas,

mostró una prevalencia de la infección por el **VIH** del 44%, de **HTLV-I** del 20%, y **HTLV-II** del 14,5%. Estas prevalencias fueron similares para hombres y mujeres. La coinfección con el **VIH** se detectó en el 100% de los infectados con **HTLV-I** y en el 92% de los infectados con **HTLV-II**. La prevalencia de infección por el **VHB** fue de 42,5% (similar para hombres y mujeres) y la de **VHC** de 55% (hombres: 60% y mujeres: 35% $p<0,05$). La prevalencia de **Ag Hbs** fue de 8,6%^{70,71}.

Un estudio realizado entre inyectores captados en la calle en la ciudad de Rosario en 1998 encontró una prevalencia del **VIH** autoinformado del 65%,

además los datos sugieren que el uso compartido de material inyectable era una práctica muy frecuente⁷².

Diversos estudios sobre muestras hospitalarias constatan proporciones muy elevadas de inyectores entre los pacientes VIH positivos. En la ciudad de Buenos Aires, de 7.979 pacientes VIH positivos, el 55% era usuario de drogas inyectadas en el período 1987-90 y el 30% entre 1994-96⁷³. Para los menores de 20 años de esa misma muestra, el 77% de los varones y el 39% de las mujeres se inyectaba⁷⁴. En la misma ciudad, entre 368 pacientes VIH positivos diagnosticados en el período 1993-1997, el 61% eran varones usuarios de drogas inyectadas. Entre las mujeres (39%) las relaciones sexuales sin protección fueron el principal factor de riesgo⁷⁵. En la provincia de Buenos Aires (Adrogué, Conurbano Sur) entre los 263 pacientes hospitalarios estudiados entre 1992-97 que eran VIH positivos, el 48% en 1992 y el 46% en 1997 se había inyectado drogas⁷⁶. En la ciudad Mar del Plata, de 902 pacientes VIH positivos estudiados entre 1987-97, el 73% de los hombres y el 27% de las mujeres se infectaron por el uso de drogas inyectadas⁷⁷. También, muestras hospitalarias en la provincia de Santa Fe y la ciudad de Rosario, indican que la categoría principal entre los varones VIH positivos es el consumo de drogas inyectadas, y entre las mujeres la transmisión hetero-

sexual o el consumo inyectado de drogas por sus parejas^{78,79}.

Datos globales sobre infección por el VIH en prostitutas muestran prevalencias relativamente elevadas (6,3%) en la ciudad de Buenos Aires (no se investigó el uso de drogas inyectadas)⁸⁰. Estudios al inicio de la epidemia encontraron porcentajes de seropositividad entre el 2% en 1987 en el noreste de Argentina y el 11,8% en 1991 en Buenos Aires. En la misma ciudad (1989-1991) se encontró una prevalencia de uso de drogas inyectadas entre prostitutas de un 9,3%, el 50% de las cuales estaba infectada por el VIH⁴⁸.

Con respecto a la población penitenciaria, de las 5.883 personas internadas en Institutos del Servicio Penitenciario Federal en 1997, 2.921 aceptaron hacerse un examen para detección del antiviH. La prevalencia fue de 6,8%⁸¹. En el mismo año, en los penales de Buenos Aires se realizaron pruebas de detección al 42% de la población internada, hallándose una prevalencia de infección por el VIH del 9% entre las mujeres (N=279) y del 11% entre los hombres (N=1.219). El factor de riesgo predominante fue la inyección de drogas⁸². Una revisión publicada en el año 1993 señalaba que la prevalencia de la infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectadas encarcelados en Argentina se encontraba en un rango entre un 35% en adultos y un 61% en adolescentes⁴⁷.

TABLA 1

Prevalencia de infección por el VIH en diversas subpoblaciones de inyectores en Argentina.

Ciudad/ Estado	Año	Subpoblación o lugar de reclutamiento	Prevalencia (%)	N	Ref.
Buenos Aires	1986-87	Jóvenes inyectores con clínica hepática.	48	97	67
Varias ciudades	1987	Centros rehabilitación	22	268 ^a	68
Buenos Aires	1987-89	Diversas	42	1463	69
Gran Buenos Aires	2000-01	Calle	44	174	70

^a 98% inyectores

Aunque deben tenerse en cuenta las limitaciones metodológicas de los estudios publicados, existen datos suficientes para confirmar la **grave epidemia de infección por el VIH en inyectores de drogas en Argentina**. Las estimaciones de prevalencia en inyectores según la procedencia de la muestra son⁸³:

- 64% en personas que acuden a centros ambulatorios para conocer su estado serológico frente al VIH u otras ITS.
- 35% en personas encarceladas.
- 49,5% en pacientes hospitalizados por causas distintas a sida.
- 39% en pacientes de centros de rehabilitación de drogodependencias.

La proporción de casos de sida atribuibles al uso compartido de material de inyección para consumo de drogas fue

del 46,3% para los casos notificados en el año 2002. Del total de 24.119 casos notificados en todo el período 1982-2003, el porcentaje atribuible a dicha categoría fue del 36,6%. El año 1996 fue el de más casos notificados con un total de 2.270 para todas las categorías. En los años siguientes se observa una disminución constante de la notificación de nuevos casos que coincide con la aplicación de la terapia ARV de alta eficacia. Todas las provincias han declarado casos de sida relacionados con el consumo de drogas inyectadas, pero aproximadamente la mitad del total se concentra en la provincia de Buenos Aires^{84,85}.

Chile, Paraguay y Uruguay

En estos países el patrón de consumo de drogas combina formas tradicionales

de abuso de sustancias psicoactivas como las adquiridas en la farmacia, el cannabis o los inhalantes y la conducta, relativamente nueva, de inyectarse cocaína o fumar crack. La extensión de estas formas de consumo parece ser mayor en Uruguay, aunque Paraguay podría estar jugando un papel clave en la ruta del narcotráfico⁴⁶.

En **Uruguay** el 28% de los casos acumulados de sida corresponde a la categoría de transmisión parenteral, vinculada casi en su totalidad al uso compartido de material de inyección para consumo de drogas. Los primeros casos de sida relacionados con inyectarse se diagnosticaron en 1989. En la población joven de enfermos de sida (15-24 años), el porcentaje de casos en esta categoría alcanza el 57,5% frente al 42,5% por transmisión sexual. En el grupo de edad de 15-19 años, el 81% de los casos de sida, adquirió la infección por la inyección de drogas⁴⁹.

En **Chile**, un estudio nacional acerca del uso de drogas en 1998 mostró que las drogas ilegales más usadas en el país son el cannabis, la cocaína y la pasta base de coca. El uso de drogas inyectadas contribuye a 5% de los casos de sida del país⁸⁶.

Paraguay cuenta con muy pocos datos acerca del abuso de sustancias psicoactivas. De los 581 casos de sida acumulados hasta enero de 2001, el 11% era usuario de drogas inyectadas⁵³.

Brasil

Utilizando metodología cartográfica y el estudio de la difusión de las redes sociales, se ha observado cómo **la epidemia de VIH en los inyectores de drogas en Brasil sigue en forma aproximada las mismas rutas utilizadas por el narcotráfico**, desde la frontera oeste hasta Santos, el puerto marítimo más importante de Brasil. Otras ciudades menores del Estado de São Paulo concentran muchos casos de sida en personas que se inyectan drogas, evidenciando rutas y centros de consumo de cocaína alternativos⁸⁷.

Existen subpoblaciones de inyectores con **prevalencias elevadas de infección por el VIH** y otras ITSS en diversas ciudades o áreas geográficas. Tabla 2.

- En un estudio seriado en el Estado de São Paulo con tres muestras de inyectores captados en la calle en 1991-92, 1994-96 y 1999 se observaron prevalencias de VIH de 63%, 65% y 42%, respectivamente⁵⁴.
- En una muestra de 117 hombres y 39 mujeres reclutadas con el sistema denominado “bola de nieve” en Salvador de Bahía entre 1994-1996, la prevalencia de la infección por el VIH alcanzó el 74% en mujeres y 44% en hombres, con una prevalencia global HTLV-I/II del 35%¹⁰.
- En una muestra de 123 inyectores de cocaína captados en centros de

- tratamiento y en las calles de Río de Janeiro entre 1989 y 1992, la prevalencia de infección por el VIH fue de 34%⁸⁸. Entre 1990 y 1996 en tres estudios distintos en usuarios de drogas inyectadas en Río de Janeiro se encontró una prevalencia global de infección por el VIH del 25%⁸⁹. Entre 1994 y 1997 en esta ciudad se encontró una prevalencia de HTLV-1/HTLV-II del 18% y de HTLV-I del 13%⁹⁰.
- En otro estudio realizado en pacientes de dos centros de tratamiento en Río de Janeiro en 1998, la prevalencia del VHC entre los que se habían inyectado drogas alguna vez fue del 33%, mientras que entre los que no se habían inyectado nunca fue del 2,5%. Con respecto a la prevalencia del marcador de infección por el VHB (anti-HBc) fue del 29% en el primer grupo mencionado y del 13% en el segundo grupo⁹¹.
 - Dos estudios seriados en las ciudades de Porto Alegre e Itajaí entre los usuarios de programas de intercambio de jeringas entre 1998 y 2000-2001 muestran prevalencias del VIH muy elevadas⁹².

El **uso compartido de jeringas** es una práctica frecuente entre los usuarios de drogas en Brasil. Entre 1990 y 1996 en tres muestras distintas de inyectores, la prevalencia de uso compartido de jeringas en los últimos 30 días osciló entre el 22 y el 30%⁸⁹ y disminuyó en los últimos años (1994-

96), aunque se necesitan estudios adicionales para confirmar esta tendencia. En la ciudad de Santos entre 1991 y 1992 esta práctica de riesgo (sin explicitar el período de referencia) se observó en el 58% de una muestra de inyectores⁸.

Por otro lado, el **bajo uso del preservativo** ha conducido en los últimos años a la difusión de la infección por el VIH entre las **parejas sexuales de los inyectores**. En tres encuestas seriadas en Río de Janeiro se observó que sólo entre el 5% y el 12% de los inyectores que tienen relaciones sexuales usan siempre preservativos y que entre el 5% y el 26% tienen **relaciones sexuales por dinero o drogas**⁸⁹.

Hay una fracción de fumadores de crack, droga muy extendida en diversas ciudades de Brasil, que también se inyecta clorhidrato de cocaína. Estos, como la mayor parte de los consumidores de crack, presentan un patrón de alto riesgo en sus prácticas sexuales y prevalencias elevadas del VIH^{90,169}.

En las **prisiones** brasileñas se han encontrado prevalencias del VIH que alcanzan el 37%, variando según la ubicación geográfica y la proporción de usuarios de drogas entre los internos²⁷⁶. Un estudio en la mayor prisión de Brasil entre 1993 y 1994 mostró una prevalencia global de VIH entre los internos del 16%, de VHC del 34% y de sífilis del 18%. El 22% por ciento de los internos recono-

TABLA 2

Prevalencia de infección por el VIH en diversas subpoblaciones de inyectores en Brasil.

Ciudad/ Estado	Año	Subpoblación o lugar de reclutamiento	Prevalencia (%)	N	Cita
Río de Janeiro	1989-92	Calle y centros tratamiento	34	123	88
Río de Janeiro ^a	1990-96	Calle y centros tratamiento	25	375	89
Varias ciudades	1991-92	Calle	63	214	54
(Región Metropolitana de Santos)	1994-96 1999	Calle Calle	65 42	135 108	
Salvador de Bahía	1994-96	Calle	74 (mujeres) 44 (hombre)	39 177	10
Río de Janeiro	1994-97	Calle y centros tratamiento	27	175	90
Varias ciudades					92
Porto Alegre	1998	PIJ	48,5	137	
Itajaí	1998	PIJ	78	50	
Porto Alegre	2000-01	PIJ	64	255	
Itajaí	2000-01	PIJ	31	97	

^aDatos globales de tres estudios (OMS, Proviva y Brasil). El porcentaje de inyectores que se realizaron la prueba del VIH fue de 27% en la submuestra de la OMS, 100% en Proviva y 96% en Brasil. PIJ: Programas de intercambio de jeringas.

ció haberse inyectado alguna vez en la vida. Es probable que debido al temor a represalias por reconocer una actividad ilegal, esta cifra esté infraestimada. Otros estudios confirman prevalencias elevadas en otras cárceles del país^{93,94} y sugieren que el riesgo de infectarse por el VIH y el VHC crece al aumentar el tiempo de internamiento²⁸³

En los años 1988 y 1989 se registraron dos brotes de **malaria** por *Plasmodium vivax* transmitidos a través de jeringas

contaminadas, uno en la ciudad de Presidente Prudente y otro en la ciudad de São Paulo. En 1990 un nuevo brote afectó a 119 inyectores de drogas, de ellos el 58% estaba también infectado por el VIH. Estos brotes demuestran el riesgo potencial de difusión de la malaria a través del intercambio de jeringas entre usuarios de drogas y sugieren que estos podrían constituir un puente para la reurbanización de la malaria. Por otro lado, el hecho de que los inyectores suelen carecer de recursos y generalmente no tienen

acceso adecuado a los centros de salud, hace que pase bastante tiempo entre la infección y el diagnóstico. Esta situación incrementa el riesgo de transmisión, riesgo que se ve agravado por la movilidad de los usuarios dentro y fuera del país^{11,95}.

Del total de 257.780 casos acumulados de sida en Brasil hasta diciembre de 2002, el 20% corresponde a la categoría de transmisión de consumo de drogas por vía inyectada. De los 9.495 casos notificados en el año 2002, el 12% correspondió a esa categoría. A partir de 1998 se observa un descenso en el número anual de casos de sida notificados⁹⁶.

Área Andina

Existe gran disponibilidad de coca en toda el área (Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela), tanto en polvo como en pasta; sin embargo, **parece no haberse difundido masivamente el consumo de esta sustancia en forma inyectada**⁹⁷.

En **Colombia** un estudio con métodos de Evaluación y Respuesta Rápida para conocer la prevalencia de infección por el VIH, el VHB y el VHC entre inyectores de drogas en Bogotá, sugiere que podría estar aumentando la importancia de la inyección de drogas en la expansión de la epidemia de infección por el VIH⁹⁸. Hasta 1999 se notificaron 5.782 casos de sida. El primer caso en la categoría de uso inyectado de drogas se noti-

ficó en el año 1991, con un considerable retraso respecto a las otras categorías de transmisión⁶³. Hasta diciembre de 1999, el porcentaje de casos acumulados de sida atribuibles al consumo inyectado era del 1%⁹⁹.

Una encuesta en **Perú** identificó 150 inyectores en una muestra de 140.000 individuos⁴⁶. En la prisión de Lurigancho el consumo y tráfico de drogas son frecuentes y las relaciones sexuales sin protección son la norma (en los días de visita una prostituta alcanza a tener relaciones sexuales con 40 hombres)¹⁰⁰. El porcentaje de casos de sida acumulados en la categoría de transmisión parenteral hasta diciembre del 2003 era del 1%¹⁰¹.

Centro América y Caribe

Hasta el momento, la inyección de drogas en esta área, no parece estar desempeñando un papel importante en el desarrollo de la epidemia de infección por el VIH. Sin embargo, **el consumo de crack está muy extendido** y su asociación con el intercambio de sexo por dinero o droga ha sido y sigue siendo un factor importante en la difusión del VIH⁴⁶. Un ejemplo ilustrativo es la Ciudad de Nassau (Bahamas) donde, en la primera mitad de los años 80, se inició una epidemia de consumo de cocaína por vía fumada, seguida en poco tiempo por una epidemia de ITS (sífilis, linfogranuloma venéreo y chancroide) y posteriormente otra de VIH.

Puerto Rico constituye una excepción: de los 11.699 casos de sida notificados en **Puerto Rico** hasta 1999, el 52% correspondía a inyectores de drogas, siendo éste el factor fundamental en el desarrollo de la epidemia de infección por el VIH en este territorio¹⁰².

México

Aunque no existen datos precisos sobre la magnitud de la epidemia de consumo de drogas inyectadas, hay evidencia de que esta vía de administración está extendida entre los **consumidores de cocaína del norte del país**. La prevalencia de VIH en inyectores de drogas de esta área alcanzaba el 6% en el año 1998^{61,103}. Estudios realizados en varias prisiones del país entre 1999 y 2000, muestran prevalencias de infección por el VHC muy preocupantes y que confirman que las prácticas de riesgo de inyección están muy extendidas entre los internos⁶¹.

En 1997, en una muestra de 262 inyectores en tratamiento en la ciudad de Tijuana, a pesar de encontrarse una prevalencia de infección por el VIH del 1,5%, la mayoría mantenía prácticas de riesgo de inyección y sexuales, el 92,3% había compartido jeringas alguna vez, el 30% de ellos con desconocidos, y el 39,4% de los hombres había mantenido relaciones homo o bisexuales con uso poco frecuente de condón en las rela-

ciones anales o vaginales. El 96% había consumido heroína y el 80% cocaína⁵⁷.

Un estudio realizado en el año 2000 en San Diego (EE.UU.) y Tijuana (México) en 374 hombres jóvenes con prácticas homo o bisexuales encontró una prevalencia de consumo de drogas inyectadas, alguna vez en la vida, mucho más elevada en Tijuana (41% vs 7,2%), y lo mismo sucedió con el uso compartido de material de inyección (37% vs 4,8%). Asimismo, en esa ciudad la prevalencia de relaciones sexuales desprotegidas con mujeres, alguna vez en la vida, fue mucho más elevada (75,5% vs 36,8%). Por otra parte, un 45% en Tijuana y un 75% en San Diego dijo haber tenido relaciones sexuales con otros hombres al otro lado de la frontera¹⁰⁴.

Aunque la prevalencia de infección por el VIH entre los inyectores no sea muy elevada en algunos subgrupos, las relaciones sexuales sin protección de hombres que se inyectan drogas con hombres y mujeres no consumidoras puede ser una vía de entrada del VIH en la población en general.

En México el perfil global de la epidemia de VIH presenta un patrón caracterizado por el predominio de la transmisión homosexual. Sin embargo, la situación específica en determinadas áreas geográficas con respecto al riesgo de extensión del consumo mediante inyec-

ción, hace que paralelamente **deban atenderse situaciones epidemiológicas distintas.**

EE.UU. y Canadá

En los EE.UU. **la infección por el VIH, el VHC o el VHB en inyectores de drogas ha alcanzado cifras muy elevadas**¹⁰⁵. La prevalencia de la infección por el VIH alcanzaba el 28% en 1989 en Baltimore, con niveles mucho más elevados de VHB (77,4%) y VHC (85,0%) en esa misma muestra¹⁰⁶. Estudios más recientes mostraron prevalencias del VIH del 30%¹⁰⁷. En Nueva York durante la fase más expansiva de la epidemia se alcanzaron prevalencias del 50%, con incidencias de hasta 13 por 100 personas/año¹⁰⁸. Durante los años 80 y principios de los 90 la prevalencia se estabilizó y la incidencia disminuyó en esta ciudad. Evidencias recientes muestran un descenso de la prevalencia en múltiples muestras de inyectores, así como de la incidencia de infección por el VIH que ha llegado hasta el 1 por 100 personas/año. No existen evidencias de que este descenso también suceda con la infección por el VHC y el VHB.

De los 765.559 casos de sida declarados en los EE.UU. hasta diciembre de 2000, el 25% corresponde a la categoría de consumo de drogas inyectadas. El diagnóstico de casos de sida en inyectores de drogas comenzó a disminuir en el año 1995¹⁰⁹.

En **Canadá** la epidemia de infección por el VIH se concentró inicialmente en hombres que mantenían relaciones sexuales con hombres. En el comienzo de los años 90 aumentó la incidencia de infección entre los inyectores de drogas. Las estimaciones nacionales para 1999 muestran un ligero descenso en el número de infecciones nuevas asociadas al uso de drogas inyectadas¹¹⁰.

Según la Oficina del VIH/SIDA, ITS y TB (Bureau of HIV/AIDS, STD and TB) la prevalencia e incidencia de infección por el VIH permanece inaceptablemente alta¹¹⁰: en 1999 entre 159 usuarios de un Programa de Intercambio de Jeringas (PIJ) en Victoria B. C., se encontró una prevalencia del VIH del 21%, muy superior a la encontrada en un pequeño estudio a comienzo de los años 90. El proyecto WIDE (Winnipeg Injection Drug Epidemiology) encontró un incremento de la prevalencia de infección en los inyectores desde 1986-90 (2,3%) hasta el año 1998 (12,6%). Según el VIDUS (Vancouver Injection Drug Use Study) la incidencia de la infección en el año 2000 fue de 2 por 100 personas/año. En Montreal la incidencia en el período 1998-2000 fue de 3,5 por 100 personas/año. En el proyecto SURVIDU, un servicio de intercambio de jeringas para las provincias de Quebec y Ottawa, la incidencia de la infección entre los clientes habituales no ha descendido: 4,7 por 100 personas/año en 1997,

4,7/100 en 1998, 4,2/100 en 1999 y 5,3/100 en 2000.

Inyectarse con jeringas ajenas usadas es una práctica frecuente entre los usuarios en Canadá. También lo es, e incluso en mayores proporciones, el uso compartido de agua, filtros y otros instrumentos para diluir y preparar la droga¹¹¹. Las conductas sexuales de riesgo son también elevadas entre los inyectores canadienses, siendo muy bajo el uso del preservativo con las parejas estables y ocasionales¹¹¹. En Montreal, entre 1988 y 1998, entre 2.741 personas que se habían inyectado drogas en los últimos seis meses, el 18% había mantenido relaciones sexuales de prostitución¹¹².

La transmisión del VIH a través del uso compartido de material de inyección es también un problema en los jóvenes de la calle y en las prisiones¹¹¹.

Del total de los 17.471 casos notificados de sida en Canadá con categoría de riesgo conocida, el 7% corresponde al consumo de drogas inyectado. La proporción de casos anuales en esta categoría en 2001 fue del 14%¹¹³.

En el estudio VIDUS la prevalencia de infección por el VHC en 1996 era de 81,6% y la incidencia global hasta finales de 1999, fue de 29,1 por 100 personas/año. La incidencia de infección por el VHC durante el período comprendido entre diciembre de 1996 y noviembre de 1999 se mantuvo por encima de 16/100, mientras que la incidencia de infección por el VIH descendió de 19/100 a 5/100¹¹⁴.

SECCIÓN 2

Consumo de drogas y vulnerabilidad

EL CONTEXTO Y LAS CONDUCTAS ASOCIADAS A LA TRANSMISIÓN VIH

- 2.1 Una vía para distintas sustancias y una sustancia para distintas vías | 45
- 2.2 Entre quienes aún no se inyectan, anticiparse previene daños | 48
- 2.3 Los inyectores más jóvenes y recientes, los más vulnerables | 49
- 2.4 La importancia de los detalles y la variabilidad local | 50
- 2.5 Los inyectores modifican positivamente sus conductas de riesgo | 53
- 2.6 El riesgo de las parejas sexuales de los inyectores | 54
- 2.7 Las conductas sexuales de riesgo de los inyectores para la transmisión del VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS) | 58
- 2.8 Cocaína, heroína y riesgo de infección | 60

El contexto y las conductas asociadas a la transmisión del VIH

Las conductas de riesgo de la inyección de drogas están relacionadas con el contexto cultural y social en que los individuos viven e interaccionan, con factores individuales y con ciertos aspectos de la dependencia de sustancias psicoactivas^{115,116,117,118,119,120}.

El uso habitual de cocaína implica un elevadísimo riesgo de dependencia. Sin embargo, **hay problemas de salud que no se relacionan con su capacidad adictiva, sino con la forma en que se consume.** La experimentación de los jóvenes con la cocaína, conlleva también probar diferentes vías de consumo, entre ellas la inyectada. Su uso sin las necesarias garantías higiénicas puede derivar en problemas de salud muy graves en personas que no han desarrollado una dependencia. Es frecuente que las primeras veces que una persona consume una sustancia por vía inyectada, no disponga de materiales de inyección estéril. Las conductas de riesgo de inyec-

ción para la infección por el VIH o el VHC son más frecuentes entre los más jóvenes o los que llevan menos tiempo consumiendo por esta vía.

Generalmente el consumo de drogas ilegales es una actividad de grupo. El tipo de relaciones entre los miembros de un grupo, el papel de los líderes y de las personas de influencia en ese ámbito y las relaciones que se establecen con grupos de consumidores que no se inyectan, son elementos clave para entender las razones para las conductas de riesgo relacionadas con la inyección. Las teorías basadas en la racionalidad de la elección individual ante el riesgo para la salud son contestadas desde las áreas sociales y antropológicas que argumentan que **las percepciones y tomas de decisión individual se formulan desde una perspectiva social. Algo que no es razonable como elección desde el punto de vista individual, puede serlo desde el punto de vista social.** La reducción de las conductas de

riesgo entre los inyectores parece estar menos condicionada por sus características individuales que por las normas y comportamientos de pequeños grupos, y su interacción con amigos y familiares que no se inyectan.

Existen inyectores pertenecientes a **determinados subgrupos poblacionales** que se encuentran en riesgo más elevado de adquirir el VIH y otras infecciones. Entre estos grupos se pueden mencionar, **las personas sin techo, quienes están en prisión, y quienes mantienen relaciones sexuales a cambio de droga, dinero u otra mercancía**, las personas **más jóvenes** o los **hombres que se inyectan y que tienen sexo con otros hombres**.

La gravedad y extensión de la epidemia del VIH y otras patologías transmisibles entre los usuarios de drogas inyectadas afecta, en forma directa a dos subgrupos poblacionales que también deben formar parte de todos los esfuerzos preventivos dirigidos a los usuarios de drogas: sus **parejas sexuales que no se inyectan**, fundamentalmente mujeres e hijos.

La **esencia del comportamiento adictivo se identifica con la compulsividad en la búsqueda de la sustancia, aún cuando la persona conozca las posibles consecuencias negativas para su salud y para su vida en general**. Además del contexto social, que puede facilitar el inicio del consumo y dificultar su abandono, existen modificaciones neurobiológicas que pueden prece-

der al problema adictivo pero que, en todo caso, aparecen siempre como consecuencia del desarrollo de la dependencia, y que se relacionan con la compulsividad de la conducta. Se ha señalado que el grado de dependencia de la heroína se asocia con el uso compartido de jeringas. Es importante entender que el adicto se encuentra inmerso en una conducta de búsqueda imperiosa de una sustancia psicoactiva que le puede llevar en determinadas circunstancias a no valorar según la “racionalidad” de las personas no adictas los riesgos que conllevan algunas formas de uso.

La dependencia de sustancias psicoactivas implica una **conducta compulsiva que dificulta la valoración adecuada de los riesgos que un individuo asume al realizar ciertas prácticas**.

La práctica de compartir material de inyección puede estar también asociada a determinados **factores subjetivos o de personalidad**. Se ha observado la existencia de una relación significativa entre síntomas psiquiátricos, y uso compartido de jeringas, en determinados subgrupos de consumidores de opiáceos. Los inyectores con diagnóstico de personalidad antisocial tienen más prácticas de riesgo para la transmisión del VIH¹²¹.

Un contexto adverso facilita la realización de prácticas de riesgo de inyección.

El hecho de que el consumo de ciertas sustancias y la adquisición de material estéril sean actividades al margen de la ley conlleva mayor probabilidad de conductas de riesgo para la transmisión parenteral de infecciones. En general, los consumidores de drogas ilegales se ocultan de la presencia institucional y esto hace mucho más difícil el acceso a estas subpoblaciones para actividades de prevención. Para muchos inyectores residentes en países donde el acceso a jeringas estériles es difícil, **la carencia de material adecuado es la primera razón para compartir el material de inyección.**

2.1 Una vía para distintas sustancias y una sustancia para distintas vías

Tanto la heroína como la cocaína pueden consumirse por diversas vías. Las formas de preparación y administración varían entre países o incluso localmente.

La adopción de una determinada vía de consumo como única vía de administración, vía principal o esporádica, depende de factores como los valores culturales de los consumidores¹²², su uso por los amigos o el entorno cercano¹⁵², la rapidez del efecto buscado^{123,152}, el temor a adquirir determinadas enfermedades^{122,124,152}, la importancia concedida a la eficiencia del efecto^{24,152}, la disponibili-

dad en el mercado ilegal de un tipo específico de heroína o cocaína²⁶, su grado de pureza²⁶, y los conocimientos de los consumidores para convertirlas en fumables o inyectables¹⁵².

La cocaína suele presentarse en el mercado ilegal en tres formas¹²⁵:

1. **Clorhidrato de cocaína.** Es una sal que se vende en forma de polvo blanco cristalino. Es apta para administración por inyección o intranasal (por su buena absorción por las mucosas) pero no lo es para fumar (vía pulmonar) pues su principio activo se quema antes de volatilizarse.
2. **Cocaína base** (*base libre, freebase*) **y crack.** Se obtienen a partir del clorhidrato de cocaína. Se pueden comprar en el mercado ilegal en esas formas químicas, o fabricar por el propio usuario a partir del clorhidrato de cocaína mediante el calentamiento con un álcali. Ambos derivados presentan similitudes físico-químicas pero difieren en el proceso de elaboración. Para la obtención de la base libre se requiere la utilización de éter y quemadores potentes. El crack es más fácil de obtener, calentando soluciones de clorhidrato de cocaína con amoníaco o bicarbonato sódico. La diferencia final es el mayor grado de pureza de la base libre. Ambos compuestos son muy poco solubles en agua, lo que dificulta su consumo por inyección. Se

Las vías más utilizadas son:

1. **Vía intranasal.** Mediante la aspiración de la droga en forma de polvo por las fosas nasales y su absorción por la mucosa nasofaríngea. También llamada vía **esnifada en algunos países.**
2. **Vía pulmonar.** Mediante la aspiración de los vapores desprendidos al calentar la droga y su absorción por la mucosa broncopulmonar. También llamada **fumada**, “la lata”, “chinos”, “chasing the dragon”, etc.
3. **Vía inyectada.** Mediante la disolución previa de la droga en agua. Generalmente por vía intravenosa, aunque puede administrarse por vía subcutánea o intramuscular. También llamada **vía parenteral.**

Las distintas vías tienen diferentes riesgos para la salud. Los riesgos para la transmisión del VIH, el VHC, o el VHB se asocian fundamentalmente con la vía inyectada.

El uso del término “vía inhalada”, puede llevar a confusión pues puede usarse para referirse a dos vías bien distintas: la administración fumada de vapores desprendidos al calentar la sustancia, o a la absorción del polvo (clorhidrato de cocaína por ej.) por la mucosa nasofaríngea. Tampoco el término “vía aspirada” es recomendable, pues pueden aspirarse los vapores (vía pulmonar) o el polvo por la nariz (vía intranasal).

consumen por vía pulmonar, mediante la inhalación de los vapores que se desprenden al calentarse. Tanto la cocaína base como el crack son más estables frente al calentamiento que el clorhidrato de cocaína lo que permite que se vaporice y que unido a su solubilidad lipídica lo hace apto para fumar.

3. **Pasta base.** Es un derivado de la pasta de coca. La pasta de coca (llamada “basuco” en Colombia) es un primer producto que se obtiene en el proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína. Las hojas de coca se mace-ran con gasolina, queroseno o gasó-leo y luego se añade ácido sulfúrico o

acetona para precipitar la sustancia. La pasta de coca que contiene una menor concentración de sulfato de cocaína se denomina “sulfato” y la que contiene una concentración mayor, “pasta base”. No se absorbe por las mucosas y es apta para consumo por vía pulmonar al fumarla.

La heroína puede presentarse en el mercado ilegal en dos formas¹²⁶:

1. **Heroína en forma de sal** (llamada heroína blanca) que es soluble en agua y apta para uso intranasal o por inyección, pero no para fumar.
2. **Heroína en forma de base** (llamada heroína marrón) que se puede fumar

y que no se puede inyectar directamente. Este tipo de heroína, puede también inyectarse siempre que se transforme previamente en sal mediante un ácido, como limón o vinagre, por ejemplo.

La disponibilidad en el mercado de una determinada presentación de heroína o cocaína, así como su pureza, además de otros factores socioeconómicos y culturales pueden modificar la historia de consumo de drogas en un país. La gran trascendencia que estas modificaciones tienen en la transmisión de algunas infecciones, hace imprescindible **vigilar cómo y en qué sentido se están produciendo los cambios de vía, y qué factores los afectan en los países con una prevalencia elevada de consumidores de cocaína o heroína.**

Los **cambios de una vía a otra** entre los consumidores de heroína, cocaína o la mezcla de ambas se han observado en diversas partes del mundo. Estos cambios se producen con relativa frecuencia y **tienen consecuencias decisivas sobre la difusión de las patologías de transmisión parenteral.**

En algunos países el cambio de un número importante de consumidores hacia la vía inyectada ha resultado en una epidemia explosiva de la infección por el VIH¹²⁷. En otros, el cambio hacia vías de consumo no inyectado de heroína ha contribuido en forma decisiva a

contener la fuerte expansión de la epidemia de infección por dicho virus¹²⁸.

Diversos estudios han encontrado variaciones importantes respecto a la probabilidad de que un usuario de heroína que consume por vía intranasal o pulmonar cambie a una vía inyectada¹²². Se ha señalado que la vía pulmonar es bastante estable y pueden demorarse muchos años sin que se produzca una evolución a la inyección si se dan las condiciones de disponibilidad en el mercado ilegal de heroína-base de elevada pureza. Asimismo, también se ha observado que en el caso de la heroína quienes la esnifan (vía intranasal) tienen mayor riesgo de pasar a la inyección que los fumadores¹²², aunque la estabilidad de la vía depende en gran medida de la pureza de la sustancia.

Los cambios de vía de consumo de cocaína han sido menos estudiados que los de heroína. Una encuesta realizada (1996-1997) en São Paulo, Brasil, entre 265 consumidores de cocaína en tratamiento por su dependencia encontró que la mayoría (87%) se inició en esta droga por vía intranasal, el 75% cambió de vía, un 68% hacia la pulmonar (crack) y un 20% a la inyectada⁵⁰. Si estos resultados se confirman en individuos fuera de tratamiento indicaría que en Brasil el riesgo, entre quienes esnifan cocaína, de adoptar vías de consumo con una elevada tasa de transmisión de

patología por vía sanguínea o sexual podría ser muy elevado. Otra encuesta llevada a cabo en Nueva York, Miami y San Francisco (1991-1992) entre 1.220 fumadores de crack reclutados en la calle, sugiere que estos consumidores pueden pasar a inyectarse para aliviar su síndrome de abstinencia, sobre todo aquéllos que consumen elevadas dosis de crack¹²⁹. Este hecho no fue confirmado por el estudio realizado en Brasil, que no encontró transiciones de fumadores de crack hacia la vía inyectada⁵⁰.

Un estudio realizado en la Región Metropolitana de Santos (Estado de São Paulo –Brasil-) durante la década de los 90 entre usuarios de cocaína inyectada, encontró una tendencia descendente en la frecuencia de la inyección de esta droga y un aumento de la práctica de fumar crack, lo que, según los autores, habría contribuido al descenso de la prevalencia de infección por el VIH entre estos inyectores⁵⁴.

Los cambios de vía de administración de heroína o cocaína han tenido o están teniendo una repercusión importante en la evolución de las infecciones de transmisión parenteral en lugares tan distantes como Brasil⁵⁴ o España^{27,128}. Aunque fumar crack también tiene consecuencias muy negativas para la salud^{130,163}, puede tener, sin duda, una repercusión positiva en la evolución de la epidemia de infección por el VIH, si

sustituye o evita el consumo de cocaína inyectada. Sin embargo, no hay que olvidar que estos cambios se han producido básicamente por modificaciones en los mercados ilegales de droga y no por intervenciones del sector salud. El camino inverso podría producirse también por condiciones similares.

2.2 Entre quienes aún no se inyectan, anticiparse previene daños

Cuando se inicia el uso de cocaína por vía intranasal, existe un **período ventana** más o menos largo en el que debe hacerse todo lo posible por contactar a los usuarios, sobre todo cuando consumen con mucha frecuencia, **para prevenir su paso a vías inyectadas, más peligrosas para la adquisición de enfermedades transmisibles.**

Un estudio en Nueva York con consumidores de heroína por vía intranasal concluyó que **es posible prevenir o retrasar el paso a la vía inyectada con intervenciones de consejería**¹²⁴. Aunque la evidencia empírica es todavía limitada, otros trabajos apoyan esta sugerencia^{131,132} sobre la prevención del consumo inyectado de heroína.

Se necesitan estudios para evaluar las posibilidades de prevención de las transiciones en la vía de consumo de la cocaína en distintos lugares y contextos.

Para **contactar con los consumidores que están en riesgo de comenzar a inyectarse una posibilidad es trabajar con los inyectores** habituales que probablemente serán los que vayan a iniciar a otros en la vía parenteral. Es posible hacerlo a través de ICA y también, trabajando esta faceta con las personas que se encuentran en tratamiento por dependencia de drogas. No hay que olvidar que la dependencia de sustancias psicoactivas es un proceso crónico en el que las recaídas son frecuentes y a veces por vía inyectada.

La **prevención del consumo inyectado de drogas** no sólo reduciría la transmisión de la infección por el VIH, sino también de las infecciones por el VHC, el VHB, así como **otros problemas de salud (ej. sobredosis), psicológicos y sociales** relacionados con el uso de la vía parenteral.

2.3 Los inyectores más jóvenes y recientes, los más vulnerables

En los países donde se está produciendo una difusión del consumo inyectado de drogas, **los nuevos usuarios son una población creciente y de gran trascendencia epi-**

demiológica para la difusión del VIH, el VHC o el VHB.

Se ha constatado que **los jóvenes que se inyectan y que llevan poco tiempo utilizando esa vía tienen un riesgo muy elevado de adquirir patologías por vía parenteral**. Los usuarios jóvenes y recientes presentan prevalencias de prácticas de riesgo de inyección y sexuales más elevadas que aquéllos con una historia de consumo larga,^{106,133} y tienen un riesgo más elevado de infección por el VIH, el VHB, y el VHC^{134,135}.

Los jóvenes que se inyectan y que llevan poco tiempo utilizando esa vía son especialmente vulnerables frente a la infección por el VIH, el VHC o el VHB.

El período durante el cual las medidas preventivas frente al VIH, el VHC o el VHB pueden ser más efectivas (en el que la mayor parte de los individuos son susceptibles) es corto.

La mayoría de las infecciones por el VHC y el VHB ocurren dentro de los seis primeros años de consumo por inyección¹⁰⁶, los que llevan menos de tres años inyectándose tienen un riesgo mayor respecto a los más experimentados¹³³ y **tras un año o menos de consumo por vía parenteral pueden alcanzarse prevalencias muy elevadas de VHC y VHB (64,7% y 49,8% respectivamente)**¹⁰⁶.

Por otra parte, cuantos más años de consumo inyectado, más probabilidad de infectarse por el VIH, el VHB o el VHC y más daños para la salud.

Las tasas de incidencia de estas patologías entre inyectores de drogas en un área geográfica determinada están condicionadas fundamentalmente por:

- La tasa de incorporación de nuevos inyectores.
- La prevalencia de infección entre los inyectores recientes y los experimentados.
- La dinámica de relación entre unos y otros.
- La prevalencia de prácticas de riesgo para la transmisión del VIH, el VHC, y el VHB.

Es de enorme trascendencia el desarrollo precoz de iniciativas que puedan reducir el riesgo de estas infecciones en los más jóvenes, sea mediante contacto directo con los inyectores, o a través de redes de conocidos o amigos (quizás algunos ya más experimentados), o a través de centros asistenciales que deben estar alerta para identificar a los inyectores recientes etc.

En el caso de la **hepatitis B**, es fundamental la puesta en marcha de **campañas de vacunación específicas** en aquéllos centros de atención que tienen contacto con usuarios, especialmente con los que tienen una historia corta de consumo por inyección y todavía son susceptibles.

En general, los inyectores recientes acuden en menor medida a centros de intercambio o distribución de jeringas que los más experimentados¹³⁶. El inicio de consumo por una vía de administración estigmatizada e ilegal les obliga a ocultarse de las instituciones. Por ello, es prioritario diseñar **programas específicos** (ej. PIJ) **que lleguen hasta los nuevos o los más jóvenes**, en forma directa o indirectamente a través de los agentes de salud.

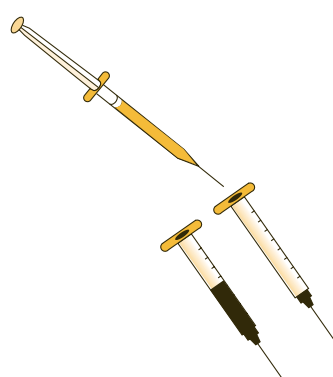
En lugares tan dispares como los EE.UU.¹³⁷ y Uruguay⁴⁹ **los usuarios nuevos no tienen generalmente a mano equipo de inyección estéril: no saben ni cuándo ni dónde ni con qué se van a inyectar.**

El acceso a los inyectores más jóvenes y recientes es especialmente difícil. Sin embargo, el potencial preventivo de intervenir en estas poblaciones es elevado puesto que la prevalencia de infección en estos subgrupos es todavía baja.

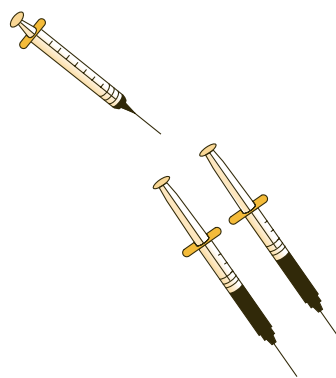
2.4 La importancia de los detalles y la variabilidad local

Las **prácticas de riesgo de inyección** para la transmisión de infecciones están íntimamente ligadas a la forma en que se realiza todo el proceso que concluye con la inyección.

Método para repartir la droga diluyéndola en una jeringa (a veces usada) y distribuyéndola a las jeringas de otros.



Retirar los émbolos de dos jeringas vacías. Repartir en ellas el contenido de una tercera jeringa por la parte de atrás del cilindro. Utilizar las marcas para repartir la dilución en forma precisa.



Colocar de nuevo los émbolos de las dos jeringas.

Además de la forma más *simple* consistente en recibir una jeringuilla vacía ya usada, las prácticas que presentan riesgo potencial de transmisión de infecciones incluyen **multitud de variantes generalmente relacionadas con la forma en que se diluye y se reparte la droga entre los miembros de un grupo**. La heroína y la cocaína se adquieren en forma de polvo que debe disolverse antes de su consumo.

A la hora de repartirse una sustancia que se encuentra en forma de polvo **es mucho más preciso hacer la dilución y a continuación distribuirla entre los integrantes del grupo que repartir directamente el polvo**. Una práctica frecuente consiste en realizar la dilución de la droga perteneciente a varias personas dentro de una jeringuilla (a veces usada) y repar-

tirla a las jeringuillas de otros usuarios. Con este sistema, utilizando las marcas en el cilindro de la jeringa, se consigue un reparto muy preciso de la dilución¹¹⁵.

Las decisiones sobre cómo y quién realiza la repartición (la persona que lidera el grupo, el que ha ido a comprar la sustancia o quien posee la única jeringa disponible) depende de normas y valores que varían localmente¹¹⁵. Las normas, costumbres y hábitos pueden ser diferentes entre pequeñas comunidades y, por lo tanto, no es fácil su conceptualización. Las variaciones en las prácticas de inyección entre las comunidades pueden ser potencialmente infinitas, y cada variante puede representar diferentes grados de riesgo para la transmisión de infecciones.

Ejemplos de prácticas con riesgo potencial de transmisión de infecciones en un grupo de personas que se preparan para inyectarse droga^{115,138,139}:

- Inyectarse con una jeringa usada por otra persona.
- Llenar la jeringa con agua de un recipiente donde otros han introducido las suyas usadas para tomar agua.
- Usar la parte interna del émbolo de una jeringa para revolver la droga y el agua en un recipiente.
- Diluir la droga perteneciente a varias personas dentro de una jeringa usada y repartirla a la jeringa de cada inyector.
- Devolver la droga disuelta en una jeringa usada al recipiente común de dónde otros van a tomar su parte. Esto puede ocurrir cuando alguien ha tomado una proporción de droga mayor de la que le correspondía.
- Utilizar el mismo filtro para varios miembros de un grupo.
- Aceptar filtros usados para aprovechar los restos de droga que puedan quedar.
- Utilizar un recipiente y un filtro común

donde varios inyectores sacan la dosis que les corresponde. En ocasiones, el agua se mide en una jeringa usada de uno de los miembros del grupo.

- Chupar la punta de la aguja antes de inyectarse.
- Reutilizar o aceptar toallitas higiénicas (impregnadas generalmente con alcohol u otro antiséptico) usadas.
- Bombear: extraer sangre de la vena e inyectar nuevamente parte de la mezcla de sangre y droga contenida en la jeringa. Representa un importante riesgo de transmisión de infecciones para quien reutiliza esta jeringa.
- Enjuagar la jeringa usada en el líquido que otros han utilizado para lavar las suyas.

Para valorar y poder iniciar junto con los inyectores un proceso que lleve a la modificación de las prácticas de riesgo para su salud es necesario conocer sus determinantes, las formas de consumo, el lenguaje utilizado en su contexto y los canales de comunicación más eficaces.

Nota: el orden de los ejemplos no indica ninguna escala de riesgo.

Los recipientes para diluir y calentar la droga o los filtros de algodón pueden ser vehículos de transmisión del VHC¹⁴⁰. Estas prácticas indirectas son más frecuentes que el uso directo de las jeringas ya utilizadas por otros^{98,141}.

El conocimiento y valoración de los riesgos de determinadas conductas locales entre los inyectores requiere de una **aproximación de tipo etnográfico y un análisis de redes sociales. Si se complementa esta metodología con análisis cuantitativos**

se logrará reunir información sobre las características de los grupos y el enfoque más efectivo para prevenir los problemas asociados a la inyección de drogas¹⁴². Conocer el tipo de relaciones entre los miembros del grupo e identificar a las personas centrales o con mayor influencia permitirá crear estructuras de autoayuda que podrán mantenerse cuando la financiación de un determinado proyecto se termine¹⁴³.

2.5 Los inyectores modifican positivamente sus conductas de riesgo

Diversos estudios en todo el mundo han confirmado que **los inyectores cambian las conductas de riesgo de inyección y en menor medida las sexuales para evitar la transmisión del VIH^{144,145}.**

En Nueva York entre 5.289 inyectores estudiados entre 1990 y 1997 se detectó, una **disminución en las conductas de dar y recibir jeringas usadas** en los últimos seis meses. También se redujeron, aunque en forma más discreta, **las conductas sexuales de riesgo** con la pareja ocasional y con la pareja estable¹⁰⁸. Estos datos coinciden con un descenso en la incidencia de infección por el VIH, con una media ponderada para las muestras estudiadas de 0,7 por 100 personas/año entre 1992 y 1997¹⁴⁶. En Baltimore, se

reclutaron 2.960 inyectores (90% consumidores de cocaína sola o en combinación con heroína) en una cohorte que se inició en el año 1988 hasta 1994. Las modificaciones hacia conductas de menos riesgo fueron variables a lo largo del tiempo y más frecuentes en los VIH positivos que en los VIH negativos²⁵⁰.

En Canadá, se han observado reducciones discretas en las conductas de riesgo de los usuarios de drogas inyectadas¹⁴⁷.

En **Brasil podrían estar disminuyendo las conductas de riesgo por inyección en algunas subpoblaciones⁸⁹.** En Río de Janeiro¹⁴⁸, los usuarios de drogas autoinformaron sobre modificaciones positivas en sus conductas. Este mismo estudio identificó factores comunes asociados con la reducción de las prácticas de riesgo en Nueva York y Río de Janeiro:

- Hablar sobre el sida con los amigos consumidores de drogas.
- Hablar sobre el sida con las parejas sexuales.
- Hablar sobre el sida con la familia.
- Superar un mínimo nivel de educación.

Se trata de factores que sugieren que **la modificación de estas conductas es un proceso social, más que una decisión individual.** Es importante que esta conceptualización social del cambio se refleje en la orientación de las intervenciones y programas.

2.6 El riesgo de las parejas sexuales de los inyectores

Las personas que se inyectan drogas, son en su mayoría hombres y sus parejas sexuales, en su mayoría, mujeres.

Las mujeres se ven especialmente afectadas por la epidemia de la infección por el VIH y el VHB entre los inyectores varones que generalmente informan de muy bajo uso del condón con las parejas esporádicas e incluso más bajo con las parejas estables¹⁴⁴.

Según el Centro Brasileño de Coordinación Nacional de ITS y Sida (Coordenação Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde), entre las mujeres diagnosticadas con sida hasta mayo de 1997, el 13% (que no se inyectaba ni informaba de otra conducta de riesgo) tenía una pareja inyectora que estaba infectada por el VIH de la que conocía su estado serológico. Entre los hombres ese porcentaje era de 2,5%¹⁴⁹.

Existen **aspectos fisiológicos** que hacen la transmisión del VIH más probable de hombre a mujer que a la inversa, y **aspectos socioculturales y económicos** que hacen a las mujeres muy vulnerables al VIH^{150,151}.

En Uruguay, según datos de 2003 del Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud Pública, 40% de los naci-

dos con el VIH son hijos/as de mujeres que se inyectan o parejas de inyectores.

Condicionantes de la vulnerabilidad de la mujer (Modificado de Royce et al¹⁵⁰):

Biológicos

- La superficie mucosa de los genitales y del aparato reproductor es mayor en la mujer que en el hombre. Durante el acto sexual pueden ocurrir microlesiones que pueden ser puntos de entrada del virus.
- Hay una mayor concentración de virus en el esperma que en las secreciones vaginales.
- La presencia de ITS no tratadas es un factor de riesgo para la infección.
- En las mujeres adolescentes la inmadurez genital impide que su mucosa funcione como una barrera efectiva contra los virus.

Económicos

- La dependencia material hace que muchas mujeres no puedan decidir con quién y en qué circunstancias tienen relaciones sexuales.
- En ocasiones las mujeres tienen que mantener relaciones sexuales para su subsistencia y la de sus hijos.

Sociales culturales y psicológicos

- Con frecuencia no se espera que la mujer discuta o tome por sí misma decisiones sobre su sexualidad.

- En muchos ámbitos culturales, se acepta que los hombres solteros o casados puedan tener varias parejas femeninas.
- En muchas circunstancias la violencia contra las mujeres implica relaciones sexuales bajo coerción.
- En determinadas regiones se espera que las mujeres tengan relaciones sexuales con hombres de mayor edad que tienen más experiencia y también más probabilidad de estar infectados. Los hombres buscan parejas femeninas más jóvenes para evitar infectarse y creyendo, en ocasiones, que las relaciones sexuales con una mujer virgen les va a curar el sida y otras enfermedades.
- Existen condicionantes que son verdaderos obstáculos psicológicos para la prevención y que le impiden a la mujer negociar un sexo seguro, como por ejemplo las relaciones de subordinación con respecto al hombre, la pasividad, la resignación ante el riesgo, la autovaloración a través del sentimiento de pertenencia al hombre, etc.
- El consumo de sustancias psicoactivas puede colocar a la mujer en una situación de especial vulnerabilidad.

Entre las mujeres el hecho de tener una pareja que se inyecta juega un papel trascendental en su decisión de iniciarse en la vía inyectada¹⁵². Estas mujeres suelen compartir con sus parejas el material

de inyección. El consumo inyectado entre las mujeres aparece como un consumo más íntimo que en los varones y reservado al contexto de la pareja o en solitario¹⁵³.

Por otra parte, no es raro que la pareja de una persona que se inyecta drogas desconozca la condición de consumidor de éste o no desee o no pueda reconocer esta situación por temor a una confrontación. En ocasiones la sugerencia de usar el preservativo con la pareja estable puede ser visto por ésta como una falta de confianza en su fidelidad¹⁵⁴. Estas circunstancias contribuyen a la vulnerabilidad de las parejas frente al VIH u otra ITS¹³⁷.

El **preservativo femenino** puede ser una herramienta muy útil en el camino de las mujeres hacia unas relaciones sexuales más seguras. El condón femenino contribuye a aumentar la autonomía y confianza de las mujeres en sí mismas ante la negociación de un sexo más seguro, algo que va más allá del efecto protector del preservativo propiamente dicho¹⁵⁵.

El preservativo femenino es una funda transparente de poliuretano (plástico) con un anillo flexible en ambos extremos como un pequeño túnel de 17 cm de largo y 7,8 cm de diámetro, cerrado en uno de sus extremos. El anillo de la parte cerrada sirve de guía para su colocación en el fondo de la vagina mien-

tras que el otro extremo termina en un aro más grande que queda fuera cubriendo los genitales externos de la mujer. Es eficaz contra las ITS incluido el VIH y los embarazos no deseados y su efectividad aumenta a medida que las usuarias ganan experiencia y habilidad con el método y en la medida que se promueve su uso.

Para que los programas de prevención del VIH sean **efectivos en mujeres se recomienda** que:

- Se dirijan específicamente a ellas.
- Se centren en la provisión de habilidades para la negociación de prácticas sexuales más seguras.
- Incluyan contactos mantenidos en el tiempo.

Así mismo, es importante que estos programas promuevan la autoestima entre las mujeres y faciliten su acceso a los **preservativos masculinos y femeninos**.

Los hombres que **se inyectan drogas y que mantienen relaciones sexuales con parejas de su sexo** tienen mayor probabilidad de infectarse por el VIH que los hombres inyectores con relaciones heterosexuales¹⁶⁴. Además, no es infrecuente que estos inyectores mantengan relaciones con hombres que no se inyectan, lo que puede representar un riesgo de introducción del VIH en determinadas redes de hombres que mantienen relaciones homosexuales.

El proceso de **búsqueda y seguimiento de contactos** de un inyector infectado por el VIH identifica a las personas que han sido parejas sexuales o con quienes ha compartido material de inyección. Los contactos no infectados pueden recibir consejería para modificar sus prácticas o recibir tratamiento de otras ITS. Los contactos infectados por el VIH pueden recibir consejería y tratamiento para evitar infectar a otros. La interacción con las personas infectadas representa la oportunidad de romper la cadena de transmisión.

Las iniciativas dirigidas a la identificación y seguimiento de contactos han de basarse en los siguientes principios¹⁵⁶:

- Voluntariedad.
 - Confidencialidad.
 - Estar científicamente orientadas.
 - Estar culturalmente adaptadas.
 - Plantear diversos procedimientos basados en la notificación por el caso índice a sus contactos, basados en la notificación por servicios especializados de salud y una combinación de ambas.
- En todos los casos, deben ser profesionales entrenados los que proporcionen apoyo a los casos índice y a sus contactos.
- Formar parte de un plan en el que se incorporan diversas estrategias preventivas y se integren otros servicios, como: CPV, tratamiento, servicios de planificación familiar, pre-

vención de violencia, tratamiento de la dependencia de drogas o apoyo social.

- Ser evaluadas en relación con su eficiencia, efectividad y calidad.

A pesar de que identificar y buscar contactos de casos índice se considera con frecuencia un procedimiento caro, hay evidencias de que en determinados contextos es costo-efectivo^{156,157}. A esa conclusión llega un estudio realizado en clínicas de ITS en EE.UU. que señala, además, que su eficiencia puede ser mayor en poblaciones con riesgo de transmisión elevado, como las personas que se inyectan o los hombres que mantienen relaciones con hombres¹⁵⁸. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las asunciones hechas para las estimaciones de costos e infecciones de VIH evitadas pueden no ser trasladables a otros países u otros contextos.

El proceso de seguimiento de contactos se enfrenta a aspectos muy específicos cuando se plantea para las personas que consumen drogas ilegales. Entre otras dificultades hay que citar el estigma, el temor a acudir a centros o servicios normalizados de salud por no querer identificarse como consumidores de drogas ilegales o el temor a las consecuencias legales.

Un estudio¹⁵⁹ que describe el proceso seguido en Chicago, EE.UU., para la identificación de casos índice entre los inyectores de drogas y la búsqueda de

contactos sexuales o de consumo de drogas utilizando ICA, sugiere que las personas que se inyectan drogas asumen con responsabilidad el hecho de haber expuesto a otros a la infección y manifiestan el deseo de comunicar, con la ayuda de servicios especializados, a sus parejas o contactos la posibilidad de haberse infectado.

En general, los inyectores de drogas tienen problemas para acceder a determinados servicios de salud, por ello, se ha recomendado¹⁵⁹ la utilización de las ICA para la oferta de CPV e identificación y búsqueda de contactos en estas poblaciones.

En 1993-1994, el seguimiento de los contactos de un individuo VIH positivo recluido en una cárcel de Pennsylvania, EE.UU., permitió identificar una red de 121 parejas (sexuales o de uso compartido de jeringas) infectadas y/o con prácticas de riesgo¹⁶⁰.

En la Ciudad de Nassau (Bahamas) en los años 90 la estrategia de prevención mediante la integración de CPV, búsqueda de contactos, tratamiento sintromico de ITS y esfuerzos coordinados de educación comunitaria, contribuyeron al control del VIH y otras ITS entre los consumidores de cocaína⁵².

Es muy aconsejable la realización de estudios de costo-efectividad para la evaluación local de los distintos mode-

los de seguimiento de contactos en consumidores de drogas ilegales en diversos contextos sociales, económicos y de evolución de la epidemia. Así como en combinación con pruebas rápidas de detección de VIH.

En los programas de prevención de las infecciones de transmisión sanguínea o sexual dirigidos a los inyectores de drogas se debe hacer un esfuerzo para **captar a las parejas sexuales que no se inyectan**.

2.7 Las conductas sexuales de riesgo de los inyectores para la transmisión del VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

Relaciones con la pareja estable o con parejas ocasionales

Contrariamente a la creencia popular, los inyectores de drogas tienen, con frecuencia, parejas estables. En forma similar a lo que ocurre en la población en general, **el uso del preservativo es más frecuente con parejas ocasionales que con las estables**^{144,161}.

Inyectores que intercambian sexo por dinero, droga u otra mercancía

En muchas regiones del mundo **es frecuente que las mujeres que se inyectan dro-**

gas mantengan relaciones sexuales a cambio de droga, dinero u otra mercancía¹⁴⁴. Este hecho conlleva un riesgo mayor de infección para estas mujeres que para las que no ejercen la prostitución¹⁶⁴.

Esta actividad la mantienen como una fuente estable de recursos para poder obtener drogas, o bien, en forma ocasional ante la falta de otra fuente de ingresos. En cualquier caso, las circunstancias de subordinación y pobreza en la que mantienen estas relaciones sexuales incrementan su vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS. Así, en ocasiones en que hay pocas fuentes de ingresos o necesitan desesperadamente obtener droga pueden acceder a relaciones sexuales sin protección.

Consumidores de crack

El **uso de crack se asocia con una mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales de riesgo y ser VIH positivo**^{137,154,162}. Diversos estudios han encontrado una asociación entre el uso de crack y el intercambio de relaciones sexuales a cambio de dinero^{154,162,163}.

Una encuesta¹⁶² realizada en 1991 en Denver, Miami y San Francisco (EE.UU.), entre inyectores de drogas que no fumaban crack, fumadores de crack e inyectores que también fumaban crack, (N=246) observó un incremento del riesgo de transmisión de VIH asociado al uso de crack, especialmente entre los inyectores.

- Los fumadores de crack que también se inyectaban informaron con mayor frecuencia de relaciones sexuales con inyectores, intercambio de sexo por dinero o drogas, uso de drogas antes o durante la relación sexual y relaciones sexuales con penetración sin protección.
- Las tasas de sífilis y gonorrea autoinformadas fueron más altas entre los fumadores de crack que se inyectaban, que entre los que se inyectaban cocaína pero no fumaban crack.

Un estudio similar¹⁶³ entre 1992-1997 con una muestra mucho más amplia (N=26.928) de consumidores de cocaína confirmó que **los inyectores de cocaína que además fuman crack tienen con más frecuencia relaciones con varias parejas sexuales e intercambio de sexo por droga o dinero**. Del total de la muestra, el 80% no utilizó condones en sus relaciones sexuales durante los 30 días anteriores a la entrevista.

Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres

Según un estudio realizado en San Francisco, EE.UU., entre 1986 y 1998, entre hombres inyectores, el factor más frecuentemente asociado con la seroconversión frente al VIH fue mantener relaciones sexuales con hombres; no se encontró asociación con el uso compartido de jeringas en el último año. Se

observó **que los hombres que se inyectan y que mantienen relaciones sexuales con hombres tuvieron 8,8 veces más probabilidades de seroconvertirse frente al VIH que los heterosexuales** (también inyectores)¹⁶⁴. Un estudio prospectivo realizado en Baltimore, EE.UU., desde 1988 hasta 1998 encontró que la incidencia del VIH en los hombres que se inyectaban se doblaba en los que habían tenido recientemente actividad homosexual¹⁶⁵.

Otro estudio¹⁶⁶ entre usuarios que se inyectaban en Brasil identificó el ser hombre que ha mantenido relaciones sexuales con hombres, como factor de riesgo independiente para la infección frente al VIH. Los **hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y los bisexuales podrían ser un puente a través del cual podría introducirse el VIH en las redes de inyectores** de Río de Janeiro, Brasil, y otras regiones con predominio de transmisión de la categoría de relaciones homosexuales. Un estudio⁸⁹, ya mencionado anteriormente, realizado en tres muestras de usuarios en Río de Janeiro encontró una prevalencia de relaciones sexuales con penetración entre hombres, en los últimos 30 días, de 25,6%, 12% y 5,3% en cada una de las muestras, con un porcentaje de uso consistente del preservativo de 28,6%, 26,7% y 9,1% respectivamente. En la mayor parte de los casos, las relaciones fueron a cambio de droga o dinero.

Hallazgos clave del estudio de la OMS en 12 ciudades sobre las prácticas sexuales de riesgo entre los inyectores de drogas¹⁴⁴:

- **La mayoría de los inyectores de drogas mantienen relaciones sexuales.** Más de un 75% en las ciudades de Toronto, Canadá, Nueva York, EE.UU., Río de Janeiro y Santos, Brasil, mantuvieron relaciones sexuales en los seis últimos meses.
- **La mayoría de los inyectores no usan condones con la pareja estable.** El 82% en Río de Janeiro nunca usaba condones con sus parejas estables.
- **Una gran proporción tampoco usa condones con las parejas ocasionales.** La proporción que nunca usaba

condones con sus parejas ocasionales osciló entre el 30% en Nueva York y el 66% en Río de Janeiro.

- **Una gran proporción de quienes se inyectan tienen parejas que no se inyectan.** Alrededor de un 70% en Río de Janeiro, Santos y Bangkok y un 40% en Berlín, Londres, y Sidney, tenían parejas estables que no se inyectaban.
- **Muchas mujeres que se inyectan realizan intercambio de sexo por dinero.** La mayoría de los estudios muestran que entre el 15% y el 25% de las mujeres que se inyectan son trabajadoras sexuales, con estimaciones más altas para las muestras reclutadas en la calle.

Nota: Estudio propiciado por la OMS entre los años 1989-1992 con metodología comparable en las ciudades de Atenas, Bangkok, Berlín, Glasgow, Londres, Madrid, Nueva York, Río de Janeiro, Roma, Santos, Sidney, Toronto.

2.8 Cocaína, heroína y riesgo de infección

La **cocaína** es un estimulante del sistema nervioso central que produce los efectos euforizantes más intensos aproximadamente entre los tres y los cinco minutos después de la inyección y que desaparecen a los 30-45 minutos¹²³.

Debido a que **la cocaína provoca unos efectos de euforia muy breves, las personas con un nivel elevado de dependencia se inyectan compulsivamente en forma repeti-**

da en cortos períodos de tiempo^{4,123}. Es frecuente que durante esos períodos de consumo intenso se produzcan situaciones con un alto riesgo de infección, a través de las jeringuillas y otros materiales. La siguiente observación ilustra bien este hecho: “..., **después de dos horas o de varias inyecciones seguidas ..., las agujas se desgastan, se obturan, se rompen; los inyectores ya no están seguros de qué jeringas pertenecen a cada uno, o la desconfianza que sigue al consumo elevado de cocaína puede llevar a tensiones en el grupo y a descuidos**”¹⁶⁸. Es frecuente que se produzcan situaciones de cierta confusión y

desorden en relación con el reparto de la droga y la acción de inyectarse, que se complican, además, por el estado de intoxicación en que se encuentran los consumidores.

Por otra parte, la cocaína se ha relacionado con una intensificación del orgasmo y con actividad sexual compulsiva, aunque se ha comprobado que ésta se reduce con el consumo crónico¹⁷¹. Las relaciones sexuales con múltiples parejas entre los consumidores de crack, se asocian con el intercambio de sexo a cambio de dinero o droga^{162,163,169,170}.

La **heroína** es un depresor del sistema nervioso central con efectos narcóticos y analgésicos. Su efecto comienza segundos después de la administración intravenosa. A continuación se produce un período de sedación y tranquilidad que dura hasta una hora. Los efectos de la heroína desaparecen a las cuatro o

cinco horas, dependiendo de la dosis. Los consumidores crónicos se inyectan habitualmente entre dos y cuatro veces al día¹⁷¹.

La creencia popular le otorga a la heroína la capacidad de anular el deseo sexual, sin embargo, estudios en todo el mundo confirman que la mayoría de los consumidores de esta sustancia son personas sexualmente activas¹⁴⁴.

El número de veces que un inyector se expone a adquirir una infección a través del material contaminado está en relación directa con el **número de veces que se inyecta** droga.

El uso de cocaína (inyectada o fumada —crack—) conlleva un riesgo muy elevado de infección por el VIH a través de conductas de riesgo de inyección o de relaciones sexuales sin protección¹⁶⁷.

SECCIÓN 3

Intervenciones en salud pública y políticas de salud

REDUCCIÓN DE DAÑOS: UN ENFOQUE PRAGMÁTICO PARA EVITAR PROBLEMAS DE SALUD

- 3.1 Aspectos prioritarios en un enfoque de reducción de daños (RD) | 70
 - 3.1.1 Multiplicidad y coordinación | 70
 - 3.1.2 Vigilancia y monitorización | 72
 - 3.1.3 Reducción del estigma | 80
- 3.2 Intervenciones clave | 81
 - 3.2.1 Acceso sin restricciones a material de inyección estéril | 81
 - 3.2.2 Acceso sin trabas a consejería y pruebas voluntarias (CPV) | 91
 - 3.2.3 Intervenciones comunitarias de acercamiento (ICA) | 94
 - 3.2.4 Promoción del uso del preservativo y tratamiento precoz de las ITS | 97
 - 3.2.5 Programas de tratamiento de la dependencia | 100
 - 3.2.6 Intervenciones en prisión | 104
 - 3.2.7 Reducción de la transmisión vertical de mujeres que se inyectan | 109

Reducción de daños: un enfoque pragmático para evitar problemas de salud

Frente a un modelo basado fundamentalmente en la consecución de la abstinencia de drogas, la estrategia de reducción del daño (**RD**) plantea que, además de ese objetivo ideal, existen otros **objetivos intermedios** que pueden ayudar a mejorar la salud de los consumidores de drogas:

- Contactar con el mayor número posible de consumidores, especialmente los que no acuden a los servicios de salud o sociales normalizados.
- Mantener ese contacto, con un trato afable y ofreciendo servicios atractivos adaptados a las necesidades de los usuarios.
- Cambiar las conductas de riesgo de los consumidores.

Estos servicios han de ser de buena calidad, tener buena cobertura y ser evaluados.

Con anterioridad a la epidemia de infección por el VIH, las políticas rela-

cionadas con la atención de las personas con problemas derivados del consumo de drogas, fueran estos dependencia, complicaciones orgánicas o consecuencias sociales, se orientaban casi exclusivamente a la abstinencia del consumo. La modificación de esta política en algunos países se vio acelerada por el enorme daño que la epidemia de infección por el VIH causó en muy poco tiempo.

La reordenación de los objetivos de las políticas con base en principios éticos y de salud pública, estableció como prioridad reducir los efectos negativos del uso de sustancias psicoactivas sin olvidar el fin de disminuir el uso en sí mismo¹⁷². La perspectiva de salud pública enfatiza las intervenciones para la prevención de los factores de riesgo fundamentalmente entre aquellas poblaciones con mayor probabilidad de enfermar¹⁷³.

La **demora** en el establecimiento de medidas para la reducción del daño y la **desproporción** entre la magnitud del pro-

blema y la respuesta contribuyeron a que, por ejemplo, en España y otros países del sur de Europa, la epidemia de infección por el VIH en usuarios de drogas inyectadas alcanzara una dimensión alarmante. Inicialmente las políticas existentes no se basaban en criterios científicos, sino moralistas, con el único objetivo válido de evitar el consumo de sustancias psicoactivas sin considerar, que el riesgo para el consumidor, es muy diferente según el tipo de sustancia consumida y los patrones de uso²⁹.

Los tratamientos de la dependencia orientados a la abstinencia son una opción válida, pero que se ajusta a las necesidades de un número limitado de consumidores de drogas.

Es necesario que los servicios de salud estén diseñados para ayudar a evitar los daños del consumo de drogas, aún cuando las personas dependientes de estas sustancias no estén dispuestas o no puedan abandonar el consumo.

Razones para considerar la estrategia de reducción del daño¹⁷⁴:

1. El uso no médico de sustancias psicoactivas es inherente a todas las culturas y civilizaciones. Ningún país ha podido eliminarlo a pesar de los enormes esfuerzos invertidos.
2. El uso no médico de sustancias psicoactivas produce importantes daños sociales e individuales.
3. Los consumidores de drogas son parte

de la comunidad. Proteger la salud de la comunidad implica proteger la salud de *todos* sus miembros.

4. El uso de drogas conlleva daño y sufrimiento a través de muchos mecanismos, por lo tanto, deben ser también diversas las formas de prevenirlo o paliarlo.

Desde una perspectiva de **salud pública**, para reducir el daño entre los inyectores de drogas ilegales se debe:

- Trabajar con **individuos, grupos** y con toda la **comunidad**.
- Promover la **modificación del entorno social** hacia la tolerancia y la solidaridad.
- Realizar **cambios en las políticas públicas** que permitan y faciliten el acceso a material de inyección estéril.
- Intervenir **a tiempo y con suficiente intensidad**.

Diez principios para desarrollar respuestas efectivas de salud pública frente a problemas derivados del consumo de drogas inyectadas^{34,36,173,175,176}:

1. Evaluación adecuada.

Debe conocerse la situación y los problemas más relevantes. Deben estudiarse:

1. Las prácticas de uso compartido de material de inyección.
2. Las conductas sexuales de riesgo.
3. La dinámica de contacto y relación

entre distintos grupos de consumidores de drogas.

4. Los lugares donde se producen las conductas de mayor riesgo (ej. prisiones).
5. La vulnerabilidad de los nuevos inyectores.
6. Las políticas y programas existentes.

Además, la monitorización de las intervenciones debe proporcionar información sobre su adecuación, y las investigaciones ad hoc deben evaluar su efectividad.

2. Abordaje priorizado y jerarquizado.

Debe combinar prevención primaria (ej.: prevención del consumo de drogas), con prevención secundaria (ej.: prevención de las conductas de riesgo entre los inyectores de drogas) con prevención terciaria (ej.: prevención de patologías orgánicas entre los usuarios infectados por el VIH).

La RD en relación con las conductas de riesgo de inyección puede jerarquizarse de la siguiente manera (de los cambios más ambiciosos a los más posibles):

1. Dejar de consumir drogas.
2. Dejar de inyectarse drogas.
3. Iniciar tratamiento del abuso de drogas, incluyendo prevención de recaídas.
4. Si continúa el consumo por medio de inyección, plantearse los siguientes

Ejemplo de jerarquización de objetivos:

Si no puedes dejar de consumir drogas



Deja de inyectártelas.

Si no puedes o no quieres



Hazlo siempre con una jeringa estéril.

Si no tienes una a mano



Limpia la que tienes con lejía/cloro, siguiendo exactamente las siguientes instrucciones (ver Anexo, pág.113)

tes objetivos para reducir los riesgos individuales y de salud pública:

- Nunca inyectarse con jeringas usadas por otros, ni dar las propias después de usarlas.
- Nunca reutilizar las jeringas.
- No usar agua, algodones o recipientes donde otros han preparado su droga.
- No utilizar una jeringa usada para diluir y repartir la sustancia.
- Utilizar sólo jeringas cuya procedencia sea fiable.
- Si es posible utilizar agua estéril para diluir la droga. En otro caso usar agua limpia de un origen fiable.
- Usar un filtro nuevo cada vez y un contenedor o tapón nuevo o desinfectado.
- Limpiar con una toallita con alcohol o con agua y jabón el lugar de la inyección.

- Deshacerse de la jeringa usada en forma segura para la comunidad.

Aunque el uso de una jeringa estéril para cada inyección es lo deseable, incluso cambios tan limitados como limpiar siempre la piel con una toallita de alcohol antes de inyectarse podría reducir la incidencia de endocarditis o abscesos¹³.

3. Precocidad y rapidez.

Para que las medidas tomadas sean lo más efectivas y eficientes posible, éstas han de implementarse en forma precoz, **cuando la prevalencia de la infección por el VIH es menor de 5%**. Esto puede requerir un planteamiento pragmático en el sentido de priorizar la prevención de los problemas asociados, frente a la prevención del consumo en sí mismo.

4. Estrategias múltiples e integradas.

Las iniciativas deben promover el cambio trabajando a tres niveles:

- a. **Individual.** El cambio de conductas está influido por los conocimientos de los individuos sobre los riesgos para su salud, por su actitud y motivación ante el cambio y por su capacidad para conseguir que esos cambios se produzcan.
- b. **Comunitario.** Los intentos individuales de cambio están influidos por los valores o normas aceptadas dentro de los grupos y contextos sociales en los que se pro-

duce el consumo de drogas o las conductas sexuales.

- c. **Político y de contexto.** La efectividad de las intervenciones dirigidas al cambio individual y comunitario está influida por el contexto político, legal y estructural. Cuando existen leyes punitivas o políticas centradas en la abstinencia del consumo de drogas puede ser muy difícil desarrollar respuestas de salud pública, o intervenciones dirigidas a la reducción del daño.

La prevención efectiva de los problemas asociados al consumo de drogas depende de la formulación de una política integrada de los niveles individual, comunitario y político.

5. Provisión de medios para la modificación de conductas.

Para que las intervenciones sean efectivas deben proporcionar:

- a. **Información sobre los riesgos** que conllevan determinadas prácticas.
- b. **Instrumentos físicos para que el cambio pueda producirse.** La información sola es totalmente insuficiente. Los individuos deben poder actuar con la información que tienen y para ello, deben disponer de los medios (ej., de jeringuillas estériles, condones, tratamiento de la dependencia, etc.)
- c. **Habilidades** para el uso correcto de dichos instrumentos que

hagan posible la consecución del cambio (ej.: habilidades para negociar el uso del condón o para inyectarse adecuadamente).

6. Cambios en la prestación de servicios.

Los aspectos clave son **disponibilidad y accesibilidad**. Con frecuencia son necesarios cambios, primero, para contactar con las poblaciones; segundo, para mantener ese contacto en el tiempo y tercero, para proporcionar servicios que se ajusten a las necesidades de los consumidores de drogas.

Aspectos clave para mejorar la accesibilidad a los servicios de RD¹⁷³:

- Profesionales y servicios no moralizantes, de trato afable.
- Estimular la **participación e implicación de los consumidores de drogas**.
- **Combinar servicios** que promuevan la prevención primaria, secundaria y el tratamiento de la dependencia de drogas.
- Estimular la **participación comunitaria**.
- Promover apoyo sostenible a **largo plazo** a la comunidad.
- Promover el trabajo a través de organizaciones, personas u otros proveedores de **servicios no institucionalizados**.
- Mantener **servicios flexibles para introducir mejoras y cambios**.
- Facilitar el **acceso geográfico** a los servicios de salud y de tratamiento de la dependencia.

7. El trabajo debe basarse en las propias organizaciones comunitarias.

Igual que ocurre con otras poblaciones implicadas en actividades ilegales o sancionadas socialmente, **los consumidores de heroína o cocaína** (más especialmente quienes se inyectan) **se ocultan ante la presencia institucional**. Las respuestas deben estar basadas en las propias organizaciones locales en la comunidad. Este es un componente fundamental para trabajar en forma efectiva con las poblaciones ocultas. Uno de los mejores métodos es hacerlo a través de ICA.

8. El trabajo debe estimular la participación de la comunidad.

Debe promover la participación activa de los miembros clave de la comunidad, incluyendo usuarios de drogas, organizaciones de derechos humanos, salud y bienestar, grupos de autoapoyo, ONG, representantes de la policía o fuerzas de seguridad, grupos religiosos, etc. Se trata de crear las condiciones propicias para desarrollar intervenciones de salud pública y de modificación de conductas.

9. Cambios en el contexto social y político.

El éxito de las intervenciones para prevenir la transmisión del VIH y otras ITSS está inevitablemente ligado a la modificación de los contextos sociales, culturales y políticos en que

éstas tienen lugar. De igual forma que las elecciones individuales pueden estar condicionadas por las exigencias del grupo, las acciones y cambios colectivos están influidos por el contexto legal y político. En muchas ocasiones es tan (o más) necesario trabajar en pro de un cambio comunitario y político como por uno individual, y **es erróneo pensar que contactando y trabajando sólo con intervenciones individuales se crearán las condiciones necesarias para el cambio de conductas.**

10. Cambios en las políticas.

En ocasiones es muy difícil plantear determinadas intervenciones de salud pública necesarias para reducir los daños asociados a la inyección si antes, o paralelamente, no se cambian las leyes que restringen estas actuaciones. Así, por ejemplo, en determinados regiones, mientras no se produzcan cambios legales para eliminar las normas que restringen la distribución o intercambio de jeringas o cas-

tigan su posesión, las intervenciones para mitigar el daño mediante el cambio de conductas tendrán poca efectividad.

Por razones metodológicas es muy difícil establecer un nexo causal entre la implementación de políticas orientadas a la RD, y el control de la epidemia de infección por VIH. Sin embargo, existen evidencias sólidas que avalan **la accesibilidad a una serie de servicios (básicamente, material de inyección estéril, CPV, tratamiento de la dependencia) es un motor para la modificación de conductas de riesgo para la transmisión del VIH en los usuarios de drogas inyectadas**^{35,108,177}.

La reducción de las prácticas de riesgo en algunas regiones ha contribuido a disminuir la transmisión del VIH, sin embargo, **el control de la epidemia de VHC necesita de cambios más drásticos en las conductas de riesgo.** Incluso prevalencias bajas de conductas de riesgo pueden conllevar tasas de infección por el VHC

Es importante que el contexto legal no contradiga los principios por los que se rigen las iniciativas dirigidas a la prevención de ITSS entre los inyectores de drogas. Minimizar los daños para la salud puede ser difícil cuando hay fuertes controles legales y sanciones por usar drogas.

Por otra parte, el trabajo con la **policía local**, para que comprenda los objetivos de los programas de prevención de ITSS en consumidores de drogas puede ser clave para el adecuado desarrollo de los mismos.

Ejemplos de objetivos de RD e intervenciones adecuadas:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la conciencia sobre las consecuencias para la salud de la inyección de drogas. | <ul style="list-style-type: none"> • Educación de pares. • Consejería y pruebas serológicas para detectar el VIH, el VHC o el VHB, con entrenamiento en habilidades para el consumo de menos riesgo. • Campañas de información. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Contactar con la población clave. | <ul style="list-style-type: none"> • ICA. • Mejorar el acceso a servicios de atención y consejería. • Mejorar el acceso y calidad de los tratamientos. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar los medios para el cambio de conductas. | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar agujas y jeringas estériles. Proporcionar preservativos. • Proporcionar habilidades para la negociación de sexo seguro a los inyectores y sus parejas. • Proporcionar hipoclorito y otros desinfectantes e información sobre su uso. • Facilitar el acceso a programas de tratamiento de la dependencia de drogas. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar apoyo a las intervenciones de salud pública | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar a los profesionales. • Lograr apoyo político y comunitario. • Lograr apoyo de la policía y fuerzas de seguridad. • Lograr apoyo de la población. • Actividades para superar la marginación y estigmatización de los inyectores. • Conseguir apoyo de figuras públicas relevantes. • Implicar a los usuarios de drogas inyectadas en el diseño y desarrollo de políticas y en la provisión. |

Nota: Modificado de WHO1998¹⁷³

elevadas. Si se pretende que la modificación de las conductas de riesgo tenga una repercusión positiva en la evolución de la epidemia del VHC, será nece-

sario que las intervenciones sean mucho más efectivas para evitar el uso de cualquier tipo de instrumento (algodones, filtros, cucharas, recipientes u otros

utensilios), que pueda haber estado en contacto con sangre infectada entre los que no comparten jeringas¹⁷⁸.

A pesar de que se han constatado cambios positivos en las conductas de riesgo de los inyectores, en ningún país o región se ha observado su eliminación^{1,36,179} y es probable que nunca se consiga ese objetivo. Esta dificultad subraya la importancia de intentar también la **reducción o el abandono del uso de la vía parenteral**.

Todavía no existen datos concluyentes sobre la influencia que la expansión de los **tratamientos ARV** entre los inyectores puede tener sobre las conductas de riesgo, aunque algunos datos sugieren un mantenimiento o incremento de las mismas¹⁸⁰. Es necesario estar atentos ante una posible consecuencia indeseada derivada de una falsa sensación de seguridad, que podría repercutir en un estancamiento de las tendencias descendentes de las prácticas de riesgo o un nuevo incremento en las mismas en algunos lugares.

Una supuesta reducción en los programas e intervenciones en los lugares donde éstas han sido implementadas con éxito, podría facilitar un rebrote de las conductas de riesgo. Por otra parte, existen ejemplos históricos documentados sobre la rapidez de la difusión del VIH en algunos países, o regiones que

sugieren que un patrón de prevalencia de infección bajo puede modificarse rápidamente.

3.1 Aspectos prioritarios en un enfoque de reducción de daños (RD)

3.1.1 Multiplicidad y coordinación

En contra de la idea de que la prevención es independiente de la atención, la realidad es que ambas están estrechamente vinculadas y son parte de un espectro sin límites discernibles¹⁸¹. **Las intervenciones dirigidas a la RD entre los inyectores de drogas no deben ser actividades aisladas en un macrosistema de atención de salud o social, sino que han de ser un elemento más, vinculado estrechamente con otras actividades asistenciales**¹⁸². Este planteamiento conlleva la necesidad de una coordinación entre las instituciones que, en relación con sus objetivos específicos (control del VHB, control del VHC, control de la tuberculosis, vacunaciones, etc.), conseguirían también optimizar sus propios recursos y mejorar sus resultados (por ej., utilización de los PIJ para administrar la vacuna de la hepatitis B, tratamiento observado directamente supervisado de pacientes con tuberculosis (TB) en centros de tratamiento de la dependencia ... etc).

Por otra parte, el diseño de políticas de prevención de ITSS efectivas debe tener en cuenta cinco poblaciones:

- **Los usuarios de drogas inyectadas.** Mediante programas que faciliten la modificación de conductas de riesgo sexuales y de inyección, el abandono de la inyección y el inicio de un tratamiento de la dependencia.
- **Los consumidores de drogas por otras vías.** Desarrollando iniciativas que prevengan el inicio en la inyección.
- **Las parejas sexuales de los inyectores.** Mediante iniciativas que faciliten la adopción de conductas sexuales más seguras.
- **Los trabajadores de salud, trabajadores sociales, voluntarios** y todos aquéllos que trabajan en recursos sanitarios o sociales en general, para que prioricen

sus objetivos cuando contactan con inyectores de drogas o con consumidores de sustancias por otras vías.

- **La población en general,** para eliminar las conductas marginadoras y crear un ambiente de apoyo para los inyectores de drogas, especialmente cuando pretenden abandonar el consumo o sus conductas de riesgo.

Además, el desarrollo de intervenciones de reducción del daño no implica que no deban llevarse a cabo también en el mismo país o región otras iniciativas dirigidas a la abstinencia del consumo.

La convivencia entre ambos enfoques es necesaria en la medida en que también conviven individuos con diferentes necesidades o en distintas etapas de su proceso de dependencia. La convivencia en las mis-

Las intervenciones deben coordinarse con otros recursos o servicios que puedan complementar las acciones y logros de las intervenciones de RD. Es frecuente que existan distintos recursos públicos con diferente dependencia institucional orientados a prevenir los mismos o similares problemas de salud en una misma población. **La adecuada planificación de intervenciones por plataformas de trabajo, puede contribuir a optimizar los recursos existentes.**

Sobre todo cuando no existe una tradición de trabajo con estrategias de RD, los profesionales de salud y sociales no conocen adecuadamente los objetivos y efectividad de determinadas intervenciones. Esto es frecuente que ocurra cuando los servicios de tratamiento de la dependencia han estado exclusivamente orientados a la abstinencia de drogas. **Es fundamental que los profesionales orienten su trabajo dentro de un abordaje priorizado y basado en evidencias científicas.**

mas áreas geográficas, comunidades o centros no solo es necesaria, sino recomendable, y debe ser parte de la complementariedad que sustenta un enfoque basado en las necesidades de la comunidad.

Para que las respuestas sean efectivas han de basarse en el conocimiento de las necesidades de los consumidores de drogas, con una perspectiva nacional y también local, adoptar un **abordaje priorizado, integrar estrategias múltiples, proporcionar los medios y recursos para facilitar modificaciones en las conductas y promover cambios en el contexto social y político**^{36,173, 183, 184}.

3.1.2. Vigilancia y monitorización

Una de las aplicaciones más importantes de los datos obtenidos a través de la vigilancia epidemiológica es la **identificación de subpoblaciones hacia las que hay que dirigir prioritariamente esfuerzos de prevención.**

Para facilitar la vigilancia de la epidemia de infección por el VIH, el Programa ONUSIDA y la OMS proponen una clasificación general de la infección en tres niveles: bajo, concentrado y generalizado¹⁸⁵:

- **Epidemia de bajo nivel:** es aquella que, a pesar de que lleva muchos años, nunca ha alcanzado un grado significativo de infección en ningún

grupo de población en particular: la prevalencia del VIH no ha superado el 5%, de manera constante, en ningún grupo específico de población.

- **Epidemia concentrada:** es aquella en que el VIH se ha difundido rápidamente en un grupo de población determinado, pero no así entre la población en general: la prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5%, en por lo menos un grupo de población específico y es de menos del 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas.
- **Epidemia generalizada:** en este tipo de epidemia, el VIH se encuentra bastante difundido entre la población en general: la prevalencia del VIH se encuentra en forma constante por encima del 1% entre las mujeres embarazadas.

Los sistemas de vigilancia de la infección por el VIH deben **integrar diversas fuentes y metodologías** de acuerdo con el nivel de la epidemia existente en una región dada¹⁸⁶ incluyendo datos basados en muestras biológicas, datos sobre conductas de riesgo, y otras fuentes de información como notificación de casos de infección por VIH y casos de sida, y registros de mortalidad.

Además, deben ser **flexibles** para cambiar si se modifican las necesidades de un país o el estadio de la epidemia.

En los primeros años tras el inicio de la epidemia, los sistemas de seguimiento se dedicaron principalmente a rastrear la dispersión del virus, por medio de la vigilancia centinela, o se limitaron a la **vigilancia de los casos de sida**. Si bien estos sistemas siguen siendo imprescindibles, sólo registran infecciones en curso y **no alertan tempranamente del potencial epidémico**.

Los **sistemas de alerta temprana** han de basarse en datos que registren el riesgo de infección más que la infección misma.

La **medición del riesgo de infección** ha de basarse en el estudio de conductas como las relaciones sexuales sin protección, o la inyección con una jeringa ya usada por otra persona. Hay también marcadores biológicos que pueden alertar sobre el riesgo epidémico de la infección por el VIH, por ejemplo, las ITS. Por lo tanto, un incremento relevante en los diagnósticos de sífilis puede advertir sobre el riesgo de difusión de la infección por el VIH.

Las poblaciones de estudio

Los sistemas de vigilancia centrados en población general pueden no reflejar la existencia de una epidemia de VIH en subpoblaciones específicas¹⁸⁶. Es necesario captar y estudiar aquellas **subpoblaciones que están potencialmente expuestas a un mayor riesgo de infección**.

En las **epidemias de bajo nivel**, los datos de vigilancia de las conductas pueden ayudar a conocer las características de los consumidores de drogas que están en riesgo de infectarse y a identificar los comportamientos responsables de ese riesgo¹⁸⁶.

En las **epidemias concentradas** los sistemas de vigilancia deben investigar si los consumidores de drogas mantienen relaciones de riesgo con la población general, fundamentalmente a través de relaciones sexuales desprotegidas con sus parejas¹⁸⁶.

El riesgo de transmisión del VIH asociado al consumo de drogas es más elevado entre las personas que se inyectan y por ello el estudio de estas poblaciones ha sido un objetivo central de la vigilancia de infección. Además, ello se justifica por la magnitud y la trascendencia de la epidemia de VIH entre los inyectores de algunas áreas y por la necesidad de optimizar los recursos disponibles.

Sin embargo, es conveniente tener en cuenta algunos hechos que deben orientar hacia un enfoque más amplio la vigilancia/monitorización de ITSS y conductas de riesgo en consumidores de drogas:

- El riesgo de transición a la vía inyectada entre quienes usan la vía fumada o intranasal para consumir hero-

Preguntas clave en las **epidemias de bajo nivel y concentradas**¹⁸⁶:

- ¿Hay prácticas de riesgo que puedan llevar a una epidemia del VIH?
- ¿En qué subgrupos de la población se concentran esas prácticas?
- ¿De qué tamaño son esos subgrupos de población?
- ¿Cuáles la prevalencia del VIH en esos subgrupos de población?
- ¿Qué comportamientos de riesgo se dan en esos subgrupos de población

ína o cocaína sobre todo cuando son consumidores intensos.

- El riesgo de los consumidores de cocaína fumada (crack) de infectarse por vía sexual de VIH y otras ITS.
- En los territorios donde coexiste consumo inyectado y no inyectado de cocaína o heroína, las distintas redes o grupos de consumidores interaccionan entre sí.
- Las elevadas prevalencias VHC en inyectores de drogas en todo el mundo.

En los países o regiones donde no se ha difundido el patrón de consumo inyectado, es importante mantener una **vigilancia con indicadores de conducta o biológicos sobre las poblaciones consumidoras de drogas por otras vías**.

Dificultades para la vigilancia de VIH, VHC o VHB en consumidores de drogas

El **carácter ilegal de drogas como la cocaína o la heroína también dificulta el acceso a**

y cuál es su frecuencia?

- ¿Qué relación hay entre los subgrupos con conductas de riesgo y la población general?

El consumo de drogas ilegales se da en todas las sociedades y **es un fenómeno cambiante y oculto**. Aunque el consumo de drogas por inyección no sea prevalente en una determinada región este hecho puede cambiar rápidamente y con él los daños asociados.

la población consumidora para las tareas de vigilancia epidemiológica. Sin embargo, existen métodos para acceder y realizar estudios de vigilancia de la infección por el VIH y otras ITSS en estas poblaciones:

- En **la calle**, a través de trabajadores comunitarios u ONG integradas en la comunidad, profesionales con experiencia y que llevan tiempo en contacto con redes de usuarios de drogas, exconsumidores de drogas, o consumidores de drogas con capacidad de organización y de liderazgo con los que se establece una relación de confianza.
- En **centros o servicios de salud o sociales**: hospitales, centros de atención primaria, centros que ofrecen exámenes de detección del VIH, de ITS, de tratamiento de la dependencia, PIJ, cárceles o correccionales, etc.

Los diversos métodos o lugares de captación tienen **ventajas e inconvenientes** que

deben considerarse tanto, al planificar un trabajo como al interpretar los resultados.

Entre las ventajas de reclutar muestras en **centros de tratamiento de la dependencia**:

- Disponibilidad de un lugar mínimamente acondicionado para realizar el cuestionario y hacer pruebas biológicas confidencialmente.
- Existencia de protocolos de admisión que garantizan una mínima sistematización en el acceso y en el método de reclutamiento.
- Suelen realizarse análisis sistemáticos a todas las personas admitidas a tratamiento lo que facilita la obtención de datos sobre el estado serológico.
- La presencia de profesionales de la salud o de servicios sociales puede facilitar la provisión de consejos preventivos, cuidados de salud o acceso a servicios sociales.

Entre los inconvenientes de utilizar dichos centros para obtener muestras de consumidores de drogas:

- Las personas acuden a los centros de tratamiento de la dependencia cuando llevan varios años de consumo, por ello, los datos obtenidos no son sensibles como sistema de alarma.
- Existen centros donde los pacientes temen represalias cuando se detectan evidencias de consumo de drogas en sus controles de orina por lo que pueden existir dudas sobre la credibilidad del autoinforme.
- Existen individuos que no quieren acceder a un centro de estas características ya que temen que se les identifique como consumidores de drogas ilegales.

La obtención de datos de **poblaciones que no están en tratamiento y son captadas en la calle** tropieza, entre otros proble-

Para la vigilancia del VIH y las conductas de riesgo en **poblaciones de consumidores de drogas** es de especial trascendencia:

- **Utilizar los cuestionarios estandar recomendados por agencias internacionales de prestigio.** No deben elaborarse nunca cuestionarios sin tener en cuenta las recomendaciones internacionales para la comparabilidad metodológica.

- **Obtener muestras biológicas mediante métodos rápidos, simples y de fácil transporte, conservación y almacenamiento,** como las pruebas rápidas, y las pruebas con muestras de saliva o de sangre por punción dactilar sobre papel secante¹⁸⁵.
- **Elaborar protocolos de trabajo muy precisos que permitan la replicación de la metodología.**

mas, con la dificultad de hacer una entrevista en condiciones que garanticen una mínima comodidad y faciliten la confidencialidad. Las organizaciones comunitarias con quienes se colabora pueden facilitar un local donde el entrevistador y el usuario de drogas puedan mantener una entrevista.

En todos los casos es fundamental realizar una capacitación previa **para estandarizar la metodología de los captadores y entrevistadores**.

Actualmente hay **dificultades metodológicas importantes para la comparación temporal o geográfica** de indicadores conductuales debido a la diversidad existente entre los estudios respecto a la definición de variables, la formulación de preguntas en los cuestionarios, los períodos de referencia, la forma de selección de la muestra o su procedencia.

En 1998, la oms desarrolló unas guías para realizar una valoración rápida de la extensión y características del consumo de drogas inyectadas, las consecuencias adversas para la salud y las conductas de riesgo asociadas en una determinada área geográfica. Proporcionan herramientas para identificar y desarrollar intervenciones efectivas, para reducir el daño asociado al consumo por inyección¹⁷³. Esta metodología se ha aplicado, entre otros países, en Argentina, Bielo-rusia, China,

Colombia, Irán, Kenia, Nigeria, Rusia, Ucrania y Vietnam.

Su uso para el estudio de las conductas de riesgo para la transmisión del VIH entre consumidores o inyectores de drogas es aconsejable que sea complementado con la utilización de cuestionarios estandarizados, y las recomendaciones internacionales para la monitorización de conductas^{187,188}.

Los **estudios seriados de prevalencia** de infecciones de transmisión sanguínea o sexual y las conductas asociadas en inyectores, permiten obtener información sobre las tendencias temporales de estos indicadores. Para obtener unos resultados con una mínima **precisión y fiabilidad** es fundamental mantener criterios de calidad metodológica durante todo el período de estudio y valorar los posibles sesgos que aún así pueden afectarlos.

Algunas de las **claves metodológicas** básicas a considerar en estudios de este tipo en inyectores de drogas son:

En relación con la **muestra**

- Los inyectores de drogas constituyen una población oculta y no es posible obtener muestras representativas de la población de referencia. Los resultados obtenidos mediante **muestras de conveniencia** no podrán extrapolarse a la población global de inyectores.
- Cuando un cuestionario sobre conductas de riesgo se aplica en un centro

o en el contexto de un programa asistencial, para evitar sesgos, es recomendable que el cuestionario lo aplique **personal externo** a dichos recursos.

- La **definición de inyector de drogas** debe ser precisa y clara y mantenerse a lo largo del tiempo en términos comparables. No es lo mismo estudiar personas que se han inyectado drogas en los últimos 30 días, que personas que lo han hecho en los últimos 12 meses o alguna vez en la vida.
- El muestreo de usuarios a través de programas de calle o ICA, **suele reclutar primero a inyectores con un nivel más elevado de prácticas de riesgo** para posteriormente, contactar con poblaciones de menor riesgo. Esta metodología puede mostrar reducciones en la prevalencia de la infección y en las conductas de riesgo que no son reales sino artefactos metodológicos¹⁸⁹.
- Es esencial mantener en **forma estricta la misma metodología** de muestreo y criterios de inclusión en todos los cortes transversales.
- Cuando los **sesgos de selección y participación se mantienen estables**, los resultados temporales de prevalencia de infección o conductas de riesgo reflejarán las tendencias de estos indicadores en la población estudiada.
- Si los **sesgos de selección y participación cambian con el tiempo**, los datos reflejarán los cambios producidos

en las características de los usuarios de drogas reclutados y no los cambios reales en los indicadores.

En relación con los **instrumentos de medida** de las conductas de riesgo:

- Un cuestionario sobre conductas de riesgo de inyección y sexuales incluye preguntas sobre **aspectos que afectan a la intimidad de las personas**, por ello debe ser siempre respetuoso con la libertad para elegir un determinado estilo de vida.
- Deben utilizarse cuestionarios e indicadores estandarizados¹⁸⁸. Si es necesaria la adaptación del **cuestionario** es aconsejable buscar el apoyo de **profesionales especializados**, así como seguir las recomendaciones de los materiales publicados¹⁹⁰.
- Los **períodos de referencia** para investigar las conductas de riesgo deben establecerse muy claramente. Los períodos de referencia cortos, como por ejemplo, 30 días, disminuyen los sesgos de memoria, aunque incrementan los problemas para disponer de una muestra con un tamaño suficiente para el análisis de determinadas prácticas de riesgo.
- Entre los inyectores de drogas es frecuente el uso de una **jerga** para muchas actividades de su vida diaria. Estos términos suelen variar localmente y no es aconsejable utilizarlos en los cuestionarios.

- Siempre es mejor **describir con una frase precisa** la práctica que se quiere investigar, que utilizar un término más genérico que pueda ser interpretado en múltiples sentidos.
- Las **prácticas de riesgo de inyección pueden variar localmente**, por lo que es recomendable realizar previamente algunas entrevistas en profundidad o grupos focales para orientar el contenido del cuestionario.
- Diversos estudios apoyan la **validez del autoinforme** sobre el estado serológico frente al VIH y las conductas de riesgo en los consumidores de drogas ilegales^{191,192}.
- Debe probarse siempre el **cuestionario** en una pequeña muestra de usuarios para **valorar su comprensibilidad, duración y aceptación**.

En relación con **aspectos éticos**:

- La obtención de datos sobre marcadores serológicos de infección o sobre las prácticas de riesgo en los usuarios de drogas requiere siempre el **consentimiento informado** de los participantes.
- La **confidencialidad** es un aspecto fundamental que debe preservarse desde el punto de vista ético y que contribuirá a disminuir los sesgos de selección e información.
- Aunque se realicen exámenes anónimos para detectar VIH, VHC o VHB puede aprovecharse la **oportunidad para ofrecer pruebas serológicas diagnósticas y consejería**.

La monitorización de las **conductas de riesgo** entre los inyectores de drogas debe incluir preguntas sobre el uso de **jeringas y otros materiales de inyección usados por otras personas y las relaciones sexuales desprotegidas con parejas no inyectoras**.

La vigilancia de infecciones de transmisión sanguínea como la **hepatitis C** puede proporcionar marcadores biológicos para el seguimiento de las conductas de riesgo entre los inyectores de drogas.

Deben utilizarse siempre **cuestionarios e indicadores estandarizados**.

El análisis y utilización de los datos

El análisis sistemático de información procedente de muestras de inyectores reclutadas en una amplia variedad de recursos asistenciales (hospitales, centros de atención primaria, centros que ofrecen exámenes de detección del VIH, centros de tratamiento de la dependencia, PIJ, cárceles o correccionales, etc.) y de muestras reclutadas en la calle, contribuirá al conocimiento de la situación y tendencia de las ITSS entre los consumidores de drogas inyectadas de una determinada región.

La recolección de datos sobre la epidemia de la infección por el VIH no es un fin en sí

mismo. Su objetivo fundamental ha de ser el desarrollo de medidas para controlarla y prevenirla. Saber quiénes se encuentran en riesgo de infectarse, y qué conductas determinan ese riesgo, permitirá diseñar programas dirigidos a los grupos más susceptibles. Si la información no se utiliza con dicho fin, los esfuerzos y gastos económicos realizados habrán sido en vano¹⁸⁶.

Para obtener datos sobre la situación respecto del VIH y otras ITSS es muy útil la **colaboración entre distintos organismos e instituciones:**

- ONG que realizan trabajo de calle.
- Centros de tratamiento de la dependencia de drogas.
- Centros que ofrecen exámenes de detección del VIH.
- Centros de ITS.
- PIJ.
- Centros de atención primaria de salud.
- Hospitales.
- Universidades.
- Institutos de investigación.
- Departamentos de salud pública ministeriales, etc.

Suele ocurrir que los organismos o instituciones que están en contacto con la población objeto del estudio no tienen medios económicos ni, en muchas ocasiones, la formación metodológica adecuada para llevar a cabo proyectos de investigación. Por otra parte, las institu-

ciones gubernamentales dependientes de ministerios o universidades no tienen conocimiento adecuado del terreno, y no cuentan con personal acostumbrado a trabajar con estas poblaciones. Por ello es imprescindible una **colaboración que pueda ayudar a unos a conocer mejor las poblaciones objeto de sus programas y a otros a conocer la situación y tendencia de la epidemia en una área determinada.**

No es fácil que grupos de población como los inyectores generen preocupación en los políticos hasta que los daños sociales y de salud sean muy evidentes¹⁸⁶.

Los problemas de salud asociados con la inyección de drogas compiten con otros problemas de salud presentes en la comunidad para atraer la atención de las personas encargadas de diseñar las políticas y a menudo es difícil lograr el compromiso político para detener una epidemia cuando el virus es todavía invisible para la población general.

Es importante disponer de **datos contrastados** sobre la prevalencia de infecciones de transmisión sanguínea y sexual entre **los inyectores de drogas y sobre cómo estas subpoblaciones interactúan con la población en general.**

3.1.3 Reducción del estigma

Desde el inicio de la epidemia el VIH ha estado directamente asociado al **estigma y la discriminación**, también para los inyectores de drogas.

La condición de ser **consumidor de drogas ilegales y ser VIH positivo**, conlleva una situación de rechazo y discriminación que es muy difícil de revertir y convierte a los inyectores en un grupo especialmente marginado en todo el mundo, pero en forma especial, en aquéllos países o regiones dónde no se ha hecho un esfuerzo para proporcionarles servicios de salud ajustados a sus necesidades.

Con frecuencia los inyectores son vistos como víctimas de su adicción. Otras veces, como criminales o como personas incapaces de superar su dependencia por falta de voluntad. No se les ve como a personas con un problema de salud. Se les juzga con criterios morales y se les considera culpables de su propia situación. Esta visión está muy extendida en la comunidad y de ella participan muchos planificadores de salud, jueces, periodistas o políticos.

El estigma facilita y promueve actitudes discriminatorias y conlleva la negación de derechos fundamentales de la persona. Ejemplos de violaciones de estos derechos son la exclusión del sistema educativo, la pérdida del empleo, la

deportación o la agresión física. En el caso de los inyectores, las políticas orientadas hacia objetivos de represión y control potencian estas actitudes.

Con frecuencia **los servicios de salud dispensan un trato discriminatorio a los inyectores**. Ejemplos de ello pueden ser, el tratamiento tardío, las largas listas de espera, la expulsión o sanción en los programas de tratamiento o la violación de la confidencialidad.

Sin llegar a entender adecuadamente la condición crónica de la persona dependiente de drogas y que la recaída es inherente a un proceso de estas características, hay profesionales de la salud que no escapan a esas concepciones estigmatizadoras.

Además, la concepción de que los problemas derivados del consumo de drogas ilegales deben de ser tratados desde una perspectiva de control de la oferta de drogas, más que desde una estrategia de salud pública y de acceso a los servicios de salud, conlleva discriminación y desigualdad frente a otros problemas de salud no relacionados con el consumo de estas sustancias.

El temor a la sanción socava el derecho de los usuarios de drogas inyectadas a un acceso libre a los servicios de salud.

El rechazo hacia los inyectores y en general hacia los consumidores de drogas ilegales restringe su acceso a los servicios de salud y limita sus derechos como ciudadanos.

Los medios de comunicación como los periódicos o la televisión, tanto pueden contribuir a aumentar el rechazo y la discriminación, como pueden hacer una gran labor por estimular la

solidaridad y el respeto de los derechos de hombres y mujeres que consumen sustancias psicoactivas. Su posición implica una gran responsabilidad y un reto para sus profesionales.

Es trascendental trabajar y buscar el apoyo de personas que, desde distintos ámbitos y disciplinas, tienen una actitud integradora hacia los inyectores de drogas.

Por otra parte, los consumidores de drogas ilegales (en mayor medida los que se inyectan) tienen muy frecuentemente un estilo de vida condicionado por la ilegalidad y la marginalidad. Por estar involucrados en actividades ilegales de compra y consumo (a veces también de venta) se ocultan de la presencia de instituciones de salud o sociales, lo que hace más difícil su acceso a los recursos de prevención y tratamiento.

Estas personas se ven con frecuencia envueltas en “rutinas” diarias marcadas por la necesidad de acudir a fuentes al margen de la ley y que son condenadas socialmente: levantarse, sentir un deseo irresistible de consumo de una sustancia, buscar la droga, evitar la policía, consumir, aliviar los síntomas de abstinencia, sentir el descanso de haber conseguido la primera meta del día y reiniciar de nuevo el ciclo.

Las situaciones de discriminación hacia los inyectores son tan frecuentes que no es extraño que muchas personas en esas condiciones no sean siquiera conscientes de ellas. Por eso, es muy importante **ayudarles a identificar las circunstancias de discriminación y de violación de los derechos humanos, apoyándoles para que utilicen las mismas herramientas administrativas o legales de que hacen uso el resto de los ciudadanos.**

3.2 Intervenciones clave

3.2.1 Acceso sin restricciones a material de inyección estéril

Los usuarios de drogas tienen un riesgo muy elevado de infectarse por el VIH, el

VHC y otros agentes infecciosos si se inyectan con material (agujas, jeringas, algodones, filtros, cucharas, recipientes para diluir la droga, etc.) usado por otros. Para poder evitar estas prácticas, quienes se inyectan deben tener acceso sin restricciones a material de inyección estéril.

Se ha calculado que mediante el desarrollo de PIJ en el inicio de la epidemia de infección por el VIH en los EE.UU., se podría haber prevenido entre 1987 y 1995, un número muy importante de infecciones por dicho virus. En el supuesto de que los PIJ hubiesen reducido la incidencia en un 15%, el número

de casos prevenidos hubiese sido de 4.394. Esta cifra alcanzaría los 9.666 casos en el supuesto de que la reducción en la incidencia fuese de un 30%. Ello hubiera conllevado un ahorro entre 244 y 538 millones de dólares estadounidenses¹⁹³.

PIJ y otras alternativas para mejorar la disponibilidad de jeringas estériles

Las formas para incrementar la disponibilidad de jeringas estériles en las diversas subpoblaciones de inyectores son muy variadas. Aunque no se conoce la efectividad

Formas para incrementar la disponibilidad de jeringas estériles entre los inyectores de drogas^{194,195,196,197,198,199,200}:

- **Venta libre** en farmacias, sin necesidad de prescripción médica ni otra restricción legal.
- **Venta** a precios **subvencionados** en las farmacias: estuche que incluye generalmente jeringa-aguja, agua destilada, toallita desechable impregnada en alcohol, condones e información escrita sobre riesgos para la salud de la inyección de drogas y las relaciones sexuales desprotegidas.
- **Distribución** de jeringas por trabajadores de calle.
- **Intercambio** de jeringas:
 - En **locales fijos**. Lugares exclusivos para intercambio y provisión

de otros servicios a inyectores de drogas, centros de tratamiento de la dependencia, centros de salud, hospitales, prisiones etc.

- En **farmacias**. La farmacia dispone de un contenedor para desechos biológicamente peligrosos.
- **Móviles**. Automóvil o caravana que se desplaza con un horario fijo generalmente a los lugares de reunión para consumo o compra-venta de drogas.
- **Máquinas** expendedoras. Pueden utilizarse para la venta/compra de jeringas —con dinero o fichas que se obtienen a través de los trabajadores de calle o en las farmacias— o pueden usarse para intercambiar jeringas usadas por estériles.

relativa de unas u otras, en diversos países conviven varias de ellas complementándose para alcanzar el mayor número posible de usuarios.

La **farmacia** es un recurso sanitario muy accesible. Los profesionales de las farmacias pueden desempeñar un papel muy importante como transmisores de mensajes preventivos también para los inyectores de drogas y las farmacias pueden utilizarse como lugares de ubicación de programas de intercambio de jeringas. En diversos lugares se ha aprovechado esta circunstancia para impulsar los programas de reducción del daño en estos dispositivos. Así por ej., en Argentina en 1998 se lanzó la campaña “La farmacia como ámbito de prevención de VIH en usuarios de drogas”. En España, en ese mismo año, se firmó un acuerdo de colaboración entre las instituciones nacionales responsables de la prevención del VIH, la atención a las drogodependencias y las oficinas de farmacia de todo el país para facilitar la utilización de las mismas en un programa de prevención de sida y dispensación de metadona.

De los 1.280 puntos de intercambio de jeringas existentes en España en el año 2001, el 75% estaba ubicado en farmacias.

La presencia de inyectores que acuden a los PIJ para aprovisionarse de jeringas

estériles y venderlas en determinados lugares (**intercambiadores secundarios o satélites**) permite complementar a los PIJ en ciertos momentos (por ej. por la noche). Existen iniciativas para formar a estas personas como agentes de salud. De todas formas, a pesar de la contribución positiva que pueden tener estos usuarios aportando material estéril, es conveniente controlar que las jeringas que se reparten o venden de esta forma se encuentran intactas, y no se ha roto el precinto que garantiza su esterilidad.

Un estudio realizado en Baltimore entre 1995 y 1997 concluye que los intercambiadores satélite acceden a una gran variedad de usuarios y pueden actuar como puentes para mensajes y materiales para la prevención del VIH más allá de lo que puede alcanzar el propio programa. La política de prohibir o restringir las actividades de los intercambiadores satélite puede limitar la efectividad de los PIJ²⁰¹.

Las personas dependientes de cocaína bajo control terapéutico recaen con frecuencia en el consumo por inyección, tampoco es inusual que los pacientes en tratamiento de mantenimiento con metadona consuman sustancias psicoactivas (fundamentalmente heroína o cocaína) por vía inyectada y que algunos consumidores de drogas en tratamiento ARV se inyecten o mantengan relaciones sexuales desprotegidas. Es pues prioritario que dichos **servicios asis-**

tenciales integren objetivos de prevención de VIH y otras ITSS. Es necesario evaluar localmente la provisión de material de inyección estéril en algunos de estos recursos^{180,202}.

Además, los **profesionales y voluntarios** que trabajan en los servicios sociales y de salud dirigidos a la población general deben conocer cuáles son los objetivos de los PIJ, saber dónde están ubicados y recomendar su uso a los usuarios con los que contactan. Asimismo, si tienen la capacidad de prescribir jeringas, deben facilitar el acceso a las mismas según las necesidades de material estéril de cada usuario (de igual forma que se hace con una persona que tiene diabetes). Ello contribuirá a evitar inyecciones de riesgo.

Para la modificación efectiva de las prácticas de riesgo es **imprescindible el acceso sin restricciones a material de inyección estéril, así como proporcionar los medios para desarrollar habilidades para su uso adecuado.**

Servicios que pueden dar los PIJ

Además del intercambio de jeringas usadas por jeringas estériles, los PIJ pueden proporcionar una serie de servicios dirigidos a reducir las conductas de riesgo para la transmisión de infecciones y proporcionar cuidados mínimos de salud:

- **Consejería, talleres o actividades para aumentar los conocimientos de los usuarios para inyectarse con menos riesgo o mantener relaciones sexuales más seguras¹³⁹.**

El énfasis de los PIJ en proporcionar material de inyección estéril y en conseguir una inyección más segura, no debe descuidar el trabajo con los usuarios para mejorar sus habilidades en la negociación del preservativo y en las conductas sexuales seguras para proteger a su pareja.

Existen diversos manuales (en inglés) dirigidos a usuarios de drogas que informan sobre la mejor manera de evitar prácticas de inyección que conllevan riesgo para la salud (ver Anexo II).

- **Cuidados médicos.**

Consejería y pruebas voluntarias para detectar el VIH, el VHC o el VHB.

Detección de la TB e incluso quimioprofilaxis directamente observada⁴². Un estudio realizado en Nueva York entre los asistentes a un PIJ, encontró niveles muy bajos de información sobre TB (ej.: el 70% creía que el resultado positivo a la prueba de la tuberculina implicaba infectividad) y una tasa muy alta de retorno para la lectura de la prueba (se recompensaba con \$15)²⁰³.

También se ha recomendado la **implementación de programas de vacunación frente a la hepatitis B en los PIJ,**

considerando que se pueden conseguir niveles de cobertura relativamente altos en los inyectores que acuden a estos servicios con pautas de 0, 1 y 4 meses⁴¹. En una experiencia piloto realizada en un PIJ de Manchester, de 70 individuos que comenzaron el programa de vacunación, el 87% recibió dos dosis y el 51% completó las tres dosis²⁰⁴.

Para la implementación de este tipo de servicios es recomendable la colaboración con hospitales, otros servicios de salud, universidades, que además de proporcionar apoyo para las pruebas serológicas, vacunaciones etc., pueden ayudar a evaluar las intervenciones.

También se pueden incorporar servicios como la prueba de embarazo y primeros cuidados perinatales.

- **Servicios sociales.**
Ayuda sobre problemas legales, de vivienda, de cobertura de servicios de salud, etc.
- **Derivaciones a centros de tratamiento.**
Se ha comprobado que la mayoría de los PIJ recomiendan o envían a sus usuarios a centros de tratamiento, aunque muy pocos centros de tratamiento derivan a sus pacientes a los PIJ⁴².
- **Derivaciones a centros normalizados de salud para análisis, tratamientos ARV, etc.**

Para que funcione este servicio es muy importante que el PIJ esté bien coordinado con los centros de tratamiento ARV y en ocasiones, puede ser muy útil un servicio de acompañamiento.

- **Servicios específicos para contactar con parejas** de usuarios que no se inyectan. Es frecuente que cuando los dos miembros de la pareja se inyectan, sólo el varón se acerque al programa. Cuando la pareja sexual del usuario del programa no se inyecta, es muy difícil establecer contacto con ella. En ambos casos son necesarias iniciativas diseñadas de forma específica con ese fin.

Los PIJ que cubren al menos parte de estos servicios, consiguen reunir en un solo recurso los esfuerzos preventivos dirigidos a una población que generalmente no acude a los servicios normalizados, que suele permanecer oculta debido a la ilegalidad de las sustancias que consume, y que tiene un elevado riesgo de padecer las patologías anteriormente señaladas.

Los mencionados servicios contribuirán a reducir los daños asociados al consumo de drogas inyectadas, sin embargo, fácilmente pueden conformar un modelo individualista de trabajo que excluye la implicación comunitaria. El modelo de intervención individual tiene muchas

limitaciones para modificar las conductas que están mediadas por las dinámicas de relación entre los miembros de un grupo, sus normas y valores. **La promoción de prácticas seguras para la salud es más efectiva si implica a la propia comunidad.** La incorporación de iniciativas que integren el proceso social de cambio de conductas incrementa el potencial de las intervenciones.

Efectividad de los PIJ

Los PIJ y los programas de distribución a través de farmacias, como parte de una política amplia de prevención de la infección por el VIH, son efectivos para reducir el uso compartido de material de inyección^{205,206}.

Negar el acceso a dicho material o entorpecerlo, además de ser un planteamiento cuestionable desde el punto de vista ético, no sirve para contener la expansión del uso inyectado de sustancias psicoactivas.

Dificultades reconocidas por múltiples investigadores limitan la evaluación de los PIJ que se ve reducida básicamente a estudios de observación. A pesar de ello, existen evidencias que apoyan su efectividad para controlar la infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectadas.

Los PIJ reducen el tiempo de circulación de las jeringas devueltas al programa lo que disminuye la oportunidad de compartirlas y, por tanto, la probabilidad de

infección por el VIH u otros agentes infecciosos. Estimaciones realizadas en el PIJ de New Haven, EE.UU., han cifrado en un 30% la reducción de jeringas contaminadas por el VIH que retornan al programa^{207,208,209}. **Los PIJ, que están basados en el compromiso con los usuarios de devolver las jeringas usadas, tienen evidentes ventajas frente a la mera distribución del material de inyección.**

Estudios realizados en EE.UU., Europa y Australia confirman que **los PIJ contribuyen a:**

- **Contactar con los inyectores en alto riesgo** de infectarse o transmitir enfermedades infecciosas para ofrecerles, además del material de inyección, consejería, cuidados básicos de salud y derivación a otros recursos como centros de tratamiento de la dependencia, centros de tratamiento del sida, hospitales, etc.
- **Disminuir las prácticas de riesgo de inyección** entre los que acuden al programa.
- **Disminuir la incidencia de infección por el VIH** entre los que acuden a estos servicios.
- **Disminuir el volumen de jeringas abandonadas** en lugares públicos.

Por otra parte, en los años en que este tipo de programas ha venido funcionando, no se han observado los efectos indeseados que en un principio se habían pronosticado²¹⁰.

Existen evidencias de que los PIJ no producen efectos indeseados desde el punto de vista de la salud pública ni la criminalidad:

- Los PIJ **no** conllevan un incremento del uso de drogas inyectadas^{36,211,212,213}.
- Los PIJ **no** conllevan un incremento de la criminalidad²¹⁴.
- Los PIJ **no** aumentan el número de jeringas abandonadas^{213,215}.
- Los PIJ **no** se asocian con la formación de redes de usuarios que podrían actuar como canales de difusión de enfermedades infecciosas²¹⁶.
- Los PIJ **no** se asocian a un incremento de la transmisión del VIH^{213,217}.

Sin embargo, los PIJ no son una panacea ni una solución mágica frente a la epidemia del VIH. **Para que sean realmente efectivos no deben ser iniciativas aisladas, sino que han de formar parte de una estrategia amplia y planificada.**

Para que la provisión de material estéril sea efectiva en la prevención de la transmisión de la infección por el VIH, se debe intentar alcanzar el siguiente objetivo: **“cada punción se hará siempre con material de inyección estéril”.**

Los usuarios de **cocaína inyectada** se administran la sustancia más veces al día que los de heroína (muchas veces su frecuencia diaria duplica o triplica la de los consumidores de opiáceos). Este hecho debe ser considerado por los planificadores de los PIJ cuando establezcan criterios sobre el número máximo de jeringas que se dispensan a cada usuario.

No es fácil calcular para un país entero o incluso para una comunidad qué can-

tidad de jeringas estériles serían necesarias para que se cumpla el requisito arriba señalado, **“una inyección = una jeringa estéril”**. Sin embargo, para valorar la necesidad de jeringas conviene hacer el cálculo, aunque sea en forma aproximada, basándose en las fuentes más precisas disponibles²¹⁸. Por ejemplo, para una ciudad con una población aproximada de 5.000 usuarios que se inyectan, y que lo hacen en una media de cuatro veces al día, serían necesarias unas 600.000 jeringas al mes (o unas 7.200.000 al año).

En el año 2000 en Inglaterra y Gales existían 240 programas para la provisión de jeringas que distribuyeron 27 millones de unidades, lo que representa un número aproximado de 180 a 540 jeringas por inyector/año²³.

El efecto beneficioso de los PIJ en una comunidad puede verse directamente o indirectamente afectado por las políticas locales, nacionales o internacionales de control de drogas. La policía puede limi-

La efectividad de los PIJ está condicionada en gran medida por su cobertura.

Sin embargo, no es infrecuente que los PIJ limiten su propia cobertura, por ejemplo, cuando prohíbe a sus clientes dar o vender sus jeringas o agujas estériles a otros inyectores (intercambiadores satélite) o cuando se establecen políticas de intercambio restrictivas.

tar la efectividad de los PIJ confiscando las jeringas de los usuarios de los programas o creando un ambiente que los aleje de estos recursos. Las leyes sobre posesión de drogas (para consumo) o material de inyección (para administrarse drogas) puede hacer que los consumidores no lleven consigo jeringas estériles, con el consiguiente riesgo de utilización de material usado por otros²¹⁹.

Un ejemplo²²⁰ de la **importancia de efectuar cambios estructurales** que faciliten el acceso a material de inyección estéril, se produjo en **Connecticut, EE.UU., donde en mayo de 1992 se levantaron las restricciones sobre la venta de jeringas en las farmacias** y se permitió la posesión de hasta 10 jeringas sin prescripción médica. Una encuesta entre inyectores que alguna vez habían compartido jeringas, encontró que después de la entrada en vigor de la nueva normativa:

- Descendió el uso compartido de jeringas.
- Descendió la compra de jeringas en la calle.
- Aumentó la compra de jeringas en las farmacias.

PIJ, VHC y VHB

El efecto beneficioso de los PIJ no ha sido confirmado para la prevención de la **hepatitis C** o **hepatitis B**, pues existen **estudios con resultados contradictorios**. Un estudio de casos y controles encontró un efecto protector para la infección por el VHC y el VHB entre los usuarios de los PIJ²²¹. Otro estudio de cohortes posterior, observó que ser usuario de un programa de intercambio de jeringas no protegía frente a la infección por el VHB y el VHC. De hecho, el estudio encontró tasas de seroconversión muy elevadas (9,1 por 100 personas/año para el VHB y de 18,6 por 100 personas/año para el VHC)²²². Aunque son necesarias más evaluaciones, existen explicaciones factibles sobre la ausencia de hallazgos de efectos beneficiosos. Por una parte, la elevada infectividad relativa del VHB y del VHC junto con las elevadas prevalencias (de hasta 90% para el VHC) existentes en grupos de inyectores, hacen que el potencial expansivo de estos virus en esas poblaciones sea grande. Por otra parte, hay que tener en cuenta que, entre los usuarios de drogas inyectadas que no comparten jeringas, una pro-

porción importante de infecciones por el VHC puede ser atribuida al uso común de recipientes para calentar la droga o los algodones utilizados como filtros²²³. También recibir la droga en la jeringa propia después de haber sido diluida en una jeringa usada, puede ser un riesgo para la infección por hepatitis B y hepatitis C²²⁴.

El uso de modelos matemáticos para el estudio de la evolución de la epidemia de VHC y VIH entre los inyectores en la situación epidemiológica de Australia (1% para el VIH, 50% para el VHC), indicó que se necesitarán cambios mucho más drásticos en las prácticas de riesgo de inyección para el descenso de las prevalencias del VHC que para el VIH. Así, los niveles mínimos de uso compartido de jeringas, bajo los cuales se podrán detectar cambios en las epidemias serían de 17 personas con quien se comparte material por año para el VIH y de tres personas para el VHC²²⁵.

Programas de distribución de cloro/lejía

Debido a las restricciones para el desarrollo de programas de distribución o intercambio de jeringas desde el inicio de la epidemia de infección por el VIH, en diversas ciudades de EE.UU. se desarrollaron **programas de distribución de cloro (lejía)**. Entre la población de inyectores se divulgó el procedimiento más adecuado para utilizar el cloro, como

desinfectante, en caso de tener la necesidad de usar una jeringa ya utilizada por otra persona^{226,227}. Sin embargo, aunque se ha comprobado in vitro la eficacia del cloro para dicho fin, diversos estudios han mostrado resultados consistentes sobre la ineffectividad de estos programas para prevenir la transmisión de la infección por el VIH. Parece que **la gran mayoría de los usuarios no utilizan adecuadamente el cloro para desinfectar sus equipos**^{228,229,230}.

La efectividad del uso de cloro frente al VHC no ha sido suficientemente estudiada y no hay resultados concluyentes. Un estudio en diversas ciudades de EE.UU. entre 1997-1999 sugiere que su uso para la desinfección de jeringas puede contribuir a la prevención de la infección por el VHC entre los inyectores de drogas²³¹.

La accesibilidad sin restricciones a material estéril de inyección es una **condición imprescindible para reducir la transmisión de infecciones por vía parenteral y un derecho de los individuos y las comunidades para proteger su salud.**

Las barreras legales pueden limitar en forma definitiva la efectividad de los PIJ y también de otras intervenciones para la prevención de problemas de salud entre los inyectores de drogas²⁴⁷.

Retos para los planificadores o directores de los PIJ:

- Incorporar **mensajes adecuados** sobre los riesgos del uso compartido de recipientes para diluir la droga, filtros y otros materiales para preparar la dilución. Valorar la conveniencia de la provisión de material de uso individual para preparar la dilución.
- Contactar con **usuarios recientes, jóvenes o consumidores esporádicos**. La mayoría de los PIJ contactan con los consumidores de más edad y más alto riesgo.
- Contactar con **mujeres que se inyectan**. Quizás por el temor a identificarse como consumidoras de drogas las mujeres se acercan poco a estos recursos.
- Contactar con las **parejas de los inyectores**. En pocas ocasiones acuden los dos miembros de la pareja a los PIJ cuando ambos se inyectan y

mucho menos aún cuando la pareja sexual del usuario del programa no se inyecta.

- Cubrir las **necesidades de los inyectores de cocaína**. Debido al elevado número de inyecciones diarias no se pueden imponer políticas de intercambio restrictivas.
- **Evaluar** los resultados de los PIJ. Muchos PIJ tienen recursos materiales y humanos muy limitados que dificultan su evaluación. También la urgente necesidad de actuar puede ensombrear la prioridad de evaluar. El **contacto y consenso** entre varios PIJ para, compartiendo los medios, plantear la evaluación de estos recursos, así como el contacto con instituciones especializadas (ej., universidades o agencias de investigación) pueden ser vías para superar estas dificultades.

La **recomendación** de utilizar cloro (lejía) debe hacerse sólo para aquéllos **casos en que sea absolutamente imposible obtener una jeringa estéril** y como alternativa al uso inminente de la jeringa usada por otra persona. La efectividad de los programas de distribución de cloro podría ser mayor en áreas de baja prevalencia de infección por el VIH²³². Consultar el Anexo I de este documento sobre la técnica adecuada para limpiar las jeringas con lejía/cloro.

En **América Latina**, donde la epidemia de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectadas ha alcanzado una considerable expansión en algunas áreas geográficas, existe una carencia importante de programas que faciliten el acceso a material de inyección estéril. Estos recursos se han desarrollado en varias ciudades de **Brasil** y en forma más limitada en **Argentina, Uruguay y México** superando múltiples dificultades para su funcionamiento. Sin embargo, su número es aún muy bajo. Por otra

parte, no existen todavía datos locales concluyentes sobre su papel en la modificación de conductas de riesgo para la transmisión del VIH y otras ITSS.

3.2.2 Acceso sin trabas a consejería y pruebas voluntarias (CPV)

Es de gran trascendencia para la salud pública **reducir al máximo el número de personas con conductas de riesgo para la transmisión del VIH que desconocen su estado serológico frente al virus.**

La oferta de CPV proporciona a los inyectores de drogas la oportunidad de conocer su estado serológico, y recibir consejería en relación con prácticas de consumo de menor riesgo y conductas sexuales más seguras. Ello contribuirá a evitar infecciones entre los usuarios y sus parejas sexuales.

Respecto a la **evaluación** de los servicios de CPV²³³, hay que señalar:

- La mayoría de los estudios que evalúan el impacto del CPV sobre las conductas de riesgo de inyección y sexuales, han reclutado a los usuarios en los programas de tratamiento de la dependencia, algunos en los programas de mantenimiento con metadona (PMM) y otros en los PIJ.
- Estos estudios evidencian cambios importantes en las conductas de

riesgo. Sin embargo, por cuestiones metodológicas es difícil determinar si estos se deben a los programas de tratamiento o a las pruebas y la consejería.

- Los servicios de CPV alcanzan a muchos inyectores en los EE.UU., Europa y Australia. Algunos son reacios a acudir a estos servicios debido a sus relaciones de desconfianza con las autoridades y la policía.

Modificación de las prácticas de riesgo de inyección:

- En la mayoría de los estudios se ha observado reducción en las conductas de riesgo por inyección (ej., disminución en la práctica de compartir jeringas) después del CPV. Sin embargo, es posible que el propio tratamiento pueda haber influido en este cambio de conductas.

Modificación de las conductas sexuales de riesgo:

- En la mayoría de los estudios se ha observado un cambio en las conductas sexuales que puede ser directamente atribuido a la realización del CPV. En general, las modificaciones como el incremento en el uso del condón fueron más marcadas entre los inyectores con resultado serológico positivo, que los que resultaron negativos. Debe ponerse mucho énfasis en la provisión de consejería sobre relaciones sexuales

de menos riesgo a los que obtengan un resultado negativo en la prueba serológica, pues puede ocurrir que tras recibir el resultado mantengan sus prácticas de riesgo.

En las comunidades que disponen de CPV, así como PIJ, se han observado descensos sustanciales en la incidencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectadas^{233, 234}.

Además de la posibilidad de proporcionar consejería, la prueba del VIH y el seguimiento de los resultados permite ofrecer a los inyectores otros cuidados de salud, como, por ejemplo: tratamiento ARV, tratamiento para la TB, para la dependencia de drogas o servicios de planificación familiar.

Cuando el presupuesto es limitado, la oferta de pruebas puede restringirse al VIH. Si es posible, conviene ofrecer una batería de pruebas que incluyan marcadores serológicos para todas, o algunas de las siguientes patologías: **hepatitis B, hepatitis C, sífilis y malaria**. Aunque la prueba serológica se restrinja al VIH, la inclusión en la consejería de referencias concretas, y explicaciones específicas con respecto a cómo evitar infectarse o transmitir las infecciones más frecuentes en esta población, puede ser un **valor añadido**. Es probable que para algunos inyectores los conocimientos sobre los

mecanismos de transmisión del VHB o el VHC sean menor, incluso, que para el VIH.

En todo el mundo **los estudios de costo efectividad son favorables para el desarrollo de los servicios de CPV**. Son especialmente eficientes cuando se dirigen a poblaciones con prevalencias del VIH muy elevadas, a sus parejas o a mujeres^{158,233}. Además, es probable que en un futuro próximo los costos de estos servicios disminuyan cuando se desarrollen metodologías innovadoras para mejorar los resultados de la consejería.

Hay pocos datos sobre la modificación de conductas para la **transmisión del VHC** tras la notificación del estado serológico frente a este virus y la consejería. Según algunos hallazgos, la modificación de las prácticas indirectas de compartir el material de inyección (por ej., filtros, recipientes para diluir la droga o la inyección de droga que ha sido diluida en la jeringa usada de otra persona) requieren **intervenciones específicas**, ya que no se modifican mediante la incorporación de información sobre la prevención del VHC en las actividades habituales de CPV para el VIH²³⁵.

Cuando las personas pueden obtener los resultados de las pruebas de detección del VIH en unas horas usando pruebas rápidas (*simple/rapid test*), es más probable que reciban sus resultados que cuando tienen que esperar una o dos

semanas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las **pruebas rápidas** pueden tener un efecto negativo cuando las personas que acceden a realizárselas, en la práctica, no han tenido tiempo para reflexionar sobre la decisión de conocer su estado serológico²³³. Este inconveniente puede superarse si se crea un servicio apropiado de consejería y así **las pruebas rápidas para la detección del VIH pueden contribuir en forma importante a la efectividad del CPV**. Aunque los costos de estas pruebas son algo más elevados que el ELISA convencional, determinadas situaciones pueden hacerlas más eficientes, como por ejemplo, su aplicación en zonas rurales, en ausencia de laboratorios tecnológicamente bien provistos o ante tasas de retorno de resultados bajas²³⁶. Tanto la sensibilidad como la especificidad de las pruebas rápidas de última generación son similares a las de los exámenes convencionales con inmun valoración enzimática^{185,237}.

Los inyectores de drogas y sus parejas sufren en muchas ocasiones **estrés y depresión antes y después de recibir los resultados serológicos**. Es por lo tanto importante proporcionar siempre un **adecuado apoyo psicológico**.

Por otra parte, para los usuarios de drogas inyectadas, además de las consecuencias de discriminación social derivadas de ser VIH positivo, pueden unirse otras derivadas de su situación de

consumidores de sustancias ilegales. Por lo tanto, el temor a ser discriminados puede alejar a estos usuarios de los servicios de CPV. Es importante que con la provisión de la prueba y la consejería se ofrezca garantía de **confidencialidad total sobre el resultado serológico y la condición de consumidor de drogas ilegales**.

En Argentina, en un estudio de seroprevalencia del VIH, hepatitis B, C y HTLV en inyectores de drogas, sus parejas y sus hijos realizado entre junio de 2000 y marzo de 2001, se consiguió un adecuado acceso a la población objeto. Se les ofreció CPV y aplicación gratuita de vacunación frente al VHB. El 92,5% retornó para conocer su resultado y para recibir consejería, y 89% de los que no estaban infectados por el VHB, recibió al menos la primera dosis de la vacuna. La realización del estudio en sitios cercanos a la vivienda de los usuarios, sus parejas e hijos, así como el hecho de que sus pares los invitaran a hacerse el examen, que fueran acompañados para recibir los resultados, y el ofrecimiento de vacunación gratuita para hepatitis B garantizaron el acceso y participación de la población²³⁸.

3.2.3 Intervenciones comunitarias de acercamiento (ICA)

Existen muchas variantes y modelos bajo el epígrafe de intervenciones comunitarias de acercamiento (ICA). Todas las ICA tienen un aspecto común fundamental, tomar **contacto con las personas a las que no alcanzan los servicios de atención existentes en la comunidad ni las vías habituales de educación sanitaria**^{173,176,239,240,241,242}.

Las ICA proporcionan servicios de prevención y atención directamente en la comunidad y también actúan como un puente entre ésta y otros servicios de salud.

Estas intervenciones comenzaron a desarrollarse en los EE.UU. (Chicago) antes del inicio de la epidemia del VIH. La combinación de una antigua estrategia utilizada en salud pública para buscar los contactos de casos índice en las enfermedades infecciosas y del estudio desde el punto de vista etnográfico de los grupos de consumidores de heroína permitió un enfoque innovador para el estudio de conductas de riesgo y factores determinantes, así como para el desarrollo de intervenciones para alcanzar poblaciones de difícil acceso²⁴³.

Por otra parte, los elementos clave de esta forma de trabajo han sido empleados en las Américas para proporcionar

servicios básicos de inmunización, higiene, etc., formando líderes comunitarios y acercando los servicios a las poblaciones más alejadas geográfica o culturalmente. También hoy, **otras áreas de salud pública distintas de la prevención del VIH** (ej. control de presión arterial en la comunidad²⁴⁴) **se valen de metodologías similares**.

Las ICA dirigidas a los usuarios de drogas inyectadas son un elemento fundamental dentro de una estrategia preventiva del VIH y otras ITSS:

- Un porcentaje importante de los usuarios que se inyectan **no acuden a los servicios sociales o de salud convencionales** y este es el único método efectivo para contactar con ellos.
- **Se ha comprobado su efectividad** para reducir las conductas de riesgo para la transmisión de ITSS.

En todo el mundo **muchos usuarios de drogas inyectadas no acuden a los servicios de salud o sociales convencionales**. En ocasiones esto se debe a la capacidad limitada de los centros o a los recelos de los propios consumidores hacia los recursos institucionales. Otra razón importante es que las personas dependientes de sustancias psicoactivas no racionalizan sus prioridades de la misma forma que lo hace el resto de la comunidad: la búsqueda de cuidados no es lo primero frente a la necesidad imperiosa de consumir una sustancia como la cocaína o

la heroína o, por ejemplo, el riesgo de ser apresado por la justicia.

Del estudio de la interacción de los individuos en la comunidad, de la forma en que se establecen sus relaciones y se conforman grupos y redes, se pueden establecer **tres niveles de intervención**^{116,242}:

1. **Nivel de relación de riesgo entre dos (dual):** pretende el cambio de conductas interviniendo en el proceso de interacción entre dos individuos. Por ejemplo, en intervenciones dirigidas a las parejas sexuales. También se pueden trabajar los cambios de conductas de inyección con la persona con la que habitualmente se comparte la jeringa.
2. **Nivel de red de riesgo personal:** incluye las relaciones directas de una determinada persona con todos los miembros de la red social en la que se mueve. Suelen hacerse grupos focales o reuniones de grupo. Se quiere lograr que el grupo establezca nuevas normas que logren conductas de menor riesgo.
3. **Nivel de red social:** se refiere a todos los núcleos de relación entre los individuos en una comunidad. Puede incluir un grupo extenso o incluso toda la comunidad. En este nivel es muy importante **identificar a las personas que ocupan un lugar central en las relaciones dentro del grupo** ya que su disposición es estratégica para alcanzar a un gran número de individuos.

Las ICA no siempre implican un trabajo de **orientación comunitaria**. De hecho, estas estrategias se han dirigido con frecuencia al usuario con el objetivo de promover una modificación individual de conducta, mediante un cambio en los conocimientos, actitudes y creencias en relación con su riesgo de infectarse o de transmitir enfermedades a otros, mediante la provisión de información, consejería y distribución de materiales. Estas intervenciones, con objetivos individuales, se desarrollaron desde el comienzo de la epidemia de infección por el VIH y han contribuido a disminuir las conductas de riesgo de inyección y, en menor medida, las conductas sexuales de riesgo²⁴⁷.

Sin embargo, en años más recientes se ha subrayado la importancia de orientar este trabajo en **sentido más comunitario**, con el objetivo de modificar las normas de la comunidad en relación con las conductas que conlleven menor riesgo para la infección del VIH, de forma que éstas se conviertan en las nuevas normas aceptadas^{242,245,247,248}.

Una de las metodologías más utilizadas para trabajar en el cambio de normas de una comunidad es el **trabajo con pares**. Existen muchas formas diferentes de orientarlo y es un concepto que no siempre se encuentra en la literatura científica definido de una forma clara. Sin embargo, puede decirse que estas

intervenciones tienen siempre varios aspectos en común²⁴⁶:

- Pretenden modificar las conductas de los consumidores de drogas.
- Se dan entre personas que comparten determinadas características (ej. edad, género y contexto cultural) y han vivido experiencias similares.
- Implican a los miembros más influyentes de un determinado grupo social.

El educador de pares es alguien que tiene las características apropiadas para ser considerado un par por sus iguales y que ha recibido formación para trabajar como facilitador, y proporcionar información o apoyo.

Los esfuerzos preventivos deben dirigirse no sólo a los individuos, sino también a sus parejas y a sus redes sociales. Las ICA constituyen un componente esencial de la prevención de la transmisión del VIH y se realiza en los lugares y contextos en los que viven los usuarios. **Deben incluir servicios como:**

- **CPV.**
- **Provisión de material de inyección estéril.**
- **Provisión de condones.**

En muchas ocasiones las ICA se desarrollan en los lugares donde los usuarios se reúnen para comprar la sustancia o consumir y muchas veces cuentan con la

colaboración de exconsumidores de drogas^{115, 161}.

Las ICA pueden modificar las conductas de riesgo de inyección y sexuales^{242,248}. Para conseguir que estas intervenciones sean lo más **efectivas** posible, deben estar basadas en **modelos teóricos** de modificación de conductas, ser **cuidadosamente planificadas** (incluyendo un plan de evaluación), tener una **metodología y objetivos estructurados** e incluir, siempre que sea posible, aquéllos **servicios que se relacionan con mejores resultados** como CPV, provisión de material de inyección estéril, o condones así como determinadas intervenciones psicosociales.

A pesar de que las ICA son el único medio para modificar las conductas de riesgo de muchos inyectores de drogas, no es infrecuente que una **legislación restrictiva o instituciones encargadas del control estricto de la oferta de drogas ilegales, presionen en forma tan fuerte a trabajadores o usuarios que hagan imposible este trabajo.**

Para que las ICA se desarrollen a una escala conveniente pueden ser necesarios **cambios legislativos** que permitan a los trabajadores hablar y aconsejar a los inyectores sin miedo a ser retenidos y que no se castigue la tenencia de jeringas ni otros materiales para inyectarse drogas.

El desarrollo de las ICA no es sólo necesario cuando la prevalencia del VIH entre los inyectores es elevada, sino que **su potencial preventivo es muy importante mientras la prevalencia es baja**. Cuando la prevalencia de infección por el VIH entre los usuarios de drogas inyectadas no supera 5%, y se ponen en marcha estas intervenciones junto con la provisión de material estéril, con una cobertura elevada, es más probable que la prevalencia se mantenga estable³⁴.

3.2.4 Promoción del uso del preservativo y tratamiento precoz de las ITS

Desde que se inició la epidemia de infección por el VIH, múltiples estudios han demostrado que **los usuarios de drogas cambian sus conductas de riesgo de inyección, y también —aunque en menor medida—, las conductas sexuales para evitar la transmisión de dicho virus**^{108, 247, 248, 249, 250, 269}.

La accesibilidad sin restricciones a los preservativos es una condición imprescindible para reducir la transmisión de ITS y un derecho para la protección de la salud de las personas y la comunidad.

Los preservativos femeninos ofrecen la oportunidad a las mujeres de protegerse aún cuando sus parejas no deseen utilizar el condón masculino.

Además de evidencias sobre el cambio de conductas para evitar la infección, existen hallazgos que sugieren que los inyectores modifican también sus conductas para evitar infectar a otros. Los usuarios de drogas inyectadas también se preocupan por la salud de los que los rodean y pueden modificar sus conductas con este fin²⁵¹.

La prevención de la transmisión del VIH a través de relaciones sexuales no protegidas entre inyectores y no inyectores ha de ser una pieza clave de la estrategia preventiva frente al virus en la comunidad.

Sin embargo, diversos trabajos muestran que **no es fácil la modificación de las prácticas sexuales de riesgo**, especialmente con la pareja estable. Una revisión¹⁴⁵ publicada en 2003 sobre intervenciones psicosociales dirigidas a modificar las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores de drogas concluyó que de 17 estudios revisados, sólo cinco observaron diferencias en las conductas sexuales o el uso del preservativo en el grupo experimental frente al grupo control.

Aunque el número de estudios es limitado, se puede concluir que¹⁴⁵:

- No hay evidencias de que la percepción de riesgo está relacionada con la práctica de relaciones sexuales seguras.
- Hay una asociación moderada entre las actitudes positivas hacia el uso del condón y su utilización.

- La percepción de una actitud positiva hacia el uso del preservativo por la pareja se relaciona con un incremento en el uso del mismo.
- Existe una fuerte asociación entre la autoeficacia y el uso del condón tanto con la pareja estable como con la ocasional. La autoeficacia se entiende como la confianza de ser capaz de hacer algo incluso cuando las circunstancias no son favorables. Un nivel de confianza alto facilita la adopción de un comportamiento o conducta determinada.

Los programas más efectivos¹⁴⁵:

- **Basan sus intervenciones en varios modelos teóricos de modificación de conductas.**
- Incluyen trabajo con **pares**.
- Incluyen **capacitación en habilidades**.
- Utilizan diversos métodos de trabajo con los usuarios, los más efectivos generalmente derivados de la **Teoría de Aprendizaje Social y Teoría de la Difusión de Innovaciones**.
- Incluyen intervenciones **mantenidas** en el tiempo.

Los CDC²⁸⁷ recomiendan realizar **exámenes de detección de ITS en establecimientos no médicos donde acuden personas con ITS y con un elevado riesgo de infección por el VIH**. Estos establecimientos incluyen cárceles, correccionales, centros de tratamiento de la dependencia de drogas y servicios de urgencia de los hospitales.

Asimismo, aconsejan proporcionar **capacitación a los profesionales** de los programas de prevención del VIH acerca del rol de la detección y tratamiento de las ITS en la prevención de la infección por dicho virus.

En el contexto de los servicios de salud en América Latina, hay modelos de atención primaria de ITS en los que se capacita en el manejo de estas infecciones **a personal de farmacias**. Ello presenta ventajas relacionadas con una mayor cobertura de la población general debido a un mayor acceso, y una buena calidad de tratamiento para pacientes que no acuden a servicios generales o especializados de salud.

Esta estrategia ofrece una oportunidad para el tratamiento sintomático de la gonorrea y la *clamidiasis*. Un estudio realizado en la ciudad de México, en 1999, concluye que dado el gran volumen de personas que consulta sobre ITS en la farmacia, la capacitación del personal puede reducir de forma significativa la carga de enfermedad asociada a estos problemas de salud²⁵². Además, ello complementaría el trabajo de estos profesionales en la mejora del acceso a jeringas estériles y preservativos para inyectores de drogas.

La OMS/OPS han señalado que los profesionales especializados en prevención de ITS y VIH deben tener **capacitación** que cubra las necesidades específicas de cada país, y que sería deseable que incluyese al menos:

- Conocimiento básico sobre:
 - sexualidad humana.
 - epidemiología del VIH, ITS y las conductas de riesgo para su transmisión.
- Conocimiento extenso sobre:
 - determinantes de una conducta sexual responsable.
 - ITS.
 - estrategias preventivas adecuadas para evitar la transmisión de ITS sobre las que existan evidencias científicas.
 - programas locales de educación sexual.
- Conciencia de las actitudes hacia la propia sexualidad o la sexualidad de los otros, debiendo ser éstas respetuosas hacia aquéllos con una orientación sexual diferente.
- Habilidades básicas para identificar, aconsejar y referir a otros profesionales, a aquellas personas con problemas de salud sexual.
- Habilidades para trabajar con poblaciones específicas.

Nota: resumido de OMS/OPS. "Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción"²⁵³

El **manejo sindrómico** ofrece una oportunidad para el tratamiento de las ITS en inyectores de drogas. Al realizar el diagnóstico y suministrar tratamiento simplificado (dosis única) se garantiza la adherencia. Así, cuando existen dudas sobre el retorno del paciente para recoger los resultados de su prueba, o sobre el seguimiento de las recomendaciones de evitar la actividad sexual, los hombres con secreción uretral y las mujeres con secreción vaginal mucopurulenta deben ser tratados en forma presuntiva con antibióticos para gonorrea o infección por *clamidia*. Asimismo, debe hacerse tratamiento presuntivo para sífilis primaria en individuos con úlceras genitales recientes²⁸⁷.

Un estudio realizado en Mwanza (Tanzania), mostró que con un adecuado manejo sindrómico para el tratamiento y diagnóstico de ITS se podría reducir la incidencia de VIH en un 40%²⁵⁴.

Los exámenes de detección a las personas con un elevado riesgo de infección por el VIH pueden realizarse también a través de las ICA, incluyendo análisis para gonorrea, infección por *clamidia* y sífilis. El uso de clínicas móviles, las pruebas de diagnóstico no invasivas, la recolección de muestras biológicas por los propios usuarios, pueden ayudar a realizar este tipo de intervenciones en dispositivos fuera de los centros convencionales de atención.

Para la prevención de la transmisión sexual del VIH es vital que se promueva:

- **La detección precoz de las ITS,**
- **El tratamiento de las ITS,** especialmente en aquellas áreas y subpoblaciones donde estas infecciones son más prevalentes^{183,255,287}.

Mensajes clave para personas en riesgo de infección por el VIH y otras ITS²⁸⁷:

- **Las ITS facilitan la transmisión del VIH.** Su detección precoz y tratamiento ayudan a prevenir la infección por el VIH.
- **La búsqueda y reconocimiento de los síntomas de las ITS** son importantes, sobre todo para su diagnóstico precoz.
- **La mayoría de las ITS no producen síntomas,** por lo que son cruciales los exámenes de rutina.

3.2.5 Programas de tratamiento de la dependencia

La **dependencia de drogas es una enfermedad crónica** y aunque algunas personas llegan a conseguir un control total sobre su uso de drogas después de un solo tratamiento, muchos recaen. Por lo tanto, **se hacen necesarios tratamientos repetidos** para incrementar el intervalo entre las recaídas, así como, para reducir

su intensidad hasta que el individuo consiga la abstinencia. A lo largo del tiempo el adicto pierde el control sobre su conducta, inicialmente voluntaria, y se convierte en compulsiva. Para mucha gente este **comportamiento es verdaderamente incontrolable, como la expresión conductual de otras enfermedades**¹¹⁹. Por ejemplo, los esquizofrénicos no pueden controlar sus alucinaciones. Los enfermos de Parkinson no pueden controlar su temblor. Los pacientes clínicamente deprimidos no pueden controlar los cambios en su tono vital. Tampoco hay que olvidar que otras enfermedades también comienzan con un patrón de conductas voluntarias. Por ejemplo, en el comienzo de la hipertensión, la arterioesclerosis, otras enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunas formas de cáncer, pueden influir la alimentación, la falta de ejercicio, consumo de tabaco, etc. **Las políticas orientadas a controlar los problemas sociales y de salud asociados al consumo de drogas no deben olvidar estas evidencias.**

Por otra parte, la evaluación de los **tratamientos de la dependencia** debe hacerse con criterios ajustados a sus características, lo mismo que se hace con enfermedades como la **diabetes**, la **hipertensión** o el **asma**. Es decir, deben plantearse para períodos muy largos, ¿se plantea alguien un tratamiento de la hipertensión para un máximo de tres meses? Además, las modificaciones en el comportamiento

son también parámetros importantes dentro de la evaluación de resultados tanto en la hipertensión, como el asma, la diabetes y la dependencia de drogas, y los pequeños logros son siempre un éxito, aún en el caso de que la curación sea poco probable o imposible. Los peores resultados, en todos los casos, se dan cuando la situación económica del paciente es deficitaria, no tiene apoyo familiar o social y cuando hay trastornos psiquiátricos concomitantes.

Los inyectores que no inician tratamiento de la dependencia de drogas tienen seis veces más probabilidades de infectarse por el VIH que los que comienzan el tratamiento y se mantienen en el mismo²⁶⁵.

Un programa de tratamiento de la dependencia de drogas debe ofrecer siempre **consejería sobre conductas de riesgo de inyección y sexuales para la transmisión del VIH, el VHC o el VHB y acceso a pruebas de detección de los virus²⁵⁶.**

Los inyectores que se mantienen en tratamiento reducen sus conductas de riesgo para la transmisión del VIH, como el uso compartido de material de inyección y relaciones sexuales sin protección.

Desde el punto de vista de salud pública, el potencial de los tratamientos de la dependencia para la prevención de infecciones en los consumidores de drogas no sólo está en facilitar su acceso a

los usuarios infectados, sino también, y en forma masiva, a los que todavía no lo están y se inyectan.

Las **modalidades terapéuticas** para el tratamiento de la dependencia de drogas son básicamente:

- Desintoxicación.
- Programa libre de drogas en régimen ambulatorio.
- Programa libre de drogas en internamiento, generalmente comunidades terapéuticas.
- Programa de mantenimiento con metadona (PMM).

Los **PMM** sustituyen el consumo de un opiáceo (heroína) de vida media corta (varias tomas al día) y administración parenteral por otro de vida media larga (una toma al día) y administración generalmente oral, mediante su dispensación controlada por los servicios de salud. Son la modalidad terapéutica más evaluada en el campo del tratamiento de la dependencia de drogas.

Existen importantes evidencias sobre la capacidad preventiva frente al VIH de los **PMM^{257,258,259}** en las personas dependientes de heroína. Además, se ha comprobado que son efectivos en relación a su costo¹⁶¹, reducen la criminalidad y mejoran la calidad de vida de los pacientes²⁶⁰.

Es fundamental que los tratamientos se ajusten a criterios mínimos que en la

literatura internacional se han considerado asociados a su efectividad. Varios trabajos en los EE.UU. y Europa han subrayado la variabilidad en las prácticas clínicas, las dosis prescritas, la provisión de servicios y en los límites impuestos a la duración del tratamiento^{261,262,263}. Todos ellos son aspectos relacionados con la efectividad de esta modalidad terapéutica frente a la prevención de la infección por el VIH.

Teniendo en cuenta la prevalencia de consumo de cocaína o crack en Brasil y el Cono Sur es muy probable que la gran mayoría de las personas dependientes de opioides, sean también consumidoras de cocaína, en muchos casos inyectada en la misma dosis, lo que se conoce por “speed-ball”. Estas personas pueden beneficiarse de los PMM²⁶⁴, aunque deben recibir ayuda complementaria para abandonar el consumo de cocaína o al menos para que éste no conlleve prácticas de riesgo de inyección o sexuales. Las tasas de retención en PMM²⁶⁴ son muy elevadas, cuando se cumplen determinados criterios de efectividad, incluso entre los pacientes que son también consumidores de cocaína²⁶⁵.

No existe un tratamiento de sustitución para la **dependencia de cocaína**. Además, no hay evidencias de que el uso de anti-depresivos, carbamazepina, disulfiram, agonistas dopaminérgicos, fenitoína, litio, nimodipino, mazindol o *NeuRecover-SA*,

sean eficaces en su tratamiento²⁶⁶. Dado que no existe una ayuda farmacoterapéutica efectiva en el caso de los pacientes dependientes de cocaína es muy importante que participen en intervenciones psicosociales para el cambio de prácticas de riesgo, así como que reciban apoyo psicoterapéutico dirigido a retenerlos el mayor tiempo posible en tratamiento.

Las evidencias científicas sobre la capacidad preventiva frente al VIH de los tratamientos de dependencia de cocaína son menores que sobre los PMM^{267,268}. Sus beneficios se basan, como en los PMM, en la posibilidad de **ofrecer consejería sobre cómo evitar infectarse o infectar a otros, así como diagnóstico y tratamiento frente al VIH y otras ITSS, vacunaciones y apoyo psicológico y social**.

Entre 261 pacientes que iniciaban su tratamiento en San Francisco **la permanencia en el tratamiento se asoció con reducciones en las conductas de riesgo de inyección y sexuales**. La cocaína era la droga de elección para 67% de la muestra. Se asignó aleatoriamente a los individuos a dos modalidades de tratamiento, ambulatorio o de internado. Se entrevistó a los pacientes a las dos semanas, 6, 12 y 18 meses. No se observaron diferencias según las características sociodemográficas, ni el tipo de tratamiento asignado, ni droga consumida. Se constató que a mayor tiempo en tratamiento, mayores reducciones en las

conductas de riesgo²⁶⁹. Otro trabajo realizado en 447 personas dependientes de cocaína mostró un **descenso significativo de las prácticas de riesgo para la transmisión del VIH** después de nueve meses en tratamiento ambulatorio²⁷⁰.

Ciertas prácticas o procedimientos que se realizan con frecuencia en los programas de tratamiento no son efectivas para reducir la transmisión de infecciones entre los inyectores ni para mejorar su calidad de vida^{271,272,273,274}.

- **Limitar la duración del tratamiento a un período predeterminado (ej., 3 meses, 6 meses).** Se ha comprobado que cuanto más tiempo permanecen los pacientes en tratamiento, menores son las probabilidades de recaída en el consumo o en la inyección.
- **Castigar y expulsar del programa a los pacientes que presentan repetidas orinas positivas a drogas ilícitas.** En vez de esta actitud punitiva, deben alcanzarse objetivos parciales con los pacientes en el camino a la consecución de la abstinencia de drogas.

Es fundamental tener presente que cualquiera que sea la modalidad terapéutica, los pacientes recaen con frecuencia en el consumo de sustancias psicoactivas inyectadas. Ello es consustancial al proceso crónico que padecen. En muy

pocos casos una persona dependiente de una sustancia psicoactiva va a lograr la abstinencia después de un solo tratamiento. Los programas de tratamiento deben adaptar sus objetivos a las necesidades y posibilidades de cada paciente, teniendo presente que **la permanencia en tratamiento es uno de los predictores de los cambios de conductas de riesgo**.

Los objetivos de los programas terapéuticos deben contemplar en forma integral la salud del paciente, con **objetivos parciales y jerarquizados** que pueden abarcar desde disminución de la frecuencia del consumo, o administración con menos riesgos, hasta la abstinencia completa de todas las sustancias psicoactivas.

Ayudando a los consumidores de drogas a reducir la **frecuencia de consumo**, la participación en un programa de tratamiento puede **contribuir a reducir la transmisión del VIH**²⁶⁸.

Asimismo, un fácil acceso a programas de tratamiento de la dependencia implica la posibilidad de realizar intervenciones sanitarias y sociales con el paciente durante un determinado período de tiempo. Los programas de tratamiento de la dependencia deben incluir ofrecimiento de servicios como **vacunaciones, pruebas de detección** de ITS, pruebas de detección del VIH, el VHB, el VHC, **servicios de consejería** para la modificación de

conductas de inyección y sexuales, así como servicios de ayuda psicológica y social. Estos servicios pueden ser provistos desde el propio programa o través de coordinación o convenio con otras instituciones sociales o de salud.

Aunque el tratamiento de la dependencia generalmente no se considera prevención, la reducción del número de inyecciones o el abandono de la vía parenteral **constituyen en sí mismas estrategias de prevención primaria frente a varias enfermedades infecciosas**¹⁶¹.

3.2.6 Intervenciones en prisión

Los usuarios de drogas ilegales constituyen una proporción importante de las poblaciones penitenciarias en todo el mundo^{275,276,277,278,279,280}.

Se han observado prevalencias elevadas de **infección por el VIH, VHC, VHB, sífilis y otras ITS y TB** en la población de prisiones de América, Europa, Asia, África y Oceanía. Por ejemplo, en los EE.UU. la extensión de la sífilis es mayor entre los reclusos que en la población general; en las cárceles las prevalencias oscilan entre el 2,5% y el 10% mientras que en la población general se sitúan alrededor de un 0,8%²⁸¹.

Se han encontrado evidencias de inyección de drogas y de adquisición de infecciones por relaciones sexuales desprotegidas y por uso compartido de jeringas dentro de los centros penitenciarios^{275,281,282,283}. También se han observado casos de inicio en la vía inyectada después de entrar en prisión^{282,284}, y algunos hombres han experimentado su primera relación homosexual mientras estaban en un centro penitenciario²⁷⁵.

Los reclusos son **comunidades móviles de individuos** que se desplazan dentro de una misma cárcel, de una cárcel a otra o entre una prisión y un hospital. También el personal y los visitantes se desplazan, entran y salen. Y por último, la mayoría de los reclusos, más pronto o más tarde, se integran en la comunidad.

Hay un **permanente contacto entre las personas que se encuentran dentro y fuera de una prisión** y los riesgos para la salud que tienen lugar dentro de la institución carcelaria repercuten en toda la comunidad.

Estudios sobre la epidemia del VIH en Bangkok, en 1988, han señalado la posibilidad de que ésta hubiese comenzado en una prisión, coincidiendo con una amnistía real que pudo haber liberado a un número importante de inyectores que se habrían infectado mientras estaban en la cárcel. En cinco años se infectó un total aproximado de medio millón de tailandeses²⁷⁵.

En la mayoría de las prisiones de Brasil el mayor factor de riesgo para la transmisión del VIH entre los internos es la inyección de drogas²⁷⁶. La prevalencia del VIH en la prisión mayor de São Paulo es, aproximadamente, 75 veces la encontrada en la población en general y una proporción importante tiene relaciones sexuales de penetración con parejas del otro sexo que viven fuera de prisión, generalmente sin preservativo. Todos los años el sistema penal de São Paulo libera aproximadamente 10.000 presos²⁷⁶.

La **tuberculosis** es un problema de salud pública presente en las cárceles de todo el mundo y para el cual el hecho de estar en prisión constituye, en sí mismo, un factor de riesgo. Esta situación está ligada al hecho de ser un centro cerrado dónde se reúnen personas de distinta procedencia, muchas de ellas con un riesgo incrementado de padecer dicha enfermedad. La elevada prevalencia de infección por el VIH dentro de las cárceles, especialmente entre los inyectores de drogas, ha agravado este problema.

La superpoblación dentro de la cárcel y la infección por el VIH incrementan las posibilidades de infección tuberculosa y la movilidad de los reclusos de una cárcel a otra complica la provisión del tratamiento adecuado. En los países sin un programa de control de la TB, que permita continuar en la comunidad un tra-

tamiento que se inició en la cárcel, éste solo se recomienda cuando se tiene certeza de que el período en prisión va a exceder el período previsto de tratamiento. Un tratamiento inadecuado e incompleto conlleva con frecuencia la aparición de resistencias. Las consecuencias para la salud de la comunidad serían nefastas si en un país de escasos recursos, y sin un programa adecuado de control de la TB tuviese lugar una epidemia de TB multiresistente. Sin embargo, aunque existen circunstancias que hacen el control de la infección en prisiones una tarea difícil, otros aspectos proporcionan la oportunidad de desarrollar programas de control efectivos, así por ejemplo, facilita la provisión de **tratamiento observado directamente supervisado** (DOTS –en inglés–) con buena cobertura y cumplimiento^{285,286}.

Las medidas para evitar el uso compartido de jeringas, la difusión de infecciones de transmisión sexual y el contagio de TB dentro de las instituciones penitenciarias son componentes de una estrategia de salud pública para el control de estas patologías en la comunidad. Sin embargo, su implementación en los centros penitenciarios no siempre es sencillo. Uno de los aspectos que lo dificulta es la falta de coordinación entre las instituciones competentes, ya que, generalmente el Ministerio de Salud no suele ser el responsable del control de la salud de los internos, sino que con frecuencia esta

misión corresponde al Ministerio de Justicia o Interior. Una buena coordinación entre las instituciones y la asunción de que un adecuado control de la patología infecciosa dentro de las cárceles tiene una gran repercusión en la salud de la comunidad, contribuirá a una adecuada priorización de intervenciones en la institución penitenciaria.

Medidas de RD que se pueden implementar dentro de las prisiones:

- Oferta de CPV frente para al VIH, VHC, VHB y las ITS.
- Vacunación antihepatitis B y antitetánica.
- Distribución de preservativos.
- Provisión de desinfectantes, cloro o pastillas esterilizadoras para la limpieza del material de inyección.
- Intercambio de jeringas estériles.
- Tratamiento de la dependencia.

Hay experiencias que confirman la factibilidad de desarrollar **medidas de RD asociadas al consumo de drogas dentro de las prisiones**:

- **Oferta de CPV para el VIH.** Este servicio debe ser extendido a pruebas serológicas para la detección del VHC, VHB y otras ITS. En 1998 los CDC señalaban que, aun cuando cuando las prisiones en los EE.UU. habían extendido las pruebas de detección del VIH, apenas habían aumentado los programas para control de otras

ITS a pesar de que su efectividad está documentada. La recomendación se extiende a la detección de sífilis, gonorrea e infección por *clamidia* y, si fuese posible, *trichomoniasis* y vaginitis bacterianas para las mujeres²⁸⁷.

Se ha señalado que no es infrecuente que los internos rechacen proporcionar la muestra de sangre para la detección del VIH. Un estudio realizado en Maryland, EE.UU., entre 1997 y 1998 sugiere que este rechazo puede ser sustancialmente disminuido mediante la realización de pruebas en saliva²⁸⁸.

Es un derecho de los internos el mantenimiento de la confidencialidad de los resultados de las pruebas serológicas. Este derecho se ve violado cuando a las personas infectadas por el VIH se las recluye obligatoriamente en pabellones separados, práctica que se realiza en algunas prisiones¹⁰⁰.

- **Vacunación frente a la hepatitis B.** En 1982 los CDC recomendaban la vacunación frente al VHB para los inyectores de drogas⁴¹. En general, la cobertura de la vacuna de la hepatitis B entre los usuarios de drogas inyectadas en la comunidad parece ser baja y según diversas fuentes también lo es en la población penitenciaria^{289,290}.

Es deseable que se completen siempre todas las dosis de vacuna frente al VHB; sin embargo, se pueden lograr niveles protectores con una dosis en el 30% de los adultos y con dos dosis en el 89%. Es recomendable que se ofrezca esta vacuna a todas las personas susceptibles que entran en la cárcel y se haga un seguimiento de los niveles de inmunidad conseguidos⁴¹.

- **Distribución de preservativos.** Hay circunstancias que hacen prioritaria la distribución de preservativos dentro de la institución penitenciaria: la elevada prevalencia de ITS entre los reclusos²⁸¹, la práctica de relaciones sexuales entre hombres²⁷⁵, el bajo uso del preservativo entre los internos o en las relaciones con visitantes^{100,276}, y la evidencia de que la distribución de preservativos no conlleva consecuencias indeseadas^{275,281}.

En las 11 prisiones del Estado del Espíritu Santo en Brasil se reparten aproximadamente 49.000 preservativos al año entre la población interna²⁹¹. Desde 1999 se han realizado 48 talleres sobre prevención de la infección por el VIH y otras ITS en los que participaron 896 (34,5%) internos de una población penitenciaria de 2.593. El proyecto ofrece también pruebas serológicas voluntarias frente al VIH, VHB y sífilis.

- **Provisión de desinfectantes, cloro (lejía) o pastillas esterilizadoras.** Los CDC señalaron en 1993 que, aunque la única medida que elimina completamente el riesgo de infección por el VIH es la utilización de una jeringa estéril para cada inyección, cuando es imposible conseguir este material, **puede usarse para desinfectar la jeringa, aguja, etc. cloro (lejía) durante un tiempo mínimo de 30 segundos.**²²⁶ Ver anexo I.

La provisión de desinfectantes se ha puesto en marcha en cárceles de distintos países^{275,292}. Se proporcionan desinfectantes a la población interna y se les instruye sobre la manera adecuada de utilizarlo para la desinfección de jeringas²⁹³. Para aumentar la efectividad de esta medida además ha de tenerse en cuenta que:

- Debe garantizarse la confidencialidad cuando el interno pide el desinfectante o bien proveer a todos ellos (inyectores y no inyectores) con el mismo material y recomendaciones.
- En las prisiones la utilización de esta técnica es probable que se haga en forma furtiva, pues una limpieza meticulosa puede incrementar el riesgo de detección de los consumidores de drogas ilegales por los equipos de vigilantes.
- Un estudio realizado en la comunidad con cámaras de vídeo concluyó que, en la práctica, el uso de lejía/cloro no era adecuado para la prevención

de la transmisión del VIH, ya que más de 80% de los 161 usuarios estudiados habían utilizado el cloro en períodos inferiores a 30 segundos. En otros trabajos se ha comprobado que es frecuente que los inyectores no utilicen adecuadamente este método para desinfectar las jeringas^{229,294}. **Es absolutamente esencial proporcionar entrenamiento sobre la técnica que debe utilizarse.**

- También se debe capacitar a los equipos de vigilantes en las prisiones para evitar que los usuarios que practican la desinfección de su material de inyección sean sancionados. Pueden ser necesarias modificaciones en las leyes o en las normas de funcionamiento interno de las prisiones.
- Es necesario que paralelamente a la puesta en marcha de estos programas se realice un seguimiento de la efectividad de los mismos.

Intercambio de jeringas estériles. Existen varias experiencias en el mundo de PIJ dentro de las prisiones.

En 1994 se instalaron en una pequeña prisión de Suiza seis intercambiadoras automáticas que distribuyeron, sin problemas, 5.335 jeringas en el primer año. Aunque la evaluación realizada es limitada, no se encontraron evidencias de incremento de consumo parenteral de drogas dentro de prisión y el uso com-

partido de jeringas casi desapareció. Tampoco se detectaron problemas de agresiones por parte de los internos hacia el personal de seguridad²⁷⁷.

El primer PIJ en una cárcel española se puso en marcha en 1997²⁹⁵ y a finales de marzo del año 2001 existían 13 PIJ en prisiones²⁹⁶. Tras dos años de funcionamiento, un PIJ, tuvo contacto con 607 usuarios, distribuyó 12.000 estuches con jeringas, envases de plástico para desecharlas, toallitas de alcohol y ampollas de agua para la inyección. El intercambio de jeringas se realizaba en la consulta del equipo que proporcionaba los tratamientos de la dependencia, y en el despacho de los profesionales de asistencia social durante los siete días de la semana. Ambos lugares eran de fácil acceso para los internos²⁹⁵.

La confidencialidad para los usuarios y el consenso en las normas de funcionamiento entre los internos, el personal de vigilancia, el equipo de ejecución del PIJ y otras personas implicadas, es crucial para la puesta en marcha de estos programas y su funcionamiento sin conflictos dentro de las prisiones^{297,298}.

Provisión de tratamiento de la dependencia. Diversos países han desarrollado programas de tratamiento para la dependencia de drogas en prisión^{299,300,301,302}: programas libres de drogas orientados a la abstinencia o programas de manteni-

miento con metadona. Estos pueden ser optimizados para la aplicación de DOTS, ARV o educación sanitaria. Es esencial la coordinación entre los recursos que proporcionan tratamiento dentro y fuera de prisión para brindar un seguimiento adecuado a un paciente que vuelve a la comunidad.

Son muy escasos los estudios con datos concluyentes con respecto a la efectividad de las medidas de RD dentro de las prisiones. **Pocos lugares son más problemáticos para poner en marcha investigaciones que las prisiones o correccionales.** Generalmente, tanto las autoridades como los propios internos se preocupan por las repercusiones de los resultados potenciales.

Las evidencias científicas extraídas de los programas de prevención en la comunidad sugieren que estos podrían ser también efectivos dentro de las prisiones. Sin embargo, hay que tener presente que dentro de prisión se dan muchas circunstancias y condicionantes que no están presentes en la comunidad, por lo que es muy importante hacer un esfuerzo para comprobar siempre la efectividad de las medidas preventivas en estas instituciones. En caso de que no pueda hacerse mediante un diseño metodológico adecuado en el interior de las mismas, puede buscarse una aproximación mediante el estudio de aquellas personas que las abandonan.

3.2.7 Reducción de la transmisión vertical de mujeres que se inyectan

Las mujeres pueden transmitir el VIH a sus hijos, durante el embarazo, en las labores del parto y durante el período de lactancia. Por ello, en todo el mundo, la epidemia de infección por el VIH en los niños ha seguido en forma paralela la epidemia en mujeres.

Entre los factores que se asocian con la transmisión perinatal del VIH se encuentran³⁰³:

- Estadio avanzado de enfermedad en la madre.
- **El uso de drogas inyectadas durante el embarazo.**
- Carga viral elevada.
- Parto prematuro.
- Lactancia.

Entre los factores que incrementan la probabilidad de transmisión del VIH durante la lactancia se encuentran³⁰³:

- Carga viral en la leche materna.
- Mastitis clínica o subclínica.
- Abscesos mamarios.
- Seroconversión materna durante el período de lactancia.

En todos los países, la infección por el VIH asociada al uso de drogas inyectadas afecta a mayor número de hombres que mujeres. Sin embargo, en aquellos países donde el porcentaje de casos de sida relacionados con la inyección de drogas es importante, el papel de las mujeres

consumidoras de drogas en la evolución de la epidemia del VIH en niños puede ser trascendental.

La administración de zidovudina (ZDV) y otros ARV a la madre reduce sustancialmente la transmisión perinatal del VIH. Existen evidencias basadas en ensayos clínicos en países en desarrollo que indican que la aplicación de **pautas abreviadas de tratamiento ARV**, el inicio de la administración de ARV durante el parto e, incluso, probablemente la aplicación de pautas de quimioprofilaxis al recién nacido son efectivas para reducir el riesgo de transmisión perinatal.

En los EE.UU., la amplia difusión de la política de exámenes de detección del VIH, consejería perinatal y uso de ZDV ha reducido drásticamente las tasas de transmisión perinatal³⁰³. Sin embargo, persisten todavía **subpoblaciones que no tienen los adecuados cuidados prenatales**. Así, entre 1993 y 1996 en un estudio realizado en siete estados, 36% de las mujeres que usaron drogas durante su embarazo no habían tenido cuidados antenatales, frente a 5% de las no consumidoras³⁰⁴.

Las mujeres consumidoras de drogas ilegales son una subpoblación con dificultades especiales para el acceso a los cuidados perinatales, por ello:

- Los **servicios de salud del primer nivel de atención** deben estar atentos a la identificación de la condición de la

mujer embarazada usuaria de drogas sean inyectadas o consumidas por otra vía.

- Los **servicios de tratamiento de la dependencia de drogas** deben ser recursos fácilmente accesibles para estas mujeres donde se les garantice el acceso al tratamiento ARV, in situ, o a través de la derivación a otros centros. Estos cuidados pueden ser especialmente efectivos cuando se proporcionan ligados al suministro de metadona a las mujeres dependientes de heroína u otros opiáceos, así como a las mujeres recluidas en instituciones de tratamiento o de otro tipo.

Es fundamental que se apliquen las guías que en cada país se hayan elaborado para la atención perinatal a las mujeres embarazadas infectadas por el VIH, o en su defecto, aquellas recomendaciones actualizadas proporcionadas por los organismos internacionales, a las mujeres que se inyectan o a las parejas sexuales de los inyectores.

En **Brasil** varios programas que se han puesto en marcha en las ciudades de Puerto Alegre, Río de Janeiro y Sao Vicente se proponen la optimización de los protocolos generales para la reducción de la transmisión vertical. A todas las mujeres embarazadas que lleguen al hospital sin diagnóstico serológico del VIH se les harán pruebas rápidas para el diagnóstico del virus^{305, 306}.

En el control de la epidemia de infección por VIH en niños es necesario prestar **especial atención a las mujeres consumidoras de drogas** con difícil acceso a los servicios de salud, poniendo énfasis en las siguientes actividades³⁰⁴:

- Incrementar la proporción de mujeres que reciben **cuidados prenatales y de diagnóstico de infección por VIH**:
 - Proporcionar los **cuidados prenatales lo más precozmente posible**.
 - Aconsejar a las mujeres sobre los **beneficios de conocer sus estado serológico frente al VIH**, tanto para ellas como para sus hijos.
- Realizar **exámenes voluntarios de diagnóstico rápido** de la infección por el VIH.
- Ofrecer **tratamientos ARV** para disminuir la probabilidad de transmisión al feto o al recién nacido, según la pauta adecuada a la situación clínica de la infección. Todos los centros o programas de tratamiento de la dependencia de drogas deben garantizar que las mujeres que atienden reciban los **cuidados prenatales y de diagnóstico adecuados para la infección por VIH**.

El **VHB se transmite también verticalmente** de madres portadoras a sus hijos³⁰⁷. La elevada prevalencia de marcadores de infección por el VHB en los usuarios de drogas inyectadas^{68,91,106}, sugiere que la prevalencia de Ag HBS en mujeres embarazadas inyectoras de drogas es también elevada. Además, la coinfección con el VIH incrementa la probabilidad de ser portadora crónica.

La infección por el VHB se transmite verticalmente a los hijos de las madres portadoras.

Existe una vacuna efectiva frente al VHB que puede ser administrada a mujeres embarazadas.

Por lo tanto, **es necesario realizar el diagnóstico serológico del VHB en todas las mujeres inyectoras de drogas embarazadas, para vacunar a las mujeres susceptibles y a los recién nacidos de mujeres portadoras de Ag HBS**.

Anexos

- I Instrucciones para la limpieza de jeringas con cloro (lejía)
en una situación de emergencia | 113
- II Publicaciones de interés en Internet | 114
- III Abreviaturas | 116

ANEXO 1

Instrucciones para la limpieza de jeringas con cloro (lejía) en una situación de emergencia

(Basado en las recomendaciones de los CDC²²⁶)

- Si vas a **reutilizar** tu propia jeringa enjuágala cuanto antes, varias veces con agua fría, cuantas más veces mejor. Así eliminarás los restos de sangre y evitarás que luego se coagulen en la jeringa. Ten cuidado cuando expulses el agua de la jeringa pues puede salpicar y contaminar otros objetos. Puedes usar una servilleta de papel para amortiguar la salida del chorro que sale por la punta de la aguja. Tírala luego en forma que nadie pueda reutilizarla.
- Si el **recipiente** (cuchara, tapón u otro) está usado, límpialo con agua y jabón o pásale una toallita de alcohol.
- Si tienes que **inyectarte con una jeringa usada por otra persona, puedes emplear cloro (lejía). Recuerda que no es un método seguro y que sólo debe utilizarse en caso de emergencia.**

Sigue, paso por paso, las siguientes instrucciones y ten en cuenta que si **empleas el cloro durante menos tiempo, o no enjuagas bien con agua, el método de limpieza podría no servir para nada.** Es conveniente que la jeringa que vayas a limpiar esté recién usada para que sea más fácil eliminar los restos que quedan en ella. Usa **cloro casero sin diluir¹, tal como viene en la botella.**



- **Llena la jeringa, por la aguja, con agua fría.**
- **Expele el agua.**
- **Repite la operación dos veces más.** Cuantas más veces hagas esta operación mejor. Así no matas los virus pero los echas fuera de la jeringa.

Límpiala bien, ten en cuenta que si dejas sangre dentro se reduce la efectividad del cloro.

- **Llena la jeringa, por la aguja, con cloro.**
- **Espera 30 segundos.**
- **Repite la operación dos veces más.**

Cuanto **más tiempo** dejes la jeringa en contacto con el cloro, mayor es la probabilidad de que se inactive el VIH.

- **Llena la jeringa, por la aguja, con agua fría.**
- **Expele el agua.**
- **Repite la operación dos veces más.**

No reutilices el agua para volver a limpiar una jeringa, puede estar ya contaminada.

RECUERDA:
3 agua, 3 x cloro, 3 x agua.

¹ Utilizar directamente el cloro que se compra en el supermercado. Antes de hacer esta recomendación en un determinada región debe tenerse en cuenta que la concentración de cloro activo no debe ser menor de 5,25%.

ANEXO 2

Publicaciones de interés en Internet

Modificación de conductas

- Derricott J, Preston A, Hunt N. The Safer Injecting Briefing. Liverpool: HIT; 1999.
Disponible en http://www.exchangesupplies.org/publications/safer_injecting_briefing/section_contents.html
Acceso 19-12-2003.
- DGPNSD, MSC, UPV. Programa de formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Universidad del País Vasco; 1999.
Disponible en <http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/maedsan.pdf> Acceso 19-12-2003.
- FHI, IMPACT, USAID. Peer to Peer. HIV&AIDS Peer Educators Trainers' Guide for IMPACT Implementing Agencies. Arlington: FHI; 2003.
Disponible en <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/manualsguidebooks/peertopeerguide.htm>
Acceso 19-12-2003.
- McDonald J, Roche AM, Durbridge M, Skimmer N. Peer Education: From Evidence to Practice. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction; 2003.
Disponible en <http://www.nceta.flinders.edu.au/peer-education-monograph.htm>
Acceso 10-12-2003.
- Sorge R, Kershner S. Getting off Right: A safety Manual for Injection Drug Users. NY: Harm Reduction Coalition; 1998.
Disponible en <http://www.harmreduction.org/gor.html> Acceso 19-12-2003.
- FHI.VCT Toolkit. HIV voluntary counseling and testing. A reference guide for counselors and trainers. Arlington: FHI; 2004.
Disponible en <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/Strategies/vcttoolkit.htm> Acceso 15-02-2004.
- WHO. Training guide for HIV prevention outreach to injecting drug users. Workshop Manual. Geneva: WHO; 2003.
Disponible en http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/hivpubidu/en/ Acceso 19-12-2003.
- WHO. Evidence for action: effectiveness of community-based outreach in preventing HIV/AIDS among injecting drug users. Geneva: WHO; 2004.
Disponible en http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/evidenceforactioncommunityfinal.pdf
Acceso 15-04-2004.

Vigilancia y monitorización de VIH y conductas de riesgo

- FHI, IMPACT, USAID. Meeting the Behavioural Data Collection Needs of National HIV/AIDS and STD Programmes. A joint IMPACT/FHI/UNAIDS Workshop: Report and Conclusions. Arlington: FHI; 1998.
Disponible en <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/manualsguidebooks/datacollection/index.htm>
Acceso 19-12-2003.
- FHI, IMPACT, USAID, DFID. Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. Arlington: FHI; 2000. (disponible en la pg web sólo en inglés, aunque se puede pedir electrónicamente el pdf en español: <http://www.fhi.org/en/Publications/index.htm>).
- ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Geneva: ONUSIDA; 2000.
Disponible en http://www.hiv-lac-epinet.org/media/files/AIDS_guide_fin.pdf Acceso 19-12-2003.
- UNAIDS/OMS. Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH a la vigilancia de la infección. Geneva: UNAIDS/OMS; 2001.
Disponible en: http://www.unaids.org/EN/resources/epidemiology/epi_recent_publications/testingtechnologies2001.asp Acceso 01-06-2002.
- WHO. The Rapid Assessment and Response guide on injecting drug use (IDURAR) Stimson GV, Fitch C, Rhodes T, editores. Geneva: WHO; 1998.
Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/epidemiology/en/
Acceso 19-12-2003.

Otras

- WHO. Advocacy Guide for Effective HIV Prevention among Injecting Drug Users. Draft Document. Weiler G, Ball A, Beg M, editores. Geneva: WHO; 2002.
Disponible en <http://www.dass.stir.ac.uk/DRUGS/pdf/raradvocacy.pdf> Acceso 19-12-2003.

ANEXO 3

Abreviaturas

ARV	Antirretroviral
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (EE.UU.)
CPV	Consejería y pruebas voluntarias
DOTS	Tratamiento observado directamente supervisado (siglas en inglés)
FHI	Family Health International
HTLV	Virus linfotrópico de células T humanas
ICA	Intervenciones comunitarias de acercamiento
ITS	Infecciones de transmisión sexual
ITSS	Infecciones de transmisión sanguínea o sexual
NIDA	Instituto Nacional para el Abuso de Drogas (EE.UU.)
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIJ	Programas de intercambio de jeringas
PMM	Programas de mantenimiento con metadona
RD	Reducción del daño
TB	Tuberculosis
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
ZDV	Zidovudina

Índice por materias

- Abscesos, 20
- Área Andina, 38
- Argentina, 20,29,31-4, 33, 83, 93
- Bahamas, 38, 57
- Botulismo, 20
- Brasil, 20, 29, 35-8, 47, 48, 53, 59, 105, 107
- búsqueda de contactos, 56-7
- Canadá, 30, 40
- Caribe, 29-31, 48
- Celulitis, 20
- Centro América, 38
- Chile, 30, 34, 35
- Cloro, lejía, 65, 89-90, 107-8, 113
- Cocaína, tipos, 45-8
- Colombia, 30, 38
- Compartir material de inyección, 19, 20, 24, 26, 44, 45, 48, 50-3, 88, 104
- Consejería y pruebas voluntarias (CPV), 25, 56, 57, 91-3, 106
- Contexto del consumo de drogas, 42
- Crack, 38, 45-8, 58-9, 61
- Dependencia de drogas, 100
- Educación de pares, 25, 69, 95-6
- EE.UU., 20-1, 27, 30, 40, 58, 82, 88, 94, 106, 110
- Endocarditis, 20
- Epidemia de VIH, concentrada, de bajo nivel, generalizada, 72
- Estigma, discriminación, 93
- Farmacias, 82-3, 86, 88, 89, 98
- Heroína,
 - “black tar”, 21
 - tipos, 45-8
- HTLV-I, HTLV-II, 32, 35, 36
- Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, 59
- Infectividad, VHB, VHC, VIH, 27, 28
- Intervenciones comunitarias de acercamiento (ICA), 25, 57, 67, 69, 94, 97
- Inyectores recientes o jóvenes, 49
- Malaria, 20, 37, 92
- Metadona, programas mantenimiento, 83, 101, 109, 110
- México, 30, 39, 98
- Modificación de conductas, 52, 53, 66-8, 84 86, 91, 92, 95, 96, 97, 98
- Mujer, 54-6, 109-110
 - preservativo femenino, 55
- Paraguay, 29, 34, 35
- Pareja sexual estable, pareja sexual ocasional, 58
- Perú, 38
- Prácticas de riesgo de inyección, 50
- Prácticas de riesgo sexuales, 54, 58, 60
- Prisiones, 36, 38, 57, 98, 104-9
- Programas de intercambio de jeringas, 82-9, 92, 108
 - cobertura, 87,
 - consejería, 84
 - efectividad, 86, 88
 - efectos indeseados, 87
 - provisión de servicios, 84-5, 90
 - prisiones, 108
 - satélites/secundarios intercambiadores, 83
- Puerto Rico, 29, 39
- Reducción del daño, 63-113
 - coordinación, 70, 104, 106, 109
 - objetivos, 63
 - poblaciones diana, 64
 - políticas de salud, 63
 - principios básicos, 64-70
- Sexo más seguro, 94
- Sindrómico manejo, 57, 99
- Tétanos, 21
- Trabajadores/as sexuales, 58
- Transiciones o cambios de vía de administración, 22, 45, 49, 48
- Transmisión vertical, 109
- Tratamiento antirretroviral, 70, 83, 85, 92, 110

Tratamiento de la dependencia, 100
Tuberculosis, 105, 70, 84, 92, 105
Uruguay, 29, 34, 35
Vacunaciones, 70, 102, 103
 hepatitis B, 21, 27, 50, 70, 84, 85, 93, 106, 111
 tétanos, 21, 106
VHC, 19, 26, 28, 32, 49, 68, 88-9, 92
VHB, 19, 27-8, 49, 88, 93, 106, 107
Vías de administración de drogas, 45
 intranasal o esnifada, 29, 30, 45, 46, 47, 48
 fumada, 22, 29, 30, 36, 38, 45, 46, 47, 48, 58-9, 61
Vigilancia de segunda generación, 72
 análisis de datos, 78
 aspectos éticos, 78
 cuestionarios, 75, 77
 dificultades en consumidores de drogas, 74
 muestreo, 76
 metodología, 76

Referencias bibliográficas

- 1 Hagan H, Des Jarlais DC. HIV and HCV infection among injecting drug users. *Mt Sinai J Med* 2000; 67(5-6):423-8.
- 2 Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopking SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of drug preparation equipment as a risk factor for hepatitis C. *Am J Public Health* 2001; 91(2):42-6.
- 3 CDC. Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease. *MMWR* 1998;47(RR19):1-39.
Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00055154.htm> Acceso 12-01-2002.
- 4 Needle RH, Lambert EY, Coyle S, Haverkos HW. Drug abuse and infectious disease. En: Ammerman RT, Ott PJ, Tarter RE, editors. *Prevention and Societal Impact of Drug and Alcohol Abuse*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1999:125-49.
- 5 CDC. Recommendations for Counseling Persons Infected with Human T-Lymphotropic Virus, Types I and II. *MMWR* 1993; 42(RR-9):1-13.
Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00021234.htm> Acceso 12-01-2002.
- 6 Libonatti O, Boxaca M, Lombardi V, Gómez Carrillo M, Wigzell H, Weissenbacher M. Evidencia de infección concomitante HIV-1 - HTLV-1 en la Argentina. En: Segundo Congreso Panamericano sobre SIDA; 1989; marzo 12-13; Santo Domingo, República Dominicana.
- 7 Boxaca M, Libonatti O, Muzzio E, Segura E, Hosokawa R, Weissenbacher M. HIV-1 prevalence and the role of other infectious diseases in a group of drug users in Argentina. En: Libro de Resúmenes de la VI Conferencia Internacional sobre el SIDA; 1990; San Francisco, Estados Unidos de Norteamérica. Resumen n° 3141.
- 8 Barbosa de Carvalho H, Mesquita F, Massad E, Bueno RC, Lopes GT, Ruiz MA, Burattini MN. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injector community of Santos, Brazil. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1996;12 (1):84-92.
- 9 Weissenbacher M, Rossi D, Radulich G, Sosa-Estáni S, Vila M, Vivas E et. al. High seroprevalence of blood borne viruses among street-recruited injecton drug users from Buenos Aires, Argenina. *Clin Infect Dis* 2003;37 (Suppl 5): 348-52.
- 10 Dourado I, Andrade T, Galvao-Castro B. HTLV-I in Northeast Brazil: Differences for male and female injecting drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;19(4):426-9.
- 11 Bastos FI, Barcelos C, Lowndes CM, Friedman SR. Co-infection with malaria and HIV in injecting drug users in Brazil: a new challenge to public health? *Addiction* 1999;94(8):1165-74.
- 12 Burton A. Sharing needles may produce artificial leishmaniasis cycle. *Lancet* 2001;1:4.

- 13 Vlahov D, Sullivan M, Astemborski J, Nelson KE. Bacterial infections and skin cleaning prior to injection among intravenous drug users. *Public Health Rep* 1992;107:595-8.
- 14 Binswanger IA, Kral AH, Bluthenthal RN, Rybold DJ, Brian RE. High Prevalence of Abscesses and Cellulitis among Community-Recruited Injection Drug Users in San Francisco. *Clin Infect Dis* 2000;30:579-81.
- 15 Cañete G, de Jesús G, Beveraggi P, Herrera J, Emery C. Infecciones en usuarios de cocaína endovenosa. Análisis de 150 pacientes internados. Libro de Resúmenes del III Congreso Argentino de SIDA; 1997 noviembre 27-30 Mar del Plata, Argentina; Resumen CE2-012.p.96.
- 16 Høiby EA. Systemic anthrax in an injecting drug user: Oslo, Norway April 2000. *Euro Surveill* 2000; 11 May:19.
Disponibile en <http://www.eurosurveillance.org/ew/2000/000914.asp> Acceso 03-04-2002.
- 17 NHS, Greater Glasgow. An outbreak of life-threatening infection among injecting drug users in Glasgow and other parts of Scotland. April-August 2000. Report from the Outbreak Management Team. Autumn 2001.
Disponibile en <http://www.iduoutbreak.abelgratis.com/> Acceso 07-02-2002.
- 18 Böhlen LM, Mühlemann K, Dubuis O, Aebi C, Täuber MG. Outbreak among Drug Users Caused by a Clonal Strain of Group A Streptococcus. *Emerg Infect Dis* 2000;6:175-9.
- 19 Passaro DJ, Werner SB, McGee J, Mac Kenzie WR, Vugia DJ. Wound botulism associated with black tar heroin among injecting drug users. *JAMA* 1998;279(11):859-63.
- 20 CDC. Wound Botulism -California-, 1995. *MMWR* 1995;44(48):889-92.
Disponibile en <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/wk/mm4448.pdf> Acceso 05-04-2002.
- 21 CDC. Tetanus Surveillance -United States, 1995-1997. *MMWR* 1998;47 Supl 2:1-13.
Disponibile en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00053713.htm> Acceso 15-01-2002.
- 22 CDC. Tetanus among injecting -Drug Users - California, 1997. *MMWR* 1998;47(08):149-151.
Disponibile en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00051456.htm> Acceso 15-01-2002.
- 23 UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002. Geneva:UNAIDS;2002.
Disponibile en <http://www.unaids.org/Unaid/EN/Resources/Publications/Corporate+publications/Report+on+the+global+HIV+AIDS+epidemic+2002+.asp> Acceso 01-07-2002.
- 24 Gamella J. The spread of intravenous drug use and AIDS in a neighborhood in Spain. *Med Anthropol Q* 1994;8:131-60.
- 25 Stimson GV, Choopanya K. Global perspectives on drug injecting. En: Stimson G, des Jarlais D and Ball A, editors. *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: University College London; 1998:1-22.

- 26 De la Fuente L, Saavedra P, Barrio G, Royuela L, Vicente J. Temporal and geographic variations in the characteristics of heroin seized in Spain and their relation with the route of administration. *Drug Alcohol Depend* 1996;40:185-94.
- 27 De la Fuente L, Barrio G, Bravo MJ, Royuela L. Heroin smoking by chasing the dragon: its evolution in Spain. *Addiction* 1998;93:444-6.
- 28 Wallace R, Wallace D. Socioeconomic determinants of health. Community marginalization and the diffusion of disease and disorder in the United States. *BMJ* 1997;314:1341-5.
- 29 De la Fuente L, Barrio G. Control de los problemas de salud asociados al consumo de drogas en España: hacia un abordaje científico y priorizado. *Gac Sanit* 1996;10:255-60.
- 30 Reid G, Costigan G. Revisiting "The hidden Epidemic". A situation Assessment of Drug Use in Asia in the context of HIV/AIDS. Victoria, Australia: The Centre for Harm Reduction. Macfarlane Burnet Institute for Medical Research and Public Health; 2002.
Disponible en <http://www.chr.asn.au/services/consultancy/assessment> Acceso 12-04-2002.
- 31 Lindan CP, Liet TX, Giang LT, Lap VD, Thuc NV, Tinh T et. al. Rising HIV infection rates in Ho Chi Minh City herald emerging AIDS epidemic in Vietnam. *AIDS* 1997;11 (Suppl 1):5-13.
- 32 Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *The Lancet* 2003;361:1035-43.
- 33 Donoghoe MC, Matic Srdan. HIV-1 in Eastern Europe. *The Lancet* 2003;361:1910-1.
- 34 Des Jarlais DC, Hagan H, Friedman SR, Friedman P, Goldberg D, Frischer M et. al. Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. *JAMA* 1995;274:1226-31.
- 35 Stimson GV. AIDS and injecting drug use in the United Kingdom, 1987-1993: The policy response and the prevention of the epidemic. *Soc Sci Med* 1995;41(5):699-716.
- 36 Strathdee SA, van Ameijden EJC, Mesquita F, Wodak A, Rana S, Vlahov D. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS* 1998;12(Suppl A):71-9.
- 37 Coates TJ, Aggleton P, Gutzwiller F, Des Jarlais D, Kihara M, Kippax S et. al. HIV prevention in developed countries. *Lancet* 1996;384:1143-48.
- 38 Wong JB, McQuillan GM, McHutchison JG, Poynard T. Estimating Future Hepatitis C Morbidity, Mortality and Cost in the United States. *Am J Public Health* 2000;90:1562-69.
- 39 Bisceglie AM. Hepatitis C. *Lancet* 1998;351:351-5.
- 40 CDC. Hepatitis C: Clinical Features & Natural History. Epidemiology. Transmission modes: Injection and Other Illegal Drug Use. Hepatitis C Home Page.
Disponible en http://www.cdc.gov/ncidod/diseases/hepatitis/c_training/edu/1/default.htm. Acceso 11-04-02.

- 41 CDC. Hepatitis B Vaccination for injection drug users. Pierce Counting, Washington, 2000. MMWR 2001;50(19):388-90.
Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5019a5.htm> Acceso 08-04-2002
- 42 Heimer R. Syringe Exchange Programs: Lowering the Transmission of Syringe-Borne Diseases and Beyond. Public Health Rep 1998;113:67-73.
- 43 CDC. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR 2001;50(RR11):1-42.
Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm> Acceso 19-01-2002.
- 44 CDC. Management of Possible Sexual, Injecting-Drug-Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV, Including Considerations related to Antiretroviral Therapy. Recommendations and Reports MMWR 1998.September 25;47(RR17).
Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00054952.htm> Acceso el 20-01-2002.
- 45 Abdala N, Stephens PC, Griffith BP, Heimer R. Survival of HIV-1 in Syringes. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1999;20:73-80.
- 46 Bastos FI, Strathdee SA, Derrico M, Pina MF. Drug Use and the Spread of HIV/AIDS in South America and the Caribbean. Drugs: education, prevention and policy 1999;6:29-49.
- 47 Libonatti MD, Lima E, Peruga A, González R, Zacarías F, Weissenbacher M. Role of drug injection in the spread of HIV in Argentina and Brazil. Int J STD AIDS 1993;4:135-41.
- 48 Betts CD, Astarloa L, Bloch C, Zacarias F, Chelala C. The changing face of AIDS in Argentina. JAMA 1996;276(2):94-6.
- 49 Vidal J. Experiencia de prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas en Uruguay. En: Ministerio de Salud. Intercambios Asociación Civil. ONUSIDA, editores. Seminario Regional de SIDA y Drogas: Reducción de Daños en el Cono Sur; 2000 octubre 12-13; Buenos Aires 2001.p.75-111.
- 50 Dunn J, Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration, characteristics, direction and associated variables. Addiction 1999;94(6):813-24.
- 51 Mesquita F, Bueno R, Araujo PJ, Piconez D, Turienzo LG, Haddad IM. Rapidly responding to injecting drug use and HIV in Brazil: a field report from Sao Vicente, Sao Paulo State. Int J Drug Policy 2000;11(1-2):133-44.
- 52 Gomez MP, Kimball AM, Orlander H, Bain RM, Fisher LLD, Holmes KK. Epidemic Crack Cocaine Use Linked with Epidemics of Genital Ulcer Disease and Heterosexual HIV Infection in the Bahamas: evidence of impact of prevention and control measures. Sex Transm Dis 2002;(5):259-64.
- 53 Aguayo N. Experiencia de prevención de VIH/SIDA en usuarios de drogas de Paraguay. En: Ministerio de Salud. Intercambios Asociación Civil. ONUSIDA, editores. Seminario Regional de SIDA y Drogas: Reducción de Daños en el Cono Sur; 2000 octubre 12-13; Buenos Aires. Buenos Aires; 2001.p.124-38.

- 54 Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo P and the Santos Metropolitan Region Collaborative Study Group. Trends in HIV infection Among Injection Drug Users in Brazil in the 90s: The impact of Changes in Patterns of Drug Use. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28(3):298-302.
- 55 Epele M. Changing Cocaine Use Practices:Neo-liberalism, HIV-AIDS, and Death in an Argentina Shantytown. *Subst Use Misuse* 2003;38(9):1189-216.
- 56 Tapia-Conyer R, Cravioto P, Kuri P, Revuelta A, Cortes M. Update of the epidemiologic surveillance system of addictions (SISVEA) México, 1998. Proceedings of Epidemiologic Trends in Drug Abuse. International Epidemiology Work Group on Drug Abuse (IEWG); 1999 June; Maryland: NIDA.p.59-75.
Disponible en <http://165.112.78.61/CEWG/Volumes/IEWG699.pdf> Acceso 02-03-2002.
- 57 Ruiz-Badillo A, Magis-Rodríguez C, Ortiz-Mondragón R, Bravo MJ, Loya SM, Lozada R. Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en inyectores de drogas de la ciudad de Tijuana. VII Congreso Nacional de Investigación Sobre Salud Pública 1997. En Registro (on-line) de Investigaciones Mexicanas sobre SIDA (RIIMSIDA).
Disponible en <http://bvs.insp.mx/componen/riimsida/encontrados.asp?NUM=2109&INS=SSA05> Acceso 12-02-2002.
- 58 Caris L, Suárez R, Covarrubias G, Fernández E, Roca E. Rapid Assessment of Drug Consumption at Santa Cruz de la Sierra, Bolivia 1996;99-199.
Disponible en http://www.odccp.org/bulletin/bulletin_1996-01-01_1_page009.html Acceso 23-01-2002.
- 59 Meta N, Gallardo P. Experiencia de prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas en Chile. En: Ministerio de Salud. Intercambios Asociación Civil. ONUSIDA, editores. Seminario Regional de SIDA y Drogas: Reducción de Daños en el Cono Sur; 2000 octubre 12-13; Buenos Aires; 2001.p.112-23.
- 60 Pérez-Gómez A, Wilson-Caicedo E. Estimating the economic cost of drug abuse in Colombia. *Bull Narc* 2000;LII(1-2).
Disponble en: http://www.odccp.org/odccp/bulletin/bulletin_2000-01-01_1_page008.html Acceso 23-01-2002.
- 61 Magis C, Marqués LF, Touzé G. HIV and injecting drug use in Latin America. *AIDS* 2002;16(Suppl 3):34-41.
- 62 G. Touzé. HIV prevention in drug using populations in Latin America. En: NIDA, editors. 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations. Third Annual Meeting Report; 2000 July 5-7; Durban, South Africa.p.109-12.
- 63 Míguez MJ, Page B, Baum MK. Illegal drug use and HIV-1 infection in Colombia. *Lancet* 1997;350:1635.

- 64 Friedman SR, Perlis T, Atillaso S, Goldsmiths D, Neaigus S, Gu XC et. al. Changes in modes of drug administration and in drugs that are administered: Implications for retrovirus transmission. Pub Of de SEISIDA 1996;7:49-51.
- 65 Bruna B, Marsh D. Methadone maintenance treatment: a Canadian perspective. Can Med Assoc J 1997;157(4):399-401.
- 66 Poulin C. Single E, Fralick P. Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use (CCENDU): Highlights. Proceedings of Epidemiologic Trends in Drug Abuse. International Epidemiology Work Group on Drug Abuse (IEWG); 1999 June; Maryland:NIDA.p.38-44. Disponible en <http://165.112.78.61/CEWG/Volumes/IEWG699.pdf> Acceso 02-03-2002.
- 67 Weissenbacher M, Díaz Lestrem M, Fainboim H, Méndez N, Boxaca M, Libonatti O et. al. HIV infection in IV Drug Addicts with clinical manifestations of Hepatitis in a hospital of Buenos Aires city. Libro de Resúmenes de la IV Conferencia Internacional de SIDA; 1988 Junio 12-16; Estocolmo, Suecia. Resumen n° 3141.
- 68 Weissenbacher M, Libonatti O, Gertiser R, Muzzio E, Hosokawa R, Chamó L et. al. Prevalence of HIV and HBV markers in a group of drug addicts in Argentina. Libro de Resúmenes de la IV Conferencia Internacional de SIDA; 1988 junio 12-16; Estocolmo, Suecia.
- 69 Boxaca M, Gómez Carrillo M, Pampuro S, Calello M, Martínez Peralta L, Libonatti O, et. al. Importancia de la drogadicción endovenosa como factor de riesgo para la infección por HIV 1 en la Ciudad de Buenos Aires. Segundo Congreso Panamericano sobre SIDA; 1989 noviembre 12-17; Santo Domingo, República Dominicana.
- 70 Weissenbacher M, Martínez Peralta L, Rossi D, Vila M, Sosa Estani S, Radulich G, Vivas L, Rey J. Prevalencia de infección por retrovirus (VIH, HTLV-I y HTLV-II) y factores de riesgo asociados en usuarios de drogas inyectables (UDI) del Gran Buenos Aires, Argentina 2001. Libro de Resúmenes del V Congreso Argentino de sida; 2001; Mendoza, Argentina. p.76.
- 71 Weissenbacher M, Martínez Peralta L, Rossi D, Vila M, Sosa Estani S, Radulich G, Vivas L, Rey J. Prevalencia de virus hepatotropos (VHC y VHB) y coinfección con VIH en usuarios de drogas inyectables. Libro de Resúmenes del V Congreso Argentino de SIDA; 2001; Mendoza, Argentina. 2001.p. 91.
- 72 Inchaurrega S, Siri P. Uso de drogas inyectables y VIH en Rosario (Argentina). Fundamentos para la reducción de daños. ADICCIONES 1999;11(4):403-9.
- 73 Oliva SM, Benetucci J, Bases M, Redini L, Maranzana A, Pugliese D et. al. Patrón epidemiológico de la infección por HIV en Buenos Aires. Libro de Resúmenes del III Congreso Argentino de SIDA; 1997 noviembre 27-30. Mar del Plata, Argentina. Resumen CE1-012. p.88.
- 74 Ortega G, García Messina O, Bases M, Maranzana A, Redini L, Oliva SM et. al. Conductas de riesgo en menores de 20 años que presentan infección para VIH. Libro de Resúmenes del III Congreso Argentino de SIDA; 1997 noviembre 27-30; Mar del Plata, Argentina. Resumen CE1-021. p.91.

- 75 Domínguez M, Chiovino L, Brussino M, Pugliese O, Cramer C. Análisis de la población VIH reactiva del Hospital Gral. de Agudos Dr. T. Alvarez. Libro de Resúmenes del III Congreso Argentino de SIDA; 1997 noviembre 27-30; Mar del Plata, Argentina. Resumen CE1-005. p.87.
- 76 Bernan M, Hermida A. Epidemiología HIV reactivos. Período 1992-1997. Hospital Lucio Meléndez-Adrogué. Libro de Resúmenes del III Congreso Argentino de SIDA; 1997 noviembre 27-30; Mar del Plata, Argentina. Resumen CE1-013. p.89.
- 77 Ferro A, Corral J, Aquilia S, Miglioranza C. Características epidemiológicas y clínicas de la infección por VIH en un Hospital General. Libro de Resúmenes del III Congreso Argentino de SIDA; 1997 noviembre 27-30; Mar del Plata, Argentina. Resumen CE2-016. p.97.
- 78 Ramos P, Hoet H, Galíndez J, Felibert G, Spelta C, Greca A et. al. Análisis de 50 pacientes atendidos en consultorio externo. Libro de Resúmenes del III Congreso Argentino de SIDA; 1997 noviembre 27-30; Mar del Plata, Argentina. Resumen CE1-004. p.88.
- 79 Lusich Z, Arbulu M, Biglione J, Terrazzino J, Alba S. Infección por HIV durante los años 92-96 en consultorio de detección. Libro de Resúmenes del III Congreso Argentino de SIDA; 1997 noviembre 27-30; Mar del Plata, Argentina. Resumen CE1-011. p.88.
- 80 Zapiola I, Salomone S, Álvarez A, Scolastico MC, Koessel RA, Lemus J et. al. HIV-1, HIV-2, HTLV-I and STD among female prostitutes in Buenos Aires, Argentina. Eur J Epidemiol 1996;12(1):27-31.
- 81 Ministerio de Justicia. "Plan Director de la Política Penitenciaria Nacional". Comité asesor intersectorial para el estudio de la problemática HIV/SIDA en los establecimientos dependientes del Servicio Penitenciario Federal, Ministerio de Justicia, Buenos Aires, octubre de 1997.
- 82 Wainstein C, Copie J, Rodríguez Ríos E. HIV counseling and testing for convicted people in Buenos Aires, Argentina. Libro de Resúmenes de la XII Conferencia Internacional de SIDA; 1998 Jun 28-Jul 3; Ginebra, Suiza. Abstract 43415.p.927.
- 83 Sosa-Estani S, Rossi D, Weissenbacher M. Epidemiology of Human Immunodeficient Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome in Injection Drug Users in Argentina: High Seroprevalence of HIV Infection. Clin Infect Dis 2003;37 (Suppl 5):338-42.
- 84 Bloch, C. Experiencia de prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas en Argentina. Indicadores epidemiológicos. En: Ministerio de Salud. Intercambios Asociación Civil. ONUSIDA, editores. Seminario Regional de SIDA y Drogas: Reducción de Daños en el Cono Sur; 2000 octubre 12-13; Buenos Aires; 2001.p.138-63.
- 85 Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el SIDA en la Argentina 2003;22:6-10. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/htm/site/Lusida/frIndex.htm> Acceso 21-12-2003.

- 86 M. Montenegro. Articulación de las políticas de drogas con las experiencias del Proyecto Regional de prevención del VIH/SIDA. En: Ministerio de Salud. Intercambios Asociación Civil. ONUSIDA, editores. Seminario Regional de SIDA y Drogas: Reducción de Daños en el Cono Sur; 2000 octubre 12-13; Buenos Aires; 2001.p.112-23.
- 87 Barcellos C. Bastos FI. Redes sociais e difusao da AIDS no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam 1996;121:11-24.
- 88 Lima ES, Friedman SR, Bastos FI, Telles PR, Friedman P, Ward TP et. al. Risk factors for HIV-1 seroprevalence among drug injectors in the cocaine-using environment of Rio de Janeiro. Addiction 1994;89(6):689-98.
- 89 Telles PR, Bastos FI, Guydish J, Inciardi JA, Surratt HL, Pearl M, Hearst N. Risk behavior and HIV seroprevalence among injecting drug users in Rio de Janeiro, Brasil. AIDS 1997;11(Suppl 1):35-42.
- 90 Lindenmeyer Guimaraes M, Bastos FI, Telles PR, Galvao-Castro B, Diaz RS, Bongertz V et. al. Retrovirus infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-infection with HTLV-I/II. J Clin Virol 2001;21:143-51.
- 91 Bastos FI, Lowndes CM, Derrico M, Castello-Branco, Linhares-de-Carvalho, Oelemann W et. al. Sexual behavior and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centers in Rio de Janeiro, Brazil. Int J STD AIDS 2000;11:383-92.
- 92 Teixeira W, Proietti FA, Carneiro-Proietti AB, Mingoti SA, Doneda D, Gandolfi D et. al. The Dynamics of the Human Immunodeficiency Virus Epidemic in the South of Brazil.: Increasing Role of Injection Drug Users. Clin Infec Dis 2003;37(Suppl 5):376-81.
- 93 Osti NM, Pestaña de Castro AF, Costallat L. Human Immunodeficiency Virus Seroprevalence among inmates of the Penitentiary Complex of the Region of Campinas, State of Sao Paulo, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz 1999;94(4):479-83.
- 94 Corrêa B, Toledo R, Carneiro-Proeti AB. Prevalence of HIV-1/2, HTLV-I/II, hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV), Treponema Pallidum and Tripanosoma cruzi among prison inmates at Manhuaçu, Minas Gerais State, Brazil. Rev Soc Bras Med Trop 2000;33(1):27-30.
- 95 Shiang SL, Rehder JC, Fadel MK, Chinelatto MJ, Gonzales M, da Costa E. Malária em usuários de drogas de administração endovenosa asosociada à soropositividade para VIH. Rev Saúde Publica 1991;25:17-22.
- 96 Ministerio de Saúde. Boletín Epidemiológico AIDS. Abril a dezembro 2002. Disponible en <http://www.aids.gov.br/> Acceso 20-12-2003
- 97 OPS. OMS. Vigilancia del SIDA en las Américas. Informe bianual. Borrador para revisión. Diciembre 2001 . Disponible en http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/final_boletin_dic01.pdf Acceso 05-06-2002

- 98 Mejía IE, Pérez A. WHO phase II IDU multi-city study: Rapid assesment on HIV/Hepatitis B/Hepatitis C risk among injecting drug users in Bogotá, Colombia. Libro de Resúmenes de la XIV Conferencia Internacional de SIDA; 2002 Jul 7-12; Barcelona, España. Resumen ThPeE7871.
- 99 ONUSIDA. Situación Nacional de la Epidemia del VIH y del Sida en Colombia 1983-1999. Disponible en <http://www.onusida.org.co/situacionnacional.htm> Acceso el 15-12-03.
- 100 Veeken H. Lurigancho prison: Lima's "high school" for criminality. BMJ 2000;320:173-5.
- 101 Ministerio de Salud de Perú. Situación sobre el VIH/SIDA Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Diciembre 2003. Disponible en <http://www.oge.sld.pe/vih/boletin%20vihsida.htm> Acceso 20-12-2003.
- 102 Gómez MA. Fernández DM. Otero JF, Miranda S, Hunter R. The shape of the HIV/AIDS epidemic in Puerto Rico. Rev Panam Salud Pública 2000;7:377-83.
- 103 Uribe P, Magis C. Editores. La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas. México DF: Secretaría de Salud. Consejo Nacional para la Prevención y Control de SIDA; 2000. Disponible en <http://www.ssa.gob.mx/unidades/conasida/otraspub/espa.htm> Acceso 12-02-2002.
- 104 Ruiz DJ, Facer M, Ritieni A, Sheppard H, López Y, Hart S et. al. HIV prevalence and risk behaviors among young latino MSM in San Diego, California and Tijuana. México. Libro de Resúmenes de la XIV Conferencia Internacional de SIDA; 2002 Jul 7-12; Barcelona, España. Resumen MoPeC3441.
- 105 Jarlais DC, Friedman SR, Perlis T, Chapman TF, Sotharan JL, Paone D et. al. Risk behavior and HIV infection among new drug injectors in the era of AIDS in New York City. J Acq Immune Def Synd Human Retrov 1999;20:67-72.
- 106 Garfein RS, Vlahov D, Galai N, Doherty MC, Nelson KE. Viral infections in short-term injection drug users: the prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, HIV, human T-lymphotrophic viruses. Am J Public Health 1996;86:655-61.
- 107 Valente TW, Vlahov D. Selective Risk Taking Among Needle Exchange Participants: Implications for Supplemental Interventions. Am J Public Health 2001;91:406-11.
- 108 Des Jarlais, Perlis T, Friedman SR, Chapman T, Kwok J, Rockell R et. al. Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: injection drug users in New York city, 1990-1997. Am J Public Health 2000;90:1112-6.
- 109 CDC. Diagnoses Among Injection Drug Users in States with HIV Surveillance-25 States, 1994-2000. MMWR 2003;52(27):634-6. Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5227a2.htm> Acceso 12-12-2003.
- 110 Centres for Infectious Disease Prevention and Control. Bureau of HIV/AIDS, STD and TB Update Series. HIV/AIDS Among Injecting Drug Users in Canadá. HIV/AIDS Epi Update; May 2001. Disponible en http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aeipi/hiv-vih/idus_e.html Acceso 01-06-2002.

- 111 Centres for Infectious Disease Prevention and Control. Bureau of HIV/AIDS, STD and TB Update Series. Risk Behaviours Among Injecting Drug Users in Canadá. HIV/AIDS Epi Update; May 2001.
Disponible en http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah/epi/drugr_e.html Acceso 01-06-2002.
- 112 Bruneau J, Lamothe F, Soto J, Lachance N, Vincelette J, Vassal A et. al. Sex-specific determinants of HIV infection among injection drug users in Montreal. CMAJ 2001;164(6):767-73.
- 113 Minister of Public Works and Government Services Canada. HIV/AIDS Epi Updates. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services; 2003.
Disponible en http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/epiu-aepi/hiv-vih/pdf/epiact_0403_e.pdf Acceso 12-12-2003.
- 114 Patrick DM, Tyndall MW, Cornelisse PGA, Li K, Sherlock CH, Rekart ML et. al. Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection. CMAJ 2001;165(7):889-95.
- 115 Bravo MJ, Ortiz A, Galván J, Barrio A, De la Fuente L. ¿Estamos estudiando adecuadamente las prácticas de inyección de drogas que implican riesgo de transmisión de enfermedades por vía parenteral? Rev Esp Salud Pública 1998;72:289-301.
- 116 Neaigus A, Friedman S, Curtis R, Des Jarlais DC, Furst RT, Jose B et. al. The relevance of drug injectors' social and risk network for understanding and preventing HIV infection. Soc Sci Med 1994;38:67-78.
- 117 Trotter RT, Bown AM, Potter J Jr. Network models for HIV Outreach and Prevention Programs for Drug Users. En: Needle R, Genser S, Trotter II RT, edirtors. Social Networks, Drug Abuse, and HIV transmission. NIDA Res Monogr. 151. Rockville: DHHS Publication; 1995:144-180.
Disponible en <http://165.112.78.61/pdf/monographs/151.pdf> Acceso 16-02-2002.
- 118 Friedman SR, Des Jarlais DC, Ward TP: Social Models for changing health-relevant behavior. En: Diclemente R, Peterson J, editors. Preventing AIDS. Theories and Methods of Behavioral Interventions. New York: Plenun Press;1994:95-116.
- 119 Leshner AI. Addiction in is Brain Disease and it Matters. Science 1997;278:45-6.
- 120 Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J. Severity of heroin dependence and HIV risk II. Sharing injecting equipment. AIDS Care 1993;5:159-68.
- 121 Woody GE, Metzger D, Navaline H, Mcllan, O'Brien C. Psychiatric Symptoms, Risky Behavior and HIV infection. En: Simon I, Blaine JD, Genser S, MacNeill Horton A, editors. Treatment of Drug-Dependent Individuals With Comorbid Mental Disorders. NIDA Res Monogr 172. Rockville: DHHS Publication; 1997:156-70.
Disponible en http://www.nida.nih.gov/pdf/monographs/monograph172/110-129_Cournos.pdf Acceso 16-03-2002.

- 122 De la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ & The Spanish Group for the Study of the Route of Heroin Administration. The transition from injecting to heroin smoking in three Spanish cities. *Addiction* 1997;92:1733-44.
- 123 Hatsukami DK, Fischman MW. Crack Cocaine and Cocaine Hydrochloride. *JAMA* 1996;276:1580-8.
- 124 Des Jarlais DC, Casriel C, Friedman SR, Rosenblum A. AIDS and the transition to illicit drug injection -results of a randomized trial prevention program-. *Br J Addict* 1992;87(3):493-8.
- 125 Díaz A. Hoja, pasta, polvo y roca. Barcelona: Publicaciones de Antropología Cultural. Universitat Autònoma de Barcelona; 1998.
- 126 De la Fuente L. Tendencias temporales y geográficas de la vía de administración de la heroína en España [tesis doctoral]. Granada:Universidad de Granada; 1997.
- 127 Poshyachinda V. Drug injecting and HIV infection among the population of drug abusers in Asia. *Bull Narc* 1993;45(1):77-90.
- 128 De la Fuente, Bravo MJ, Lew Carola, Barrio G, Soriano V, Royuela L. Prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y de conductas de riesgo entre los consumidores de heroína de Barcelona, Madrid y Sevilla: un ejemplo de las ventajas de centrar los estudios en los consumidores y no sólo en los usuarios por vía intravenosa. *Med Clin (Barc)* 1999;113:646-51.
- 129 Irwin FL, Edlin BR, Faruque S, McCoy V, Word C, Serrano Y, Inciardi J, Bowser B, Holmberg SC. The Multicenter Crack Cocaine and HIV Infection Study Team. Crack cocaine smokers who turn to drug injection: characteristics, factors associated with injection, and implications for HIV transmission. *Drug Alcohol Depend* 1996;42:85-92.
- 130 Boto de los Bueis A, Pereira Vega, Sánchez Ramos JL, Maldonado Pérez JA, Ayerbe García R, García Jiménez D et. al. Bronchial hyperreactivity in patients who inhaled heroin mixed with cocaine vaporized on aluminum foil. *Chest* 2002;121(4):1223-30.
- 131 Hunt N, Stillwell G, Taylor C, Griffiths P. Evaluation of a brief intervention to prevent initiation into injecting. *Drugs: education, prevention and policy* 1998;5:185-94.
- 132 Langendam MW, van Brussel GHA, Coutinho RA, van Ameijden EJC. Methadone maintenance and cessation of injecting drug use: results from the Amsterdam Cohort Study. *Addiction* 2000;95:591-600.
- 133 Fennema JSA, van Ameijden EJC, van den Hoek, Coutinho RA. Young and recent-onset injecting drug users are at higher risk for HIV. *Addiction* 1997;92:11:1457-65.
- 134 Nicolosi A, Leite MLC, Musicco M, Molinari S, Lazzarin A. Parenteral and sexual transmission of Human Immunodeficiency virus in intravenous drug users: a study of seroconversion. *Am J Epidemiol* 1992;135:225-33.

- 135 van den Hoek JAR, van Haastrech HJA, Goudsmit J, de Wolf F, Coutinho RA. Prevalence, incidence, and risk factors of hepatitis C virus infection among drug users in Amsterdam. *J Infect Dis* 1990;162:823-6.
- 136 Friedman S, Friedman P, Telles P, Bastos F, Bueno R, Mesquita F et. al. New injectors and HIV-1 risk. En: Stimson G, des Jarlais D and Ball A, editors. *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: University College London; 1998:76-90.
- 137 Academy for Educational Development (AED) (funding provided by the CDC). HIV prevention among drug users. A Resource Book for Community Planners and Program Managers. AED; 1997. Disponible en <http://www.cdc.gov/idu/facts/HPDU.pdf> Acceso 15-02-2002.
- 138 Koester Stephen. The process of drug injection: applying ethnography to the study of HIV risk among IDUs. En: Rhodes T and Hartnoll R, editors. *AIDS, Drugs and Prevention. Perspectives on individual and community action*. London: Routledge; 1996:133-48.
- 139 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, Universidad del País Vasco. Programa de formación de formadores para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas. España: DGPNSD, MSC, UPV; 1999.
- 140 Thorpe LE, Oullet LJ, Hershow R, Bailey SL, Williams IT, Williamson, Monterroso ER et. al. Risk of Hepatitis C Virus Infection among Young Injection Drug Users Who Share Injection Equipment. *Am J Epidemiol* 2002;155(7):645-53.
- 141 Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, Rodríguez A, De la Fuente L, Márquez V. Are unhygienic injecting practices among drug users decreasing in Spain? Libro de Resúmenes de la XIV Conferencia Internacional de SIDA; 2002 Jul 7-12; Barcelona, España. Resumen WePeC6216.
- 142 Gamella JF. Las rutinas del Yonqui: un modelo cognitivo de la vida diaria de los heroinómanos españoles. Libro de Resúmenes y Ponencias de la 1ª Jornada Nacional sobre Programas de Intercambio de Jeringas; 1997 20 Jun; Madrid; 1997.
- 143 Trotter RT, Potter JM, Bown AM, Jiron D. Enfoque etnográfico y análisis de redes sociales para la creación de programas de prevención del uso de drogas y de VIH en usuarios activos. *Las adicciones hacia un enfoque multidisciplinario (México)* 1994:45-53.
- 144 Rhodes T, Myers T, Bueno R, Millson P, Hunter G. Drug injecting and sexual safety: cross-national comparisons among cocaine and opioid injectors. En: Stimson G, des Jarlais D, Ball A, editors. *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: University College London; 1998:130-48.
- 145 Van Epelen P, Kok G, Van Kestern NCM, Van den Borne B, Bos ARA, Schaalna HP. Effective methods to change sex-risk among drug users:a review of psychosocial interventions. *Soc Sci Med* 2003;57:1593-608.

- 146 Des Jarlais DC, Marmor M, Friedmann P, Titus S, Aviles E, Deren S et. al. HIV Incidence Among Injection Drug Users in New York City, 1992-1997: Evidence for a Declining Epidemic. *Am J Public Health* 2000;90:352-9.
- 147 Brogly SB, Bruneau J, Vincelette J, Lamothe F, Franco EL. Risk behavior change and HIV infection among injection drug users in Montreal. *AIDS* 2000;14(16):2575-82.
- 148 Des Jarlais DC, Friedman SR, Friedman P, Wenston J, Sotheran JL, Choopanya K et. al. HIV/AIDS related behavior change among injecting drug users in different national settings. *AIDS* 1995;9(6):611-7.
- 149 Goretti Pereira Fonseca M, Ayres Castilho E. Os casos de Aids ente Usuários de Drogas Injetáveis. Brasil 1980-1997. Boletim Epidemiológico de Aids, ano IX-º 07-Junho a Agosto de 1997 Disponible en <http://www.aids.gov.br/> Acceso 02-06-2002.
- 150 Royce RA, Sena A, Cates W Jr, Cohen MS. Sexual transmission of HIV. *N Engl J Med* 1997; 336(15):1072-8.
- 151 WHO. Women and HIV/AIDS. Fact Sheets nº 242 June 2000. Disponible en <http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html> Acceso 11-02-2002.
- 152 Bravo MJ, Barrio G, De la Fuente, Royuela L, Domingo L, Silva T. Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic. *Addiction* 2003;98:749-60.
- 153 Osimani ML, Scarlatta L, editors. "Sida y drogas, Investigación y Dilemas en la Construcción de la Agenda Pública". Cuarta Parte "Investigación Cualitativa con UDI" Patron de Género. Uruguay: Programa Nacional de Sida, Ministerio de Salud Pública e Instituto IDES; 2001.
- 154 McKeganey Neil, Friedman SR, Mesquita F. The social context of injectors' risk behaviour. En: Stimson G, des Jarlais D and Ball A, editors. *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: University College London; 1998:22-41.
- 155 Gollub EL. The Female Condom: Tool for Women's Empowerment. *Am J Public Health* 2000;90:1377-81.
- 156 CDC. HIV Partner Counseling and Referral Services. Guidance. DHHS; December 30, 1998. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/pcrs.pdf> Acceso 20-02-2002.
- 157 CDC. Advancing HIV Prevention: New Strategies for Changing Epidemic- United States, 2003. *MMWR* 2003;52(15):329-32. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/partners/ahp.htm> Acceso 20-02-2002.
- 158 Varghese B, Peterman TA, Holtgrave DR. Cost-effectiveness of counseling and testing and partner notification: a decision analysis. *AIDS* 1999;13:1745-51.
- 159 Levy JA, Fox SE. The outreach-assisted model of partner notification with IDUs. *Public Health Rep* 1998;113:160-9.

- 160 CDC. Notification of Syringe-Sharing and sex Partners of HIV Infected Persons - Pennsylvania, 1993-1994. MMWR 1995;44(11):202-4.
Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00036579.htm> Acceso 20-02-2002.
- 161 Academy for Educational Development's (AED). A Comprehensive Approach. Preventing Blood-Borne Infections Among Injection Drug Users. AED; 2000.
Disponible en <http://www.cdc.gov/idu/pubs/ca/comprehensive-approach.htm> Acceso 10-02-2002.
- 162 Booth RE, Watters JK, Chitwood DD. HIV risk-related sex behaviours among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. Am J Public Health 1993;83:1144-8.
- 163 Booth RE, Kwiatkowski CF, Chitwood DD. Sex related HIV risk behaviors: differential risk among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. Drug Alcohol Depend 2000;58:219-26.
- 164 Kral AH, Bluthenthal RN, Lorvick J, Gee L, Bacchetti, Edlin BR. Sexual transmission of HIV-1 among injection drug users in San Francisco, USA: risk-factor analysis. Lancet 2001;357:1397-401.
- 165 Strathdee SA, Galai N, Safaiean M, Celentano D, Vlahov D, Johnson L et. al. Sex differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users. A 10 year perspective. Arch Intern Med 2001;161:1281-8.
- 166 Lima ES, Friedman SR, Bastos FI, Telles PR, Friedman P, Ward TP et. al. Risk factors for HIV-1 seroprevalence among drug injectors in the cocaine-using environment of Rio de Janeiro. Addiction 1994;89(6):689-98.
- 167 Hudgins R, McCusker, Stoddard A. Cocaine use and risky injection and sexual behaviors. Drug Alcohol Depend 1995;37:7-14.
- 168 Friedman SR, Des Jarlais DC, Sterk CE. AIDS and the Social relations of Intravenous Drug Users. Millbank Q 1990;68:85-109.
- 169 Ferri C, Gossop M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among Brazilian sample. Addict Behav 1999;24(6):815-21.
- 170 Hoffman JA, Hugh K, Eber M, Crosby H. Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviors. Drug Alcohol Depend 2000;58:227-36.
- 171 O'Brien CP. Drug addiction and drug abuse. En: Goodman & Gilman's, editors. The pharmacological basis of therapeutics. New York: McGraw-Hill; 1996.
- 172 Advisory Council on the misuse of Drugs. AIDS and Drugs Misuse: part one. London: Department of Health and Social Security; 1988.
- 173 WHO. The Rapid Assessment and Response guide on injecting drug use (IDU-RAR) Stimson GV, Fitch C, Rhodes T, editors. Geneva: WHO; 1998.
Disponible en http://www.who.int/substance_abuse/publications/epidemiology/en/ Acceso 19-12-2003.

- 174 Des Jarlais DC. Harm reduction -A Framework for incorporating science into drug policy. *Am J Public Health* 1995;85(1):10-2.
- 175 Ball A. Overview: Policies and Interventions to Stem HIV-1 epidemics associated with Injecting Drug Use. En: Stimson G, des Jarlais D and Ball A, editors. *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: University College London; 1998:201-32.
- 176 NIDA, NIH. The NIDA Community-Based Outreach Model. Manual to Reduce the Risk of HIV and Other Blood-Borne Infections in Drug Users. Rockville: NIH; 2000. Publication number 00-4812.
Disponible en <http://165.112.78.61/CBOM/Manual.pdf> Acceso 18-01-2002.
- 177 Des Jarlais DC. Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users. *AIDS* 2000;14(Suppl 1):41-6.
- 178 Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SH, Duchin J, Alexander R. Sharing of Drug Preparation Equipment as Risk Factor for Hepatitis C. *Am J Public Health* 2001;91:42-6.
- 179 Loxley W. Doing the possible: harm reduction, injecting drug use and blood borne viral infections in Australia. *Int J Drug Policy* 2000 Dec;11(6):407-16.
- 180 Vlahov D, Safaen M, Shenghan L, Strathdee SA, Johnson L, Sterling T, Celentano DD. Sexual and drug risk-related behaviours after initiating highly active antiretroviral therapy among injection drug users. *AIDS* 2001;15:2311-6.
- 181 OPS 128ª Sesión del Comité Ejecutivo, Washington DC EE.UU., 25-29 de junio de 2001-08-07.
- 182 CDC. HRSA. NIDA. SAMHSA. HIV Prevention Bulletin: Medical Advice for persons who inject illicit drugs. Washington: Centres for Disease Control and Prevention, Health Resources and Services Administration, National Institute on Drug Abuse, Substance and Mental Health Services Administration; May 1997.
Disponible en http://www.cdc.gov/idu/pubs/hiv_prev.htm Acceso 17-02-2002.
- 183 Merson MH, Dayton JM, O'Reilly K. Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. *AIDS* 2000;14(Suppl 2):68-84.
- 184 Hartnoll R, Dagmar Hedrich. AIDS prevention and drug policy: dilemmas in the local environment. En: Rhodes T and Hartnoll R, editors. *AIDS, Drugs and Prevention. Perspectives on individual and community action*. London: Routledge; 1996:42-65.
- 185 UNAIDS, CDC, USAID, OMS-OPS. Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH la vigilancia de la infección 2001.
Disponible en http://www.unaids.org/EN/resources/epidemiology/epi_recent_publications/testingtechnologies2001.asp Acceso 01-06-2002.

- 186 ONUSIDA, OPS, OMS. Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio. Ginebra: ONUSIDA; 2000.
Disponible en <http://www.unaids.org/en/default.asp> <http://www.unaids.org/en/default.asp>
Acceso 01-06-2003.
- 187 UNAIDS. Guidelines on construction of core indicators. Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. UNGASS. Geneva: UNAIDS; 2003
Disponible en <http://www.who.int/hiv/strategic/me/ungass/en/> Acceso 12-12-2003.
- 188 ONUSIDA. Programas Nacionales de Sida. Guía para el monitoreo y la evaluación. Ginebra: ONUSIDA; 2000.
Disponible en http://www.hiv-lac-eipinet.org/media/files/AIDS_guide_fin.pdf Acceso 12-12-2003.
- 189 Des Jarlais DC, Dehne K, Casabona J. HIV surveillance among injecting drug users. AIDS 2001;15(supl 3):13-22.
- 190 FHI, IMPACT, USAID, DFID. Encuestas de vigilancia del comportamiento. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones de riesgo al VIH. Arlington: Family Health International; 2000.
- 191 McElrath, Chitwood DD, Griffin DK, Comerford M. The Consistency of Self-Reported HIV Risk Behavior among Injection Drug Users. Am J Public Health 1994;84:1965-70.
- 192 McCusker, Stoddard AM, McCarthy E. The validity of Self-reported HIV antibody Test Results. Am J Public Health 1992;82:567-9.
- 193 Lurie P, Ducker E. An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA. Lancet 1997;349:604-8.
- 194 Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Guía para la puesta en marcha de programas de intercambio de jeringas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1996.
- 195 Moatti JP, Vlahov D, Feroni I, Perrin V, Obadia Y. Multiple Access to Sterile Syringes for Injection Drug Users: Vending Machines, Needle Exchange Programs and Legal Pharmacy Sales in Marseille, France. Eur Addict Res 2001;7:40-5.
- 196 Centre d'estudies epidemiològics sobre la SIDA de Catalunya (CESCAT). Implementación de los Programas de Intercambio de Jeringas en los países del Sur de Europa. PESESUD. (Informe final a la Comisión de la Unión Europea. Convenio nº SOC 200427 05f02). Barcelona: CEES-CAT; 2000 (Sin publicar).
Información en:
http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/drug/drug_project_1998_full_en.htm
- 197 Wodak A. Needle exchange and bleach distribution programmes: The Australian experience. The International Journal of Addiction 1995;6:46-57.

- 198 Generalitat de Catalunya. Consell de Collegis Farmacèutics de Catalunya. Libro blanco para la integración de las actividades preventivas en la oficina de farmacia. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1998.
- 199 Menoyo C, Zubia I, Urzelai A, Zulaika D. El kit antisida y otras experiencias de prevención en el Estado Español. JANO 1994;46:59-67.
- 200 Sheridan J, Strang J, Barber N, Glanz A. Role of community pharmacies in relation to HIV prevention and drug misuse: findings from the 1995 national survey in England and Wales. BMJ 1996;313:272-4.
- 201 Valente TW, Foreman RK, Junge B, Vlahov D. Satellite Exchange in the Baltimore Needle Exchange Program. Public Health Report 1998;113(Suppl 1):90-6.
- 202 Schoenbaum EE, Hartel DM, Gourevitch MN. Needle exchange use among a cohort of injecting drug users. AIDS 1996;10:1729-34.
- 203 Salomon N, Perlman DC, Friedmann P, Perkins M, Ziluck V, Des Jarlais DC et. al. Knowledge of Tuberculosis Among Drug Users. Relationship to Return Rates for Tuberculosis Screening at a Syringe Exchange. J Subt Abuse Treatment 1999;16:229-35.
- 204 Millar T, Munslow G. Can syringe exchange schemes vaccinate injecting drug users for hepatitis B? Programme and Abstract Book. 11 th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm; 2000 April 9-13; Jersey, Channel Islands, British Isles.p.118.
- 205 Drucker E, Lurie P, Wodak A, Alcibes P. Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on ecology of HIV. AIDS 1998;(Suppl A): 217-30.
- 206 Gibson DR, Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. AIDS 2001;15:1329-41.
- 207 Kaplan EH, Khoshnood K, Heimer R. A decline in HIV infected needles returned to New Haven's Needle Exchange Programme: Client Shift of needle exchange? Am J Public Health 1994;84:1991-4.
- 208 Kaplan EH, Heimer R. A circulation theory of needle exchange. AIDS 1994;8:567-74.
- 209 Kaplan EH, Heimer R. HIV incidence among needle exchange participants: estimates from syringe tracking and testing data. J Acquir Immune Defic Syndr 1994;7:182-9.
- 210 Merson MH, Dayton JM, O'Reilly K. Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. AIDS 2000;14(Suppl 2):68-84.
- 211 Moss AR. "For God's Sake, Don't Show This Letter to the President ...". Am J Public Health 2000;90:1395-6.

- 212 Van Ameijden EJ, Coutinho RA. Large decline in injecting drug use in Amsterdam, 1986-1998: explanatory mechanisms and determinants of injecting transitions. *J Epidemiol Community Health* 2001;55(5):356-63.
- 213 Lurie P, Reingold A. The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad. Vol 1. San Francisco: Institute for Public Health Studies; 1993.
- 214 Marx MA, Crape B, Brookmeyer RS, Junge B, Latkin Carl, Vlahov D, Strathdee SA. Trends in crime and introduction of a needle exchange program. *Am J Public Health* 2000;90:1933-6.
- 215 Doherty MC, Junge B, Rathouz P, Garfein RS, Riley E, Vlahov D. The effect of a needle exchange Program on number of discarded needles: a 2-year follow-up. *Am J Public Health* 2000;90:936-9.
- 216 Junge B, Valente T, Latkin C, Riley E, Vlahov D. Syringe exchange not associated with social network formation: results from Baltimore. *AIDS* 2000;14:423-6.
- 217 Schechter MT, Strathdee SA, Cornelisse PGA, Currie S, Patrick DM, Rekart ML et. al. Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: an investigation of the Vancouver outbreak. *AIDS* 1999;13:F45-51.
- 218 Remis RS, Bruneau J, Hankins CA. Enough sterile syringes to prevent HIV transmission among injection drug users in Montreal? *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998;18(Supl 1):57-9.
- 219 Bastos FI, Strathdee SA. Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Soc Sci Med* 2000;51:1771-82.
- 220 Groseclose SL, Weinstein B, Jones TS, Valleroy LA, Fehrs LJ, Kassler WJ. Impact of increased legal access to needles and syringes on practices of injecting-drug users and police officers-Connecticut, 1992-1993. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1995;10(1):82-9.
- 221 Hagan H, Des Jarlais DC, Friedman SR et. al. Reduced risk of hepatitis B and C among participants in a syringe exchange program. *Am J Public Health* 1995;85:1531-7.
- 222 Hagan H, McGough JP, Thiede H, Weiss NS, Hopkins S, Alexander ER. Syringe exchange and risk of infection with hepatitis B and C viruses. *Am J Epidemiology* 1999;49:203-13.
- 223 Hagan H, Thiede H, Weiss NS, Hopkins SG, Duchin JS, Alexander ER. Sharing of Drug Preparation Equipment as Risk Factor for Hepatitis C. *Am J Public Health* 2001;91:42-6.
- 224 Stark K, Müller R, Bienzle U, Guggenmoos-Holzmann. Frontloading: a risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug users in Berlin. *AIDS* 1996;10:311-7.
- 225 Murray JM, Matthew GL, Gao Z, Kaldor JM. The impact of behavioral changes of human immunodeficiency virus and hepatitis C among injecting drug users. *Int J Epidemiol* 2003;32:708-14.

- 226 CDC, Center for Substance Abuse Treatment, National Institute on Drug Abuse. HIV AIDS prevention bulletin. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC; April 19, 1993.
- 227 Shapshak P, McCoy CB, Rivers UE, Chitwood DD, Mash DC, Weatherby NL. Inactivation of Human Immunodeficiency Virus-1 at Short Time Intervals Using Undiluted Bleach. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1993;6:218-9.
- 228 Gleghorn AA, Doherty MC, Vlahov D, Celentano DD, Jones TS. Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994;7(7):767-72.
- 229 Titus S, Marmor M, Des Jarlais D, Kim M, Wolfe H, Beatrice S. Bleach use and HIV seroconversion among New York City injection drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1994;7(7):700-4.
- 230 Carlson RG, Wang J, Siegal HA, Falck RS. A preliminary evaluation of a modified needle-cleaning intervention using bleach among injection drug users. *Educ Prev* 1998;10(6):523-32.
- 231 Kapadia f, Vlahov D, Des Jarlais DC, Strathdee SA, Ouellet L, Kerndt P et. al. Does Bleach Disinfection of Syringes Protect Against Hepatitis C Infection Among Young Adult Injection Drug Users ? *Epidemiology* 2002;13(6):738-41.
- 232 Siegel JE, Weinstein MC, Fineberg HV. Bleach programs for preventing AIDS among IV drug users: modeling the impact of HIV prevalence. *Am J Public Health* 1991;81:1273-9.
- 233 ONUSIDA. Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias. Una visión global de las ventajas y dificultades. Ginebra: ONUSIDA; 2002.
Disponible en <http://www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/JC580-VCT-E.pdf>
Acceso 21-04-2002.
- 234 Des Jarlais D, Perlis T, Friedman S. The roles of syringe exchange and HIV counselling and testing in the declining HIV epidemic among IDUs in New York City. Libro de Resúmenes de la VI Conferencia Internacional sobre el SIDA; 2000; Durban, Sudáfrica. Resumen D1124.
- 235 Ompad DC, Fuller CM, Vlahov D, Thomas D, Strathdee SA. Lack of behavior change after disclosure of Hepatitis C virus infection among young injection drug users in Baltimore, Maryland. *Clin Infect Dis* 2002;35(7):783-8.
- 236 WHO. The importance of simple/rapid assays in HIV testing. WHO/UNAIDS Recommendations. *Wkly Epidemiol Rec* 1998;42:321-6.
Disponible en <http://www.who.int/wer/pdf/1998/wer7342.pdf> Acceso 21-02-2002.
- 237 Branson BM. Point of Care Rapid Tests for HIV Antibodies. *J Lab Med* 2003;27(7/8):288-95.
- 238 Weissenbacher M, Martínez Peralta L, Rossi D, Vila M, Sosa Estani S, Radulich G et. al. Participación y acceso de usuarios de drogas inyectables (UDI) a la información. Libro de Resúmenes del V Congreso Argentino de sida; 2001; Mendoza, Argentina.p.86.

- 239 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Outreach Work Among Drug Users in Europe. Portugal: EMCDDA; 1999.
Disponible en:
http://www.fh-potsdam.de/~Sozwes/projekte/steffan/emcdda/outreach_exec_summary.pdf
Acceso 21-02-2002.
- 240 Stimson GV, Eaton G, Rhodes T, Power R. Potential development of community oriented HIV outreach among drug injectors in the UK. *Addiction* 1994;89:1601-11.
- 241 Rhodes T, Holland J, Harnoll R, Johnson A. HIV Outreach Health Education: National and International Perspectives. Summary Report to the Department of Health. London: Drug Indicators Project. University of London; 1991.
- 242 Neaigus A. The Network Approach and Interventions to Prevent HIV Among Injecting Drug Users. *Public Health Rep* 1998;113(Suppl I):140-50.
- 243 Huges P. Behind the wall of Respect: Community Experiments in Heroin Addiction Control. Chicago: University of Chicago Press; 1977.
- 244 Krieger J, Collier C, Song L, Martin D. Linking community-based blood pressure measurement to clinical care: a randomized controlled trial of outreach and tracking by community health workers. *Am J Public Health* 1999;89:856-61.
- 245 Rhodes T. Individual and community action in HIV prevention: an introduction. En: Rhodes T and Hartnoll R, editors. *AIDS, Drugs and Prevention. Perspectives on individual and community action*. London: Routledge;1996:1-9.
- 246 McDonald J, Roche AM, Durbridge M, Skimmer N. *Peer Education: From Evidence to Practice*. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction; 2003.
Disponible en <http://www.nceta.flinders.edu.au/peer-education-monograph.htm> Acceso 10-12-2003.
- 247 National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement February 11-13, 1997. Interventions to Prevent HIV Risk Behaviors. *AIDS* 2000;14(Supl 2):85-96.
- 248 Gibson DR, McCusker, Chesney M. Effectiveness of psychosocial interventions in preventing HIV risk behavior in injecting drug users. *AIDS* 1998;12:919-29.
- 249 Gibson DR, Flynn NM, McCarthy JJ. Effectiveness of methadone treatment in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS* 1999;13:1807-18.
- 250 Celentano DD, Muñoz A, Cohn S, Vlahov D. Dynamics of behavioral risk factors of HIV/AIDS: a 6 year prospective study of injection drug users. *Drug Alcohol Depend* 2001;61:315-22.
- 251 Friedman SR, Jose B, Neaigus A, Goldstein M, Curtis R, Ildefonso G et. al. Consistent condom use in relationships between seropositive injecting drug users and sex partners who do not inject drugs. *AIDS* 1994;8(3):357-61.

- 252 Turner AN, Ellertson C, Thomas S, García S. Diagnosis and treatment of presumed STIs at Mexican pharmacies: survey results from a random sample of Mexico City pharmacy attendants. *Sex Transm Infect* 2003;79:224-8.
- 253 OPS. OMS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Actas de la reunión sobre Promoción de la Salud Sexual; Antigua, Guatemala; 2000.
Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCA/salud_sexual.pdf Acceso 20-06-2003.
- 254 Grosskurth H, Mosha F, Todd J, Mwijarubi E, Klokke A, Senkoro K, Mayaud P, Changalucha J, Nicoll A, Ka-Gina G et. al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet* 1995; 346(8974):530-6.
- 255 WHO. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. Geneva: WHO;1991.
Disponible en http://www.who.int/docstore/hiv/STIManagementguidelines/who_hiv_aids_2001.01.pdf Acceso 25-06-2002.
- 256 National Institute on Drug Abuse (NIDA) Principles of drug addiction treatment: a research-based guide. Rockville: NIDA; 1999 NIH Publication N° 99-4180.
Disponible en <http://165.112.78.61/PODAT/PODATindex.html> Acceso 15-02-2002.
- 257 Joseph H, Stancliff S, Langrod J. Methadone Maintenance Treatment (MMT). A review of historical and clinical Issues. *Mt Sinai J Med* 2000;67:347-64.
- 258 Hartel DM, Schoenbaum EE. Methadone Treatment Protects against HIV infection: two decades of experience in the Bronx, New York City. *Public Health Rep* 1998;113(Supl I):107-15.
- 259 Farrell M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, Des Jarlais DC et. al. Methadone maintenance treatment in opiate dependence: a review. *BMJ* 1994;309:997-1001.
- 260 Torrens M, Domingo-Salvany A, Alonso J, Castillo C, San L. Methadone and quality of life. *Lancet* 1999 Mar 27;353(9158):1101.
- 261 D'Aunno T, Vaughn TE. Variations in Methadone Treatment Practices. Results from a National Study. *JAMA* 1992;267:253-8.
- 262 Gossop M, Grant M. A 6-country survey of the content and structure of heroin treatment programmes using methadone. *Br J Addict* 1991;86:1151-60.
- 263 Domingo-Salvany A, Pérez K, Torrens M, Bravo MJ, Antó JM, Alonso J. Methadone treatment in Spain 1994. *Drug Alcohol Depend* 1999;56:61-6.
- 264 Hartel DM, Schoenbaum EE, Selwyn PA. Patterns of heroin, cocaine and speedball injection among Bronx (USA) methadone maintenance patients: 1978-1988. *Addict Res* 1996;3:323-40.
- 265 Torrens M, Castillo C, Pérez-Solá V. Retention in a low-threshold methadone maintenance program. *Drug Alcohol Depend* 1996;41:55-9.
- 266 Silva de Lima M, García de Oliveira B, Pereira AA, Farrel M. Pharmacological treatment of cocaine dependence: a systematic review. *Addiction* 2002;97:931-49.

- 267 Sorensen JL, Copeland AL. Drug abuse treatment as an HIV prevention strategy: a review. *Drug Alcohol Depend* 2000;59(1):17-31.
- 268 Metzger DS, Navaline H, Woody GE. Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Report* 1998;113:97-103.
- 269 Woods WJ, Guydish JR, Sorensen JL, Coutts A, Bostrom A, Acampora A. Changes in HIV related risk behaviors following drug abuse treatment. *AIDS* 1999;13:2151-5.
- 270 Gottheil E, Lundy A, Winstein SP, Sterling RC. Does intensive outpatient cocaine treatment reduce AIDS risky behaviors? *J Addict Dis* 1998;17:61-9.
- 271 NIH Consensus Conference. Effective Medical Treatment of Opiate Addiction. *JAMA* 1998;280:1936-43.
- 272 Ball JC, Ross A. The effectiveness of methadone maintenance treatment: patients, programs, services and outcomes. New York: Springer-Verlag; 1991.
- 273 Strain EC, Bigelow GE, Liebson IA, Stitzer L. Moderate vs high-dose methadone in the treatment of opioid dependence. *JAMA* 1999;281:1000-5.
- 274 Ward J, Hall W, Mattick RP. Role of maintenance treatment in opioid dependence. *Lancet* 1999;353:221-6.
- 275 Dolan K, Wodak A, Penny R. AIDS behind bars: preventing HIV spread among incarcerated drug injectors. *AIDS* 1995;9:825-32.
- 276 Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Silveira AS, Takey K, Yamamoto YI et. al. Seroprevalence of HIV, HCV and syphilis in Brazilian prisoners: preponderance of parenteral transmission. *Eur J Epidemiol* 1999;15(5):439-45.
- 277 Nelles J, Fuhrer A, Hirsbrunner HP, Harding TW. Provision of syringes: the cutting edge of harm reduction in prison? *BMJ* 1998;317:270-3.
- 278 Gill O, Noone A, Heptonstall J. Imprisonment, injecting drug use, and bloodborne viruses. *BMJ* 1995;310:275-6.
- 279 Crofts N, Stewart T, Hearne PP, Xin Yi Ping, Breschkin AM, Locarnini SS. Spread of bloodborne viruses among Australian prison entrants *BMJ* 1995;310:285-8.
- 280 Inciardi JA. HIV Risk Reduction and Service Delivery Strategies in Criminal Justice Settings. *J Subst Abuse Treat* 1996;13:421-8.
- 281 Wolfe MI, Patel P, O'Cain M, Schillinger JA, St Lois ME, Finelli L. An Outbreak of Syphilis in Alabama Prisons: Correctional Health Policy and Communicable Disease Control. *Am J Public Health* 2001;91:1220-5..

- 282 Taylor A, Goldberg D, Emslie J, Wrench J, Gruer L, Cameron S et. al. Outbreak of HIV infection in a Scottish prison. *BMJ* 1995;310:289-92
- 283 Burattini MN, Massad E, Rozman M, Azevedo RS, Carvalho. Correlação entre HIV e HCV em prisioneiros brasileiros: evidencia de transmissao parenteral no encarceramento. *Rev Saúde Pública* 2000;34:431-6.
- 284 Bichard K. Inmates in Irish prisons face drug abuse and disease. *The Lancet* 1999;354:735.
- 285 Coninx R, Maher DD, Reyes H, Grzemska M. Tuberculosis in prisons in countries with high prevalence. *BMJ* 2000;320:440-2.
- 286 OMS. Comité Internacional de la Cruz Roja. Directrices para el control de la tuberculosis en prisiones. Ginebra: OMS. Comité Internacional de la Cruz Roja; 1998.
- 287 CDC. HIV Prevention Through Early Detection and Treatment of Other Sexually Transmitted Diseases. United States. Recommendations of the Advisory Committee of HIV and STD Prevention. *MMWR* 1998;47(RR12):1-24.
Disponibile en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00054174.htm> Acceso 25-05-2002.
- 288 Bauserman RL, Ward M, Eldred L, Swetz A. Increasing Voluntary Testing by Offering Oral Test in Incarcerated Population. *Am J Public Health* 2001;91:1226-9.
- 289 Bird AG, Gore SM, Hutchinson SJ, Lewis SC, Cameron S, Burns S. Harm Reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing: results of a cross sectional anonymous questionnaire survey. *BMJ* 1997;315:21-4.
- 290 Rotily M, Vernay-Vaisse C, Bourlière M. Three quarters of one French prison population needed immunisation against hepatitis B. *BMJ* 1997;315:61.
- 291 Fiorotti W, Debona MJ, Hoffmann RCS, Gama LV. STD/AIDS prevention and assistance in the prisons in Espirito Santo State, Brazil. Libro de Resúmenes de la XIV Conferencia Internacional de SIDA; 2002 Jul 7-12; Barcelona, España. Resumen TuPeF5445.
- 292 Trinchieri NA, Lodónaco M, Coronel E, Michelli S, Inchaurreaga M. Harm reduction in prisons in Argentina. The experiences in Rosario female and male prisons. Libro de Resúmenes de la XIV Conferencia Internacional de SIDA; 2002 Jul 7-12; Barcelona, España. Resumen F11880.
- 293 Huges RA. Drug injectors and the cleaning of needles and syringes. *Eur Addict Res* 2000;6:20-30.
- 294 Vlahov D, Astemborski J, Solomon L, Nelson KE. Field effectiveness of needle disinfection among injecting drug users. *J Acquir Immune Defici Syndr* 1994;7:760-6.
- 295 Ministerio de Sanidad, Gobierno Vasco, Ministerio del Interior. El programa de intercambio de jeringuillas en la prisión de Basauri: dos años de experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Gobierno Vasco, Ministerio del Interior; 1999.
Disponibile en http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm Acceso 24-05-2002.

- 296 Menoyo C, Suárez M, López Blanco JA and the Working group on needle exchange programmes in prison. Needle exchange programmes in prisons are feasible. Libro de Resúmenes de la XIV Conferencia Internacional de SIDA; 2002 Jul 7-12; Barcelona, España. Resumen TuPeF5395.
- 297 Ministerio del Interior, Ministerio de Sanidad y Consumo. Elementos clave para la implantación de programas de intercambio de jeringuillas en prisión. Serie prevención nº 4. Madrid; Ministerio del Interior, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
Disponible en http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm. Acceso 24-05-2002.
- 298 Villanueva MG. Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pamplona. Rev Esp Sanid Penit 2002;4:18-23.
Disponible en <http://www.sesp.es/sesp/html/public/revSesp/pdfsesp/rev11/sp03.pdf> Acceso 20-10-2002
- 299 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Memoria del Plan Nacional sobre Drogas, año 2000. Madrid: Ministerio del Interior; 2001.
- 300 Leukefeld CG, Tims FM, editores. Drug Abuse Treatment in Prisons and Jails. NIDA Res Monogr 118. Rockville: DHHS Publication (number 92-1884);1995.
Disponible en <http://165.112.78.61/pdf/monographs/118.pdf> Acceso 15-01-2002.
- 301 Byrne A, Dolan K. Methadone treatment is widely accepted in prisons in New South Wales. BMJ 1998;316:1744.
- 302 Huriwai T. Innovative alcohol-and drug-user treatment of inmates in New Zealand prisons. Subst Use Misuse 2002;37(8-10):1035-45.
- 303 CDC. Revised Recommendations for HIV Screening of Pregnant Women. MMWR. Recommendations and Reports. November 9, 2001 50(RR 19);59-86.
Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a2.htm> Acceso 14-02-2002.
- 304 CDC. Successful Implementation of Perinatal HIV Prevention Guidelines. MMWR. Recommendations and Reports. May 11, 2001 59 (RR 06);17-28.
Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5006a2.htm> Acceso 14-02-2002.
- 305 Khater Filho J, Maerawi El, Sánchez WC, Sarmiento CG, Findlay RBB. Implementation of the strategy about Vertical Transmission Prevention of Sao Vicente City (Brasil). Libro de Resúmenes de la XIV Conferencia Internacional de SIDA; 2002 Jul 7-12; Barcelona, España. Resumen F11968.
- 306 Bastos FI, Derrico M, Veloso VG, Nielsen K, Morgado MG, Pilotto JH, et. al. Risk factors for HIV among late-presenting pregnant women in Porto Alegre (POA), southern, and Rio de Janeiro (RJ), southeastern Brasil. Libro de Resúmenes de la XIV Conferencia Internacional de SIDA; 2002 Jul 7-12; Barcelona, España. Resumen WePeC6090.
- 307 CDC. Recommendations of the Immunisation Practices Advisory Committee Prevention of Perinatal Transmission of Hepatitis B Virus: Prenatal Screening of all Pregnant Women for Hepatitis B Surface Antigen. MMWR. June 10, 1988; 37(22);341-6.
Disponible en <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00000036.htm> Acceso 14-02-2002.

