

Sitios de cobertura alta

Prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en países en transición y en desarrollo

Estudios de caso

COLECCIÓN "PRÁCTICAS ÓPTIMAS" DEL ONUSIDA



ONUSIDA
PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA

ACNUR
UNICEF
PMA
PNUD
UNFPA
ONUDD
OIT
UNESCO
OMS
BANCO MUNDIAL

Fotografía de la cubierta: ONUSIDA

ONUSIDA/06.26S (versión española, septiembre de 2006)

Versión original inglesa, UNAIDS/06.26E, septiembre de 2006:

High Coverage Sites

HIV Prevention among Injecting Drug Users in Transitional and Developing Countries - Case Studies

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/ SIDA (ONUSIDA) 2006.

Reservados todos los derechos. Las publicaciones producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes de permiso para reproducir o traducir publicaciones del ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo electrónico (publicationpermissions@unaids.org).

El presente documento puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida en la presente publicación sea completa y correcta, y no se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que pudieran producirse como resultado de su utilización.

Catalogación por la Biblioteca de la OMS:

Burrows, Dave.

Sitios de cobertura alta : prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en países en transición y en desarrollo : estudios de caso.

Colección "Prácticas Óptimas" del ONUSIDA

"Este documento de Prácticas Óptimas ha sido preparado por Dave Burrows..." – Agradecimientos.

"ONUSIDA/06.26S".

1.Infecciones por VIH - prevención y control. 2.Abuso de sustancias por vía intravenosa - complicaciones. 3.Casos clínicos. 4.Países en desarrollo. I.ONUSIDA. II.Organización Mundial de la Salud. III.Serie.

ISBN 92 9 173533 7

(Clasificación NLM: WC 503.6)

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza
Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87
Dirección electrónica: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Sitios de cobertura alta

Prevención del VIH
entre consumidores
de drogas intravenosas
en países en transición
y en desarrollo

Estudios de caso

Agradecimientos

El ONUSIDA agradece a muchos colegas y amigos sus aportaciones a la preparación del presente informe, en especial las contribuciones y los comentarios de Anindya Chatterjee, Karl Dehne, Andrew Doupe, Christian Kroll y Celeste Maria Sandoval.

Este documento de Prácticas Óptimas ha sido preparado por Dave Burrows, del Grupo de Gestión de Proyectos sobre el SIDA.

Índice

Cuadros	5
Abreviaturas y terminología	6
Resumen de orientación	7
1. Introducción y métodos	15
Definiciones	16
2. Estudios de caso: Europa oriental	19
2.1 Soligorsk (Belarús)	19
2.1.1 Resumen	19
2.1.2 Consumo de drogas y situación del VIH	19
2.1.3 Historia	20
2.1.4 Características de los servicios	20
2.1.5 Cobertura	22
2.1.6 Mantener y ampliar la cobertura	24
2.1.7 Lecturas complementarias	24
2.2 Paskov (Federación de Rusia)	25
2.2.1 Resumen	25
2.2.2 Consumo de drogas y situación del VIH	25
2.2.3 Historia	26
2.2.4 Características de los servicios	27
2.2.5 Cobertura	28
2.2.6 Mantener y ampliar la cobertura	30
2.2.7 Lecturas complementarias	30
2.3 Sumy (Ucrania)	31
2.3.1 Resumen	31
2.3.2 Consumo de drogas y situación del VIH	31
2.3.3 Historia	32
2.3.4 Características de los servicios	33
2.3.5 Cobertura	35
2.3.6 Mantener y ampliar la cobertura	37
2.3.7 Lecturas complementarias	38

3. Estudios de caso: Asia	39
3.1 Dhaka (República Popular de Bangladesh)	39
3.1.1 Resumen	39
3.1.2 Consumo de drogas y situación del VIH	39
3.1.3 Historia	39
3.1.4 Características de los servicios	40
3.1.5 Cobertura	43
3.1.6 Mantener y ampliar la cobertura	43
3.1.7 Lecturas complementarias	43
3.2 Rajshahi (República Popular de Bangladesh)	44
3.2.1 Resumen	44
3.2.2 Consumo de drogas y situación del VIH	44
3.2.3 Historia	45
3.2.4 Características de los servicios	46
3.2.5 Cobertura	49
3.2.6 Mantener y ampliar la cobertura	50
3.2.7 Lecturas complementarias	51
3.3 Región Administrativa Especial de Hong Kong (República Popular de China)	52
3.3.1 Resumen	52
3.3.2 Consumo de drogas y situación del VIH	52
3.3.3 Historia	53
3.3.4 Características de los servicios	54
3.3.5 Cobertura	56
3.3.6 Mantener y ampliar la cobertura	57
3.3.7 Lecturas complementarias	58
4. Estudios de caso: América Latina	59
4.1 Salvador (Brasil)	59
4.1.1 Resumen	59
4.1.2 Consumo de drogas y situación del VIH	59
4.1.3 Historia	61
4.1.4 Características de los servicios	63
4.1.5 Cobertura	66
4.1.6 Mantener y ampliar la cobertura	67
4.1.7 Lecturas complementarias	67
5. Enseñanzas adquiridas: sitios de cobertura alta	69
5.1 Características comunes de los programas de cobertura alta	69
5.2 Desafíos para las intervenciones integrales relacionadas con el VIH	74
5.3 Seguimiento y estimación mínimos de la cobertura	76
5.4 Recomendaciones para futuras investigaciones	79

Lista de cuadros

Cuadro 1:	Soligorsk, servicios y productos suministrados	21
Cuadro 2:	Soligorsk, programa de intercambio de agujas y jeringas, enero 2000–diciembre 2002	22
Cuadro 3:	Soligorsk, contacto periódico	22
Cuadro 4:	Soligorsk, agujas distribuidas por cliente y mes	23
Cuadro 5:	Paskov, servicios y productos suministrados	28
Cuadro 6:	Paskov, programa de intercambio de agujas y jeringas, 1999–2002	28
Cuadro 7:	Paskov, contacto periódico	29
Cuadro 8:	Sumy, servicios y productos suministrados	35
Cuadro 9:	Sumy, programa de intercambio de agujas y jeringas, mayo 2000–diciembre 2002	35
Cuadro 10:	Distribución por edad de los clientes del programa de intercambio de agujas y jeringas, Sumy	36
Cuadro 11:	Sumy, contacto periódico	36
Cuadro 12:	Consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos en Dhaka	39
Cuadro 13:	Dhaka, servicios y productos suministrados	42
Cuadro 14:	Dhaka, programa de intercambio de agujas y jeringas, mayo 1998–diciembre 2002	43
Cuadro 15:	Rajshahi, servicios y productos suministrados	48
Cuadro 16:	Rajshahi, programa de intercambio de agujas y jeringas, julio 1999–diciembre 2002	48
Cuadro 17:	Programa APOSH, 1999–2002	48
Cuadro 18:	Rajshahi, contacto periódico	49
Cuadro 19:	RAE de Hong Kong, servicios y productos suministrados	56
Cuadro 20:	RAE de Hong Kong, cobertura	56
Cuadro 21:	Salvador, asesoramiento y pruebas del VIH	61
Cuadro 22:	Salvador, servicios y productos suministrados	65
Cuadro 23:	Programa CETAD 2002	65

Abreviaturas y terminología

ABAREDA	Asociación para la Reducción de Daños, Bahía, Salvador (Brasil)
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH
BODAR	Grupo de autoayuda para ex consumidores de drogas, Dhaka (Bangladesh)
CDI	Consumidores de drogas intravenosas
CETAD	Centro de Estudios y Terapia del Abuso de Drogas, Salvador (Brasil)
CIU	Código de identificación único
CRDA	Registro Central del Abuso de Drogas, Hong Kong (RP de China)
CREAIDS	Centro de Referencia Estatal del SIDA
DATC	Centros de Tratamiento de Toxicomanías, Hong Kong (RP de China)
DFID	Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido)
GUIN	Departamento de Prisiones (países de la antigua Unión Soviética)
HTLV	Virus linfotrópicos humanos de las células T
IBCM	Institución de Beneficencia Conceição Macedo
IEC	Información, educación, comunicación
ITS	Infección de transmisión sexual
OBC	Organización de base comunitaria
Oblast	Provincia (en países de la antigua Unión Soviética)
OBNON	Política en materia de drogas (países de la antigua Unión Soviética)
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PAJ	Programa de intercambio de agujas y jeringas
PROCHESTA	Grupo de autoayuda para consumidores de drogas, Dhaka (Bangladesh)
Rayon	Sector (países de la antigua Unión Soviética)
RRC	Centro Lazo Rojo, Hong Kong (RP de China)
SARDA	Sociedad para la Ayuda y Rehabilitación de Toxicómanos, Hong Kong (RP de China)
SHAKTI Project	Proyecto SHAKTI para Consumidores de Drogas Intravenosas (Bangladesh)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SMA	Servicios médicos auxiliares
UNGASS	Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Resumen de orientación

El ONUSIDA encargó el presente informe para investigar programas y sitios en países en desarrollo y en transición considerados por las autoridades internacionales “sitios de cobertura alta”, esto es, donde más del 50% de los consumidores de drogas intravenosas había sido contactado por una o más intervenciones para la prevención del VIH. Se estudiaron siete sitios en total, a saber: Soligorsk (Belarús); Paskov (Federación de Rusia); Sumy (Ucrania); Dhaka (Bangladesh); Rajshahi (Bangladesh); Región Administrativa Especial de Hong Kong (China), y Salvador (Brasil).

Cada estudio de caso incluye una descripción del desarrollo de los programas y las características de los servicios suministrados, una estimación de la cobertura del programa, los factores que condujeron a una cobertura alta y un análisis de las maneras de mantener y ampliar la cobertura.

La conclusión más importante es que las intervenciones relativas al VIH entre los consumidores de drogas intravenosas en los países en desarrollo y países en transición pueden proporcionar una cobertura alta. Por ejemplo, en los sitios estudiados, los programas de intercambio de agujas y jeringas y los programas de suministro de metadona llegaron a más del 50% de los consumidores de drogas intravenosas, y el tratamiento, atención y apoyo relativos al VIH para los consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos han alcanzado una cobertura alta en el Brasil y la Región Administrativa Especial (RAE) de Hong Kong, y pueden alcanzarla pronto en Bangladesh. En Dhaka, Paskov, Sumy y Hong Kong, es probable que la cobertura alcanzada haya evitado o retrasado las epidemias de SIDA entre los consumidores de drogas intravenosas.

Los rasgos comunes de los programas de cobertura alta son:

Para el desarrollo de programas locales se utilizaron principios de reducción de daños

Los estudios de caso proceden de diversos países, y las características de los programas son únicas para los entornos sociales, políticos y culturales en los que se aplicaron. Más que reproducir modelos desarrollados por otros países, los planificadores y los encargados de aplicar los programas estudiaron los principios subyacentes a las intervenciones y diseñaron, para sus respectivos sitios, intervenciones adecuadas sobre el VIH.

La comunidad en general, los gobiernos, las organizaciones de base confesional y otros exponentes de la opinión pública tienen que apoyar los programas

En general, este objetivo se consiguió mediante la sensibilización a muchos niveles.

Hay que priorizar los esfuerzos de sensibilización y asignarles personal y financiación adecuados

En cada uno de los sitios estudiados se hizo una profunda reflexión y un trabajo considerable sobre la cuestión de cómo vencer los temores de la comunidad y las preocupaciones gubernamentales respecto de los programas propuestos.

El papel de los servicios encargados de hacer cumplir la ley es crucial para el éxito

En la mayoría de los países, abordar el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas es una actividad que se lleva a cabo en un contexto en que el consumo de drogas está penalizado; no obstante, los programas tienen que funcionar allí donde se encuentran los consumidores de drogas, y con traficantes de drogas y propietarios de narco-salas para asegurar la participación del máximo número posible de consumidores de

drogas intravenosas. Si bien los servicios encargados de hacer cumplir la ley no tienen que apoyar forzosamente todas las intervenciones, sí han de permitir que los programas funcionen sin obstáculos.

La financiación es importante para ampliar los programas

Todos los programas (con excepción del programa de la RAE de Hong Kong) comenzaron con fondos de donantes externos. Los donantes externos han de tener un enfoque flexible en relación con el nivel de financiación asignado a cada sitio y con los elementos y la aplicación del programa concreto.

Financiación sostenida

Ninguno de los programas descritos alcanzó una cobertura alta durante el primer año de aplicación; no obstante, la duración de la financiación externa suele ser de un año. En la mayoría de los casos se necesitaron más de tres años para alcanzar una cobertura alta.

Las diferencias propias de cada contexto dan como resultado servicios y enfoques distintos para atraer a los consumidores de drogas intravenosas hacia un programa

Todos los programas ofrecieron una variedad de servicios y también un programa de intercambio de agujas y jeringas o un programa de suministro de metadona. En muchos casos, esta amplia gama de servicios se consiguió gracias a estrechos vínculos y asociaciones con otras organizaciones. Es probable que ofrecer una amplia gama de servicios atraiga a los consumidores de drogas intravenosas, para lo cual la financiación de los programas debe ser lo bastante flexible para permitir que éstos se desarrollen con vistas a llegar a grupos tan distintos.

Es posible reproducir un programa único para atender las necesidades de los consumidores de drogas intravenosas de otros distritos, ciudades y provincias

Los programas de prevención del VIH que han demostrado ser eficaces entre los consumidores de drogas intravenosas pueden iniciarse en un sitio, ampliarse y, luego, reproducirse en otras partes del país.

Facilidad de acceso

En cada uno de los estudios de caso, los consumidores de drogas intravenosas pudieron acceder a los servicios de diversas maneras y en distintos momentos.

Participación de los consumidores de drogas intravenosas

Las interacciones periódicas, basadas en el respeto y la cordialidad entre los consumidores de drogas intravenosas y el personal del programa, son un factor crucial para alcanzar una cobertura alta. Es probable que una participación mayor de los consumidores de drogas intravenosas en las estructuras apropiadas (por ejemplo, organismos asesores, grupos de consumidores de drogas intravenosas o trabajando como personal del programa) tenga como resultado programas sostenibles.

Cuestiones relativas a la gestión

La asistencia técnica y la formación de gestores, así como la formación permanente o el reciclaje del personal, especialmente del que trabaja en contacto directo con los consumidores de drogas intravenosas, también son factores de importancia vital. También son importantes la supervisión eficaz, la capacidad de hacer frente a los problemas y las reuniones periódicas de los equipos.

Aprender de la experiencia

A causa de la variedad de entornos en los que se ponen en práctica los programas relativos al VIH entre consumidores de drogas intravenosas, se requiere un proceso de ensayo y error para alcanzar un equilibrio local de los elementos del programa, dotación de personal y otras características que arrojen como resultado una cobertura alta.

Entre los desafíos para las intervenciones integrales relacionadas con el VIH figuran:

Para una amplia variedad de intervenciones se requiere una cobertura alta

Ninguno de los sitios estudiados ofreció una amplia variedad de intervenciones relacionadas con el consumo de drogas intravenosas, incluidos el tratamiento de sustitución, otro tipo de tratamiento contra la drogadicción, actividades de divulgación, programas de intercambio de agujas y jeringas, y tratamiento, atención y apoyo del VIH. En muchos países faltan los elementos esenciales de un enfoque integral, incluidos el acceso a un tratamiento asequible de las infecciones de transmisión sexual (ITS), la atención sanitaria relacionada con el VIH, incluida la terapia antirretrovírica, y el asesoramiento y las pruebas voluntarias (confidenciales) del VIH.

La relación entre los programas y los servicios encargados de hacer cumplir la ley sigue siendo difícil

Hay que incorporar en todos los programas el fomento de la sensibilización regular y especial de los servicios encargados de hacer cumplir la ley y otros sectores comunitarios a muchos niveles. Además, los miembros del personal de dichos servicios y otros sectores han de recibir formación relativa a la necesidad de programas integrales, y sobre su papel a la hora de abordar el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas.

El equilibrio entre la prevención del VIH y el gasto destinado al tratamiento será probablemente una cuestión importante en lo relativo a la sostenibilidad

El suministro de terapia antirretrovírica puede dar origen a una reducción de la financiación para las actividades de prevención del VIH. Si bien el suministro de terapia antirretrovírica es un componente importante de una respuesta integral al VIH, reducir la financiación de la prevención puede aumentar el número de personas que viven con el VIH y los correspondientes gastos de tratamiento.

Siguen pendientes de resolver las cuestiones de género y de transmisión sexual

En la mayoría de los programas fueron bajos los niveles de participación de consumidores de drogas intravenosas de sexo femenino. Por otra parte, los programas dan menos prioridad a la transmisión sexual del VIH que a la transmisión relacionada con el consumo de drogas.

Falta de vigilancia y notificación normalizadas

Una metodología normalizada de vigilancia simplificaría la medición de la cobertura y mejoraría las comparaciones entre programas.

El número de consumidores de drogas intravenosas contactados de un modo regular en cada sitio tendió a ser un pequeño porcentaje de la población total de consumidores de drogas intravenosas en la respectiva ciudad o provincia.

Recomendaciones para la vigilancia y la estimación mínimas de la cobertura

Los estudios de caso pusieron de manifiesto una gama muy amplia de procesos de vigilancia, lo cual dificultó la comparabilidad y, en algunos casos, hizo prácticamente imposible determinar las cifras de las personas contactadas alguna vez o con regularidad. Por estas razones, se recomienda un sistema básico normalizado para la estimación y la vigilancia, según el modelo empleado para:

- estimar el número de consumidores de drogas intravenosas en una zona geográfica concreta;¹ y
- registrar el número de individuos consumidores de drogas intravenosas que acceden a servicios específicos.²

Cabe alentar a los programas a que aumenten la vigilancia con vistas a satisfacer sus necesidades específicas, pero debe hacerse utilizando un sistema de estimación y vigilancia normalizado.

El método recomendado para calcular el número de consumidores de drogas intravenosas en una zona geográfica concreta consiste en utilizar multiplicadores y cálculos de referencia. Esos cálculos emplean datos ya existentes sobre comportamientos o hechos comunes entre los consumidores de drogas intravenosas; por ejemplo, los datos de arrestos policiales por consumo o posesión de drogas, así como los relativos a tratamientos contra la drogadicción, accidentes e ingresos en urgencias, o datos de fallecimientos relacionados con la droga. Esta información preexistente, consistente en la suma de comportamientos o sucesos clave en un periodo de tiempo fijo, se denomina información de referencia. Para todas esas referencias, y para datos de encuestas (véase más abajo), es importante desglosar los datos por sexo.

Además de este conjunto de datos se requiere una estimación del porcentaje de la población objetivo que ha vivido alguno de esos hechos; por ejemplo, el porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que han sido arrestados, que han fallecido, etc.; la inversa de esta proporción se denomina multiplicador. Para calcular el multiplicador asociado se requieren, por lo general, subestudios breves y separados, y basta con registros anónimos.

Para ejemplificar lo dicho anteriormente, si se sabe que durante 2002 un total de 7000 consumidores de drogas intravenosas recibieron tratamiento en un sitio dado, y se sabe también, por encuestas, que aproximadamente el 20% de todos los consumidores de drogas intravenosas recibieron tratamiento en 2002, el número estimado de consumidores de drogas intravenosas será de 35 000.

El porcentaje de población destinataria en la información de referencia puede obtenerse de manera separada e independiente mediante entrevistas, cuestionarios o estudios específicos. Una manera habitual de llevar a cabo este paso consiste en formular preguntas específicas, según las referencias utilizadas, relativas a arrestos, tratamiento, sobredosis, etc.,

¹ ONUDD (2003). Global Assessment Programme on Drug Abuse Toolkit Module 2. Estimating Prevalence: Indirect Methods for Estimating the Size of the Drug Problem. Viena, Austria. Consultado el 30 de noviembre de 2005 en: http://www.unodc.org/pdf/gap_toolkit_module2.pdf

² USAID, ONUSIDA, OMS, UNICEF y Policy Project (2004). Coverage of selected services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low and Middle Income countries in 2003. Washington, DC, Policy Project. Consultado el 1 de diciembre de 2005 en: <http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/CoverageSurveyReport.pdf>

mediante Encuestas de Evaluación y Respuesta Rápidas u otras encuestas de comportamientos de riesgo asociados al VIH entre consumidores de drogas intravenosas.

Se recomienda utilizar todas las referencias y multiplicadores posibles, y también, en la medida de lo posible, otros métodos de estimación del tamaño de la población. Los resultados de dichos cálculos deberían compararse para decidir la mejor estimación. Además de la estimación del número de consumidores de drogas intravenosas, resulta útil contar con una estimación de la prevalencia del VIH entre dichos consumidores.

Los resultados de esta técnica de estimación deberían ser suficientes para utilizarlos como base de los otros cálculos descritos más abajo. No obstante, la experiencia obtenida en sitios de cobertura alta sugiere que tales estimaciones contienen muchas inexactitudes cuando se hacen antes de que se pongan en práctica programas de prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas, o cuando tales servicios son escasos. Además, las poblaciones de consumidores de drogas intravenosas son dinámicas, cambian de tamaño por los efectos de la política en materia de drogas y por cambios mediambientales de mayor envergadura; por bajas, es decir, consumidores que dejan de usar droga, se marchan del distrito o fallecen; y porque pasan a engrosar la población nuevos consumidores, procedentes de grupos de no consumidores de drogas intravenosas o de otros distritos.

En varios estudios de caso, volvió a estimarse el tamaño de la población de consumidores de drogas intravenosas en la zona atendida por un programa, utilizando para ello los recursos del programa y a fin de ampliar el alcance de las encuestas o de otros procesos a través de todas las redes sociales, edades, sexo, grupos étnicos y subpoblaciones de consumidores de drogas intravenosas. Los procesos de reestimación de este tipo han puesto de manifiesto diferencias de peso respecto de las estimaciones originales; por ejemplo, en Rajshahi y Paskov. Se recomienda introducir este proceso de reestimación en todos los programas.

El segundo paso consiste en registrar, desglosando por sexo y total, el número de consumidores de drogas intravenosas:

- contactados mediante actividades de divulgación, incluidos los programas de intercambio de agujas y jeringas durante el último mes;
- en tratamiento orientado hacia la abstinencia durante el último mes; y
- en tratamiento de sustitución, por ejemplo, suministro de metadona, buprenorfina, etc.

Desde el punto de vista de los programas de prevención del VIH, esto significa que se ha de establecer un sistema de vigilancia para registrar el número de consumidores de drogas intravenosas contactados por un servicio específico. En lo que se refiere al tratamiento de toxicómanos hospitalizados y en instituciones, con exclusión de los programas de tratamiento de sustitución, resulta una tarea sencilla, pues normalmente se registra el número de personas ingresadas.

Para todos los programas que proporcionan servicios a los consumidores de drogas intravenosas, el registro generalmente se hace mediante un código de identificación único (CIU). Son varias las maneras de establecer dicho código, pero todas dan como resultado el que cada cliente de un programa recibe un código único. Dicho código debería registrarse, junto con la fecha en la que el cliente utilizó por primera vez un servicio, en una lista principal a la que puedan referirse otros sistemas de vigilancia y notificación. La lista principal debería simplemente contener un número, empezando por el 1 con el primer cliente, el CIU y la fecha en la que éste se extendió, que debería ser la fecha de la primera visita de acceso al servicio.

Si los programas de prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se coordinan para una serie continua de servicios, puede utilizarse el mismo CIU para todos ellos. Esto se consigue simplemente preguntando a cada cliente si alguna vez otro servicio le ha asignado un CIU. En caso negativo, puede asignarse un CIU y añadirse a la lista principal. En caso afirmativo, la información sobre el CIU se registra y la visita del cliente se asigna a su CIU.

Se necesita también un formulario de vigilancia, con espacio para la fecha, el CIU del cliente y el servicio suministrado, a fin de registrar cada visita de acceso del cliente. En el caso de servicios orientados hacia productos, como los programas de intercambio de agujas y jeringas, el formulario también debería dejar espacio para el número de agujas, jeringas, preservativos, etc. distribuidos, y otros servicios suministrados o envíos a otros servicios. Se pueden añadir a este formulario preguntas adicionales para obtener una mejor comprensión sobre cómo aumentar la cobertura.

Es importante distinguir entre *número de clientes* y *número de visitas de clientes*. El primero es vital en muchos de los procesos aquí detallados; el segundo, en cambio, es difícil de interpretar si se carece del número de clientes. En la medida de lo posible deberían registrarse ambos datos, pero, de no ser así, debe registrarse el número de clientes que accede a cada servicio.

Empleando este sistema, la información puede guardarse y divulgarse, incluidos:

- el número de consumidores de drogas intravenosas contactados alguna vez;
- el número de consumidores de drogas intravenosas que accedieron a todos los servicios durante el último mes para los cálculos de indicadores del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA;
- la periodicidad del contacto (*véase 5.4 Recomendaciones para futuras investigaciones*); y
- el carácter integral de los servicios.

La lista principal ya proporciona un registro continuado del número de clientes contactados alguna vez. Dicho número puede consultarse en cualquier momento (es el último número de la lista). Allí donde ya se estén ejecutando programas, la institucionalización de este sistema generará un cuadro del número de clientes contactados alguna vez a lo largo de dos o tres años, y podrán hacerse ajustes para los clientes contactados antes de que el sistema se pusiese en práctica y que no aparecen en los registros.

De manera similar, puesto que se registra la fecha de acceso a los servicios, puede vigilarse fácilmente el número de clientes que accede a los servicios durante un mes específico. Si también se registra el tipo de servicio, el carácter integral de los servicios puede informarse como número y porcentaje de clientes totales que acceden a cada tipo de servicio. Según las características específicas del consumo de drogas y del VIH entre consumidores de drogas intravenosas de una localidad, esta información puede ayudar a los programadores de prevención a saber si se alcanzan los objetivos en esta materia.

Recomendaciones para futuras investigaciones

Aún no conocemos la respuesta a la pregunta “¿cuánto es suficiente?”; sin embargo, nos acercamos a ella. Los futuros estudios de eficacia deberían localizar los aumentos y disminuciones reales de la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en los sitios donde se proporcionan financiación y compromiso para alcanzar una cobertura alta. Los estudios que utilizan intervenciones ampliadas actualmente planificadas o en aplicación nos ayudarán a aprender de ejemplos del mundo real y a dar una orientación más clara sobre el nivel y la combinación de servicios necesarios para prevenir o reducir las epidemias de SIDA entre los consumidores de drogas intravenosas.

Además, hay que trabajar en el desarrollo de indicadores de calidad para los servicios de prevención del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, y también para los servicios de atención. El presente informe y otros estudios dejan claro que la calidad de los servicios es un factor importante si se quiere alcanzar una cobertura alta. Según los estudios de caso, los siguientes ámbitos requieren indicadores de calidad:

- facilidad de acceso a los servicios;
- amplitud de los servicios para atraer a subpoblaciones de consumidores de drogas intravenosas, incluidos varones y mujeres, jóvenes y mayores, consumidores de distintas drogas y diversos grupos étnicos;
- participación de los consumidores de drogas intravenosas, y medida en la cual éstos influyen o ponen en práctica cambios en los servicios, incluidas las medidas relativas a la ‘cordialidad’ o a la relación entre los clientes y el personal;
- procesos de gestión flexibles y receptivos a las necesidades de los clientes, a los cambios en las pautas de consumo de drogas y a los entornos políticos; y
- eficacia de las actividades de sensibilización para las relaciones entre los programas y los principales interesados, tales como los servicios encargados de hacer cumplir la ley, el gobierno en varios niveles, y los vecinos.

1. Introducción y métodos

Las epidemias dobles de consumo de drogas intravenosas y transmisión del VIH por equipo de inyección contaminado ya han tenido un impacto considerable en la salud y el bienestar social y económico de muchos países y regiones. A mediados de 2003, ambas epidemias ya estaban firmemente arraigadas en América del Norte y América Latina, Europa occidental, central y oriental, Asia sudoriental y Asia meridional, y estaban comenzando en Oriente Medio y África.

Mientras las epidemias de SIDA en rápida expansión se han venido dando entre consumidores de drogas intravenosas en muchos países y regiones, hay pruebas de que la epidemia de SIDA entre consumidores de drogas intravenosas puede prevenirse, ralentizarse, detenerse e incluso invertirse. Por ejemplo, todas las ciudades australianas, Londres (Reino Unido) y Dhaka (Bangladesh) han mantenido en menos del 5% la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas. La epidemia de SIDA entre consumidores de drogas intravenosas en Nepal parece haberse retrasado en varios años, y ha disminuido la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en las ciudades de Nueva York (USA), Edimburgo (Reino Unido) y varias ciudades brasileñas. Éste parece ser el resultado de una variedad de intervenciones específicas, una manera eficaz de tratar el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas.

En 2000, las organizaciones de las Naciones Unidas acordaron que se necesitaba una acción urgente con vistas a poner en práctica las siguientes intervenciones para abordar el VIH entre consumidores de drogas intravenosas:³

- **Tratamiento contra el abuso de drogas**, en particular, tratamiento de sustitución, como el suministro de metadona; comunidades terapéuticas y programas con pacientes externos libres de drogas, ayudan a los consumidores de drogas intravenosas a reducir su consumo de drogas de modo considerable.
- **Las actividades de divulgación** han sido eficaces en el acceso, motivación y apoyo a los consumidores de drogas intravenosas que no están en tratamiento para reducir sus comportamientos de riesgo ilegales relacionados con el consumo de drogas y sus comportamientos sexuales de riesgo, y también para reducir la incidencia del VIH. Las conclusiones de las investigaciones indican que las actividades de divulgación que tienen sitio fuera de los entornos convencionales de atención y de cuidados sanitarios y sociales llegan a los consumidores de drogas intravenosas que no se encuentran en tratamiento y hacen aumentar el número de envíos de pacientes a tratamiento contra la drogadicción.
- **Los programas de intercambio de agujas y jeringas** dan como resultado una reducción de los comportamientos de riesgo en el uso de agujas y de la transmisión del VIH, y no hay pruebas de un aumento del consumo de drogas intravenosas u otros peligros para la salud pública en las comunidades atendidas. Dichos programas sirven también de punto de contacto entre consumidores de drogas intravenosas y suministradores de servicios, incluidos los programas de tratamiento de la drogadicción. Los beneficios de estos programas aumentan de manera considerable si van más allá del intercambio de jeringas e incluyen la educación sobre el SIDA, el asesoramiento y la derivación a una variedad de opciones de tratamiento.

³ ACC Subcommittee on Drug Control (2000). Preventing the Transmission of HIV among Drug Abusers: A position paper of the United Nations System. Anexo al Informe de la VIII Sesión del ACC Subcommittee on Drug Control, 28-29 September. 2000. [Versión electrónica] http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub03/hraids_en_doc.htm

Con miras a prevenir la epidemia de SIDA relacionada con el consumo de drogas intravenosas, o a influir en ella, las intervenciones tienen que aplicarse a escala lo suficientemente grande para llegar a un número suficiente de consumidores de drogas que luego modifiquen sus comportamientos de riesgo en el consumo de drogas y las relaciones sexuales. Este objetivo se ha alcanzado en muchas ciudades de América del Norte, Oceanía y Europa occidental, en países como Australia, Alemania, Países Bajos y Reino Unido.

La importancia de los programas para prevenir la transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se discute cada vez más en los países en transición y en desarrollo. Por ejemplo, en 1999, en la primera Reunión Estratégica Regional de Europa Oriental sobre el VIH,⁴ se aceptó una cobertura prevista del 60% por parte de diversas organizaciones, incluidas la OMS y el ONUSIDA, que trabajan en la prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas, pero poco es el trabajo realizado para hacerla operativa.

En 2002, el ONUSIDA encargó una investigación en sitios de países en desarrollo y en transición, considerados “sitios de cobertura alta” por las autoridades internacionales. Se escogieron seis ciudades, a saber, Soligorsk (Belarús); Paskov (Federación de Rusia); Sumy (Ucrania); Dhaka (Bangladesh), y Salvador y Porto Alegre (Brasil). En el curso del estudio se añadieron Rajshahi (Bangladesh) y la Región Administrativa Especial de Hong Kong (República Popular de China), ésta última a causa de la cobertura alta de su programa de suministro de metadona. Debido a problemas relacionados con la recogida de datos, se excluyó a Porto Alegre del presente informe. Debe notarse que la lista de sitios no es una lista exhaustiva de sitios de cobertura alta.

Definiciones

Clientes (o contactos o intercambios) **primarios** son las personas con las que un proveedor de servicios entra en contacto directo.

Clientes (o contactos o intercambios) **secundarios** son las personas contactadas por los clientes primarios pero sin contacto directo con el proveedor de servicios.

Cobertura: las tres series de medidas que proporcionan información sobre la cobertura de los consumidores de drogas intravenosas por los servicios de prevención del VIH son:

1. el número de consumidores de drogas intravenosas contactados alguna vez por un servicio;
2. la periodicidad en el acceso a los servicios; y
3. el número de jeringas estériles proporcionadas a los consumidores de drogas intravenosas dividido por el número estimado de sesiones de inyección durante un espacio de tiempo concreto.

Cada medida emplea como base el tamaño estimado de la población de consumidores de drogas intravenosas en una localidad dada. A causa del secretismo que rodea al consumo de drogas intravenosas en la mayoría de las culturas, es difícil hacer una estimación exacta. En cada estudio de caso se describen las metodologías utilizadas para calcular el tamaño de la población.

Para las dos primeras medidas es importante el concepto de contacto con la población objetivo.

⁴ Second Strategy Meeting to Better Coordinate Regional Support to National Responses to HIV/AIDS in Central and Eastern Europe and Central Asia (2000). UNAIDS Copenhagen, Dinamarca, 4-5 de diciembre 2000.

Contacto: hace referencia a los consumidores de drogas intravenosas contactados por alguna organización que les facilita medios de prevención del VIH específicos para ellos, incluidas agujas y jeringas estériles, metadona u otros tratamientos de sustitución, o tratamiento y rehabilitación basados en la abstinencia, excluida la desintoxicación, por no considerarse ésta un tratamiento eficaz por sí mismo. Las intervenciones proporcionadas se denominan, respectivamente, programas de intercambio de agujas y jeringas, programas de tratamiento de sustitución y programas de rehabilitación de toxicómanos.

El número de ‘contactados alguna vez’ incluye a los consumidores de drogas intravenosas contactados alguna vez por un servicio determinado. La cifra es acumulativa y se mantiene mientras el servicio opere; así, en teoría, un servicio puede alcanzar una cifra del 100% contactando a cada individuo consumidor de drogas intravenosas en una zona geográfica concreta. En la práctica, rara vez, o casi nunca, se alcanzan cifras del 100%, debido a los cambios en las modas del consumo de drogas, la llegada de nuevos consumidores de drogas intravenosas, etc. Con vistas a calcular esta cifra, los servicios tienen que desarrollar maneras de identificar a cada consumidor de drogas intravenosas. Para facilitar la comparación se emplea también un número de **‘contactados el último año’**.

Contacto periódico es la periodicidad en el acceso a los servicios, difícil de medir dado que hay distintas maneras de determinar la “periodicidad”. En el presente informe se analizan los resultados relativos a la vigilancia proporcionados por cada servicio o serie de servicios para determinar una cifra de “contacto periódico”. A causa de los diversos métodos de vigilancia empleados, es difícil la comparabilidad entre sitios, por lo cual se ha utilizado también una cifra de **‘contactados en un mes muestra’**.

El número de jeringas estériles proporcionadas a consumidores de drogas intravenosas dividido por el número estimado de sesiones de inyección durante un espacio de tiempo concreto es una medida compleja, con muchas fuentes de error posibles. Por ejemplo, los errores pueden producirse al calcular el número de consumidores de drogas intravenosas, el número de sesiones de inyección por consumidor de drogas intravenosas, el número de jeringas disponibles proporcionadas por una variedad de fuentes, etc. A resultas de ello, por regla general esta medida no se ha utilizado en el presente informe.

2. Estudios de caso: Europa oriental

2.1 Soligorsk (Belarús)

2.1.1 Resumen

Soligorsk, ciudad fundada hace 40 años, tiene una población de 100 000 habitantes, y de 150 000 en el *rayon* (sector) de Soligorsk. Situada a 140 km al sur de Minsk, en el *oblast* homónimo, su principal industria es la extracción de componentes de fertilizantes (20 000 personas trabajan en una sola empresa).

El número estimado de consumidores de drogas intravenosas está entre 1260 y 1480. El número de los contactados alguna se eleva a más de 1200 consumidores de drogas intravenosas, lo cual equivale casi al 100% de dichos consumidores. En 2002, los programas de intercambio de agujas y jeringas beneficiaron a 1127 consumidores de drogas intravenosas. No hay programas de tratamiento de sustitución ni de rehabilitación de toxicómanos.

En lo tocante al contacto periódico, en el periodo de cinco meses que va de agosto a diciembre de 2002, de los 276 clientes registrados en ese periodo sólo el 1% (2) asistió más de cuatro veces al mes. Los consumidores de drogas intravenosas contactados en un mes muestra fueron 140 (9,5–11,1% del número estimado de consumidores de drogas intravenosas).

2.1.2 Consumo de drogas y situación del VIH

En los últimos años, Belarús ha experimentado un rápido aumento del consumo de drogas intravenosas y de la transmisión del VIH relacionada con dicho consumo. A finales de 2003, el número estimado de personas que vivían con el VIH en Belarús se situaba entre 12 000 y 42 000.⁵ En 2001, una evaluación rápida de la situación puso de manifiesto que el número real de consumidores de drogas, la mayoría de los cuales consumen drogas intravenosas, es de cinco a siete veces más alto que el número oficialmente registrado, a saber: 6363.⁶

Se estima que Soligorsk tiene unos 1260–1480 consumidores de drogas intravenosas.⁷ Estas cifras se obtienen empleando una serie de multiplicadores, derivados a su vez de los resultados de varias encuestas para todos los *oblasts*. Se utilizan los resultados de las encuestas para determinar la proporción de consumidores de drogas intravenosas registrados por los servicios de tratamiento de la drogadicción, los porcentajes de los que alguna vez tuvieron una sobredosis y de los que fueron arrestados por delitos relacionados con las drogas.

Soligorsk tiene el segundo número más alto de consumidores de drogas intravenosas en el *oblast* de Minsk después de la ciudad de Minsk. La evaluación rápida de la situación, que estableció que el 16–25% de los consumidores de drogas intravenosas eran mujeres, no afirmaba nada concreto sobre la proporción varón-mujer en el *oblast* de Minsk o en Soligorsk. Del mismo modo, la evaluación determinó que, a nivel nacional, el 67% de los consumidores de drogas intravenosas tenían entre 20–30 años. Las drogas más comúnmente consumidas por vía intravenosa son opiáceos líquidos de fabricación casera, conocidos como paja de adormidera. Las jeringas se venden en las

⁵ ONUSIDA (julio de 2004). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza. Consultado el 6 de abril de 2005 en: <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

⁶ Centro Nacional sobre el SIDA (2001). Situation with the Spread of Injection Drug Use and HIV in the Republic of Belarus: Report on the Rapid Assessment Results Minsk.

⁷ Ibid.

farmacias, sin receta. El 1 de octubre de 2003, el número de personas que vivían con el VIH en Soligorsk era de 343, de las cuales 269 (74,4%) eran consumidores de drogas intravenosas.⁸

2.1.3 Historia

En Soligorsk, el proceso para la creación de un programa de intercambio de agujas y jeringas comenzó después de las visitas a Svetlogorsk del actual gestor del programa y otros miembros del personal médico de la ciudad, para estudiar la epidemia local de VIH entre consumidores de drogas intravenosas en 1996 y 1997. A ello siguieron el descubrimiento de varios consumidores de drogas intravenosas en un hospital del distrito durante un brote de hepatitis B en 1996-1997 y una evaluación rápida de la situación llevada a cabo en 1998 por el Centro Republicano del SIDA de Soligorsk.⁹ Los resultados de la evaluación se distribuyeron entre representantes de muchos sectores de la sociedad y posteriormente el Centro Republicano del SIDA se ofreció a elaborar una propuesta de proyecto para un programa local de intercambio de agujas y jeringas.

Tras algunos intentos de colaboración con una organización no gubernamental local, se decidió solicitar la aprobación de la administración de la ciudad para un programa de intercambio de agujas y jeringas dentro del entonces Centro de Higiene y Epidemiología de Soligorsk. La aprobación se obtuvo en diciembre de 1999, y en enero de 2000 el ONUSIDA aprobó una solicitud de financiación. En 2000, miembros del Comité Multisectorial del VIH viajaron a Svetlogorsk para evaluar la situación local del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, y también las respuestas, incluidos los programas de intercambio de agujas y jeringas.

El programa comenzó a funcionar en febrero de 2000, con un personal formado por un psicólogo, un médico especializado en infecciones de transmisión sexual y otro especializado en toxicomanías. En 2001, el médico especializado en toxicomanías fue sustituido por un médico de enfermedades infecciosas con vistas a atraer a los servicios a un número mayor de personas que vivían con el VIH. También se contrató a un abogado para ofrecer, durante unos meses, asesoría jurídica gratuita.

Entre enero y agosto de 2002 cesó la financiación del ONUSIDA para este programa. La administración de la ciudad de Soligorsk proporcionó fondos para jeringas, materiales de información y vitaminas para las personas que vivían con el VIH, y una compañía minera local, Belaruskaly, suministró algunas jeringas. En agosto de 2002 se reanudó la financiación externa, aunque, junto con la suministrada por la administración de la ciudad, fue inferior a la disponible durante 2001. En 2002 también visitaron Svetlogorsk las autoridades de la ciudad responsables del SIDA y drogas.

En 2003 ya no se contaba con una serie de servicios que sí estuvieron disponibles en 2001 (véase **Cuadro 1: Soligorsk, servicios y productos suministrados**), lo cual condujo a una reducción del número de visitas de clientes y de agujas y jeringas distribuidas.

2.1.4 Características de los servicios

Sólo dos servicios, financiados y operados ambos por el Gobierno, están específicamente orientados a los consumidores de drogas intravenosas, a saber, un programa de intercambio de agujas y jeringas en el Centro de Higiene y Epidemiología del distrito de Soligorsk, y los servicios de drogodependencia en el Dispensario Municipal para Toxicómanos. La financiación para estos servicios la proporciona la ciudad de Soligorsk, el gobierno de la provincia y el Gobierno nacional. La financiación del programa de intercambio de agujas y jeringas la proporcionan el gobierno de la ciudad de Soligorsk y el ONUSIDA.

⁸ Ministerio de Salud de la República de Belarús Centro Nacional para la Prevención del SIDA (2001). *AIDS in Figures as of 01.07.2001* Boletín informativo N° 30. Minsk.

⁹ National AIDS Centre (2001). op.cit.

Cinco personas, incluido el gestor del programa, que también es subdirector del Centro de Higiene y Epidemiología, un enfermero y un asesor fijo, y dos voluntarios para actividades de extensión, trabajan en el programa de intercambio de agujas y jeringas. El programa tiene sus locales en el edificio del Centro de Higiene y Epidemiología de Soligorsk, situado cerca del centro de la ciudad, aunque la jefatura de policía está cerca; el acceso es fácil. El programa abre de lunes a viernes de 14.00 a 17.00 horas. Los servicios del Dispensario Municipal para Toxicómanos comenzaron a funcionar en noviembre de 2002; no obstante, no hay personal a tiempo completo y el acceso es difícil, pues está situado en la cuarta planta y al final de varios pasillos.

Sólo dos voluntarios de las actividades de extensión, consumidores activos de drogas intravenosas, tenían puestos remunerados. Sin embargo, es evidente, a partir de las estadísticas de clientes (véase **2.1.5 Cobertura**) que muchas otras personas acceden a la distribución y el intercambio secundarios. Los voluntarios remunerados reciben certificados relacionados con el trabajo que realizan, para enseñarlos en caso de que los detenga la policía. Los dos puestos de voluntarios remunerados estaban vacantes durante la visita; un voluntario estaba en la cárcel y el otro había dejado de consumir drogas. Los voluntarios, incluidos los no remunerados, cubren unos 30–40 sitios de la ciudad y atienden a 30–100 consumidores de drogas intravenosas por sitio y día.

Cuadro 1: Soligorsk, servicios y productos suministrados

Servicios y productos	Centro de Higiene y Epidemiología PIAJ	Dispensario municipal para toxicómanos Servicios de drogodependencia	Extensión
Agujas y jeringas distribuidas	X	X	X
Agujas y jeringas devueltas	X	X	X
Eliminación de agujas y jeringas	X	X	–
Agua para inyección	X	–	–
Hisopos de alcohol	X	–	–
Desinfectante para limpieza de jeringas	–	–	–
Vitaminas	X	–	–
Filtros y torundas	–	–	–
Tratamiento para la hepatitis	X	–	–
Tratamiento para el VIH y el SIDA	*	–	Envío
Desintoxicación	Envío	Envío	Envío
Otros medicamentos	–	–	–
Preservativos distribuidos	X	X	X
Información, educación y comunicación (materiales distribuidos)	X	X	X
Educación y asesoramiento individual directo	X	–	–
Educación en grupo	–	–	–
Servicios de infecciones de transmisión sexual	*	–	
Asesoramiento (general)	X	–	–
Asesoramiento sobre drogas	X	X	X
Asesoramiento sobre el VIH y el SIDA	X	–	–
Asistencia jurídica	*	–	–
Ayuda a la vivienda y al bienestar social	–	–	–
Grupos de apoyo de consumidores de drogas	*	–	–
Grupos de apoyo de ex consumidores de drogas	X	–	–
Grupos de apoyo de personas que viven con el VIH	–	–	–

* Estos servicios estaban disponibles en 2001.

Cuadro 2: Soligorsk, programas de intercambio de agujas y jeringas, enero 2000 – diciembre 2002

	2000	2001	2002	Total
Jeringas distribuidas	22 245	103 774	61 254	187 273
Jeringas devueltas	19 024	94 458	56 527	170 009
Porcentaje devuelto	85,5	91	92,3	90,8
Total de visitas de clientes	1 657	4 716	1 822	8 195
Llamadas a servicio telefónico directo	302	342	*	644
Asesoramiento	955	561	117	1 623

* Servicio cancelado a causa de reducción de la financiación

En Soligorsk, los únicos servicios de desintoxicación u otros tratamientos contra las drogas los proporciona el Dispensario Municipal para Toxicómanos. Aquí se brinda a los clientes atención ambulatoria o de hospital de día, o se envía, a los varones, al Hospital para Toxicómanos del *oblast* de Minsk, y, a las mujeres, al Hospital Psiquiátrico del *oblast*. El Hospital para Toxicómanos del *oblast* de Minsk cuenta con 40 camas para desintoxicación, es decir, el total de toda la provincia; no hay camas asignadas específicamente a mujeres. La desintoxicación medicada con el paciente hospitalizado dura de 10 a 30 días. La asistencia ambulatoria en el Dispensario Municipal para Toxicómanos incluye asesoramiento y medicación para ayudar a la desintoxicación.

No hay servicios de rehabilitación, tratamiento de sustitución ni otros servicios de tratamiento contra las drogas en Soligorsk.

2.1.5 Cobertura

Desde febrero de 2000, el número de personas contactadas alguna vez es de más de 15200 consumidores de drogas intravenosas. Las estadísticas indican que fueron 1190 los clientes registrados en el programa de intercambio de agujas y jeringas desde mayo de 2000 hasta julio de 2002, reiniciado en agosto de 2002 con 276 nuevos clientes registrados al 31 de diciembre de 2002. Algunos de esos nuevos clientes también estaban previamente registrados, aunque como mínimo 1200 personas se registraron en el programa entre enero de 2000 y diciembre de 2002. El programa estima que, en 2002, llegó a 1127 consumidores de drogas intravenosas.

De los 276 clientes que se registraron entre agosto y diciembre de 2002, el 16% era de sexo femenino (44), es decir, la media del número estimado de consumidoras de drogas intravenosas en Belarús. Salvo 10 clientes, todos tenían entre 16 y 30 años de edad, lo cual guarda relación con el perfil general de los consumidores de drogas intravenosas en Belarús.

En lo que respecta al contacto periódico, en los cinco meses que van de agosto a diciembre de 2002, de los 276 clientes registrados solamente el 1% (2) asistió al programa más de cuatro veces al mes; pero el 73% (202) se llevó, por término medio, suficientes agujas y jeringas por mes para satisfacer sus necesidades, que se estiman en, como mínimo, 13 jeringas por cliente y mes. La reducción de la financiación restringió también el contacto periódico en 2002.

Cuadro 3: Soligorsk, contacto periódico

Asistencia	Porcentaje de clientes (número)
Menos de una vez al mes	53% (149)
Asistieron una vez al mes	19% (53)
Entre una vez al mes y una vez cada quince días	10% (26)
Una vez cada quince días	10% (28)
Entre una vez cada quince días y una vez por semana	7% (18)
Una vez por semana o más	1% (2)

Cuadro 4: Soligorsk, agujas distribuidas por cliente y mes

Agujas distribuidas por cliente y mes	Porcentaje de clientes (número)
Menos de 13 jeringas por mes	27% (74)
13–40 jeringas por mes	42% (116)
41–80 jeringas por mes	19% (53)
81–120 jeringas por mes	6% (17)
Más de 120 jeringas por mes	6% (16)

El intercambio secundario fue alto; un 31% de clientes (86) se llevaron más agujas y jeringas de las que probablemente necesitarían en un mes, un promedio de 40 jeringas por cliente y mes; el 12% (33) se llevó en promedio más de 80 jeringas por cliente y mes.

Muchos clientes destacaron la cordialidad del personal del programa en el Centro de Higiene y Epidemiología de Soligorsk, y la ejemplificaron con declaraciones como:

“Aquí nos acogen con mucha calidez. Es muy raro recibir una acogida tan cálida” (joven cliente femenina).

“Vengo aquí a compartir mi alma. Ni siquiera mi madre me comprende como me comprenden aquí” (cliente mayor, de sexo masculino).

Fue importante el apoyo de la administración local y de la policía. Se estableció un Consejo Multisectorial sobre el VIH y el SIDA, con el gestor del programa de intercambio de agujas y jeringas en calidad de secretario. El gestor era de la opinión de que ésta y otras maneras de aumentar la colaboración entre los diversos organismos habían conducido al éxito del programa, y subrayó la necesidad de cooperación entre la policía, el personal del programa y las instituciones médicas. Fueron importantes también los acuerdos escritos, incluido uno entre la policía y las unidades de salud, así como una resolución de la administración de la ciudad en virtud de la cual se aprobó el programa. Las relaciones con la policía son excelentes; por ejemplo, se modificó la ruta habitual de la patrulla para que los vehículos de la policía pasaran menos por el programa, en el Centro de Higiene y Epidemiología, durante las horas de atención. Varios entrevistados también consideraron importantes el trabajo individual y el compromiso de las personas, incluido el gestor.

Otro factor comúnmente citado fue la elevada cobertura publicitaria que dieron los periódicos, la televisión y la radio al trabajo del programa, lo cual es el resultado del apoyo administrativo recibido por el programa. El gestor del programa, el director de la administración municipal y el jefe de las fuerzas armadas han aparecido dos veces en televisión hablando sobre la prevención de la transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas. En 2002 se lanzó una campaña de información de dos días, en la que funcionarios de información visitaron todos los lugares de trabajo y distribuyeron información acerca de las drogas, el VIH y el SIDA, y el papel del programa. El Consejo de la Mujer, una organización con vínculos con todos los lugares de trabajo, también brinda a sus miembros información sobre el programa. Mediante estos procesos, el gestor del programa cree que en la ciudad todos están informados de los propósitos y la ubicación del programa.

Según los clientes y el personal del programa, en 2000-2001 la presencia de otros profesionales médicos atrajo al programa a los consumidores de drogas intravenosas, en especial a personas que vivían con el VIH o personas inseguras de su estado serológico respecto al VIH. Esto, combinado con el anonimato de los clientes (*“anonimato real, no solamente pretendido”*),

dijo un trabajador del programa) y la confidencialidad sobre el estado serológico de los clientes y otra información, facilitaron las pruebas y el tratamiento del VIH. Un cliente afirmó:

“en otros sitios de la ciudad se puede hacer gratis la prueba del VIH, pero en un día todo el mundo conocería (los resultados de esa prueba del VIH)”.

2.1.6 Mantener y ampliar la cobertura

La situación económica, social y política de Belarús es tal, que la financiación local o estatal no estará disponible en un futuro próximo para responder a las cuestiones relacionadas con el VIH y las drogas en ciudades como Soligorsk. Es probable que se necesite asistencia externa para el programa si se quiere volver a gozar de la elevada cobertura alcanzada a mediados de 2001. En el momento de redactar el presente informe, era más probable que la asistencia viniese de un préstamo del Banco Mundial en vías de negociación. Con vistas a restablecer la cobertura alta, se necesitaría financiación para no limitarse a la compra de agujas y jeringas y asegurar que se restablezcan también los productos tales como el agua, las vitaminas y los medicamentos, y servicios tales como el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y las visitas de abogados y médicos especializados en enfermedades infecciosas, que atraían a los consumidores de drogas intravenosas. La terapia antirretrovírica y otra asistencia sanitaria relacionada con el VIH también atraerían a clientes VIH-positivos.

Algunos entrevistados señalaron la necesidad de completar la cadena de los programas de intercambio de agujas y jeringas, desintoxicación de toxicómanos, asesoramiento, tratamiento a largo plazo contra las drogas, tratamiento de sustitución y rehabilitación. El tratamiento de sustitución facilitaría la observancia de la terapia antirretrovírica y mejoraría la prevención de la transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas.

2.1.7 Lecturas complementarias

Kamlyk AA. *Harm reduction strategies to prevent HIV infection among drug users in Belarus*. Ponencia presentada en la Decimocuarta Conferencia Internacional sobre el SIDA, Barcelona, España. 7 – 12 de julio de 2002 [TuOrF1164].

Ministerio de Salud de la República de Belarús, Centro Nacional para la Prevención del SIDA. AIDS in Figures as of 01.07.2001 *Boletín informativo* No. 30. Minsk, Belarús. 2001.

Ministerio de Salud de la República de Belarús, Centro Nacional para la Prevención del SIDA y ONUSIDA. *Strategic Plan of Responses to HIV/AIDS Epidemic in the Republic of Belarus 2001–2003*. Minsk, Belarús. 2001.

Centro Nacional sobre el SIDA. *Situation with the Spread of Injection Drug Use and HIV in the Republic of Belarus: Report on the Rapid Assessment Results*. Minsk, Belarús. 2001.

2.2 Paskov (Federación de Rusia)

2.2.1 Resumen

Paskov, situada en el noroeste de la Federación de Rusia, es el centro de una región agrícola, tiene una población de 206 000 habitantes y es la capital del *oblast* de Paskov, que tiene una población de 827 000 habitantes.

El número estimado de consumidores de drogas intravenosas se sitúa entre 1200 y 1300. El número de contactados alguna vez era de 1153 en diciembre de 2002, lo cual equivale al 88–96% del número estimado de consumidores de drogas intravenosas. En 2002, 268 consumidores de drogas intravenosas fueron contactados por los programas de intercambio de agujas y jeringas, lo cual equivale al 20,6–22,3% del número estimado de consumidores de drogas intravenosas. No hay programa de tratamiento de sustitución disponible; en agosto de 2002 se creó en Paskov un servicio de rehabilitación para toxicómanos.

En lo que respecta al contacto periódico, de los 808 clientes primarios registrados en 2002, sólo el 3% (22) asistió más de una vez al mes al puesto fijo del programa para intercambio; el 97% (786) asistió menos de una vez al mes; el 14% (114) asistió de seis a diez veces; el 50% (404) de dos a cinco veces, y el 33% (268) una sola vez. El número de consumidores de drogas intravenosas contactados en un mes muestra fue de 98, equivalente al 7,5–8,1% del número estimado de consumidores de drogas intravenosas.

2.2.2 Consumo de drogas y situación del VIH

La epidemia de SIDA en la Federación de Rusia es una de las que crece globalmente con mayor rapidez. A finales de 2003, el número estimado de personas que vivían con el VIH en la Federación de Rusia era de 860 000.¹⁰ Las epidemias de SIDA entre consumidores de drogas intravenosas en varias partes del país, especialmente en Moscú e Irkutsk, han impulsado la epidemia en los últimos cinco años. En 1999, una evaluación rápida de la situación realizada en Paskov estimó entre 400 y 700 el número de consumidores de drogas intravenosas.¹¹

Tras un estudio, en 1999-2000,¹² de los programas de intercambio de agujas y jeringas que abarcaba cinco ciudades, incluida Paskov, en 2000 se llevó a cabo una nueva evaluación rápida de la situación, contactando a consumidores de drogas intravenosas que habían accedido al programa a lo largo del año anterior.¹³ La metodología incluía el uso de puntos de referencia tales como el número de sobredosis, empleando datos relacionados con sobredosis tomados de informes militares y forenses, y datos sobre clientes específicos de los servicios de extensión, así como el número de consumidores de drogas intravenosas registrados en el Dispensario para Toxicómanos del *oblast*; cada serie de datos se comparó con los resultados de una encuesta realizada a más de 200 clientes del programa. Este estudio estimó que el número de consumidores de drogas intravenosa era de entre 1200 y 1300, y este número es la estimación actualmente utilizada.

¹⁰ ONUSIDA (julio de 2004). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza. Consultado el 6 de abril de 2005 en: <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

¹¹ Rhodes T and Sarang A (2002). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. DFID, Londres (inédito).

¹² Grund J-P, Kobzev D, Melnikov V, Zadoretzky C, Zemlianova E, Titus S, Perlis T, Paone D, Bodrova V and Des Jarlais DC. (2001). Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants. Ponencia presentada en la Decimosegunda Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños relacionados con las Drogas; Delhi.

¹³ Sivatcheva I, Trofimov V, Gonchar E, Igorodetskaya I and Lukicheva T (2002). Some results of work of Pskov prevention programme among intravenous drug users on limiting the spread of HIV infection. Materiales de la II Russian Scientific-Practical Conference on HIV and blood borne viral hepatitis; Suzdal, 1-3 de octubre.

En el *oblast* de Paskov, las drogas intravenosas más empleadas son estimulantes a base de efedrina de fabricación casera y opiáceos líquidos (*chernaya*), y heroína. Las jeringas se venden en la farmacia, sin receta. Además de Paskov, hay otras zonas de consumo de drogas e infección por el VIH en el *oblast* de Paskov, incluidas Velikie Luki, una ciudad, y OPOCHKA, un pueblo. En agosto de 2002 había en el *oblast* de Paskov 143 personas que vivían con el VIH registradas, de las cuales 28, incluidos ocho consumidores de drogas intravenosas, estaban registradas en Paskov. La prevalencia del VIH en Paskov está entre las más bajas de la Federación de Rusia, y el porcentaje de consumidores de drogas intravenosas entre personas que viven con el VIH (28%) es inferior al promedio nacional de aproximadamente el 70%. El programa de intercambio de agujas y jeringas de Paskov es uno de los más de 80 programas establecidos en la Federación de Rusia.

2.2.3 Historia

Los primeros intentos de emprender actividades de prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas comenzaron en Paskov en 1996, después de que el médico principal del Centro del SIDA del *oblast*, ahora también director del Proyecto para la reducción de daños, regresase de una conferencia celebrada en Kaliningrado en la que se había analizado la infección por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas. Posteriormente se utilizó la Internet para aprender acerca de la prevención de la transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas y reducción de daños. En mayo de 1997, el personal asistió en San Petersburgo a una conferencia sobre el SIDA y enfermedades relacionadas, en la cual se habló sobre el trabajo inicial de reducción de daños en San Petersburgo y Lituania. Más tarde ese mismo año, el Comité de Salud del *oblast* de Paskov proporcionó la financiación inicial para el Centro del SIDA, que se utilizó para adquirir agujas y jeringas.

El programa de intercambio de agujas y jeringas se estableció en agosto de 1998 y tuvo cobertura por parte de la televisión local. En septiembre de 1998 se incorporó el primer agente de extensión inter pares, una consumidora activa de drogas intravenosas, casada con un hombre de etnia gitana que también era consumidor activo de drogas intravenosas (en la cárcel en aquel momento). La nueva agente de extensión proporcionaba servicios a clientes, pero también atraía a nuevos agentes de extensión y voluntarios. Durante los primeros seis meses, esos agentes y voluntarios eran en su mayoría gitanos. Cabe señalar que desde el principio el proyecto trabajó exhaustivamente con consumidores de drogas de la comunidad gitana. También en 1998 se proporcionó formación en evaluación y respuesta rápidas para llevar a cabo una evaluación rápida de la situación del VIH y el consumo de drogas en Paskov, y se hizo una visita al autobús de intercambio de agujas de San Petersburgo. Adquirir conocimientos sobre la experiencia internacional y la experiencia basada en Rusia ayudó a los gestores del proyecto a reflexionar sobre su trabajo y a mejorarlo.

En marzo de 1999, el proyecto recibió la primera financiación externa del Open Society Institute (OSI), Rusia. Desde 1999, el programa ha ampliado cada año el área geográfica de sus servicios, o la variedad de servicios ofrecidos, o ambas cosas, esforzándose por alcanzar altos niveles de cobertura de consumidores de drogas intravenosas y otras personas muy expuestas a la infección por el VIH. Inicialmente el proyecto alcanzó una alta cobertura de intercambio de agujas entre consumidores de drogas intravenosas en Paskov; luego intentó proporcionar servicios similares en todo el *oblast*, particularmente en Velikie Luki y OPOCHKA. Posteriormente amplió sus servicios para atender también a los profesionales del sexo y los presos, muchos de los cuales eran también consumidores de drogas intravenosas. En 2002-2003 el programa ya había reducido su dependencia de la financiación externa; el 56% de la financiación procedía del gobierno de la provincia y del Gobierno nacional, y también de empresas locales donantes.

El trabajo del programa se evaluó ya en una fase temprana cuando Paskov participó en el estudio de programas de intercambio de agujas y jeringas en cinco ciudades,¹⁴ que investigó los cambios comportamentales entre consumidores de drogas intravenosas comparando los comportamientos de riesgo notificados el mes anterior a la participación en un programa. De los 201 consumidores de drogas intravenosas encuestados en Paskov, las reducciones posteriores a la participación en el programa de intercambio de agujas y jeringas incluyeron:

- del 26% al 4% de los encuestados utilizaban equipo de inyección no estéril;
- del 47% al 36% de los encuestados compartían la droga de las jeringas; y
- del 25% al 9% de los encuestados se inyectaban en un sitio de inyección anónimo.

En 2002, otro estudio¹⁵ de la prevalencia del VIH entre 741 clientes que participaban en el programa de intercambio de agujas y jeringas estableció que menos del 1% eran VIH-positivos.

2.2.4 Características de los servicios

El proyecto para la reducción de daños del Centro del SIDA del *oblast* de Paskov tiene 22 empleados, incluidos el director del proyecto; el coordinador del proyecto; el gestor de las actividades de extensión; el chofer, seis agentes de extensión (incluidos tres ex consumidores de drogas intravenosas); un consumidor activo de drogas intravenosas y ocho voluntarios no remunerados en Paskov. Otros 12 agentes de extensión se concentran en Velikie Luki. En Paskov el programa se orienta a los consumidores de drogas intravenosas, los profesionales del sexo y los presos; coopera activamente con los servicios de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, la OBNON (policía antidroga), el vicegobernador del *oblast* y las organizaciones no gubernamentales locales, y tiene acuerdos para el envío de clientes con todos los centros médicos.

Los servicios de intercambio de agujas incluyen un puesto fijo de intercambio en Paskov, una unidad móvil que opera en Paskov y Opochna, y actividades de extensión. El puesto fijo está ubicado en el Centro del SIDA de Paskov, abre de lunes a viernes de 8.00 a 19.00 horas, llega a un promedio de 50–60 clientes e intercambia hasta 1300 agujas y jeringas por semana, y ofrece también servicios médicos adicionales por medio de la policlínica del Centro del SIDA, incluido el acceso a médicos especializados en enfermedades infecciosas, terapeutas y dentistas. El programa suministra una amplia variedad de materiales (véase **Cuadro 5: Paskov, servicios y productos suministrados**).

Las actividades de extensión en Paskov incluyen el trabajo basado en la calle, así como en la estación de ferrocarril, y en apartamentos de consumidores de drogas. El grueso de las agujas y jeringas se distribuye e intercambia por medio de distribución secundaria en unos cincuenta apartamentos. El programa ofrece asistencia social a los agentes de extensión, incluida ayuda para encontrar trabajo, y también la posibilidad de trabajar a tiempo parcial. Las actividades de extensión se realizan de lunes a viernes entre las 9.00 y las 19.00 horas, y el equipo se reúne para rendir informes diarios. El acceso a la comunidad gitana ha sido un logro importante.

¹⁴Grund et al. (2001). op.cit.

¹⁵Sivatcheva et al. (2002). op.cit.

Cuadro 5: Paskov, servicios y productos suministrados

Servicios y productos	Puesto fijo PIAJ	Unidad Móvil PIAJ	Extensión
Agujas y jeringas distribuidas	X	X	X
Agujas y jeringas devueltas	X	X	X
Eliminación de agujas y jeringas	X	–	–
Agua para inyección	X	–	–
Hisopos de alcohol	X	X	X
Desinfectante para limpieza de jeringas	X	X	X
Filtros y torundas	–	–	–
Vitaminas	X	–	–
Medicamentos para la hepatitis	–	–	–
Tratamiento para el VIH y el SIDA	X	Envío	Envío
Desintoxicación	Envío	Envío	Envío
Otros medicamentos	–	–	–
Preservativos distribuidos	X	X	X
Información, educación y comunicación (materiales distribuidos)	X	X	X
Educación y asesoramiento individuales directos	X	X	X
Educación en grupo	–	–	–
Servicios de infecciones de transmisión sexual	Envío	Envío	Envío
Asesoramiento (general)	X	–	–
Asesoramiento sobre drogas	Envío	Envío	Envío
Asesoramiento sobre el VIH y el SIDA	X	–	–
Asistencia jurídica	–	–	–
Ayuda a la vivienda y al bienestar social	–	–	–
Grupos de apoyo de consumidores de drogas	–	–	–
Grupos de apoyo de ex consumidores de drogas	–	–	–
Grupos de apoyo de personas que viven con el VIH	–	–	–

Cuadro 6: Paskov, programa de intercambio de agujas y jeringas, 1999–2002

	enero–diciembre 1999	mayo 2000–marzo 2001	junio 2001–mayo 2002	Total
Jeringas distribuidas	24 667	36 660	64 570	125 897
Porcentaje devuelto	85,5	91	92,3	89,6
Total de contactos de clientes	*	6 662	5 130	11 792
Preservativos distribuidos	5 894	11 007	17 374	34 275

* Indica “no registrado”

En Paskov la desintoxicación está a cargo de los servicios de drogadicción; el *oblast* no proporciona servicios de tratamiento de sustitución. En agosto de 2002 se estableció un centro de rehabilitación “Kamen” que coopera con el programa para la reducción de daños. El centro cuenta con el apoyo de distintas fuentes, incluidas iglesias, aunque son menos de 20 las personas que han seguido el programa.

2.2.5 Cobertura

Las cifras de contactados alguna vez para el programa fueron de 575 clientes en 1999, 793 en 2000, 857 en 2001, y 1153 a finales de 2002. Kamen, el servicio de rehabilitación de toxicómanos, también contactó a 20 clientes, pero se desconoce si éstos eran también clientes del programa.

En lo que respecta al contacto periódico, el 3% (22) de los 808 clientes primarios registrados en el programa en 2002 asistió al puesto fijo de intercambio una vez al mes o con una frecuencia mayor; menos del 97% (786) asistió menos de una vez al mes.

Cuadro 7: Paskov, contacto periódico

Asistencia al puesto fijo de intercambio	Porcentaje de clientes (número)
Asistieron 12 veces o más en 12 meses	3% (22)
Asistieron 6–10 veces en 12 meses	14% (114)
Asistieron 2–5 veces en 12 meses	50% (404)
Asistieron una vez en 12 meses	33% (268)

La asistencia al puesto fijo de intercambio es baja. No obstante, el empleo de servicios móviles, de agentes de extensión, de voluntarios y un complejo sistema secundario de intercambio permite distribuir agujas y jeringas a una amplia red de consumidores de drogas intravenosas. Es probable que el temor a la vigilancia policial (*véase 2.2.6 Mantener y ampliar la cobertura*) sea una causa de los bajos índices de asistencia al puesto fijo, y que la mayoría de los clientes prefiera obtener agujas y jeringas por medio de amigos. Es imposible estimar la cobertura por intercambio secundario; sin embargo, el director del proyecto declaró que muchos de los consumidores de drogas intravenosas de la ciudad recibieron regularmente agujas y jeringas por medio de intercambio secundario.

Un factor importante para el crecimiento inicial del programa fue contratar como agente de extensión a un consumidor activo de drogas intravenosas. Sin su participación habría sido imposible establecer relaciones con la comunidad de consumidores de drogas intravenosas. El personal del Centro del SIDA había realizado anteriormente algunos intentos, pero sin resultado. Establecer relaciones sólidas de confianza con los consumidores de drogas intravenosas fue clave para acceder a las redes de dichos consumidores.

Establecer un sistema eficaz de gestión y supervisión de las actividades de extensión fue crucial para aumentar la difusión y la cobertura del intercambio de agujas. Como todos los agentes de extensión eran consumidores de drogas intravenosas, era importante establecer un sistema sólido de gestión que mantuviera la disciplina y garantizase la observancia de reglas tales como no consumir drogas durante las horas de trabajo. A los agentes de extensión se los animó a buscar nuevos clientes y a no permanecer con aquellos a los que conocían bien. El director del proyecto participó activamente con los agentes de extensión desde el principio, y conocía personalmente a muchos clientes.

Para garantizar una gestión eficaz y transparente, se celebraron reuniones de equipo semanales. Los agentes de extensión tenían fijados para cada semana objetivos claros y normas de contacto; por ejemplo, en un momento dado, cada agente de extensión tenía que hacer al menos 10 nuevos contactos por semana, de los que tres tenían que ser mujeres. El acceso a consumidoras de drogas jóvenes se consideró de alta prioridad. Además, se estableció una norma según la cual todos los nuevos clientes debían asistir al puesto fijo de intercambio o ser presentados al coordinador del proyecto. Los requisitos y las normas de trabajo se reflejaban en las descripciones de los puestos de trabajo y otros documentos oficiales firmados por los empleados.

Consolidar acuerdos y asociaciones con funcionarios municipales clave, incluidos los jefes del Departamento de Salud de la provincia, de OBNON y del GUIN (Departamento de Prisiones) fue un paso importante para aumentar la cobertura, como lo fue también la resolución del vicegobernador de emprender programas de reducción de daños en Opochka y Velikie Luki.

2.2.6 Mantener y ampliar la cobertura

Los principales obstáculos a una cobertura continua y ampliada son ciertas personas e instituciones en algunas zonas, y la falta de políticas y leyes nacionales propicias. Por ejemplo, la lenta introducción de un programa de intercambio de agujas y jeringas en OPOCHKA es el resultado de la resistencia de algunos funcionarios políticos locales, pese al apoyo del vicegobernador del *oblast*. A nivel nacional, se carece de un marco regulador para la operación de los proyectos de reducción de daños. Por ejemplo, no se ha definido un puesto de asistente social dentro de las instituciones de salud pública estatales. A resultas de ello, el Centro del SIDA no puede contratar, para que trabaje con los grupos destinatarios, a un consumidor de drogas ni a ninguna otra persona que no tenga la educación adecuada, salvo por medios novedosos, como la financiación externa. La ausencia de un marco jurídico propicio del Gobierno nacional significa que los continuos problemas con la policía, en especial la de San Petersburgo, que periódicamente realiza redadas en PASKOV, impide a algunos consumidores de drogas intravenosas acceder a los servicios fijos y móviles.

En diciembre de 2002, el *oblast* de PASKOV ocupó el puesto 62 de entre 88 territorios de la Federación de Rusia en cuanto a prevalencia del VIH. Dado que la prevalencia es baja, el Centro del SIDA ha podido proporcionar asistencia a la mayoría de las personas seropositivas, incluido cierto acceso, con carácter experimental, a terapia antirretrovírica. Un mayor acceso a tratamientos eficaces aumentaría la capacidad del programa para atraer a personas seropositivas a sus servicios con mayor regularidad. El tratamiento de sustitución también contribuiría a este proceso y conduciría a una mejor prevención del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas.

Es difícil predecir la sostenibilidad del proyecto. Con nueva financiación externa del Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID) del Reino Unido, y un préstamo del Banco Mundial, podría contarse con la financiación suficiente para mantener operativo el programa.

2.2.7 Lecturas complementarias

Burrows D. *A Best Practice Model of Harm Reduction in the community and in prisons in Russian Federation. Final Project Report*. Banco Mundial. Washington y Moscú. 2003.

Grund J-P, Kobzev D, Melnikov V, Zadoretzky C, Zemlianova E, Titus S, Perlis T, Paone D, Bodrova V y Des Jarlais DC. *Drug use patterns and HIV risk behaviours of Russian syringe exchange participants*. Ponencia presentada en la Decimosegunda Conferencia Internacional sobre Reducción de Daños relacionados con las Drogas, Nueva Delhi, India. 2001.

Rhodes T y Sarang A. *HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation*. DFID, Londres. 2002 (Inédito).

Ministerio de Salud de la Federación de Rusia. *Officially Registered Cases of HIV Infection in the Russian Federation, 1987-5 May 2003*. Informe basado en datos del Centro Ruso sobre el SIDA. Moscú. 2003.

Sivatcheva I, Trofimov V, Gonchar E, Igorodetskaya I y Lukicheva T. *Some results of work of Pskov prevention programme among intravenous drug users on limiting the spread of HIV infection*. Materiales de la Segunda Conferencia Científico-Práctica Rusa sobre el VIH y la Hepatitis Vírica de Transmisión Sanguínea. Suzdal, 1-3 de octubre de 2002.

2.3 Sumy (Ucrania)

2.3.1 Resumen

Sumy, situada a unos 500 km al noreste de Kiev, con una población de 297 000 habitantes, es el centro de una región industrial que limita con la Federación de Rusia y es la capital de la *oblast* de Sumy, con 1,35 millones de habitantes.

El número estimado de consumidores de drogas intravenosas en Sumy es de 1500. El número de consumidores de drogas intravenosas contactados alguna vez por el programa de intercambio de agujas y jeringas era, a 31 de enero de 2002, de 1100, lo cual equivale al 73% del número estimado de consumidores de drogas intravenosas. No hay tratamiento de sustitución ni programas de rehabilitación.

En lo que respecta al contacto periódico, de los 341 clientes que asistieron al programa en un mes muestra en 2002, el 14% asistió entre seis y diez veces, el 50% entre dos y cinco veces, y el 33% lo hizo una sola vez. Los consumidores de drogas intravenosas contactados en un mes muestra fueron 341, lo que equivale al 22,7% del número estimado de consumidores de drogas intravenosas.

2.3.2 Consumo de drogas y situación del VIH

Ucrania ha experimentado el mayor aumento de infecciones por el VIH relacionadas con el consumo de drogas intravenosas en Europa oriental. A finales de 2003, el número estimado de personas que vivían con el VIH en Ucrania era de 360 000.¹⁶ En 2002 se estimaba en más de 300 000 el número de consumidores de drogas intravenosas.

El Programa Nacional de Prevención del VIH y el SIDA está aplicándose en el *oblast* de Sumy a través del Programa de Prevención del VIH y el SIDA 2001–2003, impulsado por el jefe de la administración estatal del *oblast*, y que:

“...asegura el funcionamiento de los programas de intercambio de agujas para consumidores de drogas intravenosas y los botiquines (incluidas unidades móviles) para personas pertenecientes a otros grupos vulnerables en todas las ciudades del oblast, con vistas a proporcionar una amplia variedad de servicios médicos, psicológicos, jurídicos y sociales”.

El Plan de Prevención 1999-2000 incluía una declaración similar.

Según la Cláusula 4 de la ley ucraniana *Sobre la prevención del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y la protección social de la población* (1998), el Estado garantiza:

“La prevención del VIH entre las personas que consumen drogas intravenosas, en particular para crear las condiciones que permitan el intercambio de agujas y jeringas usadas por agujas y jeringas estériles”.

El número estimado de consumidores de drogas intravenosas en Sumy es de 1500. Este número se calculó por medio de una técnica de multiplicador, tomando como referencia el número de consumidores de drogas intravenosas registrados y, como multiplicador, el porcentaje de clientes registrados en el programa de intercambio de agujas y jeringas. El número resultante se comparó con una estimación procedente de consumidores de drogas intravenosas

¹⁶ ONUSIDA (julio de 2004). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza. Consultado el 6 de abril de 2005 en: <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

entrevistados por el personal del programa, y con otra estimación de un periodista local. A finales de 2002, el número de personas que vivían con el VIH registradas en Sumy era de 75; 35 de ellas eran consumidores de drogas intravenosas. Este porcentaje de consumidores de drogas intravenosas entre las personas que vivían con el VIH es inferior al promedio nacional del 57%.¹⁷ En el *oblast* de Sumy había registradas 489 personas que vivían con el VIH, de las cuales 301 eran consumidores de drogas intravenosas. El programa de Sumy es uno de los más de 20 programas establecidos en Ucrania.

2.3.3 Historia

A mediados de 1998, el jefe de Epidemiología del *oblast* de Sumy recibió una nueva ley sobre el SIDA que contenía la cláusula relativa al intercambio de agujas citada en el punto anterior. Anteriormente, nunca había oído hablar del intercambio de agujas. Una cláusula similar se incluyó en el Plan de Prevención del VIH y el SIDA 1999-2000 del *oblast* de Sumy. Cuando el Plan de Prevención mencionó los programas de intercambio de agujas y jeringas, algunas zonas del *oblast* comenzaron a poner en marcha programas, primero en Shostka, la segunda ciudad en número de habitantes, y luego en las pequeñas ciudades de Romni, Esbudar y Ochir.

En agosto de 1999, el jefe de Epidemiología pasó a ocupar el cargo de director médico del Centro de Prevención del VIH y el SIDA del *oblast* de Sumy, y pidió ayuda al ONUSIDA y a la International Renaissance Foundation para establecer un programa de intercambio de agujas y jeringas. La solicitud contó con el apoyo de la administración del *oblast*, en especial del Departamento de Salud. OBNON, la policía antidroga, también colaboró desde las primeras fases. Un oficial superior de OBNON, el jefe adjunto del Departamento de Salud y el director médico del Centro sobre el SIDA del *oblast* habían asistido a una reunión sobre estrategias para la reducción de daños, celebrada en Kiev en enero de 2000.

En mayo de 2000, en el Centro de Prevención del VIH y el SIDA del *oblast* de Sumy se estableció un programa de intercambio de agujas y jeringas, operado inicialmente por el Centro del SIDA; en septiembre de 2002 se hizo cargo del programa la fundación benéfica 'Pace Forward to Meeting'. Los programas de intercambio de agujas y jeringas de Poltava y Nikolaev proporcionaron la asistencia técnica.

Un ex consumidor de drogas intravenosas, que acababa de salir de la cárcel, fue el primer agente de extensión del programa, y asistió a un taller de formación en actividades de extensión organizado en Kiev. Este agente de extensión conocía a muchos consumidores de drogas intravenosas y comenzó a distribuir jeringas entre amigos y conocidos, y también en puntos de venta de drogas, donde se ocupó de explicar los objetivos y las tareas del programa. A resultas de ello, muchos consumidores de drogas intravenosas visitaron el puesto fijo de intercambio ubicado en el Centro del SIDA.

Desde septiembre de 2000 a enero de 2001, tres unidades móviles de intercambio operaron en distintas partes de la ciudad para acceder al mayor número posible de consumidores de drogas intravenosas e informarles sobre el trabajo del programa. Por este proceso, y con la ayuda de consumidores de drogas intravenosas bien informados en varias partes de la ciudad, se fijaron diversos sitios sobre el terreno y las horas de apertura. Dichos sitios se establecieron entre junio de 2000 y julio de 2001. El programa estaba constituido por un gestor de proyecto, un agente superior de extensión, cinco trabajadores sociales, un sociólogo y un

¹⁷ Dr. Ariele Braye. Oficial del Programa en el País para la iniciativa "Tres millones para 2005", Oficina de la OMS en Ucrania (comunicación personal, abril de 2005).

contable. Se organizaron para los clientes del programa consultas con el médico de enfermedades infecciosas del Centro del SIDA y con un abogado.

En diciembre de 2000 funcionaban ya dos sitios fijos y cuatro unidades de intercambio sobre el terreno; luego, el jefe de los agentes de extensión visitó a un traficante de drogas para alentarle a participar en el programa. La reacción del traficante fue suspicaz y agresiva a la vez; no obstante, el agente de extensión volvió varias veces para suministrar materiales educativos y jeringas y a explicar el programa. Finalmente ambos trabaron amistad; más tarde al agente le presentaron a otros tres traficantes, y los cuatro traficantes pasaron a ser agentes secundarios de intercambio del programa.

En octubre de 2002, la fundación benéfica 'Pace Forward to Meeting' inició actividades de prevención del VIH entre profesionales del sexo, incluidas la información y la educación relacionadas con el VIH; la distribución de materiales para la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, preservativos, desinfectantes y otros materiales; el envío de profesionales del sexo a servicios tales como el Centro del SIDA, el dispensario para el tratamiento de infecciones de transmisión sexual o el programa de intercambio de agujas y jeringas, y la organización de grupos de autoayuda para profesionales del sexo. También se organizaron ruedas de prensa, seminarios, mesas redondas, etc.

2.3.4 Características de los servicios

El intercambio de agujas y jeringas y otros servicios para consumidores de drogas intravenosas se suministran a través de dos puestos fijos en el Centro del SIDA del *oblast* y el Dispensario para Toxicómanos del *oblast* de Sumy, donde los clientes son atendidos por un enfermero, así como por cuatro unidades sobre el terreno operadas por trabajadores sociales y un psicólogo que trabaja en régimen rotatorio. Las horas de atención son:

- Centro del SIDA del *oblast* de Sumy: de lunes a viernes de 9.00 a 16.00 horas;
- Dispensario para Toxicómanos del *oblast* de Sumy: las 24 horas del día, siete días a la semana;
- Unidades sobre el terreno:
 - Calle Prokofiev: de lunes a viernes de 15.00 a 17.00 horas;
 - Calle SKD: martes y jueves de 15.00 a 17.00 horas;
 - Calle Sumskaya: martes, jueves y sábado de 13.00 a 15.00 horas; y
 - Calle Parkovaya: miércoles de 15.00 a 17.00 horas.

Cinco trabajadores sociales, un trabajador social superior, un psicólogo, un contable, un gestor del proyecto para la reducción de daños y un asistente son financiados con el presupuesto del programa. Los sueldos de los trabajadores de los puestos fijos de intercambio y de los enfermeros del Centro del SIDA y del Dispensario para Toxicómanos están financiados con sus respectivos presupuestos. El psicólogo asesora brevemente en las unidades sobre el terreno; para asesoramientos más extensos o de carácter más privado, se pide a los clientes que visiten el Centro del SIDA, donde el asesoramiento tiene sitio en una sala privada.

Además, tres voluntarios, consumidores de drogas intravenosas que han recibido formación, proporcionan intercambio secundario e información y educación a otros consumidores de drogas intravenosas que no acuden a los puestos de intercambio. A este sistema de intercambio secundario acuden unos 100 consumidores de drogas intravenosas, incluidos adolescentes.

El acceso a los puestos fijos y móviles es sencillo y rápido. Los clientes del programa utilizan una entrada aparte del Centro del SIDA, y el intercambio de agujas se lleva a cabo en una sala separada del resto. En la unidad sobre el terreno, los trabajadores sociales proporcionan agujas y jeringas; hisopos de alcohol; preservativos, desinfectante y algunos medicamentos menores (como píldoras para el dolor de cabeza); ofrecen asesoramiento y se ocupan de enviar a los clientes a los servicios de pruebas del VIH y de tratamiento del VIH y de toxicomanías. Los clientes de la unidad han afirmado que el programa les suministró los materiales que necesitaban, aunque a veces escaseaban los preservativos. Las jeringas y los hisopos se consideraban los materiales más importantes.

Algunos entrevistados manifestaron estar preocupados por que la policía pudiese estar vigilando, tal vez incluso filmando en vídeo, las unidades sobre el terreno o el Centro del SIDA. Otros se rieron y un entrevistado dijo que acudir al sitio era *“como ir a hacer la compra, una mera rutina”*. Algunos entrevistados dijeron que se sentían seguros cuando acudían al sitio; *“la policía sabe de la existencia de este sitio, pero aquí no nos fastidian”*. OBNON confirmó la ausencia de actividad policial alrededor de las unidades sobre el terreno.

Los trabajadores del programa recogen las agujas y jeringas y las colocan en recipientes resistentes, que, una vez llenos, se almacenan en el Centro del SIDA. Dichos recipientes se transportan cada tres meses a una fábrica local de metal, donde se queman.

Todos los sitios del programa de intercambio de agujas y jeringas llevan registros de las visitas de los clientes y de los servicios suministrados. Se utiliza un sencillo y único código de identificación numérico; a cada nuevo cliente se le extiende una tarjeta de identificación con su número. Es necesario presentar esta tarjeta en todas las visitas al programa. Se recopilan los datos sobre agujas y jeringas distribuidas y devueltas y una serie de otras informaciones. A cada nuevo cliente se le pide que rellene un formulario con datos como la edad, el sexo, etc., y también con su comportamiento sexual y el comportamiento relacionado con las drogas. Recientemente se han analizado los primeros 600 cuestionarios. Otros cuestionarios, destinados a rastrear cambios en el comportamiento de los clientes, se entregan a un grupo muestra de 100 clientes durante un periodo de una a dos semanas cada seis meses. En mayo-junio de 2001, el programa inició una investigación cualitativa, con entrevistas exhaustivas, un cuestionario y grupos de sondeo para llegar a una comprensión más profunda de las necesidades de los clientes.

Cuadro 8: Sumy, servicios y productos suministrados

Servicios y productos	Centro del SIDA PIAJ	Dispensario para Toxicómanos PIAJ	Unidades sobre el terreno
Agujas y jeringas distribuidas	X	X	X
Agujas y jeringas devueltas	X	X	X
Eliminación de agujas y jeringas	X	–	X
Agua para inyección	–	–	–
Hisopos de alcohol	X	X	X
Desinfectante para limpieza de jeringas	X	–	X
Filtros y torundas	X	–	X
Vitaminas	X	–	X
Tratamiento para la hepatitis	X	–	X
Tratamiento para el VIH y el SIDA	X	Envío	Envío
Desintoxicación	Envío	X	Envío
Otros medicamentos	X	–	X
Preservativos distribuidos	X	X	X
Información, educación y comunicación (materiales distribuidos)	X	X	X
Educación/asesoramiento individuales directos	X	–	X
Educación en grupo	X	–	X
Servicios de infecciones de transmisión sexual	Envío	Envío	Envío
Asesoramiento (general)	X	–	X
Asesoramiento sobre drogas	Envío	X	Envío
Asesoramiento sobre el VIH y el SIDA	X	Envío	Envío
Asistencia jurídica	–	–	–
Asistencia médica primaria	X		X
Pruebas voluntarias del VIH con asesoramiento previo y posterior	X	X	X
Ayuda a la vivienda y al bienestar social	–	–	–
Grupos de apoyo de consumidores de drogas	–	–	–
Grupos de apoyo de ex consumidores de drogas	–	–	–
Grupos de apoyo de personas que viven con el VIH	–	–	–

Cuadro 9: Sumy, programa de intercambio de agujas y jeringas, mayo 2000–diciembre 2002

	Mayo– diciembre 2000	2001	2002	Total
Jeringas distribuidas	22 967	109 972	141 282	274 221
Jeringas devueltas	20 845	106 028	133 158	260 031
Porcentaje devuelto	90,7	96,4	94,2	94,8
Total de contactos de clientes	3 699	14 368	18 550	36 617

La desintoxicación está a cargo de los servicios de toxicomanías. En el *oblast* de Sumy no hay servicios de rehabilitación, tratamiento de sustitución u otros tratamientos contra las drogas.

2.3.5 Cobertura

El número de consumidores de drogas intravenosas contactados alguna vez y que accedieron a los programas de intercambio de agujas y jeringas fue de 382 en 2000, 825 en 2001, 1047 a finales de 2002 y 1100 a 31 de enero de 2003. El siguiente cuadro ilustra la distribución por edad de los 1100 clientes.

Cuadro 10: Distribución por edad de los clientes del programa de intercambio de agujas y jeringas, Sumy

Edad	Porcentaje
Menos de 19	10%
20–25	44%
26–29	20%
30–35	16%
36–39	6%
Más de 39	4%

De los 600 formularios de inscripción de clientes que se han analizado, el 13% eran mujeres.

En lo que respecta al contacto periódico, se analizaron las estadísticas de clientes y se calculó el promedio para dos meses muestra aleatorios en 2002. El siguiente cuadro ilustra la asistencia de los 341 clientes primarios que accedieron al programa de intercambio de agujas y jeringas.

Cuadro 11: Sumy, contacto periódico

Asistencia	Porcentaje de clientes (número)
1–5 veces por mes	69% (229)
6–10 veces por mes	21% (73)
11–15 veces por mes	7% (27)
16–20 veces por mes	1,4% (6)
21–25 veces por mes	0,6% (2)
26–30 veces por mes	1% (4)

El personal del programa calculó que el 10% de todas las agujas y jeringas distribuidas fueron para intercambios secundarios, de donde pasaron a unos 100 consumidores de drogas intravenosas.

Los principales factores para alcanzar una cobertura alta entre consumidores de drogas intravenosas fueron:

- la política nacional. La ley ucraniana *Sobre prevención del SIDA y protección social de la población* (1998), que introdujo a escala nacional programas de intercambio de agujas y jeringas como parte de los programas de prevención del VIH, y los Planes Nacionales de Prevención del VIH y del SIDA, que hicieron hincapié en los programas de intercambio de agujas y jeringas;
- las buenas relaciones de trabajo entre el gestor del proyecto y la administración del *oblast*, la OBNON y el Departamento de Salud del *oblast*;
- la estabilidad, a lo largo de tres años, de la financiación procedente de donantes, así como la formación, información y asistencia técnica proporcionada por los donantes;
- la buena ubicación de las unidades sobre el terreno para que los consumidores de drogas intravenosas pudieran acceder a servicios cercanos a sus domicilios o a puestos de venta de drogas;
- el sistema de “bola de nieve”, es decir, ofrecer pequeños incentivos a los clientes que llevaban un nuevo cliente al programa. Mientras este proceso continuaba, comenzaron a llegar al programa grupos de consumidores de drogas intravenosas que se

inyectaban juntos. A veces desaparecieron más tarde en grupos, ya por abandonar la ciudad, ya tras caer presos, aunque por lo general terminaron regresando al programa;

- la estabilidad de las unidades sobre el terreno, con horarios respetados independientemente del tiempo que hiciese o de otras condiciones adversas;
- la vigilancia sistemática del proyecto;
- la participación remunerada, en calidad de agentes de extensión, de ex consumidores de drogas intravenosas o de consumidores activos, y la ayuda de líderes de los consumidores de drogas intravenosas. La confianza de dichos consumidores se fue consolidando gradualmente, y el personal se ha preocupado por ser siempre cortés y tolerante, por tener una actitud positiva y hacer que los clientes se sintieran cómodos en los sitios fijos y móviles;
- la conservación del personal del programa, considerada un resultado de la motivación personal del los funcionarios del programa; reuniones periódicas para discutir problemas; formación regular; seguridad jurídica, y el apoyo de las autoridades locales a los programas de intercambio de agujas y jeringas;
- el trabajo regular con periodistas, incluido un concurso entre los medios de comunicación regionales para premiar el mejor reportaje sobre el trabajo del proyecto de reducción de daños, y ayuda a dos periodistas locales para que asistieran a las sesiones de formación para informar sobre el VIH; y
- la combinación de las fuerzas de la fundación benéfica 'Pace Forward to Meeting' y de la organización gubernamental, el Centro del SIDA, en la ejecución del programa.

2.3.6 Mantener y ampliar la cobertura

La fundación benéfica 'Pace Forward to Meeting' tiene previsto ampliar su trabajo a las tres cárceles más grandes y ha solicitado financiación internacional para un proyecto encaminado a proporcionar educación sobre el VIH a los presos y al personal, así como preservativos y acceso a agujas y jeringas.

En los programas de intercambio de agujas y jeringas los trabajadores sociales suelen conocer a las madres y otros familiares de los consumidores de drogas intravenosas. A finales de 2002 se celebraron dos reuniones con grupos de madres de consumidores de drogas intravenosas que querían apoyo familiar para ayudar a sus hijos a dejar el consumo de drogas. Estas reuniones llevaron a analizar la necesidad de un programa de rehabilitación, pero hasta la fecha no se ha puesto en marcha un programa de esas características.

El tratamiento de sustitución ayudaría a proporcionar terapia antirretrovírica y otros tratamientos para consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos, y también mejoraría la prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas. 'Pace Forward to Meeting' tiene previsto solicitar a la International Renaissance Foundation y al Open Society Institute que pongan en marcha en Ucrania un programa de tratamiento de sustitución con metadona.

Las actividades actuales del Gobierno ucranio, gracias a una subvención del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y a un préstamo del Banco Mundial, pueden facilitar el apoyo necesario para aumentar la financiación de Sumy y el *oblast* de Sumy destinada a mantener y ampliar el trabajo de los programas de intercambio de agujas y jeringas.

2.3.7 Lecturas complementarias

Balakireva O, Galustian Y, Yaremenko O, Scherbynsky A, Kruglov Y, Levchuk N, Onikienko V, Andruschak L, Barnett T y Whiteside A. *The social and economic impact of HIV and AIDS in Ukraine: A re-study*. British Council/Ukrainian Institute for Social Research. Kiev, Ucrania. 2001.

Ministerio de Salud de Ucrania. *HIV/AIDS Epidemiology Bulletin*. 1 de julio de 2003.

ONUSIDA. *Join the fight against AIDS in Ukraine*. Kiev, Ucrania, junio de 2002.

3. Estudios de caso: Asia

3.1 Dhaka (República Popular de Bangladesh)¹⁸

3.1.1 Resumen

Dhaka, con una población de 12 millones de habitantes, es la capital de Bangladesh.

El número estimado de consumidores de drogas intravenosas es de 7650. El número de 'contactados alguna vez' es de 9630 consumidores de drogas intravenosas, transcurridos seis años a finales de diciembre de 2002.

En lo que respecta al contacto periódico, en 2001 se analizó un mes muestra durante el cual unos 4000 clientes visitaron algún centro de acogida y consulta o fueron contactados por otros servicios, número que equivale al 52% de los consumidores de drogas intravenosas de Dhaka.

3.1.2 Consumo de drogas y situación del VIH

Bangladesh tiene una prevalencia del VIH muy inferior a la de otros países de Asia meridional. A finales de 2003, el número estimado de personas que vivían con el VIH en Bangladesh oscilaba entre 2500 y 15 000.¹⁹ El número de consumidores de drogas se ha estimado entre 100 000 y 1,7 millones; de ellos, entre 20 000 y 25 000 son consumidores de drogas intravenosas.²⁰ En Bangladesh hay tres programas de intercambio de agujas y jeringas y proyectos relacionados, todos ellos creados y financiados por CARE Bangladesh, así como un número reducido de programas de tratamiento contra las drogas.

El número de consumidores de drogas intravenosas de Dhaka se estima en 7500. Esta cifra se calculó mediante una evaluación rápida de la situación del VIH y el consumo de drogas realizada por CARE Bangladesh en 1998.²¹ Las encuestas periódicas de vigilancia comportamental han identificado pocos consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos.

Cuadro 12: Consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos en Dhaka

Consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos en Dhaka	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
Número de consumidores de drogas intravenosas sometidos a la prueba	402	418	400	400
Número de VIH-positivos (%)	11 (2,7)	6 (1,4)	7 (1,7)	16 (4)

3.1.3 Historia

El Proyecto SHAKTI para Consumidores de Drogas Intravenosas (Proyecto SHAKTI) de CARE Bangladesh se inició en Dhaka en mayo de 1998. Antes de establecer el proyecto se realizó una evaluación rápida de la situación en la que se estimó que en Dhaka había unos 7650

¹⁸Parte de la información de esta sección se ha extraído de Panda S, Capítulo IV: Outreach in Dhaka, Bangladesh, en UNUSIDA/AHRN/ONUDD (2002). Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia. Ginebra, Suiza. http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf

¹⁹UNUSIDA (julio de 2004). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza. Consultado el 6 de abril de 2005 en: <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

²⁰NASROB (National Assessment of Situation and Responses to Opioid/ Opiate Use in Bangladesh) (junio de 2002). What will happen to us? Country highlights and recommendations Family Health International/ CARE/ HASAB. Dhaka.

²¹Beg M. (1999). Injecting drug user Intervention, Proyecto SHAKTI, CARE Bangladesh. Informe de actividades, marzo 1998 a junio 1999. CARE Dhaka.

consumidores de drogas intravenosas y, como mínimo, 11 000 fumadores de heroína. También se obtuvieron otros resultados:

- en el caso de los consumidores de drogas intravenosas, la droga preferida era la buprenorfina inyectable y otros medicamentos con receta, como el diazepam, la prometazina y la feniramina, que se usa junto a la buprenorfina;
- más del 90% de los consumidores de drogas intravenosas había fumado antes heroína, con lo cual los 11 000 fumadores de heroína se podían considerar consumidores potenciales de drogas intravenosas; y
- más del 80% de los consumidores de drogas intravenosas había compartido agujas y jeringas; el 90% había compartido otro equipo de inyección; el 30% eran personas sin techo; el 46% no tenía formación; el 84% nunca había sido detenido, y el 66% nunca había estado en la cárcel.

El personal del Proyecto SHAKTI, asistido por guías que eran consumidores activos de drogas intravenosas y por otros informantes clave, trazó un mapa de la ciudad mediante observaciones y visitas sobre el terreno, e identificó 42 narcosalas, algunas de las cuales también eran puntos de venta de drogas. El proyecto empezó capacitando a 12 consumidores activos de drogas intravenosas como agentes de extensión inter pares. La capacitación, de cinco días, cubría varios temas, como la educación de otros consumidores de drogas intravenosas sobre las infecciones de transmisión sexual, el VIH y temas relacionados con el consumo de drogas, y la prestación de servicios sanitarios para abscesos e infecciones de transmisión sexual, intercambio de agujas y jeringas y distribución de preservativos. Durante la capacitación, se estableció un horario de trabajo y se acordaron normas de conducta para el personal, como no consumir drogas intravenosas ni llevar encima drogas durante el horario laboral, además de evitar la participación en actividades delictivas.

El primer centro de acogida y consulta se creó en abril-mayo de 1998 evitando los puntos de venta de drogas. El Comisionado para Menores ofreció un espacio gratuito en el mismo edificio de sus oficinas, el centro cívico, y en junio de 1998 los agentes de extensión inter pares ya habían contactado a 150 consumidores de drogas intravenosas y distribuido 1753 agujas y jeringas.

En junio de 1999, el número promedio de consumidores de drogas intravenosas contactados diariamente era de 1945, y de más de 2200 el de contactados algunos días. Se habían abierto otros seis centros de acogida y consulta; había 26 agentes de extensión inter pares, 20 vendedores de fármacos capacitados y 160 educadores inter pares voluntarios. El programa creció hasta tener 11 centros de acogida y consulta y 50 agentes de extensión inter pares. A partir de la experiencia de Dhaka, CARE Bangladesh continuó la iniciativa y puso en marcha programas similares para consumidores de drogas intravenosas en Rajshahi (noroeste de Bangladesh) en mayo de 1999, en Chapai Nawabganj en marzo de 2001 y en Char Narendrar en febrero de 2002 (véase 3.2).

3.1.4 Características de los servicios

En Dhaka hay 11 centros de acogida y consulta que proporcionan a los consumidores de drogas intravenosas prevención del VIH, diagnóstico y servicios de tratamiento de infecciones de transmisión sexual, así como atención primaria de salud, sobre todo, tratamiento de abscesos. Los diagnósticos y servicios de tratamiento semanales para infecciones de transmisión sexual están a cargo de un médico, financiado parcialmente por Marie Stopes International Clinics, una organización no gubernamental internacional; otros tratamientos médicos semanales están a cargo de un médico del Gobierno. El personal del Proyecto SHAKTI dijo que los vínculos del programa con CARE, el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales internacionales ayudaron a proteger los centros de acogida y consulta contra la oposición de los vecinos.

Los centros de acogida y consulta funcionan de 8.00 a 15.00 horas de sábado a jueves, y cada mes los visitan unos 1570 consumidores de drogas intravenosas. Dichos centros también se utilizan como espacio para la capacitación de agentes de extensión inter pares y educadores, y para la educación en grupo de consumidores de drogas intravenosas; para derivar a otros servicios, como consultorios, en casos de problemas médicos más graves, pruebas del VIH y tratamiento contra las drogas, y como espacio seguro para la estancia de los consumidores de drogas intravenosas. Cada centro de acogida y consulta tiene un responsable y una persona, por lo general un ex consumidor de drogas intravenosas o un consumidor activo de drogas intravenosas, encargada de curar y controlar los abscesos.

Los programas de intercambio de agujas y jeringas no se instalaron en los centros de acogida y consulta porque, tras varias consultas con la comunidad, se detectó que a los vecinos les preocupaba que esos programas convirtieran los centros de acogida y consulta en narcosalas. Estos servicios los prestaban, en su sitio, los agentes de extensión inter pares, que recurrían al centro de acogida y consulta, base de recogida de suministros para actividades de extensión, celebrar reuniones de extensión, rellenar el formulario de seguimiento y otros formularios, y almacenar el material utilizado. El material utilizado, entre 25 000 y 35 000 agujas y jeringas, se recoge de todos los centros de acogida y consulta una vez al mes y se transporta a una instalación de investigación médica, donde se quema en un incinerador de residuos médicos.

Además de las 42 narcosalas encontradas en un primer momento, trazando un mapa de la ciudad y entrevistando a los consumidores de drogas intravenosas se identificaron otras 30 zonas de venta y consumo de drogas inyectables. Todos estos sitios están cubiertos por el trabajo de extensión, que se realiza 26 días al mes: los agentes alternan entre dos zonas de actividades de extensión y pasan 13 días al mes en cada sitio, en días alternos. Más de 50 agentes de extensión inter pares remunerados, en su mayoría consumidores activos de drogas intravenosas, ofrecen educación, intercambio de agujas y jeringas, distribución de preservativos y derivación a otros centros. Todos los agentes de extensión inter pares y educadores son varones, lo que podría explicar la baja proporción de consumidoras de drogas intravenosas frente a los consumidores masculinos que acceden a los servicios del proyecto (véase 3.1.5).

Cada consumidor de drogas intravenosas recibe durante la visita de los trabajadores de extensión, en días alternos, dos agujas y dos jeringas de 1 ml, pero puede recibir más agujas si las necesita. Se practica el intercambio estricto unidad por unidad, con muy pocas excepciones, y se rompen las esquinas de los envases para impedir la reventa. Los jueves se proporcionan cuatro agujas y cuatro jeringas y el servicio no funciona los viernes. Si necesitan más equipo de inyección, se recomienda a los clientes que limpien y reutilicen su propio equipo de inyección.

El Proyecto SHAKTI también emplea a un coordinador técnico, un gestor y cuatro oficiales de programa que se concentran respectivamente en alguno de los siguientes aspectos: mejora de la eficacia de las actividades de extensión, movilización de consumidores de drogas intravenosas y de ex consumidores de drogas intravenosas para formar grupos de autoayuda, y sensibilización. También hay ocho capacitadores sobre el terreno; trabajan desde la oficina de CARE Bangladesh en Dhaka. Todos los miembros del personal, incluidos los agentes de extensión inter pares, asisten a una reunión de equipo mensual para comentar las estadísticas y los problemas del programa y tratar asuntos concretos, como el trabajo de investigación o la planificación de actividades para el Día Mundial del SIDA y la formación de dos grupos de autoayuda: PROCHESTA, para consumidores de drogas, y BODAR, para ex consumidores de drogas. CARE tiene previsto que estos dos grupos acaben haciéndose cargo de alguno de los servicios para consumidores de drogas intravenosas. BODAR ya ayuda a organizar las reuniones semanales de Narcóticos Anónimos que se celebran en cinco centros de acogida y consulta.

Los capacitadores sobre el terreno supervisan el trabajo de los agentes de extensión inter pares y del personal de los centros de acogida y consulta, y les proporcionan capacitación en el puesto de trabajo; ayudan a los agentes de extensión inter pares a ofrecer educación de grupo y supervisan regularmente las conductas y necesidades de los consumidores de drogas intravenosas mediante entrevistas semestrales con muestras aleatorias de clientes. Los capacitadores sobre el terreno se aseguran de que los centros de acogida y consulta estén bien gestionados, y cada capacitador trabaja a diario con un agente de extensión inter pares para asegurarse de que las tareas de extensión en materia de vigilancia y educación se realicen correctamente. Los capacitadores sobre el terreno también se encargan de la sensibilización vecinal, pidiendo ayuda al oficial del programa de sensibilización cuando es necesario. Los capacitadores sobre el terreno y los oficiales del programa también vigilan el acoso que puedan sufrir los agentes de extensión inter pares por parte de la policía o las mafias (*hoodlums*).

El Proyecto SHAKTI organiza, en asociación con el Hospital Central de Tratamiento contra las Drogas (gubernamental) de Tejgaon, Dhaka, campamentos de desintoxicación de base comunitaria en espacios donados o alquilados a la comunidad a precios ventajosos. Cada campamento dura 14 días y los consumidores de drogas intravenosas donan US\$ 3 cada uno, que van al fondo fiduciario de BODAR. Los medicamentos, el alojamiento, la comida y la asistencia médica corren a cargo de SHAKTI. En Dhaka no se ofrecen servicios de rehabilitación, tratamiento de sustitución ni ningún otro tipo de tratamiento contra las drogas, si bien BODAR tiene previsto poner en marcha un programa de rehabilitación si obtiene la financiación suficiente. El tratamiento de sustitución es ilegal en Bangladesh.

Cuadro 13: Dhaka, servicios y productos suministrados

Servicios y productos	Centros de acogida y consulta	Extensión
Agujas y jeringas distribuidas	–	X
Agujas y jeringas devueltas	–	X
Eliminación de agujas y jeringas	X	–
Agua para inyección	–	–
Hisopos de alcohol	X	X
Desinfectante para limpieza de jeringas	–	–
Filtros y torundas	X	X
Vitaminas	–	–
Medicamentos para la hepatitis	–	–
Tratamiento para el VIH y el SIDA	–	–
Desintoxicación	X	Envío
Otros medicamentos	–	–
Preservativos distribuidos	X	X
Información, educación y comunicación (materiales distribuidos)	X	X
Educación y asesoramiento individuales directos	X	X
Educación en grupo	X	X
Servicios de infecciones de transmisión sexual	X	Envío
Asesoramiento (general)	X	–
Asesoramiento sobre drogas	X	X
Asesoramiento sobre el VIH y el SIDA	X	X
Asistencia jurídica	–	–
Ayuda a la vivienda y al bienestar social	–	–
Grupos de apoyo de consumidores de drogas	X	Envío
Grupos de apoyo de ex consumidores de drogas	X	Envío
Grupos de apoyo de personas que viven con el VIH	Envío	Envío

Cuadro 14: Dhaka, programa de intercambio de agujas y jeringas, mayo 1998–diciembre 2002

	mayo– diciembre 1998	1999	2000	2001	2002	Total
Jeringas distribuidas	145 682	597 712	810 66	1 125 549	742 818	3 422 727
Jeringas devueltas	96 385	483 701	675 666	833 833	541 052	2 632 637
Porcentaje devuelto	66%	81%	83%	74,1%	72,8%	76,9%
Preservativos distribuidos	41 249	165 950	148 001	62 688	68 285	486 173
Consumidores de drogas intravenosas con abscesos tratados	494	4550	3894	3 682	4 039	16 659
Consumidores de drogas intravenosas tratados por infecciones de transmisión sexual*	NA	430	426	372	310	1 538

*Los servicios de infecciones de transmisión sexual empezaron en marzo de 1999.

3.1.5 Cobertura

El número de ‘contactados alguna vez’ para el programa de intercambio de agujas y jeringas fue de unos 3000 consumidores de drogas intravenosas en 1998; 8000 en 1999, y 9630 en 2000, sin que haya aumentado mucho desde entonces. Cerca de 70 de los consumidores de drogas intravenosas son mujeres (0,8%). No se sabe si esto refleja la proporción varón-mujer de consumidores de drogas intravenosas de la ciudad. El número de clientes contactados es mayor que el número estimado de consumidores de drogas intravenosas porque grandes sectores de la población que consumen opiáceos alternan el consumo de drogas intravenosas con la heroína fumada.

En lo que respecta al contacto periódico, en 2002²² se analizó un mes muestra y se observó que unos 4000 consumidores de drogas intravenosas estaban “enrolados”, es decir, asistían periódicamente a servicios de extensión o centros de acogida y consulta. Cerca de un 58% de los clientes inscritos accedían a servicios de extensión entre 10 y 13 días; un 22% entre 7 y 9 días, y un 20% menos de 6 días al mes. De los que vivían cerca de los centros de acogida y consulta, el 99% accedía a servicios de extensión entre 10 y 13 días al mes. Se detectó un contacto periódico inferior y una movilidad mayor en zonas como los barrios de tugurios, de las que los consumidores de drogas intravenosas son desalojados sistemáticamente por la fuerza.

Según BODAR, unos 120 consumidores de drogas intravenosas habían seguido tratamiento en campamentos de desintoxicación entre enero de 2000 y noviembre de 2002. El Hospital de Tratamiento contra las Drogas puede tratar a otras 1020 personas al año, aunque atiende a todas las personas dependientes, incluidos los fumadores de heroína y los alcohólicos. Se desconoce el número de consumidores de drogas intravenosas tratados en el hospital.

Para un análisis de los factores que permiten alcanzar la cobertura véase **3.2.5 Cobertura**.

3.1.6 Mantener y ampliar la cobertura

Véase **3.2 6 Mantener y ampliar la cobertura**

3.1.7 Lecturas complementarias

Véase **3.2 7 Lecturas complementarias**

²² ONUSIDA/AHRN/ONUDD (2002). Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia. Ginebra, Suiza. [Versión electrónica] http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf

3.2 Rajshahi (República Popular de Bangladesh)²³

3.2.1 Resumen

Rajshahi, con una población de 300 000 habitantes, se encuentra a 270 km al noroeste de Dhaka; el río Padma la separa de Bengala Occidental (India). Rajshahi es una ciudad universitaria, centro de un distrito agrícola y encrucijada del transporte y comercio entre Rajshahi y Bengala Occidental.

El número estimado de consumidores de drogas intravenosas oscila entre 770 y 1000. El número de ‘contactados alguna vez’ desde mayo de 1999 es de 500, lo que equivale a un 50–70% de los consumidores de drogas intravenosas de Rajshahi.

En lo que respecta al contacto periódico, en un mes muestra en 2002, 436 clientes asistieron a servicios de reducción de daños o de tratamiento contra las drogas, lo que equivale a un 44–57% de los consumidores de drogas intravenosas de Rajshahi.

3.2.2 Consumo de drogas y situación del VIH

Sobre la situación nacional en Bangladesh, véase **3.1.2 Consumo de drogas y situación del VIH**.

El número estimado de consumidores de drogas intravenosas de Rajshahi oscila entre 770 y 1000 personas. Una primera evaluación rápida en seis ciudades de Bangladesh²⁴ indicó que podía haber entre 12 000 y 15 000 consumidores de drogas intravenosas en el noroeste del país, la mayoría en Rajshahi y en la vecina población de Chapai Nawabganj. Sin embargo, en 2000, un equipo del Proyecto SHAKTI para Consumidores de Drogas Intravenosas de CARE Bangladesh utilizó una combinación de trazado de mapas e identificación de zonas de consumo de drogas, junto con otros métodos, y estimó que en Rajshahi había 1000 consumidores de drogas intravenosas.²⁵ A finales de 2001, otra evaluación, parte de un amplio estudio realizado por varias organizaciones internacionales y nacionales, estimó en 770 el número de consumidores de drogas intravenosas y en 1475 el de fumadores de heroína.²⁶

Las encuestas periódicas de vigilancia comportamental no han identificado ningún consumidor de drogas intravenosas VIH-positivo en el noroeste de Bangladesh. La encuesta de 1998-1999 no incluía a Rajshahi, y la de 1999-2000 no encontró ninguna persona que viviera con el VIH entre los 416 consumidores de drogas intravenosas entrevistados, como tampoco lo hicieron las encuestas de 2000-2001 y de 2001-2002.^{27, 28, 29, 30}

²³ Parte de la información de esta sección se ha extraído de Panda S, Chapter IV: Outreach in Dhaka, Bangladesh, en ONUSIDA/AHRN/ONUDD (2002). Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia. Ginebra, Suiza. http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en.pdf

²⁴ Programa de Control del SIDA/ETS de Bangladesh (junio de 2000). Report on the Sero-Surveillance and Behavioural Surveillance on STD and AIDS in Bangladesh, 1998-1999, Bangladesh. Dhaka.

²⁵ Rabbani S y Mallick PS (2000). Re-estimation of injecting drug user population in Rajshahi. Health and Population Sector, CARE Bangladesh. Dhaka (Inédito).

²⁶ NASROB (2002). op.cit.

²⁷ Programa de Control del SIDA/ETS de Bangladesh (junio de 2000). Report on the Sero-Surveillance and Behavioural Surveillance on STD and AIDS in Bangladesh, 1998-1999, Bangladesh. Dhaka.

²⁸ Programa de Control del SIDA/ETS de Bangladesh (septiembre de 2000). Report on the Second National Expanded HIV Surveillance, 1999-2000, Bangladesh. Dhaka.

²⁹ Programa de Control del SIDA/ETS de Bangladesh (noviembre de 2001). HIV in Bangladesh: Where is it going? Dhaka.

³⁰ Programa de Control del SIDA/ETS de Bangladesh (2002). National Sentinel Sero-surveillance Report. Dhaka.

3.2.3 Historia

En mayo de 1999, CARE Bangladesh puso en marcha el Proyecto SHAKTI para Consumidores de Drogas Intravenosas en Rajshahi. Se recibió apoyo técnico en forma de visitas del personal de Dhaka hasta que parte de ese personal se trasladó a Rajshahi para cubrir puestos de coordinadores técnicos. Desde un principio se decidió trabajar con el grupo de ex consumidores de drogas que había creado APOSH, una organización no gubernamental, ayudándoles a abrir un centro de desintoxicación y rehabilitación. Un miembro del personal comentó:

“De esta forma, en CARE podíamos decir que no sólo hacemos intercambio de jeringas, sino que también ayudamos a la gente a dejar las drogas.”

El proyecto topó con la resistencia de los propietarios de narcosalas de la ciudad. En Rajshahi y Chapai Nawabganj, la mayor parte del consumo de drogas intravenosas se realiza en estas narcosalas, donde alguien vende la droga que luego los consumidores de drogas intravenosas se pueden inyectar ellos mismos o hacerse inyectar por el traficante. Como Rajshahi está cerca de la frontera con la India, hay contrabandos diversos, incluido el de droga, controlado por los señores de la droga. Los propietarios de las narcosalas temían a los señores de la droga y sus posibles reacciones frente al programa. Éstos, por su parte, contrataron a matones para que acosaran a los agentes de extensión inter pares e intentaran extorsionarlos durante la fase inicial del programa. Además, cualquier cambio político o cualquier cambio de jefe de policía aterrorizaba a la comunidad de consumidores de drogas intravenosas, y las actuaciones de la policía o del ejército podían provocar el cierre de las narcosalas o la marcha de la ciudad de los consumidores de drogas intravenosas, todo lo cual dificultaba el trabajo de divulgación.

Se hizo una campaña de sensibilización entre las principales partes interesadas tanto antes de iniciar el programa como durante su desarrollo. El personal del programa explicó a los empleados de los señores de la droga las actividades y la finalidad del programa, que no se daba información a la policía y que las actividades del programa no estaban dirigidas contra sus intereses. A los matones que habían acosado a los agentes de extensión inter pares se les explicó que CARE era una organización humanitaria social que contaba con el apoyo del Gobierno y tenía acuerdos de trabajo con los servicios encargados de hacer cumplir la ley. Al final el acoso cesó.

Tras una evaluación rápida de la situación efectuada por personal de Dhaka y Rajshahi, en marzo de 2001 el programa se extendió a Chapai Nawabganj, población de 60 000 habitantes a 60 km de Rajshahi. Después de la evaluación se celebró una reunión entre el equipo de evaluación, los comisionados de distrito y principales líderes de la comunidad para analizar los resultados y conseguir que los dirigentes apoyaran un programa. Fruto de la reunión fue la decisión del imán de la mezquita más cercana al centro de acogida y consulta en el sentido de incorporarse al comité de dicho centro, que se reúne dos veces al mes y trabaja con la comunidad para abordar las preocupaciones del vecindario.

En el proceso de reproducción del programa intervino el oficial sobre el terreno, que, antes de trabajar en Chapai Nawabganj, había trabajado en el programa de Dhaka y en Rajshahi. Desde febrero de 2002, el gestor del programa y el capacitador sobre el terreno también cubren Char Narendrapur, a 14 km de Chapai Nawabganj, adonde sólo se puede llegar en barco.

En 2002, un aumento de la actividad del ejército en Rajshahi y Chapai Nawabganj ocasionó problemas, como el cierre de narcosalas y su reapertura cada pocos días en ubicaciones distintas, o la expulsión y dispersión de los consumidores de drogas intravenosas, todo lo cual complicó el acceso a las narcosalas y a los consumidores de drogas intravenosas. Los

activistas contra las drogas acosaron a los agentes de extensión inter pares, les quitaron sus bolsas de material de extensión, las agujas y las jeringas y, en los casos más graves, les pegaron. En consecuencia, la distribución y recogida de agujas y jeringas en Rajshahi cayó en un 30%, y la distribución de preservativos, en un 25%.

Los centros de acogida y consulta son conscientes de su escaso atractivo entre otras personas en situación de riesgo de transmisión del VIH relacionado con el consumo de drogas. Cuando el personal del programa entrevistó a fumadores de heroína, que pueden pasar al consumo de drogas intravenosas si cambian las pautas del suministro de drogas, y a las parejas sexuales femeninas de los consumidores de drogas intravenosas, los entrevistados dijeron que veían el centro de acogida y consulta como un sitio para los consumidores de drogas intravenosas, pero no para ellos.

Las consumidoras de drogas intravenosas también son reacias a acudir al centro de acogida y consulta. Se ha propuesto que, al menos en Rajshahi, debería haber un servicio aparte para las consumidoras de drogas intravenosas. Semejante proyecto podría estar relacionado con trabajos de extensión para profesionales del sexo, ya que la mayoría de las consumidoras de drogas intravenosas también se dedican al comercio sexual.

En Rajshahi se está creando una organización de autoayuda para intentar reducir la estigmatización y contribuir a la rehabilitación social de los consumidores de drogas.

3.2.4 Características de los servicios

El Proyecto SHAKTI para Consumidores de Drogas Intravenosas de Rajshahi es una reproducción del Proyecto SHAKTI de Dhaka, a menor escala y con varias modificaciones, que tiene en cuenta el contexto local de consumo de drogas intravenosas. A todas las narcosalas se envía a un agente de extensión inter pares remunerado que proporciona una jeringa y una aguja nuevas para cada sesión de inyección de droga, retira las jeringas y agujas usadas, facilita otros materiales e información a los consumidores de drogas intravenosas, y anota estas tareas en un formulario de seguimiento. Los educadores inter pares también hacen un trabajo de extensión limitado en las zonas en las que viven los consumidores de drogas intravenosas. Cuando se cierra una narcosala, el educador inter pares se lleva al centro de acogida y consulta el equipo de inyección usado y los formularios rellenos. A los propietarios de las narcosalas se les intenta convencer para que se hagan educadores inter pares no remunerados y reciban capacitación sobre el VIH y la prevención de abscesos.

Los miembros del personal del proyecto son dos gestores de programa, dos capacitadores sobre el terreno, ocho agentes de extensión inter pares remunerados, uno de los cuales es mujer, más una persona responsable del centro de acogida y consulta y otra encargada de curar los abscesos. Los agentes de extensión inter pares trabajan en dos turnos, desde la mañana hasta las 14.00 horas y de 14.00 a 20.00 horas. Como en Dhaka, las agujas y jeringas se intercambian estrictamente unidad por unidad. El mayor problema para los agentes de extensión inter pares es el acoso policial (la mayoría han sido detenidos al menos una vez) y, en menor medida, las “personas religiosas”, que creen que los programas de intercambio de agujas y jeringas facilitan el consumo de drogas. Esta presión puede provocar el agotamiento del personal, a menudo acusado de actividades “diabólicas”.

Se entrevistó a varios grupos de consumidores de drogas intravenosas durante visitas a los centros de acogida y consulta de Rajshahi y Chapai Nawabganj, en las calles de Rajshahi y en una narcosala de Chapai Nawabganj. Las entrevistas permitieron concluir que los servicios

más importantes para los clientes que se incorporaban a programas de tratamiento contra las drogas eran la cura de abscesos, el acceso a agujas y jeringas y la asistencia. Algunos consumidores de drogas intravenosas dijeron que una característica importante del servicio era la cordialidad. Como dijo una consumidora de drogas intravenosas:

“Aquí (en el centro de acogida y consulta) hay cariño y amor, dos cosas que no suelo tener, y veo que no estoy sola. Aquí puedo abrirme y sentirme libre.”

La vivienda, sobre todo en el momento de la visita, era una de las mayores preocupaciones, porque el ejército había efectuado desalojos masivos en los barrios de tugurios, para su posterior derribo. El empleo era otra necesidad urgente de los consumidores de drogas intravenosas. El miedo a la policía y al ejército era común. Se decía que las actuaciones del ejército habían hecho más difícil encontrar drogas y habían doblado el precio de algunas.

CARE Bangladesh también trabaja con APOSH, una organización no gubernamental que presta servicios de desintoxicación y rehabilitación. Los servicios de tratamiento contra las drogas empezaron en 1999, si bien APOSH había empezado como grupo contra las drogas en 1980. En 2000 se ofreció tratamiento contra las drogas a cinco consumidores de drogas intravenosas. En 2002, al contar con más apoyo de CARE, APOSH se había trasladado a unas instalaciones más grandes, con 15 camas, cuatro empleados remunerados y cuatro voluntarios, todos ellos ex consumidores de drogas, la mayoría de los cuales habían recibido tratamiento en Dhaka, donde CARE los había capacitado. Dos miembros del personal son agentes de extensión y visitan a consumidores de drogas intravenosas en sus casas para animarlos a iniciar el tratamiento y ofrecer asesoramiento familiar.

El programa de tratamiento es un programa residencial de un mes, sin drogas, con una rutina diaria que incluye clases sobre drogas, adicción, aptitudes para la vida y control de la frustración y las emociones, además de actividades deportivas y culturales. Se presta tratamiento a consumidores de drogas de Chapai Nawabganj, Char Narendrapur y Rajshahi. En el momento de la visita, APOSH tenía una lista de espera de unas 25 personas.

Finalizado el tratamiento, se anima los participantes a asistir a reuniones de Narcóticos Anónimos, en APOSH, dos veces por semana. Los representantes de APOSH también realizan una visita postratamiento a las familias de consumidores de drogas y ofrecen asesoramiento familiar. Todas las personas tratadas hasta la fecha son varones, si bien APOSH tiene previsto ofrecer tratamiento a mujeres siempre y cuando se pueda fundar otra residencia. En la zona de Rajshahi no se dispone de servicios gubernamentales, de tratamiento contra las drogas ni de desintoxicación.

En Chapai Nawabganj hay un centro de acogida y consulta con el siguiente personal: un responsable, un gestor del programa, un capacitador sobre el terreno, una persona encargada de curar los abscesos y tres educadores inter pares; el centro atiende a unos 260 consumidores de drogas intravenosas, unos 200 de ellos con regularidad, de un total estimado en 400.

Char Narendrapur tiene un centro de acogida y consulta con un responsable y dos educadores inter pares, y atiende a unos 20 consumidores de drogas intravenosas.

El tratamiento de sustitución de drogas es ilegal en Bangladesh.

Cuadro 15: Rajshahi, servicios y productos suministrados

Servicios y productos	Centros de acogida y consulta	Extensión	APOSH
Agujas y jeringas distribuidas	–	X	–
Agujas y jeringas devueltas	–	X	–
Eliminación de agujas y jeringas	X	–	–
Agua para inyección	–	–	–
Hisopos de alcohol	X	X	–
Desinfectante para limpieza de jeringas	–	–	–
Filtros y torundas	X	X	–
Vitaminas	–	–	–
Medicamentos para la hepatitis	–	–	–
Tratamiento para el VIH y el SIDA	–	–	–
Desintoxicación	Envío	Envío	X
Tratamiento contra las drogas	Envío	Envío	X
Otros medicamentos	–	–	–
Preservativos distribuidos	X	X	–
Información, educación y comunicación (materiales distribuidos)	X	X	–
Educación y asesoramiento individuales directos	X	X	X
Educación en grupo	X	X	X
Servicios de infecciones de transmisión sexual	X	Envío	Envío
Asesoramiento (general)	X	–	–
Asesoramiento sobre drogas	X	Envío	X
Asesoramiento sobre el HIV y el SIDA	X	X	X
Asistencia jurídica	–	–	–
Ayuda a la vivienda y al bienestar social	–	–	–
Grupos de apoyo de consumidores de drogas	X	–	–
Grupos de apoyo de ex consumidores de drogas	X	–	X
Grupos de apoyo de personas que viven con el VIH	–	–	–

Cuadro 16: Rajshahi, programa de intercambio de agujas y jeringas, julio 1999–diciembre 2002

	agosto – diciembre 1999	2000	2001	2002	Total
Jeringas y agujas distribuidas*	128 740	292 870	295 388	202 793	919 791
Jeringas y agujas devueltas*	128 325	274 054	280 987	193 436	876 802
Porcentaje devuelto	99,7%	93,6%	95,1%	95,4%	95,3%
Preservativos distribuidos	4 428	29 419	17 364	12 901	64 112
Consumidores de drogas intravenosas con abscesos tratados	388	421	166	403	1 378
Consumidores de drogas intravenosas tratados por infecciones de transmisión sexual	**	89**	62	146	297

* La aguja y la jeringa cuentan como una sola unidad, junto con las agujas adicionales.

** El tratamiento de infecciones de transmisión sexual no empezó hasta mayo de 2000.

Cuadro 17: Programa APOSH, 1999–2002

Programa APOSH	1999	2000	2001	2002	Total
Personas en tratamiento contra las drogas	48	94	143	102	387

3.2.5 Cobertura

El número de ‘contactados alguna vez’ del Proyecto SHAKTI fue de 515 clientes; por su parte, en noviembre de 2002 APOSH había contactado a 387 clientes. Es probable que la mayoría, si no todos, los clientes de APOSH hayan sido contactados también por CARE.

Un 3% (16) de los consumidores de drogas intravenosas contactados por CARE son mujeres. No se sabe si este dato refleja la proporción varón-mujer de los consumidores de drogas intravenosas de la ciudad. Sin embargo, es posible que la agente de extensión inter pares atraiga a más mujeres consumidoras de drogas intravenosas a los servicios del proyecto. Ni en Chapai Nawabganj ni en Char Narendrapur se identificó a ninguna consumidora de drogas intravenosas, y ninguno de los clientes de APOSH es mujer, si bien se está estudiando abrir en Rajshahi un centro para el tratamiento de rehabilitación de mujeres.

En lo que respecta al contacto periódico, se analizó un mes muestra de finales de 2002. De los 515 clientes registrados antes de ese mes, 79 no fueron contactados por servicios de agujas y jeringas o por centros de acogida y consulta durante ese mes, lo que se corresponde con una reducción del número de agujas y jeringas distribuidas y recogidas y de preservativos distribuidos, debido a las actividades del ejército en aquel momento. El cuadro siguiente resume la asistencia de los 436 clientes que accedieron a servicios de centros de acogida y consulta o de extensión.

Cuadro 18: Rajshahi, contacto periódico

Asistencia	Porcentaje de clientes (número)
1–5 veces	31% (134)
6–10 veces	19% (82)
11–15 veces	16% (67)
16–20 veces	17% (76)
21–26 veces	17% (77)

Los gestores superiores de programa y el personal de CARE Bangladesh coincidieron en que varios factores habían contribuido a alcanzar una alta cobertura en Dhaka y Rajshahi. Para responder a las preocupaciones de la comunidad sobre el consumo de drogas y los consumidores de drogas, se adoptó un enfoque holístico que combinaba programas de reducción de daños con tratamiento contra las drogas y servicios para infecciones de transmisión sexual, y que ofrecía importantes recursos para la sensibilización constante en los vecindarios cercanos a los centros de acogida y consulta y a los sitios donde se desarrollan actividades de extensión. También se realizó una campaña de sensibilización entre dirigentes clave, tanto gubernamentales como religiosos y comunitarios, antes y durante la puesta en práctica de cada proyecto en Dhaka, Chapai Nawabganj, Char Narendrar y Rajshahi, utilizando un planteamiento de no confrontación para buscar formas de colaborar con los servicios encargados de hacer cumplir la ley en la búsqueda de soluciones locales que permitieran el buen funcionamiento de los programas. También resultó fundamental la sensibilización de los donantes a fin de poder adoptar un enfoque flexible del desarrollo de los programas.

El papel de los consumidores de drogas y de los ex consumidores de drogas en las actividades del programa ha sido muy útil para ampliar los servicios. En los cuatro emplazamientos, los consumidores de drogas intravenosas activos ayudaron a trazar mapas, prestaron asesoramiento constante sobre dónde abrir centros de acogida y consulta y realizar trabajos de extensión, y trabajaron tanto en calidad de personal remunerado de extensión y de centros de acogida y consulta como en calidad de voluntarios. La creación de PROCHESTA, un grupo de autoayuda para consumidores de drogas intravenosas activos de Dhaka es un logro poco

habitual, y el papel que se prevé que desempeñará, haciéndose cargo de algunos de los servicios de extensión, no tiene precedentes en los países en desarrollo y en transición. Es bastante probable que estos avances sean el resultado de la política de responsabilidad controlada de CARE, según la cual se recurre a los consumidores de drogas intravenosas para que realicen tareas sólo cuando han recibido una capacitación importante y cuentan con apoyo constante.

La variedad de servicios ofrecida mediante asociaciones formales e informales con organismos que ofrecen tratamiento contra las drogas y otros servicios ha sido decisiva para el éxito de los Proyectos SHAKTI. Uno de los asociados claves fue el Hospital de Tratamiento contra las Drogas de Dhaka, que dio prioridad a las derivaciones procedentes de CARE para desintoxicación, a precios muy bajos, y que ahora asiste en los campamentos de desintoxicación. Otro fue APOSH, que facilita tratamiento contra las drogas en Rajshahi. También se establecieron asociaciones importantes con Marie Stopes International Clinic; la comunidad local, sobre todo en la oferta de locales de alquiler gratuitos para centros de acogida y consulta, y una red de apoyo de personas influyentes que prestaba apoyo continuado en sensibilización.

Cabe subrayar también que los Proyectos SHAKTI son sólo una parte del trabajo de CARE Bangladesh sobre el VIH, dado que también tiene proyectos sobre la prevención de la transmisión del VIH entre profesionales del sexo, transexuales, varones que tienen relaciones sexuales con varones, trabajadores del transporte terrestre, como conductores de camiones y conductores de *rickshaws*, y estibadores y otros trabajadores del puerto. CARE también ha apoyado la creación de una red de apoyo a personas VIH-positivas. Una gama tan amplia de actividades en una sola organización permite compartir los métodos de extensión y de aprendizaje, gestionar programas de intervención con objetivos y la participación de comunidades marginadas. Además, la red de oficinas de CARE permitió la reproducción rápida del Proyecto de Consumidores de Drogas Intravenosas de Dhaka en otras ciudades.

3.2.6 Mantener y ampliar la cobertura

La ampliación de una gama de intervenciones orientadas, incluida la prevención de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas, es un elemento de un préstamo del Banco Mundial que ha negociado el Gobierno de Bangladesh. En estos momentos se están poniendo en práctica las actividades del préstamo y se espera que las enseñanzas adquiridas del Proyecto de Consumidores de Drogas Intravenosas de CARE se apliquen en todos los emplazamientos cubiertos por esas actividades.

La legalización de las drogas de sustitución, como la metadona y la buprenorfina, y el acceso a las mismas, ayudaría a los servicios de Dhaka y Rajshahi a atraer a consumidores de drogas intravenosas y fumadores de heroína hacia los tratamientos contra la droga, reforzaría la prevención del VIH y contribuiría a la creación de grupos de autoayuda de consumidores de drogas. A los pocos consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos que viven en Dhaka, el tratamiento de sustitución los vincularía además con el tratamiento del VIH, el asesoramiento y otros servicios. Para aumentar la eficacia de la prevención, deberían establecerse pruebas del VIH y servicios de asesoramiento de calidad, que abordaran temas de confidencialidad, estigma y discriminación, así como acceso a terapia antirretrovírica y a servicios de asistencia sanitaria, de manera que los consumidores de drogas intravenosas se sintieran seguros, animados a acceder a los servicios y motivados para adoptar conductas sexuales y de inyección más seguras.

CARE Bangladesh pretende alcanzar la sostenibilidad recurriendo cada vez más a asociaciones con el Gobierno, organizaciones no gubernamentales y organizaciones basadas en la comunidad. Los planes de delegar algunas actividades en los grupos de autoayuda son

un buen ejemplo de lo que pueden conseguir las asociaciones. La inversión de CARE para responsabilizar a los consumidores de drogas intravenosas y a los ex consumidores de drogas intravenosas es quizás la mejor garantía de éxito a largo plazo para las intervenciones con consumidores de drogas intravenosas de Bangladesh.

3.2.7 Lecturas complementarias

Agence-France Presse. *Bangladesh-AIDS: 20 people have died of AIDS in Bangladesh: officials*. 1 de diciembre de 2002. [Versión electrónica] <http://www.aegis.org/news/afp/2002/AF021208.html>

Programa de Control del SIDA/ETS de Bangladesh. *Report on the Sero-Surveillance and Behavioural Surveillance on STD and AIDS in Bangladesh, 1998-1999, Bangladesh*. Dhaka. Junio de 2000.

Programa de Control del SIDA/ETS de Bangladesh. *Report on the Second National Expanded HIV Surveillance, 1999-2000, Bangladesh*. Dhaka. Septiembre de 2000.

Programa de Control del SIDA/ETS de Bangladesh. *HIV in Bangladesh: Where is it going?* Dhaka. Noviembre de 2001.

Programa de Control del SIDA/ETS de Bangladesh. *National Sentinel Sero-surveillance Report*. Dhaka. 2002.

Beg M. *Injecting drug user Intervention, SHAKTI Project, CARE Bangladesh. Informe de actividades – marzo de 1998 a junio de 1999*. CARE Dhaka. 1999.

NASROB (Evaluación Nacional de la Situación y las Respuestas al Consumo de Opioides/ Opiáceos en Bangladesh). *What will happen to us? Country highlights and recommendations*. Family Health International/ CARE/ HASAB. Dhaka. Junio de 2002.

Rabbani S y Mallick PS. *Re-estimation of injecting drug user population in Rajshahi*. Health and Population Sector, CARE Bangladesh. Dhaka. 2000 (Inédito).

ONUSIDA/AHRN/ONUDD. *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia* Ginebra, Suiza. (2002). [Versión electrónica] http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf

3.3 Región Administrativa Especial de Hong Kong, (República Popular de China)³¹

3.3.1 Resumen

La Región Administrativa Especial (RAE) de Hong Kong, con una población de 6,8 millones de habitantes, es un centro financiero y de negocios.

El número estimado de consumidores de drogas intravenosas es de 6547, lo que equivale a un 56% de los 11 691 consumidores de heroína registrados. El número de contactados alguna vez, tras 30 años de funcionamiento, era de 53 800 a finales de junio de 2003. El “registro efectivo”, esto es, los consumidores de heroína que han accedido a servicios de metadona al menos una vez en los últimos 28 días, era de 10 127 en diciembre de 2002, lo que equivale al 87% de los consumidores de heroína registrados.

En lo que respecta al contacto periódico, en junio de 2003 un promedio de 7036 consumidores de heroína acudían a diario a los dispensarios, lo que equivale al 60% de todos los consumidores de drogas intravenosas registrados.

3.3.2 Consumo de drogas y situación del VIH

Hasta hace poco, la epidemia de SIDA en China se había limitado en gran medida a los consumidores de drogas intravenosas, pero actualmente se constata la presencia del VIH en las 31 provincias continentales y en todas las regiones autónomas y municipios de China. El ONUSIDA estima que hay 840 000 personas que viven con el VIH, 80 000 de las cuales tienen SIDA, y que entre 21 000 y 75 000 personas han fallecido por causas relacionadas con el SIDA.³² A finales de junio de 2003 había registradas 45 092 personas que vivían con el VIH, 3532 de las cuales tenían SIDA; 1800 habían fallecido por causas relacionadas con el SIDA.³³

El número de consumidores de drogas registrados ha pasado de 70 000 en 1990 a 900 000 en 2001.³⁴ Es probable que el número real oscile entre los siete y los ocho millones, de los cuales se estima que entre tres millones y tres millones y medio son consumidores de drogas intravenosas. En 2000-2001, las encuestas nacionales centinela de consumidores de drogas intravenosas hallaron una prevalencia nacional del VIH de entre el 10 y el 12% entre los consumidores de drogas intravenosas.

A diferencia de otras partes de China, se considera que la RAE de Hong Kong tiene una prevalencia del VIH baja, del 0,1%; unas 2600 personas viven con el VIH,³⁵ de las que 54 son consumidores de drogas intravenosas.³⁶ En 2001, el número de consumidores de heroína

³¹ ONUSIDA/AHRN/ONUDD (2002). Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia. Capítulo VIII. Ginebra, Suiza. [Versión electrónica] http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf

³² ONUSIDA (julio de 2004). Situación de la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza. Consultado el 6 de abril de 2005 en: <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

³³ Ministerio de Salud de China y Grupo Temático de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en China (1 de diciembre de 2003). A Joint Assessment of HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in China. Pekín: Ministerio de Salud, República Popular de China y Oficina del ONUSIDA en China.

³⁴ Cheng Feng (2003). A Situation Assessment of Drug Use in China in the Context of HIV/AIDS: Overview of HIV/AIDS among injecting drug users in China. En: East To East: First meeting of HIV/AIDS and injecting drug use programme and policy staff from Eastern Europe, Central and East Asia. Chiang Mai, Thailand 6 April 2003 Proceedings Part 2. Centro de Reducción de Daños. Melbourne.

³⁵ ONUSIDA (julio de 2004). Situación de la epidemia mundial de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza. Consultado el 6 de abril de 2005 en: <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

³⁶ Departamento de Salud de Hong Kong (2003). STD/AIDS Update 2003, volume 9, no. 1, statistics for quarter 1. <http://www.info.gov.hk/aids/english/surveillance/index.htm>

registrados en Hong Kong por el Registro Central del Abuso de Drogas (CRDA)³⁷ era de 11 691, de los que el 56% eran consumidores de drogas intravenosas.³⁸

En 1997 abrieron los Centros de Tratamiento Obligatorio de Toxicomanías, gestionados por el Departamento de Servicios Correccionales; se envía a dichos centros a los consumidores de drogas en aplicación de las condenas del tribunal penal. La RAE de Hong Kong tiene también muchas otras opciones de tratamiento contra las drogas, incluidos numerosos centros de tratamiento sin drogas, en instituciones, voluntario y de bajo costo, gestionados por organizaciones no gubernamentales, que ofrecen desintoxicación, rehabilitación y asistencia posterior. La Autoridad Hospitalaria de Hong Kong ha creado seis dispensarios de abuso de sustancias, que atienden principalmente a consumidores de drogas no opiáceas. En la RAE de Hong Kong no hay programas de intercambio de agujas y jeringas ni programas de extensión.

3.3.3 Historia

A principios de los años 1970, un médico generalista abrió los dos primeros dispensarios de suministro de metadona en Kowloon y en la isla de Hong Kong. En aquella época, Hong Kong tenía un alto nivel de delincuencia y era un territorio pobre del Reino Unido. Las cárceles estaban llenas y se sabía que muchos presos eran adictos a los opiáceos. En 1972, el Gobierno de Hong Kong invitó a un especialista estadounidense en tratamiento contra las drogas para que evaluara la situación y asesorara sobre cómo responder a la delincuencia relacionada con las drogas. Siguiendo el consejo del especialista, el Departamento de Salud se hizo cargo de los primeros dispensarios de suministro de metadona y amplió su número en muy poco tiempo, hasta llegar a la veintena.

Aunque los dispensarios los gestionaba el Departamento de Salud, la política en materia de suministro de metadona la imponía el Ministerio de Seguridad de Hong Kong; este sistema continúa hoy en vigor. Por consiguiente, el funcionamiento cotidiano de los centros está a cargo del Departamento de Salud, que informa periódicamente al Ministerio de Seguridad. Los dispensarios tuvieron un éxito inmediato: la tasa de delincuencia bajó en picado y en pocos años se alivió la presión del espacio carcelario.

Para minimizar la controversia sobre los dispensarios de suministro de metadona, éstos funcionaban igual que los demás dispensarios de Hong Kong. A principios de los años 1970, a los pacientes externos de cualquier dispensario se les pedía HK\$ 1 por visita. La misma práctica se utilizó en los dispensarios de suministro de metadona, que se integraron rápidamente en los servicios de asistencia sanitaria del Gobierno.

A mediados de los años 1980, los dispensarios de suministro de metadona empezaron a trabajar en estrecha colaboración con otras iniciativas relacionadas con el VIH y las drogas. En 1985 se diagnosticó a la primera persona que vivía con el VIH y se inició la vigilancia de varios grupos, incluidos los clientes del programa de suministro de metadona. A partir de 1991, los dispensarios trabajaron con el Centro Lazo Rojo, un servicio de investigación y educación sobre el SIDA dirigido por el Departamento de Salud y, desde 1998, centro colaborador del ONUSIDA. Desde 1994 el Centro Lazo Rojo ha distribuido preservativos a través de los dispensarios y ha brindado otras clases de asistencia. En el dispensario, el asesoramiento lo ofrece la Sociedad para la Ayuda y Rehabilitación de Toxicómanos (SARDA), una organización no gubernamental. En 2001, el Centro Lazo Rojo y SARDA crearon el Proyecto Phoenix, un proyecto de divulgación de reducción de

³⁷ El CRDA es un registro central de consumidores de drogas; creado en 1972, recoge informes de los servicios encargados de hacer cumplir la ley y de entidades de tratamiento y bienestar de la RAE de Hong Kong.

³⁸ División de Narcóticos, División de Seguridad, Gobierno de la RAE de Hong Kong (2003). Central Registry of Drug Abuse. Fifty-first report. Imprenta del Gobierno. Hong Kong.

daños que contrata a ex consumidores de drogas para que se pongan en contacto con clientes del programa de suministro de metadona y consumidores de drogas en la calle (véase 3.3.4).

La sensibilización ha sido una característica firme del programa de suministro de metadona. Cada pocos años surge un debate entre los políticos o entre el público general sobre si cabe cerrar o no los dispensarios de suministro de metadona. En 2002 se lanzó en los medios de comunicación una campaña para la reducción de daños organizada conjuntamente por el Departamento de Salud, la División de Narcóticos de la Oficina de Seguridad y el Departamento de Servicios de Información del Gobierno de la Región Administrativa Especial de Hong Kong. A través de la televisión y la radio y de anuncios en la calle y en el transporte público, se difundieron mensajes sobre la reducción de daños centrados en el uso de la metadona, y se creó un sitio web para ofrecer más información sobre la reducción de daños y facilitar material de la campaña.³⁹

Esta campaña se realizó para mejorar la comprensión de los temas relacionados con las drogas y con el VIH, y también con la función de la metadona, entre la opinión pública con vistas a cambiar la actitud de la población general respecto de los consumidores de drogas y los clientes del programa de suministro de metadona. La campaña tuvo un éxito moderado en su objetivo, pero consiguió resultados imprevistos en otros campos, como el número de solicitudes para los dispensarios de suministro de metadona, que aumentó, o los comentarios de algunos consumidores de drogas, que dijeron sentirse más cómodos y que se alegraban de que alguien hablara en su nombre y les ofreciera asistencia.

3.3.4 Características de los servicios

El Programa de Tratamiento con Metadona de la RAE de Hong Kong cubre a 20 pacientes externos, 4 en la Isla de Hong Kong, 9 en Kowloon y 7 en los Nuevos Territorios. Los dispensarios no tienen listas de espera y siguen una política de “puertas abiertas”, según la cual aceptan a cualquier persona dependiente de opiáceos sea cual sea su edad, sexo, nacionalidad o religión, incluidas las personas que visitan Hong Kong. Todos los dispensarios están abiertos los siete días de la semana incluso en días festivos, y con horarios muy amplios, por ejemplo, de 07.00 a 22.00 horas, para satisfacer las necesidades de una clientela muy diversa. Los clientes, que o están empadronados en Hong Kong o tienen derecho a los servicios médicos públicos gratuitos, tienen que pagar HK\$ 1 (aproximadamente US\$ 0,13) por visita. Desde abril de 2003, las personas sin derecho a los servicios tienen que pagar HK\$ 23 (aproximadamente US\$ 2.95), que era el gasto por paciente calculado sobre la base de las cifras de 2002.

La mayoría de los dispensarios comparten local con los dispensarios de consulta externa del Departamento de Salud, si bien suelen tener entradas separadas para que los clientes del programa de suministro de metadona no se mezclen con los demás pacientes. Cada dispensario de suministro de metadona suele tener tres o cuatro médicos, que en su mayoría trabajan en régimen de media jornada, por las noches, para recetar medicación, controlar el estado físico de los clientes y administrar el programa de suministro de metadona. El suministro de metadona está a cargo de miembros del personal de los servicios médicos auxiliares, que, aunque voluntarios, cobran honorarios. Estas medidas han permitido limitar bastante los costos de funcionamiento.

Tras la evaluación, se suele ofrecer a los clientes dos opciones: desintoxicación con metadona o suministro de metadona. A los consumidores de opiáceos menores de 21 años o con menos de dos años de consumo habitual de opiáceos se les suele recomendar primero el tratamiento sin drogas, pero, si lo rechazan, se los admite al programa de suministro de metadona.

³⁹ www.harmreduction-hk.com

A los consumidores de opiáceos menores de 18 años se les pide, por lo general, un justificante con el consentimiento de los padres.

La desintoxicación con metadona, que suele durar entre tres y cinco meses, consiste en ir reduciendo a lo largo de un periodo de tiempo determinado la dosis diaria de metadona suministrada, con vigilancia y asesoramiento sistemáticos de los clientes. Si la desintoxicación falla, se aconseja a los clientes iniciar el tratamiento sin drogas o el programa de suministro de metadona. Si la desintoxicación funciona, se hace un seguimiento de los clientes durante 18 meses mediante una prueba de orina trimestral para comprobar que no están consumiendo opiáceos.

El programa de suministro de metadona suele empezar con una dosis diaria inferior a 30 mg y pruebas de orina cada dos semanas para determinar la tolerancia. Si es necesario, se aumenta la dosis, con un aumento máximo diario de 10 mg, hasta que se alcanza la dosis óptima, que no suele exceder los 60 mg. Una vez alcanzada la dosis óptima, se hacen pruebas de orina cada cuatro semanas a efectos de vigilancia. La presencia de otras drogas en la orina no implica la expulsión del programa.

En los dos tipos de tratamiento con metadona, el cliente tiene que presentarse a diario en algún dispensario de suministro de metadona con su carnet de identificación como paciente, que se le expide cuando ingresa en el programa. La metadona debe consumirse a la vista del personal del dispensario.

Los dispensarios de suministro de metadona trabajan en estrecha colaboración con otras iniciativas relacionadas con el VIH y las drogas de Hong Kong. Un asociado es el Centro Lazo Rojo, que organiza actividades de prevención dirigidas a la población general mediante campañas en los medios de comunicación, un sitio web y exposiciones informativas. El Centro Lazo Rojo también facilita materiales educativos, como vídeos, folletos y carteles para los grupos vulnerables, incluidos los consumidores de drogas intravenosas; además, ofrece capacitación al personal de los dispensarios de suministro de metadona. El Centro ha ayudado a los dispensarios a realizar encuestas entre clientes, y ha capacitado al personal de los dispensarios para que hagan entrevistas. En 1994, el Centro Lazo Rojo comenzó a distribuir preservativos por los dispensarios, hasta un número de unos 8400 preservativos por mes.

En los 20 dispensarios ofrecen asesoramiento trabajadores sociales en régimen de jornada completa, secundados por SARDA. A los clientes menores de 21 años se les proporciona asesoramiento intensivo, y a los clientes mayores o readmitidos, asesoramiento cuando lo solicitan.

En 2003, el Proyecto Phoenix tenía 13 voluntarios, ex consumidores de drogas, que establecían 400 contactos mensuales con usuarios de metadona y consumidores de drogas en la calle, y distribuían unos 380 preservativos mensuales en los alrededores de los dispensarios de suministro de metadona.

Cuando se descubre que algún usuario de metadona es VIH-positivo, se lo ayuda a acceder a la terapia antirretrovírica y a otros servicios de asistencia sanitaria. A mediados de 2003 se introdujo en los dispensarios de suministro de metadona, en fase de ensayo, el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH, ahora disponibles en todos ellos.

Cuadro 19: RAE de Hong Kong, servicios y productos suministrados

Servicios y productos	Dispensarios de metadona
Vitaminas	–
Medicamentos para la hepatitis	–
Tratamiento para el VIH y el SIDA	Envío
Desintoxicación	X
Tratamiento de sustitución	X
Tratamiento sin drogas	Envío
Otros medicamentos	X (medicación contra el tétanos)
Distribución de preservativos	X
Información, educación y comunicación (distribución de materiales)	X
Educación/asesoramiento individual y directo	X
Educación en grupo	X (por SARDA)
Servicios de infecciones de transmisión sexual	Envío
Asesoramiento (general)	X
Asesoramiento sobre drogas	X
Asesoramiento sobre el VIH y el SIDA	X
Asistencia jurídica	Envío
Ayuda a la vivienda y al bienestar social	X **
Grupos de apoyo de consumidores de drogas	X #
Grupos de apoyo de ex consumidores de drogas	X
Grupos de apoyo de personas que viven con el VIH	–

** Envío a un centro de inserción social cuando el paciente recibe el alta de Shek Ku Chau, etc.

Grupos separados para consumidores de drogas jóvenes, consumidoras de drogas y familias de consumidores activos.

3.3.5 Cobertura

La cobertura de los programas de sustitución se define de forma ligeramente diferente a la de otros programas descritos en este informe. A causa de las diferencias en los programas de desintoxicación con metadona y de suministro de metadona, en el cuadro siguiente las estadísticas se presentan por separado.

Cuadro 20: RAE de Hong Kong, cobertura

	Fin de 1980	Fin de 1990	Fin de 2000	Fin de 2002
Desintoxicación con metadona	ND	176	128	175
Suministro de metadona	ND	10 775	9 048	9 952
Registro efectivo*	ND	10 951	9176	10 127

ND = No disponible

* El número de "registro efectivo" para una fecha determinada se define como el número de clientes que han asistido a dispensarios de suministro de metadona al menos una vez en los últimos 28 días.

Desde 1972, el número total de consumidores de opiáceos contactados alguna vez por el programa de suministro de metadona es de 53 800. Como esta cifra incluye a muchas personas que quizá ya han fallecido, se han ido de la RAE de Hong Kong o han dejado de consumir drogas, el número de contactados alguna vez es mucho más alto que la estimación actual de consumidores de drogas intravenosas y otros consumidores de opiáceos. El total acumulativo de consumidores de drogas intravenosas contactados por todos los programas de la RAE de Hong Kong no puede estimarse porque en los procesos de recogida de datos no se distingue entre consumidores de drogas intravenosas y de drogas no intravenosas. Sin embargo, es probable que la gran mayoría de consumidores de drogas intravenosas sean contactados por los servicios de suministro de metadona y por otros programas de rehabilitación.

En lo que respecta al contacto periódico, la asistencia media diaria a los dispensarios de suministro de metadona en un mes muestra en 2003, que equivale al número de clientes que recibían una dosis diaria de metadona, fue de 7036. Un 15% de los clientes son mujeres, cifra que se ha mantenido estable durante varios años.

Uno de los factores que han permitido conseguir una cobertura alta del tratamiento de sustitución con metadona en la RAE de Hong Kong ha sido el hecho de que lo pusiera en práctica el Departamento de Salud según políticas establecidas por el Ministerio de Seguridad. Al ser el Gobierno el que gestiona el programa, con frecuencia compartiendo local con centros generales de consulta externa, la aceptación por parte de la comunidad es mayor que si un programa de esas características lo hubieran aplicado a gran escala organizaciones no gubernamentales o médicos privados. El programa lleva 30 años recibiendo un sólido apoyo gubernamental, y su larga historia ha normalizado el tratamiento con metadona de una manera poco frecuente en países en desarrollo o en transición. La colaboración entre los servicios encargados de hacer cumplir la ley y los de atención sanitaria quedaba garantizada por la estructura utilizada para establecer las políticas y gestionar los dispensarios. También hubo personas concretas que fueron determinantes a la hora de introducir el programa de suministro de metadona del Gobierno, como el Comisionado para Narcóticos, que supo ver muy pronto las posibles ventajas del programa.

La eficacia en función de los costos ha sido sin duda alguna un factor clave en el mantenimiento del programa a gran escala durante tres décadas. Se calcula que cada visita a un dispensario de suministro de metadona cuesta por término medio entre HK\$ 20 y HK\$ 30; HK\$ 1 es a cuenta del usuario de metadona, y el resto, a cuenta del Gobierno. Es decir, un programa mucho menos caro que muchos otros servicios sanitarios en la RAE de Hong Kong, y que, además, conlleva el beneficio de reducir la delincuencia y la transmisión del VIH.

Los programas de prevención del VIH y los de suministro de metadona están estrechamente asociados en la medida en que a ambos los gestiona el Departamento de Salud. Los vínculos con servicios como el Centro Lazo Rojo y SARDA sitúan a los dispensarios de suministro de metadona a la vista del público general como parte del espectro de servicios de tratamiento contra las drogas y el VIH. A ello contribuyó la campaña de reducción de daños realizada en los medios de comunicación en 2002.

3.3.6 Mantener y ampliar la cobertura

No es fácil concebir maneras de ampliar la cobertura, puesto que el porcentaje de consumidores de opiáceos que quieren desintoxicarse o ingresar en un programa de sustitución es limitado. El Consejo Asesor sobre el SIDA de Hong Kong ha señalado la necesidad de introducir servicios de prevención del VIH más amplios entre los consumidores de drogas intravenosas. Si bien el tratamiento de sustitución con metadona ha sido muy útil hasta ahora para prevenir la epidemia de SIDA, la rápida transmisión del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas en otras partes de China, combinada con la movilidad de los consumidores de drogas intravenosas y con un lento aumento de la prevalencia del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas de la RAE de Hong Kong, han llevado al Consejo Asesor sobre el SIDA a recomendar que se pongan en práctica programas de divulgación y se consideren programas de intercambio de agujas y jeringas.⁴⁰

⁴⁰Consejo Asesor de Hong Kong sobre el SIDA (2002). Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong 2002-2006. Hong Kong.

La mayoría de los usuarios de metadona de la RAE de Hong Kong tiene un largo historial de consumo de opiáceos. Es urgente la necesidad de contactar con consumidores de drogas intravenosas más jóvenes, que tienen menos experiencia en el consumo de opiáceos u otras drogas y para los cuales la sustitución con metadona no es siempre la intervención deseada o más adecuada.

En lo tocante al programa de suministro de metadona, el Gobierno mantiene su pleno compromiso con la continuación y ampliación de dicho programa. Puesto que sigue siendo necesaria una sensibilización constante, sería muy útil organizar más campañas para la reducción de daños.

3.3.7 Lecturas complementarias

China Daily. HK announces AIDS situation in fourth quarter of 2002. 28 de enero de 2003.

Cheng Feng. A Situation Assessment of Drug Use in China in the Context of HIV/AIDS: Overview of HIV/AIDS among injecting drug users in China. In *East To East: First meeting of HIV/AIDS and injecting drug use programme and policy staff from Eastern Europe, Central and East Asia Chiang Mai, Thailand 6 April 2003 Proceedings Part 2*. Centro de Reducción de daños. Melbourne. 2003.

CDC China / CDC Estados Unidos. *Report of China CDC and US CDC: Joint HIV surveillance and laboratory assessment*. 2003.

CDC China. *HIV situation and progress of prevention and control work in China*. 2002.

Departamento de Salud de Hong Kong. *STD/AIDS Update 2003*, volumen 9, n°. 1, estadísticas del primer trimestre. 2003. (Publicación electrónica). <http://www.info.gov.hk/aids/archives/backissuestd/std03q1.pdf>

División de Narcóticos, División de Seguridad, Gobierno de la RAE de Hong Kong. *Central Registry of Drug Abuse*. Fifty first report. Imprenta del Gobierno, Hong Kong. 2003.

Reid G y Costigan G. *Revisiting "The Hidden Epidemic": A situation assessment of drug use in Asia in the context of HIV/AIDS* Centro de Reducción de daños. Melbourne. 2002.

ONUSIDA/AHRN/ONUDD. *Preventing HIV/AIDS among drug users: case studies from Asia*. Ginebra. 2002. http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/AsiaDrugUsers_en_pdf.pdf

4. Estudios de caso: América Latina

4.1 Salvador (Brasil)

4.1.1 Resumen

Salvador, situada en la costa nororiental del Brasil, es la capital del estado de Bahía y tiene una población de tres millones de habitantes.

El número estimado de consumidores de drogas intravenosas oscila entre 5000 y 14 000, y hay 56 000 fumadores de crack de cocaína.⁴¹ En 2002, el número de contactados alguna vez en Salvador fue de, como mínimo, el 68% de los consumidores de drogas intravenosas.⁴²

En lo que respecta al contacto periódico, en 2002 todos los servicios del Centro de Estudios y Terapia del Abuso de Drogas (CETAD) contactaron a 12 198 nuevos clientes, de los que 675 eran consumidores de drogas intravenosas, 72 de ellos de sexo femenino, y 7211 eran consumidores de crack de cocaína, entre los que había 1369 mujeres. La mayoría de los clientes parece contactada una vez al mes por el personal del CETAD, y con mayor frecuencia por agentes sobre el terreno. El sistema de seguimiento empleado hace imposible calcular el contacto periódico real.

4.1.2 Consumo de drogas y situación del VIH

La epidemia de SIDA en el Brasil parece haberse estabilizado en los últimos años. A finales de 2003, el número estimado de personas que vivían con el VIH en el Brasil era de 660 000;⁴³ se calcula que una tercera parte de esas personas eran consumidores de drogas intravenosas.⁴⁴ Se ha calculado que, en 2001, aproximadamente el 11% de los nuevos infectados por el VIH y de las personas diagnosticadas de SIDA eran consumidores de drogas intravenosas, una disminución asombrosa si se compara con el 25% calculado en 1991.⁴⁵

A finales de 2001 se calculaba en 800 000 el número de consumidores de drogas intravenosas en el Brasil.⁴⁶ A diferencia de las poblaciones descritas en otros estudios de caso en el presente informe, en el Brasil son muy pocos los consumidores de drogas intravenosas que se inyectan opiáceos. Las principales drogas consumidas por vía intravenosa son la cocaína y esteroides para culturismo. En el Brasil, la transmisión del VIH entre consumidores de drogas intravenosas ha seguido unas pautas muy claras. Desde mediados de los años 1980 a mediados de los años 1990, la mayor parte de las infecciones por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas se daban en la zona que une la parte septentrional del medio oeste con la costa del estado de Sao Paulo, coincidiendo con las principales rutas de tráfico de cocaína. A mediados de los años 1990 se registraron dos cambios importantes. Primero, la epidemia de SIDA se extendió rápidamente a la costa septentrional del Brasil y, segundo, se registró una epidemia de consumo de crack de cocaína, primero en Sao Paulo y luego en muchas otras partes del país.

⁴¹ Andrade T, Lurie P, Medina MG, Anderson K y Dourado I (2001). The opening of South America's first needle exchange programme and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia, Brazil AIDS and Behaviour 5 (1): 51-64.

⁴² PNUFID (4 de noviembre de 2002). Estudio de caso: Salvador, Brasil. Brasília.

⁴³ ONUSIDA (julio 2004). *Situación de la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Ginebra, Suiza. Consultado el 6 de abril de 2005 en: <http://www.unaids.org/bangkok2004/report.html>

⁴⁴ Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T. (2004). *Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users*. Londres: Centre for Research on Drugs and Health Behaviour on behalf of the United Nations Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care among IDU in Developing and Transitional Countries.

⁴⁵ Bastos FI, de Pina MdF y Szwarcwald CL (2002). The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *International Journal of Drug Policy* 13: 137-144.

⁴⁶ Aceijas et al. (2004). op.cit.

En Salvador dichos cambios condujeron a importantes modificaciones de las pautas del consumo de drogas. Las estadísticas del programa del CETAD mostraron que el número de consumidores de drogas intravenosas había descendido en un 80% desde mediados de los años 1990, y que casi todos los ex consumidores de drogas intravenosas se habían convertido en fumadores de crack de cocaína. A mediados de 2003 se estimaba en unos 14 000 el número de consumidores de drogas intravenosas, y en 56 000 el de fumadores de crack de cocaína. Una estimación aparte, de 5000 consumidores de drogas intravenosas, se basó en cálculos que utilizaron el número de consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos. Los consumidores de drogas pasaron de inyectarse cocaína a fumar crack, en gran medida por razones relacionadas con el costo, la comodidad y la oferta. Por consiguiente, muchos pueden volver a inyectarse cocaína si se modifica alguna de esas condiciones.

En términos generales, el consumo de drogas está cubierto por la Ley 6368/76 sobre drogas psicoactivas, ley que, además de prohibir el consumo, la posesión, el cultivo, la fabricación y el tráfico de drogas, también dispone explícitamente que el intercambio de agujas y jeringas es una actividad que facilita el consumo de sustancias adictivas y sanciona a cualquiera que desarrolle tales actividades con penas de entre tres y 15 años de cárcel. Hacia finales de los años 1990 se revocaron los apartados de la ley correspondientes al intercambio de agujas y jeringas y se sustituyeron por una ley que legalizaba la reducción de daños, incluido el intercambio de agujas y jeringas. El movimiento de reforma de la legislación comenzó con cambios en las leyes en los estados de Sao Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro y Santa Catarina. En enero de 2002, una nueva ley nacional sobre drogas legalizó los programas de intercambio de agujas y jeringas en todo el Brasil.⁴⁷

A las cuestiones relacionadas con el consumo de drogas y el VIH se ha respondido por medio de una asociación entre las unidades de drogas y SIDA del Organismo de Coordinación Nacional de las ITS y el SIDA, del Ministerio de Salud. Esta medida ha dado como resultado un aumento gradual de la convergencia entre la política sobre el SIDA y la política en materia de drogas. En 2001, el Gobierno brasileño ya suministraba terapia antirretrovírica a nivel nacional en 656 hospitales, dispensarios de día, y atención domiciliaria y unidades especializadas. A principios de 2003, 116 000 personas que vivían con el VIH tenían acceso a la terapia antirretrovírica, la tasa de mortalidad por el SIDA se había reducido en un 50% desde 1996 y las hospitalizaciones relacionadas con el SIDA se habían reducido en el 80%.⁴⁸ Las estadísticas del programa del CETAD también dejaban claro que, en mayo de 2003, 2484 personas accedían a la terapia antirretrovírica en el estado de Bahía, 1910 de ellas en Salvador. No había estadísticas disponibles sobre el porcentaje de consumidores de drogas intravenosas que recibían terapia antirretrovírica.

Estudios recientes han mostrado que en Salvador se registró, entre los consumidores de drogas intravenosas, una disminución importante de la tasa de infección por el VIH y los virus linfotrópicos humanos de las células T (HTLV), pese a que esta segunda infección es endémica en la población general e hiperendémica entre los consumidores de drogas intravenosas. Los datos del CETAD también muestran que en mayo de 2003 se estimaba en 30 000 el número de personas que vivían con el VIH en el estado de Bahía, 24 000 de ellas en Salvador. En el Estado de Bahía el número de personas que vivían con el SIDA era de 5600, el 80% de ellas en Salvador. La reducción total de las infecciones por el VIH en Salvador puede verse en el cuadro siguiente, que contiene los resultados del centro de asesoramiento y pruebas del VIH.

⁴⁷Teixeira P (2002). *The role of politicians in promoting policy changes*. Ponencia presentada en la 13ª

Conferencia Internacional sobre la Reducción de daños relacionado con las Drogas. Ljubljana, 3-7 de marzo.

⁴⁸Bastos FI, Kerrigan D, Malta M, Carneiro-da-Cunha C y Strathdee S (noviembre 2001). Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research. En: *AIDS Science* 1 (15).

Cuadro 21: Salvador, asesoramiento y pruebas del VIH

	2000	2001	2002
Pruebas del VIH realizadas	6 095	6 962	10 096
Resultados VIH-positivos	185	207	297
Hombres/mujeres	95/90	131/76	149/148
Porcentaje de resultados positivos	3,01%	2,97%	2,94%

El CETAD ha estimado que el uso de equipo de inyección contaminado entre consumidores de drogas intravenosas en Salvador disminuyó del 60% al 18% durante los años 1990, que el uso del preservativo entre consumidores de drogas intravenosas aumentó del 3% al 30%, y que el porcentaje de consumidores de drogas intravenosas en contacto con los servicios de salud aumentó del 28% al 68%. El programa de intercambio de agujas y jeringas de Salvador es uno de los más de 160 proyectos de reducción de daños que funcionan en el Brasil.

4.1.3 Historia

El programa de intercambio de agujas y jeringas de Salvador fue el primero de todo el Brasil. Se estableció en 1995 de conformidad con una disposición de ese mismo año, del Consejo Federal sobre Drogas Psicoactivas, en virtud de la cual podían aprobarse programas de intercambio de agujas y jeringas si iban asociados a proyectos de investigación.

El Centro de Estudios y Terapia del Abuso de Drogas (CETAD) es un organismo gestionado por la Universidad Federal de Bahía en Salvador, que ha investigado el consumo de drogas en la ciudad desde 1985. Gracias a la comunicación con investigadores y otras personas que trabajan en la aplicación de programas de prevención del VIH en Europa y las Américas, el personal del CETAD estaba al corriente de la existencia de programas de intercambio de agujas y jeringas, pero las barreras jurídicas le impidieron lanzar un programa hasta 1995.

En marzo de 1995, el gobierno estatal de Bahía aprobó el establecimiento de un programa de intercambio de agujas y jeringas, gestionado por el CETAD, con el objetivo de tratar los problemas—uso de equipo de inyección contaminado y alta prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas—descubiertos mediante las encuestas del CETAD a consumidores de drogas de los barrios pobres de la ciudad (*bairros*).⁴⁹ El apoyo financiero y técnico lo proporcionó la Secretaría de Salud del estado de Bahía, y se consiguieron otros apoyos gracias a la participación de un representante del CETAD en el Consejo Estatal sobre Drogas Psicoactivas.

Los miembros del personal del CETAD se reunieron con funcionarios de la policía y organizaron seminarios para oficiales de la policía a fin de explicar el funcionamiento del programa de intercambio de agujas y jeringas y los principios de la reducción de daños. Los periódicos publicaron artículos acerca del lanzamiento del programa y entrevistaron a profesionales de la salud, representantes religiosos y consumidores de drogas intravenosas. Durante los primeros seis meses, el personal del CETAD respondió a preguntas formuladas por representantes de los medios de comunicación, asistidos por un consultor de los medios, haciendo hincapié en que la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en Salvador era alta, en que en otros países los programas de intercambio de agujas y jeringas habían demostrado prevenir la infección por el VIH y en que dichos programas no daban necesariamente como resultado un aumento del consumo de drogas.

El programa abrió su primera sede en el Pelourinho, el antiguo centro de la ciudad de Salvador, entonces una zona pobre frecuentada por consumidores de drogas. Entre marzo de 1995 y

⁴⁹ Andrade et al. (2001). op.cit.

febrero de 1996 sólo se intercambiaron 90 jeringas, en parte debido a la controversia a la que aún daba sitio el programa. El número de clientes aumentó tras contratar a un agente de extensión que comenzó intercambiando agujas y jeringas, distribuyendo preservativos y facilitando envíos de pacientes desde el hogar. En 1999 los programas de intercambio de agujas y jeringas ya funcionaban en cuatro sitios, cada uno de ellos con dos agentes de extensión y un supervisor. Todos los sitios también se ocupaban de los envíos al tratamiento contra las drogas, suministraban toallitas con alcohol, cucharillas para preparar la droga, agua esterilizada, preservativos, instrucciones sobre prácticas sexuales más seguras y técnicas de inyección más seguras, y derivación a servicios médicos y sociales.

Desde mediados a finales de los años 1990, los consumidores de drogas intravenosas comenzaron a pasar al consumo de crack fumado. Este cambio se refleja en el número de clientes que asistieron por primera vez al tratamiento contra las drogas del CETAD. En 1993, ninguno de los 285 nuevos clientes notificó consumir crack; en 1996, el 4% de los 625 nuevos clientes ya consumía crack, y en 1997, el 14% de los 482 nuevos clientes consumía crack. En 1998 los porcentajes ascendieron con rapidez; en enero, el 20% de los nuevos clientes consumía crack; en mayo, el porcentaje era del 33%, y del 40% en junio. A finales de 1998, en algunas partes de la ciudad más del 80% de ex consumidores de drogas intravenosas ya fumaba crack de cocaína. Cuando disminuyó la oferta de crack, subieron los precios o el crack comenzó a circular adulterado con otras sustancias, esos consumidores de drogas volvieron a inyectarse cocaína. A finales de los años 1990, las investigaciones del CETAD establecieron que los esteroides anabolizantes los usaban cada vez más jóvenes de los *bairros* pobres para aumentar la masa muscular. En consecuencia, algunos consumidores de esteroides por vía intravenosa pasaron a ser clientes de los programas de extensión del CETAD.

En el Brasil, las nuevas infecciones por el VIH asociadas con la transmisión sexual relacionada con el consumo de crack de cocaína han hecho aumentar el número de personas que viven con el VIH, especialmente de mujeres. Cabe señalar que, por regla general, las personas infectadas por transmisión sexual relacionada con el consumo de drogas no suelen incluirse en las cifras de infecciones por el VIH relacionadas con dicho consumo. El paso al consumo de crack de cocaína por personas que a menudo vuelven a consumir drogas por vía intravenosa cuando el crack escasea o es de baja calidad, ha creado un tráfico de drogas y un ambiente de consumo complejo y en cambio constante, con importantes repercusiones en la epidemia de SIDA. A manera de respuesta, se están aplicando programas integrados dirigidos a la prevención del consumo de drogas y programas que apuntan a contribuir a la rehabilitación social de los consumidores de drogas haciendo hincapié en el tratamiento de las formas más serias y las consecuencias más perjudiciales del consumo de drogas.

El programa del CETAD en Salvador se considera ahora un programa modelo. En 1997, dicho programa comenzó a ampliar sus servicios para atraer a otros consumidores de drogas y no sólo a los consumidores de drogas intravenosas. Se emplearon servicios móviles para introducir a los trabajadores del CETAD en muchas partes de la ciudad. Tras reunirse con miembros de las comunidades, incluidos consumidores de drogas y personas que vivían en barrios de consumidores de drogas, se establecieron redes de agentes sobre el terreno y agentes de extensión.

En 1998 se creó la Sección de Información y Recursos con vistas a desarrollar una amplia variedad de materiales educativos, ofrecer información a individuos y grupos para sensibilizar sobre la reducción de daños, y proporcionar una base fundada en pruebas para las actividades de la Sección de Información y Recursos. En enero de 2001, el CETAD comenzó a trabajar con consumidores de drogas y otras personas en las prisiones del estado de Bahía.

En octubre de 2001 se estableció el proyecto Comunidad, financiado por Pathfinder/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a fin de proporcionar educación sobre drogas, actividades alternativas para los niños y conexiones con los servicios de salud y sociales a las personas que vivían en barrios de consumidores de drogas.

4.1.4 Características de los servicios

El CETAD tiene un personal formado por 30 personas a tiempo completo; cuatro de ellas, incluido el gestor del programa de reducción de daños, están financiadas por la Universidad Federal de Bahía, y las restantes, por el Gobierno del estado de Bahía. También proporcionan fondos la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), USAID y el Gobierno del Brasil.

El enfoque integral del CETAD incluye los siguientes centros y actividades.

- Centro de tratamiento ambulatorio contra las drogas, con empleo de técnicas psicoanalíticas.
- División de Reducción de Daños (DRD/CETAD), con un coordinador y un asistente del coordinador, nueve supervisores, 28 agentes de extensión y 44 agentes de salud comunitarios, que trabajan con el Programa de Salud para la Familia del gobierno municipal, y formados por el DRD/CETAD para proporcionar atención y actividades de prevención a los consumidores de drogas en general, incluidos los consumidores activos de drogas intravenosas; esta división gestiona 52 programas de intercambio de agujas y jeringas en 24 *bairros* de siete de los 12 distritos de la ciudad.
- Un proyecto de prisiones con un coordinador, dos supervisores y dos educadores inter pares, en tres cárceles para hombres y una cárcel para mujeres.
- Un proyecto comunitario, que funciona en tres distritos, centrado en la prevención de las drogas y la asistencia general de los problemas sanitarios y sociales en zonas pobres, con un coordinador, un supervisor, seis agentes de extensión y cuatro personas en prácticas. Este proyecto también ofrece educación sobre las drogas en escuelas y lugares de trabajo, y mediante cursos en la oficina del CETAD. Las actividades de prevención de las drogas incluyen partidos de fútbol y clases de artesanía entre los niños del *bairro*.
- Puntos Móviles del Proyecto de Prevención, concentrados en la transmisión del VIH relacionada con el sexo y las drogas, con especial atención a los consumidores de crack de cocaína de sexo femenino, además de distribuir preservativos femeninos y masculinos y otros materiales. En el proyecto trabajan un coordinador, un supervisor, cuatro agentes de extensión y cinco personas en prácticas, y operan desde una furgoneta móvil en cinco barrios de tres distritos.
- Una biblioteca y centros de información; oficinas de investigación.

El sistema de agentes sobre el terreno es innovador pues se paga un pequeño salario a las personas —generalmente consumidores activos de drogas— que viven en el corazón de los *bairros* pobres para que se ocupen del intercambio de jeringas, el reparto de preservativos y la educación desde sus casas. Este sistema proporciona acceso durante las 24 horas a materiales para la prevención del VIH, y educación y asesoramiento básicos en las zonas en las que viven los consumidores de drogas. Tanto a los agentes de extensión como a los agentes de salud comunitarios se los denomina agentes sobre el terreno. Todos los agentes sobre el terreno reciben como mínimo 60 horas de formación sobre consumo de drogas y prevención de la transmisión del VIH, así como sobre infecciones de transmisión sexual, VIH, SIDA, tuberculosis y otros temas; además, todos los agentes sobre el terreno se reúnen unas cuatro veces al mes para comentar su trabajo.

Los supervisores trabajan con todos los agentes sobre el terreno en un distrito, y están a cargo de velar por que los servicios suministrados en todos los barrios de un distrito satisfagan las necesidades de los consumidores de drogas y sus camaradas. Los coordinadores y los asistentes de los coordinadores trabajan en todos los puntos del programa, garantizando que los servicios se basen en los datos y sean eficaces.

La utilización de estudiantes en prácticas también es algo innovador. El CETAD está vinculado a una universidad y puede acoger hasta 10 estudiantes en prácticas al año, procedentes de cursos de licenciatura o de posgrado. Muchos de ellos proceden de las facultades de medicina o enfermería, pero también de las facultades de periodismo, derecho y ciencias sociales. Los estudiantes pueden solicitar un puesto en prácticas, por el que obtienen créditos para su carrera, o el CETAD puede solicitar, mediante un anuncio, un estudiante en prácticas de una disciplina específica, como hizo con estudiantes de periodismo para que le ayudaran en el trabajo con los medios de comunicación. La mayoría de los estudiantes escriben artículos y una tesis sobre su trabajo; algunos de esos trabajos se utilizan luego para informes de investigación o materiales de información, o para propuestas de financiación de nuevos servicios.

Más que únicamente a los consumidores de drogas, el CETAD intenta llegar a los barrios de consumidores de drogas. Al adoptar este enfoque, el CETAD ha establecido una variedad de servicios que forman una serie integral de actividades de prevención del consumo de drogas y del VIH, así como de asistencia general sanitaria y social. Si bien el objetivo principal es proporcionar servicios a los consumidores de drogas intravenosas, a los fumadores de crack de cocaína y a otros consumidores de drogas no intravenosas, los servicios también intentan llegar a sus familias, a su pareja sexual, a los vecinos y a otras personas que viven en el barrio de consumidores de drogas. Se proporcionan servicios específicos para las mujeres, incluidos programas para contactar con las consumidoras de crack y para la distribución de preservativos femeninos.

Proporcionando servicios a barrios enteros y mediante el fomento continuo de más servicios para los *bairros* pobres, el CETAD se ha consolidado como ‘amigo’ de decenas de miles de consumidores de drogas y sus camaradas en toda la ciudad de Salvador. A su vez, este hecho ha redundado en la obtención de ayuda para ese trabajo, como la que brindan los agentes sobre el terreno que se ocupan del intercambio de agujas y jeringas, la distribución de preservativos y la educación desde sus casas. Los servicios que se han puesto en práctica se basan en un corpus de investigación llevado a cabo por el CETAD, en Salvador y en el estado de Bahía, y también en investigaciones realizadas en otras partes del Brasil y en otros países, recopilada y divulgada por la biblioteca y el centro de información del CETAD.

El CETAD trabaja en asociación con muchas organizaciones, y ayudó a crear la Asociación para la Reducción de Daños (ABAREDA), formada por consumidores activos de drogas en Salvador. Los objetivos de ABAREDA son aumentar el número de programas de reducción de daños en el estado de Bahía, asegurar los derechos sociales de los consumidores de drogas y su interacción social, defender los derechos y la libertad de acción de los trabajadores de los programas de reducción de daños, y crear asociaciones municipales de ABAREDA, por ejemplo, grupos locales de reducción de daños o de consumidores de drogas. El CETAD y ABAREDA están elaborando planes para que ABAREDA pueda finalmente hacerse cargo de las actividades de reducción de daños en, como mínimo, algunas partes de la ciudad.

El CETAD también trabaja en estrecha colaboración con el Hospital Universitario, uno de los más grandes de Salvador, para proporcionar asistencia ambulatoria, incluidas las pruebas y el asesoramiento sobre el VIH, a pacientes contactados por medio del proyecto Comunidad. El tratamiento del VIH, así como la asistencia y el apoyo, los suministra una red en la que participan el Gobierno estatal, organizaciones no gubernamentales y el CETAD. Por ejemplo, a los consumidores de drogas intravenosas se les proporciona tratamiento del HIV en el Centro de Referencia Estatal del SIDA (CREAIDS), un centro del Gobierno estatal situado cerca de las oficinas del CETAD. La Institución de Beneficencia Conceição Macedo (IBCM), una organización no gubernamental que trabaja en el *bairro* de Pernambues, brinda asistencia a niños VIH-positivos o a niños con padres que

viven con el VIH, y suministra semanalmente paquetes de alimentos a los consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos y a otras personas que viven con el VIH y que necesitan dicha ayuda. Durante la distribución de los paquetes de alimentos, miembros del personal del CETAD distribuyen agujas y jeringas y ofrecen educación sobre el VIH y el consumo de drogas.

Cuadro 22: Salvador, servicios y productos suministrados

Servicios y productos	Extensión CETAD*	Programa de prisiones
Agujas y jeringas distribuidas	X	–
Agujas y jeringas devueltas	X	–
Eliminación de agujas y jeringas	X	–
Agua para inyección	X	–
Hisopos de alcohol	X	–
Desinfectante para limpieza de jeringas	X	–
Filtros y torundas	–	–
Tapones para mezclar drogas	X	–
Materiales para pipas de crack más seguras	X	–
Vitaminas	–	–
Tratamiento para la hepatitis		–
Tratamiento para el VIH y el SIDA	Envío	–
Actividades para la prevención del consumo de drogas	X	–
Desintoxicación	Envío	–
Tratamiento contra las drogas	Envío #	–
Otros medicamentos	–	–
Preservativos distribuidos	X	X
Información, educación y comunicación (materiales distribuidos)	X	X
Educación y asesoramiento individual y directo	X	X
Educación en grupo	X	X
Servicios de infecciones de transmisión sexual	Envío	–
Asesoramiento (general)	X	–
Asesoramiento sobre drogas	X	–
Asesoramiento sobre el VIH y el SIDA	X	–
Asistencia jurídica	–	–
Ayuda a la vivienda y al bienestar social	–	–
Grupos de apoyo de consumidores de drogas	X	–
Grupos de apoyo de ex consumidores de drogas	–	–
Grupos de apoyo de personas que viven con el VIH	–	–

* Engloba todos los servicios, incluidos la reducción de daños, puntos móviles y proyecto Comunidad.

El tratamiento lo proporciona principalmente el personal del CETAD en las oficinas del Centro.

Cuadro 23: Programa del CETAD 2002

	Programa de reducción de daños	Puntos móviles de prevención	Programa Comunidad	Programa de prisiones	Total
Ocasiones de servicio*	27 763	13 807	5 282	2 343	49 163
Jeringas y agujas distribuidas	14 049	1 526	12	0	15 587
Preservativos masculinos distribuidos	139 491	90 323	21 925	11 275	263 014
Preservativos femeninos distribuidos	4 086	12 054	714	1 571	18 425
Materiales educativos distribuidos	9 683	5 199	4 010	1 532	20 424

* El proceso de seguimiento del CETAD registra las ocasiones de servicio y si un cliente es nuevo o no. Puede estimarse el número de nuevos clientes (véase 4.1.5 Cobertura); no obstante, la base total de clientes y la periodicidad del contacto no pueden estimarse tomando como base estos registros.

4.1.5 Cobertura

El Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (actualmente Programa de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito) estimó que, para noviembre de 2002, el CETAD había contactado con el 68% de los consumidores de drogas intravenosas de Salvador.⁵⁰ El enfoque adoptado por el CETAD para la cobertura es intentar llegar a todos los *bairros* posibles en los que existe o tenga probabilidad de existir consumo de drogas e infección por el VIH relacionada con dicho consumo. Como se ha visto más arriba, este enfoque ha dado como resultado el acceso a muchos diferentes consumidores de drogas, a los miembros de su familia y a su pareja sexual en todas las zonas más pobres de la ciudad.

El número de nuevos clientes vistos por todos los servicios en 2002 fue de 12 198, de los que 675 eran consumidores de drogas intravenosas y 2296 fumadores de crack de cocaína. De los 675 consumidores de drogas intravenosas, 72 eran mujeres, mientras que entre los 2296 consumidores de crack, el número de mujeres era de 376. Los restantes clientes eran consumidores de esteroides, que no se inyectaban esteroides ni consumían crack de cocaína; consumidores de marihuana y de alcohol; familias o parejas sexuales de consumidores de drogas, y otras personas que vivían en barrios de consumidores de drogas. En estas cifras se incluyen a 1090 nuevos clientes de sexo masculino y a 23 nuevos clientes de sexo femenino contactados en prisiones. En Salvador sólo hay 70 presas; el programa en la cárcel de mujeres comenzó a finales de 2002. De los nuevos presos contactados, 27 eran consumidores de drogas intravenosas y 150 eran fumadores de crack de cocaína.

Al parecer, la mayoría de los clientes fue contactada una vez al mes por el personal del CETAD, y con mayor frecuencia por los agentes sobre el terreno. El sistema de seguimiento empleado hace imposible calcular el contacto periódico real.

La cordialidad y las buenas relaciones entre el personal del CETAD y las comunidades de los barrios de consumidores de drogas son de vital importancia para el éxito del programa. La sensibilización también ha sido crucial. Durante las entrevistas surgió un complejo cuadro de la sensibilización que, a nivel local, alienta los agentes sobre el terreno, apoyados, en caso necesario, por los coordinadores, los supervisores, el gestor o la asistencia especializada de los estudiantes de periodismo; y, a nivel de comunidad más amplia o de distrito, la sensibilización alentada por supervisores y coordinadores, y a los niveles de la universidad y de los Gobiernos estatal y nacional, por el gestor y ABAREDA. Se subrayó la importancia de la participación de consumidores activos de drogas intravenosas en estos esfuerzos de sensibilización; aumentar el papel de los consumidores activos de drogas en los programas de reducción de daños del estado de Bahía es uno de los objetivos principales de ABAREDA.

La amplitud de los servicios es la clave para aumentar la cobertura dentro de los barrios de consumidores de drogas. Participando en una amplia gama de actividades asociadas con el CETAD, desde partidos de fútbol a fabricación de instrumentos musicales e intercambio de agujas, manifestaciones y distribución de preservativos masculinos y femeninos, la mayoría de los habitantes de *bairros* pobres pueden acceder a algo que necesitan del CETAD. Los servicios y productos son también sumamente prácticos, distribuidos a menudo desde casas del *bairro* o desde furgonetas móviles, o por agentes de extensión que recorren varios barrios.

⁵⁰ PNUFID (2002). op.cit.

4.1.6 Mantener y ampliar la cobertura

Con un programa tan ambicioso, el CETAD lucha por continuar financiado sus servicios independientes, la mayoría de los cuales tienen varias fuentes de apoyo. Desde 2001, la financiación se ha reducido, y a finales de 2003 tuvieron sitio nuevos recortes. El Proyecto III del Banco Mundial sobre Control del SIDA y las ETS en el Brasil puede ayudar a los Gobiernos nacional y estatal a aumentar la financiación para organismos tales como el CETAD. Otra prioridad del Proyecto del Banco Mundial es establecer un proceso eficaz de seguimiento y evaluación para todos los ámbitos de la prevención y el tratamiento del VIH.

Por otra parte, se ha sugerido el lanzamiento de una Campaña de Sensibilización para la Reducción de Daños en cinco sitios del Brasil, incluida Salvador, lo cual aumentaría la comprensión, por parte de la opinión pública y del Gobierno, de la necesidad y la utilidad de los programas como el gestionado por el CETAD. Una campaña así también fomentaría un mayor gasto en programas de prevención como parte de la combinación, en el Brasil, de actividades de prevención y tratamiento.

4.1.7 Lecturas complementarias

Andrade T, Lurie P, Medina MG, Anderson K y Dourado I. The opening of South America's first needle exchange programme and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia Brasil *AIDS and Behaviour*, 5 (1): 51-64. 2001a.

Andrade TM, Dourado MI, Farias AH y Galvao-Castro B. Redução de danos e da prevalencia da infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador BA. En: Ministerio de Salud (ed.) *A Contribuição dos Estudos Multicentros frente a Epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil*. Brasilia: MS. 2001b.

Bastos F. Drugs and AIDS: a case study from Brazil *Urban Health and Development Bulletin* 3 (2) junio de 2000.

Bastos FI, Kerrigan D, Malta M, Carneiro-da-Cunha C y Strathdee S. Treatment for HIV/AIDS in Brazil: strengths, challenges, and opportunities for operations research *AIDS Science*, 1 (15) noviembre de 2001.

Bastos FI, de Pina MdF y Szwarcwald CL. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *International Journal of Drug Policy*, 13: 137-144. 2002.

Programa del Brasil de ETS/SIDA. *Government politics of recognition and support to the organizations of the civil society*. Brasilia, Brasil, julio de 2002.

Ortells P. *Brazil: A model response to AIDS*. Global Policy Forum. Nueva York. 2003. [publicación electrónica] <http://www.globalpolicy.org/soecon/develop/aids/2003/04/aidsbrazil.htm>

Parker RG. A summary discussion of the development of HIV/AIDS policy in Brazil. *Urban Health and Development Bulletin*, 3 (2) junio de 2000.

ONUSIDA. *Epidemiology Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections – Brazil*. Ginebra. Diciembre de 2002.

PNUFID. *Case study: Salvador, Brazil*. Brasilia. 4 de noviembre de 2002.

5. Enseñanzas adquiridas: sitios de cobertura alta

La conclusión más importante es que en los países en desarrollo y en transición puede conseguirse una cobertura alta mediante intervenciones sobre el VIH entre consumidores de drogas intravenosas. Por ejemplo, los programas de intercambio de agujas y jeringas y los programas de suministro de metadona llegaron a más del 50% de los consumidores de drogas intravenosas en los sitios estudiados, y el tratamiento y la atención del VIH, así como el apoyo a los consumidores de drogas intravenosas VIH-positivos, han alcanzado una cobertura alta en el Brasil y en la RAE de Hong Kong, y es posible que pronto también en Bangladesh. Durante la recopilación de datos y la redacción del presente informe se identificaron, como mínimo, varios otros sitios que pueden tener también programas de cobertura alta.

Al menos en algunos sitios, la cobertura alcanzada ha evitado o retrasado la epidemia de SIDA entre consumidores de drogas intravenosas. En Bangladesh, la RAE de Hong Kong, Paskov (Federación de Rusia) y Sumy (Ucrania), la alta prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se ha evitado pese a que la prevalencia es alta en provincias vecinas con culturas y niveles similares de consumo de drogas intravenosas. En Soligorsk (Belarús), el programa de intercambio de agujas y jeringas comenzó después de que se estableciera una alta prevalencia del VIH, por lo cual el efecto no es tan claro, y es probable que durante varios años se necesite una cobertura sostenida y mucho más elevada para alcanzar una reducción de la prevalencia. En Salvador (Brasil), cambios importantes en las pautas del consumo de drogas confunden el cuadro de la prevalencia del VIH; no obstante, es probable que los programas hayan estabilizado y reducido la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas.

5.1 Características comunes de los programas de cobertura alta

Para desarrollar los programas se utilizaron principios de reducción de daños

Los sitios estudiados en el presente informe se enmarcan en una amplia variedad de contextos sociales, políticos, religiosos y culturales. Los programas han alcanzado una cobertura alta entre consumidores de drogas intravenosas en ciudades ortodoxas rusas, como Paskov (Federación de Rusia); en ciudades islámicas de Bangladesh, y en el Brasil, mayormente católico romano; en economías industriales y financieras y en otras basadas en la agricultura; en ciudades como Dhaka (Bangladesh), con 12 millones de habitantes, y en pequeñas ciudades de 30 000 habitantes; en países en transición y en antiguas democracias.

Las características de los programas son exclusivas de los contextos sociales, políticos y culturales en los que se ejecutaron, lo cual ha dado como resultado diferencias en los métodos de operación, número y clase de personal empleado, servicios específicos y productos suministrados, vínculos con otros servicios, etc. Más que reproducir modelos desarrollados por otros países, los planificadores de programas y los encargados de aplicarlos estudiaron los principios subyacentes a las intervenciones y formularon intervenciones apropiadas sobre el VIH para sus respectivos sitios.

Hay que dar prioridad a los esfuerzos de sensibilización, y hay que asignarles un personal y una financiación adecuados

Los enfoques eficaces para abordar el VIH entre consumidores de drogas intravenosas son polémicos en muchas partes del mundo. En cada sitio, se reflexionó con cautela y se trabajó mucho para vencer los temores de la comunidad y las preocupaciones del gobierno respecto de los programas propuestos. En varios sitios, al menos parte del trabajo de varios empleados asalariados se dedicó a la sensibilización y, como en Dhaka y Rajshahi, puestos específico del personal se dedicaron al trabajo de sensibilización.

Además, en cada uno de los programas participó como mínimo una persona, a la que podría denominarse ‘defensor digno de crédito’, es decir, una persona o una organización que propone enfoques eficaces, a las que se oirá, y que tienen autoridad, como mínimo, ante el gobierno y, posiblemente, ante la población general. Los defensores dignos de crédito normalmente tienen, o pueden establecer con rapidez, vínculos con funcionarios gubernamentales superiores, tanto en el ámbito de la salud como en otros sectores claves, por ejemplo, la administración y los servicios encargados de hacer cumplir la ley.

La comunidad general, el gobierno, las organizaciones de base confesional y los líderes de opinión necesitan programas de apoyo

Este objetivo se alcanzó por regla general mediante la sensibilización a muchos niveles, incluida la comunidad inmediatamente próxima a los servicios, mediante reuniones formales e informales, campañas de información pública, participación de los gestores de los programas en comités multisectoriales sobre el SIDA y las drogas, y, en la mayoría de los casos, desarrollando relaciones con representantes escogidos de los medios de comunicación. Por otra parte, las evaluaciones periódicas y la divulgación de los resultados han ayudado a consolidar el apoyo político y comunitario. En algunos casos, el apoyo político ha conducido a leyes y políticas que establecen específicos sobre el VIH y financiación gubernamental para garantizar la aplicación de los programas. Es muy probable que la sostenibilidad se dé en los sitios que cuentan con esta clase de compromiso político.

El papel de los servicios encargados de hacer cumplir la ley es crucial para el éxito

En la mayoría de los países, el tratamiento del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se lleva a cabo en el contexto de un consumo de drogas penalizado. Los programas tienen que trabajar en los sitios en que se encuentran los consumidores de drogas y los propietarios de narcosalas, para asegurar la participación del mayor número posible de consumidores de drogas intravenosas. Los agentes de extensión que transportan agujas y jeringas nuevas y usadas tienen que poder trabajar sin que les confisquen los productos. Los usuarios del programa tienen que poder asistir a los sitios de intercambio de agujas y jeringas, o a los dispensarios de suministro de metadona o de tratamiento del VIH, sin miedo a que los arresten. Si bien los servicios encargados de hacer cumplir la ley no tienen que apoyar necesariamente cada una de las intervenciones, sí deben permitir que los programas funcionen sin obstáculos.

Puede afirmarse que en la mayoría de los sitios estudiados, los servicios encargados de hacer cumplir la ley entablaron relaciones de trabajo flexibles y basadas en la confianza con el personal de los programas. En el mejor de los casos, los servicios encargados de hacer cumplir la ley participaron como asociados plenos en la planificación y ampliación de los programas. En la mayoría de los sitios, los oficiales superiores de los servicios

encargados de hacer cumplir la ley fueron consultados al iniciarse el proceso de planificación, y de manera periódica durante la ejecución de los programas. El compromiso profundo y continuo con enfoques eficaces por parte del personal encargado de hacer cumplir la ley es probablemente uno de los factores clave a la hora de determinar la sostenibilidad de los programas.

La financiación es importante para ampliar los programas a escala

Todos los programas, excepto el de la RAE de Hong Kong, se iniciaron con financiación de donantes externos. Es posible que la mayoría de los sitios de Europa oriental sean ciudades con poblaciones de consumidores de drogas intravenosas de entre 1000–1500 personas porque los programas sobre el VIH en tales ciudades probablemente encajan dentro de los límites habituales de la financiación procedentes de donantes en esa región, por ejemplo, entre US\$ 20 000 y US\$ 30 000 por año. En contextos con mayor número de consumidores de drogas intravenosas, como Dhaka y la RAE de Hong Kong, se necesita una inversión mayor. Los miembros del personal del programa en CARE Bangladesh mencionaron la flexibilidad del enfoque de los donantes como un factor para alcanzar una cobertura alta en Dhaka. En la RAE de Hong Kong, el compromiso del Gobierno para financiar el tratamiento con metadona de todos los consumidores de opiáceos que lo necesitan dio como resultado una cobertura alta. En todos los demás sitios, la financiación aumentó al menos durante los primeros años de los programas, para tomar en cuenta el aumento del uso de los servicios. Los donantes externos tienen que adoptar un enfoque flexible en lo que respecta al nivel de financiación proporcionada para cada sitio, y a los elementos específicos del programa y su aplicación.

Financiación sostenida

Ninguno de los programas aquí descritos alcanzó una cobertura alta durante el primer año de funcionamiento; con todo, la financiación externa a menudo sólo dura un año. En la mayoría de los casos se tardó más de tres años en alcanzar una cobertura alta.

La financiación no sólo debería ser lo bastante flexible para permitir que aumente el uso de los servicios; también se necesita un compromiso de, como mínimo, dos años para asegurar que los programas lleguen a un número suficiente de consumidores de drogas intravenosas. Con excepción de los programas de Soligorsk (Belarús) y Salvador (Brasil), la financiación aumentó cada año. En los programas con financiación reducida, la amplitud de los servicios ha disminuido, y es probable que la cobertura se resienta de ello.

Las diferencias en cada contexto dan como resultado distintos servicios y enfoques para atraer a un programa a los consumidores de drogas intravenosas

Todos los programas ofrecieron variedad de servicios además del intercambio de agujas y jeringas y el programa de suministro de metadona. En muchos casos, esa amplia variedad de servicios se consiguió gracias a los estrechos vínculos y las asociaciones establecidas con otras organizaciones. Es probable que una amplia oferta de servicios atraiga a un espectro diverso de consumidores de drogas intravenosas, incluidos consumidores de varias drogas, hombres y mujeres, jóvenes y mayores, y a otras personas de grupos étnicos específicos. Además, entre las personas con riesgo de contraer la infección por el VIH relacionada con el consumo de drogas puede haber algunas que no se inyectan drogas. Algunos programas han trabajado con las parejas sexuales de los consumidores de drogas intravenosas, con profesionales del

sexo, que también pueden inyectarse drogas, con familias de consumidores de drogas y con consumidores de drogas no intravenosas, que en algún momento pueden pasar a consumir drogas intravenosas. La financiación de los programas tiene que ser lo suficientemente flexible para permitir que los programas se desarrollen para tratar esos diversos grupos.

Todos los programas de intercambio de agujas y jeringas estudiados eran estrictamente programas de intercambio, es decir, sólo se distribuían agujas y jeringas nuevas si se devolvían agujas y jeringas usadas. Si bien ésta no es una práctica común en algunos países desarrollados, la falta de procesos adecuados y seguros de gestión de los desechos en muchos de los sitios hacen del control y la eliminación segura del equipo usado una cuestión importante a la hora de abordar las preocupaciones epidemiológicas relativas a la transmisión de enfermedades infecciosas y las preocupaciones de la comunidad acerca de los peligros que, según sus miembros, puede tener del equipo contaminado en las calles. En estos contextos parece ser apropiado el intercambio directo.

Un programa puede reproducirse para abordar las necesidades de los consumidores de drogas intravenosas en otros distritos, ciudades y provincias

Como demostró el proceso de CARE en Bangladesh, los programas de prevención del VIH que han tenido éxito entre consumidores de drogas intravenosas comenzaron en un sitio, se ampliaron a escala y luego se reprodujeron en otras partes del país. Como demuestran las estadísticas del país relativas al programa de intercambio de agujas y jeringas, en Belarús, Federación de Rusia, Ucrania y Brasil, la cobertura alta también puede conseguirse mediante varios programas de prevención del VIH lanzados al mismo tiempo.

Comodidad de acceso

En cada estudio de caso, los consumidores de drogas intravenosas pudieron acceder a los servicios de diversas maneras y a diversas horas. La extensión es el método más común para proporcionar un acceso cómodo a la educación, el intercambio de agujas y jeringas y otros servicios; por su parte, el acceso sencillo a los servicios para consumidores de drogas intravenosas en puestos fijos, por ejemplo, cerca de las entradas de los edificios o por entradas separadas para consumidores de drogas intravenosas, aumenta su capacidad de atraer al usuario.

En los programas de intercambio de agujas y jeringas, el uso del intercambio secundario aumenta la comodidad, pues los consumidores de drogas intravenosas pueden conseguir el equipo de inyección por medio de amigos, traficantes de drogas o en las narcosalas. Para que el intercambio secundario dé un buen resultado se necesitan buenas relaciones de trabajo con los servicios encargados de hacer cumplir la ley, y se requiere un seguimiento que garantice que los consumidores de drogas intravenosas reciben información y educación apropiadas por parte de quienes se ocupan del intercambio secundario o los educadores inter pares.

Los programas de tratamiento de sustitución de drogas operan desde dispensarios fijos con pocas excepciones, como la distribución de buprenorfina en la India y los autobuses de suministro de metadona en Alemania y los Países Bajos. El número y la ubicación de los dispensarios es de vital importancia para garantizar la comodidad; por ejemplo, el programa de la RAE de Hong Kong.

Participación de los consumidores de drogas intravenosas

La mayoría de los gestores de programas entrevistados reconocieron que algunos consumidores de drogas intravenosas eran ‘el padre o la madre’ del programa, y consideraron que su participación en las primeras fases del funcionamiento del programa era vital a la hora de contactar a consumidores de drogas intravenosas. Incluso en el programa de suministro de metadona de la RAE de Hong Kong, los clientes participan por medio de encuestas que dan sitio a cambios en los servicios. Las interacciones periódicas basadas en el respeto y la cordialidad entre los consumidores de drogas intravenosas y el personal del programa es un factor importante para alcanzar una cobertura alta. En Salvador, Dhaka y Rajshahi se ha comenzado a trabajar con grupos de ex consumidores y de consumidores activos, y en la RAE de Hong Kong se está contemplando la posibilidad de hacerlo. Es probable que la mayor participación de los consumidores de drogas intravenosas en estructuras apropiadas, como organismos asesores, grupos de consumidores de drogas intravenosas o como personal de los programas, dé como resultado programas sostenibles.

Problemas de gestión

La asistencia técnica y la formación de los gestores, la formación permanente o el reciclaje del personal, especialmente del que trabaja en contacto directo con consumidores de drogas intravenosas, son factores cruciales. También son importantes la supervisión eficaz, la capacidad de hacer frente a los problemas, las reuniones de equipo periódicas y las oportunidades de formación permanente, que dan como resultado la conservación del personal, algo que, a su vez, fomenta la asistencia regular de los consumidores de drogas intravenosas.

Los programas de éxito no tienen demasiados ‘altos cargos’, es decir, hay pocos puestos de gestión o de supervisión comparados con el número de personal sobre el terreno, o de personal de los dispensarios en el caso de la RAE de Hong Kong. Incluso en Dhaka, sólo 11 gestores y supervisores trabajan con más de 50 agentes de extensión inter pares remunerados. Es necesario un equilibrio entre el control y la supervisión del trabajo de extensión, o el realizado en los dispensarios, y la confianza del personal de extensión o clínico para llevar a cabo su trabajo. El sistema de CARE Bangladesh para educadores sobre el terreno y coordinadores de ámbitos de los programas, incluidas la sensibilización y las actividades de extensión, puede ser particularmente conveniente para el Asia meridional y sudoriental, donde es probable que los consumidores activos de drogas intravenosas empleados como agentes de extensión tengan niveles inferiores de educación y experiencia en materia de trabajo regular.

Aprender de la experiencia

En Salvador se usa una cita de Paulo Friere para describir el programa del CETAD: “*Se hace camino al andar*”. Debido a la variedad de entornos en los que se aplican los programas que tratan el VIH entre consumidores de drogas intravenosas, se necesita un proceso de ensayo y error para desarrollar un equilibrio local entre los elementos del programa, la dotación de personal y otras características que permitirán conseguir una cobertura alta. Hay que poner en práctica nuevas ideas, y hay que evaluarlas, y ampliarlas si funcionan, ajustarlas, o abandonarlas si no son eficaces. Como muestra el estudio de caso de Paskov, iniciar un programa y luego adquirir conocimiento de la experiencia internacional y de la basada en Rusia ayuda a los gestores de los programas a reflexionar sobre el trabajo que han iniciado y a mejorarlo.

5.2 Desafíos para las intervenciones integrales relacionadas con el VIH

Para una variedad integral de intervenciones se necesita una cobertura alta

Ninguno de los sitios aquí presentados ofreció una variedad integral de intervenciones relacionadas con el consumo de drogas intravenosas, incluidos el tratamiento de sustitución, otras formas de tratamiento contra las drogas, las actividades de extensión, los programas de intercambio de agujas y jeringas y el tratamiento del VIH, así como la atención y el apoyo. Solamente el Brasil se ha aproximado a un enfoque integral, pero el impacto de dicho enfoque se ha visto limitado por problemas de índole técnica, como la falta de un tratamiento adecuado de sustitución de la cocaína. En muchos países faltan los elementos esenciales de un enfoque integral, incluidos el acceso a un tratamiento asequible de las infecciones de transmisión sexual, la atención sanitaria relacionada con el VIH, incluida la terapia antirretrovírica, y las pruebas y el asesoramiento voluntarios (y confidenciales) del VIH.

La relación entre los programas y los servicios encargados de hacer cumplir la ley o militares siguen siendo difíciles

Hay que integrar en todos los programas la sensibilización regular *ad hoc* con los servicios encargados de hacer cumplir la ley y otros sectores comunitarios a muchos niveles, y los programas han de disponer de financiación para formar personal de actividades de sensibilización y, allí donde los programas son lo suficientemente amplios, la financiación de puestos específicos de sensibilización. Además, las personas pertenecientes a los servicios encargados de hacer cumplir la ley y otros sectores necesitan formación acerca de la necesidad de programas integrales y su papel para tratar el VIH entre consumidores de drogas intravenosas.

Es probable que el equilibrio entre la prevención del VIH y el gasto destinado al tratamiento sea una cuestión importante para la sostenibilidad

El suministro de terapia antirretrovírica puede propiciar una reducción de la financiación para la prevención del VIH. Si bien proporcionar terapia antirretrovírica es un componente importante de una respuesta integral al VIH, reducir la financiación para la prevención del VIH conllevará un aumento del número de personas que viven con el VIH, con los subsiguientes costos del tratamiento.

Siguen sin resolver las cuestiones de género y de transmisión sexual

A causa del importante estigma que conlleva en muchos países el consumo de drogas intravenosas por mujeres, es difícil determinar la proporción varón-mujer de consumidores de drogas intravenosas. En la mayoría de los programas fueron bajos los niveles de participación de mujeres consumidoras de drogas intravenosas. Asimismo, en los programas se asigna a la transmisión sexual del VIH una prioridad menor que a la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas. Es posible que estas dos cuestiones estén vinculadas.

Es probable que se necesita una tendencia inversa, y que los programas creen servicios orientados hacia los consumidores de drogas intravenosas de sexo femenino y a los profesionales del sexo, que consumen drogas, ante la falta de pruebas de consumo de drogas o de vínculos entre consumo de drogas y comercio sexual. Si se crean

servicios de esta clase, pueden salir a la luz las consumidoras de drogas intravenosas y las profesionales del sexo que se inyectan drogas y que, de otro modo, seguirían ocultas para los servicios, la investigación o las evaluaciones. Es cierto que los sitios que emplean al menos a algunos agentes de extensión de sexo femenino encuentran mayores números de consumidoras de drogas intravenosas que los sitios que emplean solamente a agentes de extensión de sexo masculino. Es por ello que cabe alentar la formación de equipos mixtos de agentes de extensión.

Falta un seguimiento y una notificación normalizados

Hubo que trabajar mucho en casi todos los sitios estudiados para obtener las estadísticas proporcionadas en el presente informe. Una metodología de seguimiento normalizada simplificaría la medición de la cobertura y mejoraría las comparaciones entre programas. También fue problemático estimar el número de consumidores de drogas intravenosas en cada localidad, especialmente en el Brasil, en parte debido a que el consumo de drogas intravenosas es una actividad oculta en la mayoría de sociedades y, especialmente en el Brasil, a causa de los rápidos cambios en las pautas del consumo de drogas.

El número de consumidores de drogas intravenosas contactados de manera periódica en cada sitio tendió a ser un pequeño porcentaje de la población total de consumidores de drogas intravenosas en la respectiva ciudad o provincia

Es posible que el intercambio secundario y otros métodos inter pares garanticen el contacto periódico con un grupo más grande, pero los programas tienen que aumentar sus esfuerzos para que los consumidores de drogas intravenosas entren en contacto periódico con una variedad más amplia de servicios.

Asimismo, cabe señalar que ninguno de los sitios cubren a 50 000 o 100 000 consumidores de drogas intravenosas, siendo ése el número en algunas ciudades en países en desarrollo y en transición. Una cobertura alta de ese número de consumidores de drogas intravenosas requerirá una inversión considerablemente mayor de la que se ha necesitado para los programas descritos en el presente informe.

5.3 Seguimiento y estimación mínimos de la cobertura

Los estudios de caso revelaron que es muy amplia la variedad de procesos de seguimiento, lo cual dificultó la comparabilidad y, en algunos casos, hizo casi imposible determinar las cifras de contactados alguna vez y de contactados periódicamente. Por esos motivos, se recomienda un sistema mínimo normalizado para la estimación y el seguimiento, según el modelo aplicado para:

- estimar el número de consumidores de drogas intravenosas en una zona geográfica concreta;⁵¹ y
- registrar el número de individuos consumidores de drogas intravenosas que acceden a los servicios específicos.⁵²

Se alienta a los programas a aumentar el seguimiento para satisfacer sus necesidades específicas, pero ese paso debería darse utilizando un sistema normalizado de estimación y seguimiento.

El método recomendado para estimar el número de consumidores de drogas intravenosas en una zona geográfica concreta consiste en utilizar tanto los cálculos de multiplicador como de referencia. Estos cálculos emplean los datos existentes relativos a comportamientos o hechos comunes entre consumidores de drogas intravenosas, por ejemplo, los datos policiales de arrestos por consumo o posesión de drogas, accidentes e ingresos en urgencias, o datos de fallecimientos relacionados con las drogas. Esta información preexistente, que es la suma de comportamientos o hechos claves durante un periodo de tiempo determinado, se denomina información de referencia. Para todas estas referencias y para los datos de las encuestas (más abajo), es importante desglosar los datos por sexo.

Junto con esta serie de datos se requiere una estimación de la población objetivo que ha vivido un hecho dado, por ejemplo, la proporción de consumidores de drogas intravenosas que han sido arrestados, que han fallecido, etc.; la inversa de esta proporción se denomina multiplicador. Para estimar el multiplicador asociado suelen necesitarse breves subestudios por separado y son suficientes los registros anónimos.

Para ilustrar lo dicho en los párrafos anteriores, si se sabe que durante 2002 un total de 7000 consumidores de drogas intravenosas fueron a recibir tratamiento a un sitio determinado, y si se sabe también, por las encuestas, que aproximadamente el 20% de todos los consumidores de drogas intravenosas recibieron tratamiento en 2002, el número estimado de consumidores de drogas intravenosas sería de 35 000.

La proporción de la población objetivo en la referencia puede obtenerse por separado y de manera independiente por medio de entrevistas o cuestionarios, o mediante estudios específicos. Un modo habitual de resolver este paso es formular preguntas específicas, según las referencias utilizadas, relativas a arrestos, tratamiento, sobredosis, etc., en encuestas de Evaluación y Respuesta Rápidas u otras encuestas de comportamientos de riesgo por el VIH entre consumidores de drogas intravenosas.

Se recomienda usar el mayor número posible de referencias y multiplicadores, y utilizar, en la medida de lo posible, otros métodos de estimación del tamaño de la población. Los resultados de dichos cálculos deberían compararse a fin de decidir cuál es la mejor estimación. Además de la estimación del número de consumidores de drogas intravenosas, también es útil contar con una estimación de la prevalencia del VIH entre dichos consumidores.

⁵¹ ONUDD (2003). op. cit.

⁵² USAID, ONUSIDA, OMS, UNICEF y Policy Project (2004). op.cit.

Los resultados de esta técnica de estimación deberían bastar para utilizarse como base de otros cálculos descritos más abajo. No obstante, la experiencia adquirida en los sitios de cobertura alta sugiere que tales estimaciones contienen muchas inexactitudes cuando la estimación se hace antes de poner en práctica programas de prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas, o cuando dichos servicios funcionan a pequeña escala. Por otra parte, las poblaciones de consumidores de drogas intravenosas son dinámicas, cambian de tamaño según los efectos de las políticas en materia de drogas y cambios más grandes del entorno, por las bajas registradas cuando los consumidores de drogas dejan de consumir, abandonan su distrito o fallecen, y cuando nuevos consumidores de drogas intravenosas pasan a formar parte de esta población procedentes de grupos de consumidores de drogas no intravenosas o de otros distritos.

En varios de los estudios de caso aquí presentados, volvió a estimarse el tamaño de la población de consumidores de drogas intravenosas en la zona atendida por un programa, utilizando los recursos del programa para ampliar el alcance de las encuestas u otros procesos en todas las redes sociales, grupos de edad, sexo, grupos étnicos y subpoblaciones de consumidores de drogas intravenosas. Los procesos de reestimación de este tipo han puesto de manifiesto diferencias considerables respecto de las estimaciones originales, por ejemplo, en Rajshahi y Paskov. Se recomienda introducir este proceso de reestimación en todos los programas.

El segundo paso consiste en desglosar por sexo y total el número de consumidores de drogas intravenosas:

- contactados por actividades de extensión, incluidos los programas de intercambio de agujas y jeringas, durante el último mes;
- en tratamiento orientado hacia la abstinencia durante el último mes; y
- en tratamiento de sustitución, por ejemplo, suministro de metadona, buprenorfina, etc.

Desde el punto de vista de los programas de prevención del VIH, esto significa que debe ponerse en funcionamiento un sistema de seguimiento que permita registrar cuántos consumidores de drogas intravenosas son contactados por un servicio específico. Para el tratamiento contra las drogas con pacientes hospitalizados o en instituciones, excluidos los programas de tratamiento de sustitución, la tarea puede llevarse a cabo sin mayores dificultades puesto que normalmente se registra el número de personas ingresadas.

En todos los programas que suministran servicios a los consumidores de drogas intravenosas, el registro suele hacerse mediante el empleo de un código de identificación único (CIU). Hay varias maneras de generar dicho código, pero en todas ellas cada cliente de un programa recibe un código único. Dicho código debería registrarse, junto con la fecha en la que el cliente utilizó el servicio por primera vez, en una lista principal a la que puedan remitirse otros sistemas de seguimiento y registro. Dicha lista debería simplemente contener un número, empezando por 1 con el primer cliente, el CIU y la fecha en que se expidió el CIU, que debería ser la fecha de la primera visita de acceso al servicio por parte del cliente.

Si los programas de prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas se coordinan para un proceso continuo de servicios, el mismo CIU puede usarse para todos los servicios. A tal fin basta con preguntar a cada cliente si alguna vez ha recibido un CIU de algún otro servicio. En caso negativo, puede asignársele un CIU y añadirse a la lista principal. En caso afirmativo, se registra la información relativa al CIU y la visita del cliente se asigna al CIU de dicho cliente.

Se necesita también un formulario de seguimiento, con espacio para la fecha, el CIU del cliente y el servicio suministrado, a fin de registrar cada visita de acceso del cliente. En el caso de los servicios orientados hacia productos, como los programas de intercambio de agujas y jeringas, el formulario debería también tener un espacio para el número de agujas y jeringas, preservativos, etc., distribuidos, y otros servicios suministrados o envíos. En este formulario pueden añadirse preguntas adicionales para comprender mejor cómo debe aumentarse la cobertura.

Debe hacerse una distinción importante entre el *número de clientes* y el *número de visitas de clientes*. El primero es vital para muchos de los procesos detallados en el presente informe; el segundo, en cambio, es difícil de interpretar si faltan números de clientes. De ser posible, deberían registrarse ambas cifras, pero, de no ser así, debe registrarse el número de clientes que accede a cada servicio.

Utilizando este sistema puede conservarse y notificarse información, incluidos:

- el número de consumidores de drogas intravenosas contactados alguna vez;
- el número de consumidores de drogas intravenosas que acceden a todos los servicios durante el último mes, para los cálculos de indicadores del periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/SIDA;
- periodicidad del contacto (véase 5.4); y
- carácter integral de los servicios.

Por su parte, la lista principal proporciona un registro constante del número de clientes contactados alguna vez. Este número puede leerse en cualquier momento, pues es el último número de la lista. En los lugares donde ya se están ejecutando programas, la institucionalización de este sistema producirá un cuadro del número de clientes contactados alguna vez durante los últimos dos o tres años, y podrán hacerse algunos ajustes para los clientes contactados antes de que el sistema se pusiera en práctica y que no aparecen en los registros.

De igual modo, puesto que la fecha de acceso a los servicios está registrada, puede seguirse fácilmente el número de clientes que accede a los servicios durante un mes específico. Si también se registra el tipo de servicio, luego puede notificarse el carácter integral de los servicios como número y porcentaje del total de clientes que acceden a cada clase de servicio. Según las características específicas del consumo de drogas y el VIH entre consumidores de drogas intravenosas en cada localidad, esta información puede ayudar a los encargados de elaborar programas de prevención a saber si se cumplen los objetivos en esta materia.

5.4 Recomendaciones para futuras investigaciones

Aún no conocemos la respuesta a la pregunta “¿cuánto es suficiente?”; no obstante, estamos acercándonos a la respuesta. Los futuros estudios de eficacia deberían rastrear los aumentos y disminuciones reales de la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en lugares con financiación y compromiso para alcanzar una cobertura alta. Los estudios que utilizan intervenciones ampliadas actualmente planeadas o ya en aplicación nos ayudarán a aprender de ejemplos del mundo real y nos proporcionarán mejor orientación acerca del nivel y la combinación de servicios necesarios para prevenir o reducir las epidemias de SIDA entre consumidores de drogas intravenosas.

Además, hay que trabajar en el desarrollo de indicadores de calidad para la prevención del VIH y los servicios de atención entre consumidores de drogas intravenosas. Del presente informe y otros estudios queda claro que la calidad de los servicios es un factor importante para conseguir una cobertura alta. Según los estudios de caso, los siguientes ámbitos necesitan indicadores de calidad:

- la comodidad de acceso a los servicios;
- la amplitud de servicios para atraer a subpoblaciones de consumidores de drogas intravenosas, de sexo tanto masculino como femenino, jóvenes y mayores, consumidores de diferentes drogas y también a diversos grupos étnicos;
- la participación de los consumidores de drogas intravenosas, y la medida en la cual los consumidores de drogas intravenosas influyen en cambios en los servicios, o los ponen en práctica, incluidas las medidas para consolidar la ‘cordialidad’ o la relación entre los clientes y el personal;
- procesos de gestión flexibles, receptivos a las necesidades de los clientes, a los cambios en las pautas del consumo de drogas y a los contextos políticos; y
- la eficacia de las actividades de sensibilización con medidas para las relaciones entre los programas y las partes interesadas clave, como los servicios encargados de hacer cumplir la ley, varios niveles gubernamentales y los vecinos.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reúne a diez organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA, como programa copatrocinado, aúna las respuestas dadas a la epidemia por sus diez organizaciones copatrocinadoras y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/SIDA en todos los frentes. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y no gubernamentales, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir sin límites de fronteras conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas.



COLECCIÓN “PRÁCTICAS ÓPTIMAS” DEL ONUSIDA



La colección “Prácticas óptimas” del ONUSIDA

- Es una serie de materiales de información del ONUSIDA que promueve el aprendizaje, comparte experiencias y capacita a las personas y asociados (personas que viven con el VIH y el SIDA, comunidades afectadas, sociedad civil, gobiernos, el sector privado y organizaciones internacionales) que participan en una respuesta ampliada a la epidemia de VIH y su impacto.
- Proporciona una voz a quienes trabajan para combatir la epidemia y mitigar sus efectos.
- Ofrece información sobre lo que ha funcionado en contextos específicos, para beneficio de otros que se enfrenten a situaciones similares.
- Cubre un vacío en áreas programáticas y de políticas clave proporcionando orientación técnica y estratégica, así como el conocimiento más avanzado en prevención, asistencia y alivio del impacto en múltiples contextos.
- Pretende estimular nuevas iniciativas con el objetivo de ampliar la respuesta a la epidemia de SIDA a nivel de país.
- Es un esfuerzo interorganizaciones del ONUSIDA en colaboración con otras organizaciones y asociados.

Para más detalles sobre la colección «Prácticas óptimas» y otras publicaciones del ONUSIDA, visite www.unaids.org. Se anima a los lectores a enviar sus comentarios y sugerencias a la Secretaría del ONUSIDA, a la atención del Director de Prácticas Óptimas, ONUSIDA, 20 avenue Appia, 1211, Ginebra 27, Suiza.

Sitios de cobertura alta Prevención del VIH entre consumidores de drogas intravenosas en países en transición y en desarrollo Estudios de caso

El ONUSIDA encargó el presente informe para investigar programas y sitios en países en desarrollo y en transición considerados por las autoridades internacionales “sitios de cobertura alta”, esto es, donde más del 50% de los consumidores de drogas intravenosas había sido contactado por una o más intervenciones para la prevención del VIH. La conclusión más importante es que las intervenciones relativas al VIH entre los consumidores de drogas intravenosas en los países en desarrollo y países en transición pueden proporcionar una cobertura alta. Cada estudio de caso incluye una descripción del desarrollo de los programas y las características de los servicios suministrados, una estimación de la cobertura del programa, los factores que condujeron a una cobertura alta y un análisis de las maneras de mantener y ampliar la cobertura

ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GINEBRA 27
SUIZA

Teléfono: (+41) 22 791 36 66
Fax: (+41) 22 791 41 87
Dirección electrónica: bestpractice@unaids.org

www.unaids.org