

Uso de

DROGAS

y VIH

**Documento de trabajo con orientaciones
para la intervención y la investigación**



Asociación civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Uso de
Drogas y VIH

Documento de trabajo
con orientaciones para la intervención
y la investigación

Diana Rossi

Uso de drogas y VIH : documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación / Diana Rossi y Paula Marcela Goltzman; con colaboración de Graciela Dora Touzé y Gonzalo Ralón. - 1a ed. - Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

60 p. ; 22x14 cm.

ISBN 978-987-28608-0-6

1. Drogas. 2. HIV. I. Goltzman, Paula Marcela II. Touzé, Graciela Dora, colab. III. Ralón, Gonzalo, colab.

CDD 615.782 2

Fecha de catalogación: 18/09/2012

Uso de drogas y VIH.

Documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación.

Fecha de realización: 5/12

Tirada: 500 ejemplares

Autores: Diana Rossi, Paula Goltzman

Colaboradores: Graciela Touzé y Gonzalo Ralón.

Revisión técnica: Equipo de prevención de la Dirección de Sida del Ministerio de Salud, Marcelo Vila, OPS/OMS Argentina.

Diseño: Andrés Venturino (OPS/OMS)

© Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Este documento puede ser reproducido en forma parcial sin permiso especial pero mencionando la fuente de información.

Índice

Agradecimientos	4
Resumen Ejecutivo	5
1. Situación actual de las prácticas de uso de drogas y el VIH	7
1.1. Reducción de daños asociados al uso de drogas	
1.2. Vulnerabilidad, prácticas y ambientes de riesgo	
2. VIH y otras infecciones de transmisión sexual y sanguínea	17
3. Iniciativas del Estado y de la sociedad civil en investigación e intervención para prevenir la transmisión y promover el tratamiento del VIH en personas que usan drogas	20
3.1. Las políticas públicas en sida y drogas	
3.2. Las políticas públicas en drogas y salud mental	
3.3. Acciones de la sociedad civil	
4. Accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema de salud	29
5. Vulnerabilidades sumadas: personas que usan drogas, trabajadores/as sexuales, personas trans, personas privadas de la libertad, hombres que tienen sexo con hombres	34
6. Orientaciones para la intervención	38
7. Prevalencia de uso de drogas	47
7.1. Patrones de consumo inyectable y no inyectable	
7.2. Estimación de UDI viviendo con VIH/sida	
7.3. Datos históricos del uso inyectable y el VIH	

Agradecimientos



A todas las personas e instituciones que produjeron la información que se reproduce en este documento. Se agradece también el apoyo del Fogarty International Center/NIH- AIDS International Training and Research Program de Mount Sinai School of Medicine-Argentina (Subsidio # D43 TW001037).

Resumen ejecutivo



La mayor parte de la información sobre prevalencia de infecciones transmitidas por sangre o sexualmente en usuarios de drogas de la Argentina es en la población de usuarios de drogas inyectables, aunque también existen estudios que dan cuenta de diversas infecciones entre usuarios de drogas no inyectables.

Existe interacción entre consumidores de drogas por diferentes vías por lo que es necesario no limitar el trabajo preventivo a las personas que se inyectan drogas.

El enfoque de reducción de daños sostiene que los servicios deben atender a las personas que usan drogas “donde estén”, en vez de requerir que cumplan con una cantidad de requisitos, como cambios de comportamiento o abandono del consumo antes de obtener la ayuda.

Hay evidencia acerca del menor acceso o el acceso tardío al sistema de salud de los usuarios de drogas, especialmente los que viven en condiciones de pobreza, lo que implica mayor morbilidad y mortalidad.

Los patrones de consumo de drogas se han modificado, sin embargo hay retraso en el desarrollo de programas de reducción de daños dirigidos a usuarios de drogas con alto riesgo de adquirir o transmitir infecciones en las diferentes regiones del país.

Orientaciones para la intervención y la investigación:

- Mejorar el acceso al sistema de salud es una necesidad clave para la población de usuarios de drogas inyectables y no inyectables.
- Promover el trabajo de pares, de usuarios de drogas interviniendo con usuarios de drogas y propiciar su auto-organización.
- Producir en forma sistemática información acerca de patrones y tendencias en el uso de drogas e infecciones de transmisión sexual y sanguínea.

-
- Mejorar la vigilancia epidemiológica de las ITSS entre usuarios no inyectables de cocaína, heroína, anfetaminas o metanfetaminas en las diferentes regiones del país.
 - Estimar la población de inyectores actuales de drogas y de consumidores actuales y frecuentes de cocaína, heroína o anfetaminas por otras vías.
 - Estudiar los ambientes de riesgo en los que interactúan las personas que usan drogas.
 - Incluir preguntas relativas al uso inyectable y no inyectable de drogas en los cuestionarios que indaguen comportamientos y en otras encuestas dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores/as sexuales, personas transgénero, y otras poblaciones vulnerables.
 - Mejorar la información, la educación, y la comunicación dirigida a evitar prácticas que sumen riesgo de transmisión de ITSS como el uso compartido de material para usar drogas, y la irregularidad o ausencia de uso de preservativo.
 - Diseñar intervenciones preventivas referidas a la reducción de daños en el uso de drogas para trabajadores/as sexuales, personas trans, personas privadas de la libertad, y hombres que tienen sexo con hombres, considerando que todos ellos pueden combinar diversas situaciones de riesgo de adquirir o transmitir el VIH.
 - Ampliar las colaboraciones entre equipos y programas de diferentes regiones del país.
 - Incluir medidas de reducción de daños entre las personas privadas de la libertad.
 - Facilitar el acceso a recursos sanitarios y sociales (preservativos, mensajes preventivos, alimentos) para los usuarios de drogas que viven con VIH.
 - Ampliar los servicios de bajos requerimientos y la intervención territorial.
 - Dispositivos de tratamiento accesibles para la reducción del consumo problemático de drogas. Mejorar la atención de las sobredosis.
 - Acciones para cambiar las representaciones sociales estigmatizantes del uso de drogas y para evitar la discriminación de los usuarios.
 - Acciones para des-incriminar a los usuarios de drogas.

Situación actual de las prácticas de uso de drogas y el VIH

1

Hay gente que necesita ayuda pero no de adentro sino salir afuera, como salieron ellos a la calle, a buscar y a tratar de hablar con los chicos. Con todo el respeto con el que está allá abajo, como yo le digo, el que está “destroyed”. Hay que ayudarlo, pero no de adentro de una asociación, adentro de cuatro paredes. No..., en la calle, en la calle, ese es el lugar... Irma Villa, operadora comunitaria.

1.1. Reducción de daños asociados al uso de drogas:

El uso compartido del material que se emplea para inyectarse drogas o para usarlas en forma intranasal o fumada, es una práctica social que se relaciona con diversos problemas de salud, entre los que reviste particular importancia la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La inyección con jeringas usadas por otra persona es una práctica que se desarrolla cuando el consumo es entre dos o más personas. También se ha documentado la inyección de droga diluida en jeringas¹ ajena previamente usadas, o compartir el recipiente para calentar y diluir la sustancia, o usar el agua que otros han usado para enjuagar sus jeringas. Existe evidencia que compartir pipas u otros elementos que se usan en el consumo fumado o intranasal de drogas también se relaciona con la transmisión de infecciones.

1 - Bravo MJ. Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas. Manual para profesionales de la salud. Agencia Española de Agencia Española de Cooperación Internacional, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2004.

En América del Sur, tanto en Brasil como en Uruguay y en la Argentina el uso inyectable de cocaína estuvo más difundido que en otros países de la región, sin embargo, en todos estos países se sabía muy poco del uso inyectable antes de la aparición del VIH.² Desde mediados de la última década comenzó a observarse una declinación de esta manera de usar drogas en los tres países. Además, en la última década, se han realizado investigaciones que muestran la relación del uso de cocaína intranasal y fumable con la transmisión de VIH y otras infecciones.

En 2008 se publicó el Cuestionario de comportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo de adquirir o transmitir infecciones por vía sanguínea o sexual -CODAR-, diseñado para ser utilizado con inyectores o consumidores de drogas por otras vías y en diversos contextos: calle u otros “ambientes naturales”, programas de tratamiento de la dependencia, programas de reducción de daños, o prisiones. CODAR fue definido como “cualquier persona entre 15 y 64 años que en los últimos 6 meses se ha inyectado drogas en alguna ocasión o ha consumido al menos 1 de las siguientes drogas más de 25 días: cocaína, heroína, anfetaminas o metanfetaminas. Para un consumidor regular, equivale al consumo de alguna de esas drogas un día por semana”.³

Esta definición es la que comenzó a trabajarse en los diversos estudios que se produjeron en Argentina en poblaciones que usan drogas y también fue adoptado en los últimos estudios brasileños, en busca de hacer comparables los datos que se producen en la región, y a la vez definir con mayor claridad a ese conjunto de usuarios de drogas vulnerables a infecciones por la manera en que usan las drogas.

En una perspectiva más histórica, durante los últimos treinta años, gran parte del trabajo de investigación en el tema del uso inyectable y no inyectable de drogas se ha concentrado en caracterizar las prácticas de cuidado y riesgo para la transmisión de diversas infecciones. Asimismo, se han desarrollado modelos de trabajo como el enfoque de la reducción de daños (RDD) orientado a mitigar los problemas relacionados con las drogas.

2 - Magis Rodríguez C, Marques LF, Touzé G. HIV and injection drug use in Latin America. AIDS 2002, 16 (suppl 3): S34-S41.

3 - Bravo M.J., Mejía I.E, Barrio G. “Encuestas de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo (CODAR). Herramientas básicas”. Cuaderno 1 Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores. Cuaderno 2 Manual de entrevista y aplicación del Cuestionario C-CODAR (VI-8) y Cuaderno 3 Cuestionario C-CODAR. Agencia Española de Cooperación Internacional, Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington D.C., EE.UU., 2008, Accesible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/VIH_drogas.htm

Un planteo fundamental de la reducción de daños es que los servicios deben atender a las personas que usan drogas “donde estén”, en vez de requerir que cumplan con una cantidad de requisitos complicados, cambios de comportamiento o abandono del consumo antes de obtener la ayuda.

Algunas medidas características del enfoque de reducción de daños incluyen diferentes intervenciones de salud pública, tales como los programas de distribución e intercambio de jeringas; información, educación y comunicación sobre prácticas de riesgo y de cuidado en el uso de drogas no inyectables; programas de provisión de materiales para consumidores de drogas no inyectables, los tratamientos de sustitución de opiáceos, las pruebas y el asesoramiento para el VIH, las pruebas para la hepatitis, la prevención y el tratamiento de las diversas infecciones de transmisión sexual (ITS) y de la tuberculosis, así como el acceso a la asistencia primaria en salud y al tratamiento antirretroviral (TARV).

Las medidas de reducción de daños facilitan el acceso de los usuarios de drogas a: 1- la prevención del VIH, 2- el tratamiento del VIH y del uso de drogas y 3- a los servicios de salud sexual.

1- prevención del VIH:

El suministro de materiales de inyección -jeringas, agua, recipiente donde preparar la droga- o para el uso de drogas por otras vías, la prescripción de medicamentos administrados por vía oral como la metadona o la buprenorfina, para sustituir el uso inyectado de heroína y otros opiáceos ilícitos, han demostrado claramente que reducen el riesgo de adquirir y trasmitir el VIH. Sin embargo, todavía estos servicios se mantienen fuera del alcance de las personas que usan drogas inyectables en muchos países.

2- tratamiento del VIH y de drogas:

La evidencia indica que las personas que usan drogas con el apoyo apropiado pueden obtener los mismos beneficios del tratamiento antirretroviral que otras personas que viven con VIH. Sin embargo, el tratamiento antirretroviral sigue estando limitado para las personas que usan drogas. Una de las barreras para incrementar el acceso al tratamiento es la actitud negativa de los trabajadores de la salud hacia los usuarios de drogas. Muchos son considerados “irresponsables en cuanto al cuidado de su salud”. Aún con acceso universal al tratamiento antirretroviral, se conseguirá mayor adherencia si estos servicios se acompañan con acceso a la asistencia psicológica, social y al tratamiento por drogas. A pesar que

el tratamiento para el uso problemático de drogas puede mejorar la adhesión al tratamiento antirretroviral, muchos programas de tratamiento para las drogas no ofrecen más que prolongados períodos de aislamiento del ámbito en el que vivían las personas que se atienden en ellos. Aún los programas de tratamiento ambulatorio que no aíslan a la persona que usa drogas de su entorno, no han conseguido asegurar el acceso al tratamiento antirretroviral para todos los usuarios que los precisan.

3- servicios de salud sexual:

El suministro de servicios de salud sexual permite que las personas que usan drogas se protejan a sí mismas y a sus parejas sexuales del VIH, previniendo la posterior transmisión sexual. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) exhorta a que los servicios de salud sexual estén disponibles para todas las personas que usan drogas y sus parejas.⁴

El enfoque de reducción de daños se ha ocupado además de comprender los ambientes de riesgo para desarrollar intervenciones apropiadas, así como también de establecer relaciones específicas de cuidado y reciprocidad entre los individuos y los grupos en los contextos de uso de drogas. Algunos programas de reducción de daños desarrollan acciones para involucrar a otros habitantes del territorio en el que intervienen -vecinos, militantes sociales, o instituciones públicas como las escuelas o los centros de atención sanitaria- en la transformación de situaciones de padecimiento que los involucran.

1.2. Vulnerabilidad, prácticas y ambientes de riesgo

La vulnerabilidad de las personas usuarias de drogas no está circunscrita al uso compartido del material que emplean para consumirlas, se relaciona además con las características de diversas prácticas de riesgo en las redes sexuales o de consumo de drogas en las que interactúan.⁵

4 - Basado en La Reducción del Daño y los Derechos Humanos – Una Guía de Recursos Open Society Institute y Equitas – International Centre for Human Rights Education, Nueva York, 2007, pp.42-3. ONUSIDA, Intensificando la prevención del VIH: documento de posición de política de ONUSIDA. Ginebra, 2005.

5 - Rossi, D. “VIH en Personas que Usan Drogas en América Latina y el Caribe” en: “Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y el Caribe 2009”. OPS, UNICEF, ONUSIDA. Lima, 2009, p. 31. Accesible en: <http://www.paho.org/vih/retos>

A la vez, los procesos económicos y sociales más amplios pueden influir en los cambios en las normas predominantes relativas a los riesgos aceptables para determinado grupo social. Por ejemplo, las crisis político-económicas incrementan las condiciones de vulnerabilidad de toda la población al provocar el aumento del desempleo -que induce a la movilidad o a la emigración-, la destrucción o disminución de organizaciones sociales que atienden y defienden diversas necesidades y derechos, la disminución de expectativas sociales, y el aumento de los niveles de violencia en las poblaciones más afectadas. Estas circunstancias se reflejan en los argumentos de dos UDI cuando hablaban de volver a inyectarse después de haber interrumpido esa práctica y de un operador sanitario cuando analizaba los cambios en el uso inyectable de drogas después de la crisis del 2001 en Argentina.⁶

“El hecho de estar sin laburo, la frustración de cosas que quiero hacer y no me salen.” (varón, 40 años)

“Porque estaba mal y para no matarme por la vida de mierda que llevo.” (mujer, 31 años)

“La globalización, la falta de expectativas, sobre todo en la juventud es un problema. Porque nosotros nuestros viejos podían ser pobres o no y uno trabajaba y uno tenía en el imaginario que seguir una carrera, tener un oficio con esto de que iba a poder trabajar. Iba a poder ejercer lo que a uno le gustaba y estaba el entusiasmo. Por más que había el sacrificio que mantener la carrera trabajando o que los viejos se hayan esforzado más. Ahora lo que se ve es que los pibes jóvenes no tienen expectativas. Porque bueno, porque no hay laburo, porque el mercado está cada vez más cerrado... Eso por un lado. Después esto que tiene que ver también con lo político... Y creía en, tenía otras perspectivas de ver otros cambios más sociales, de movilizarse más que tiene que ver con

6 - Rossi, D. y Rangogni, V. (coordinadoras) “Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)”. Coeditado por Intercambios Asociación Civil, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, ONUSIDA y ONUDD, Buenos Aires, 2004, p. 102 y 205.

una generación. Te toco el tema de la dictadura, para mí viene desde ahí todos nuestros males de la Argentina y sumándole el tema de la globalización que ya es a nivel mundial. Pero ahí hay un tema bastante importante porque una generación fue perdida, la mataron. Y bueno los que quedamos...es difícil... Yo lo que veo es más violencia, y esto lleva a veces...Bueno el tema de los jóvenes no encuentran su lugar y en el país donde la violencia está a la orden del día, digamos ¿qué hacen? Se drogan o por que lo que les den no les gusta o no saben que hacer con su vida, no saben que hacer con su familia.” (operador sanitario)

Asimismo, las desigualdades de género, de edad, de barrio o de ciudad en que viven las personas que usan drogas también pueden incrementar su vulnerabilidad. A modo de ejemplo, ser una UDI joven o que comienza a inyectarse con su pareja UDI, o ser pobre y vivir en barrios con pocos recursos sanitarios y sociales, puede aumentar la fragilidad para gestionar prácticas de cuidado y evitar la transmisión del VIH.

Desde el año 2003 comenzó a producirse evidencia en Buenos Aires acerca de las altas prevalencias de VIH entre usuarios no inyectables de drogas. Usuarios de cocaína intranasal o fumada que nunca se inyectaron tuvieron una seroprevalencia de infección por VIH, sífilis, hepatitis B y C del 6%, 4%, 9% y 8% respectivamente en Buenos Aires y del 10%, 4%, 12% y 10% respectivamente en Montevideo. Estos datos mostraron un patrón de consumo y de transmisión del VIH semejante en las ciudades capitales de Argentina y Uruguay. En la misma población la seroincidencia anual de VIH fue del 3.1 por 100 personas año en Buenos Aires y de 4.4 por 100 personas año en Montevideo.⁷ Estos datos muestran que aunque las tasas de seroprevalencia son menores a la de los inyectores en todas las infecciones estudiadas, son mucho más altas que las de la población general medida en los análisis de laboratorio que se realizan habitualmente en los bancos de sangre de los hos-

7 - Vignoles M, Ávila MM, Osimani ML, de Los Angeles Pando M, Rossi D, Sheppard H, et al. HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion. J Acquir Immune Defic Syndr 2006;42:494-500.

pitales.⁸ Las lesiones orales que se producen durante el uso compartido de pipas u otros elementos usados para el consumo de cocaína fumada o intransal, podrían también jugar un rol en la transmisión sanguínea de esta infección, así como las prácticas sexuales que no incorporan o usan mal el condón tanto por vía vaginal, oral o anal⁹ (ver tabla 1).

Tabla 1

Selección de estudios con población UDI y no UDI de Argentina (2000-2008)

Población	UDI ex-UDI	UD cocaína no inyectada	UD pasta base de cocaína	UDI UD cocaína, heroína, anfetaminas	
Período	2000-2001	2002-2003	2006 -2007	2006-2008	2007-2008
Ciudades	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	Buenos Aires y Gran Buenos Aires	Córdoba, La Plata, Rosario, San Miguel de Tucumán
Tamaño muestral	174	504	170	583	160
Seroprevalencia de VIH	44,3 %	6,3 %	2,9 %	5,3 %	0 %
Seroincidencia*	0.0	3.1	-	2.7	0.0
Hepatitis B	42,5%	9%	3,5% (HBcAb)	-	-
Hepatitis C	54,6%	7,5%	2,4%	-	-
Financiador	ONUSIDA	OPS / Agencia Española de Cooperación Internacional	OPS	Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria	

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

La declinación de la epidemia de VIH entre los usuarios de drogas inyectables comenzó a discutirse en Brasil en el año 2005. En el año 2009 el Ministerio de Salud brasileño organizó un estudio con metodología de muestreo dirigido por el entrevistado (Respondent Driven Sampling en inglés) para encontrar muestras representativas de usuarios de drogas in-

8 - Muzzio, E.; Rajput, S.; Naveira, J.; Segura, M.; Vila, M.; Ralón, G.; Galante, A.; Drago, S.M.; Bouzas, M.B.; Zapiola, I.; Griemberg, G.; Deluchi, G.; Menga, G.; Cuchi, P.; Tang, A.; Weissenbacher, M.; Rossi, D. Infecciones y otros problemas de salud en usuarios de pasta base de cocaína en un centro asistencial de Buenos Aires, Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, Septiembre 2010, Vol. 1 N° 4, p. 14-19.

9 - Caiaffa W. y Rossi D. “Hepatites virais e vulnerabilidade em usuários de cocaína na América do Sul” Cadernos de Saúde Pública, Set. 2011a, Vol. 27(9):1664-1665.

yectables y no inyectables en 10 ciudades del país. En este estudio alcanzó una baja proporción de UDI (~10-12%) con bajos niveles de infección, confirmándose la tendencia que se venía observando en esta población.¹⁰

En la Argentina, el último estudio realizado para evaluar la proporción (prevalencia) de infección por VIH entre usuarios de drogas inyectables y no inyectables se realizó entre 2006 y 2008. En ese mismo estudio se estimó el número de infecciones más recientes (incidencia), la presencia de resistencia a las drogas usadas en el tratamiento antirretroviral y las características del virus (análisis molecular) que estaba circulando en personas recientemente diagnosticadas para VIH. El Centro Nacional de Referencia para el sida, que depende de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) realizó el estudio en colaboración con Intercambios Asociación Civil, con financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Los usuarios de drogas que participaron del estudio nunca habían realizado prueba de VIH o tenían diagnóstico negativo previo. Fueron encontrados en su entorno de vida y consumo de drogas o en centros de tratamiento por el uso de drogas, tanto en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con las que estaban en contacto¹¹ (ver tabla 1).

El Ministerio de Salud realiza publicaciones periódicas con información sobre el perfil de la epidemia en la población con diagnóstico de sida, incluyéndose además estimaciones respecto de la población que vive con VIH, a partir del sistema de vigilancia epidemiológica que se inició en 1998. El primer caso de sida por uso inyectable de drogas se diagnosticó en 1985. La notificación obligatoria del VIH comenzó recién en junio de 2001.¹²

La evolución de las categorías de transmisión entre los varones mayores de 12 años reflejaba que hasta 1996, el uso compartido de material para el uso drogas inyectables era la principal vía (46,5%).¹³ Sin

10 - Datos extraídos de la presentación de Francisco Bastos “AIDS among IDUs in Brazil: recent news from a fast declining epidemic” realizada durante la reunión Ethical engagement of people who inject drugs in HIV prevention trials, Buenos Aires 27 al 29 de abril de 2011.

11 - Pando, M.A.; Gómez-Carrillo, M.; Vignoles, M.; Rubio, A.E.; dos Ramos Farias, M.S.; Vila, M.; Rossi, D.; Ralón, G.; Marone, R.; Reynaga, E.; Sosa, J.; Torres, O.; Maestri, M.; Ávila, M.M.; Salomón, H. “Incidence of HIV-1 infection, antiretroviral drug resistance and molecular characterization in newly diagnosed individuals in Argentina. A Global Fund Project” Aids Research And Human Retroviruses. 2011, Vol. 27:1, p. 17-23.

12 - Ortiz, Z. (coord.) Resumen Ejecutivo: Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en VIH/sida en Argentina. Foro de Investigación en Salud de Argentina. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, 2007.

13 - Rossi y Rangugni, 2004, obra citada, p. 53.

embargo, desde 1996 la vía heterosexual siguió en ascenso, mientras que los UDI revirtieron la tendencia. Datos del Ministerio de Salud describen que “el uso compartido de material contaminado para consumo de drogas inyectables aún representa el 8% de los diagnósticos entre los varones en Santa Fe y en Buenos Aires y el 7% en San Luis. A nivel de aglomerados urbanos, este valor aumenta en Gran Rosario (11%), Gran La Plata (9%) y Río Cuarto (7%). Esta vía también representa el 8% de los diagnósticos en mujeres de Gran Rosario”.¹⁴

Estos datos muestran la mayor concentración de personas diagnosticadas en los grandes centros urbanos del país, que es a la vez donde más se ha estudiado la relación del VIH con el uso de drogas inyectables. Cabe aclarar que la mayoría de estos estudios han alcanzado principalmente a los usuarios de drogas que viven en condiciones de pobreza.

La única vía de transmisión que registra la vigilancia epidemiológica es la vía inyectable, por tanto no hay información disponible respecto del uso de drogas no inyectables y el VIH con excepción de la que produjeron los estudios que se detallan en la Tabla 1. Estos estudios han producido información referida principalmente a población de Buenos Aires y Gran Buenos Aires y no ha habido un desarrollo sistemático de este tipo de estudios en otras regiones del país. Asimismo, los datos reflejan las circunstancias de una población que ha accedido a los programas de reducción de daños o a los centros de tratamiento por drogas que se desarrollaron en la región.

Una **orientación para la investigación** que se desprende de lo ya dicho es la necesidad de desarrollar estudios sistemáticos en los centros urbanos con mayor prevalencia de VIH para conocer la situación epidemiológica de los usuarios de drogas con alto riesgo de adquirir o transmitir infecciones por vía sanguínea o sexual. Asimismo, es necesario producir una estimación de la población CODAR, así como se hizo a fines de los noventa con los usuarios de drogas inyectables que vivían con VIH. Esta información es clave para diseñar políticas y localizar programas de reducción de daños que alcancen las redes sexuales y de uso de drogas de las personas CODAR.

Otro aspecto del tema es el que refiere a la mortalidad. Las muertes por sida disminuyeron desde 1997 hasta 1999, luego de la incorporación del tratamiento antirretroviral, pero después de ese año se produjo una meseta en valores absolutos, atribuida entre otros factores a los diagnósticos tardíos, la falta de adherencia a los tratamientos, o a problemas en los tratamientos de larga data.

14 - Ministerio de Salud, “Boletín sobre el VIH/sida en la República Argentina”, elaborado por la Dirección de Sida y ETS, p. 21. Accesible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html>

Ha disminuido la proporción de usuarios de drogas inyectables entre los diagnósticos de VIH reportados por la Dirección de Sida y ETS. Sin embargo, los UDI, además de ser vulnerables a la infección por VIH y a la co-infección con el virus de las hepatitis B y C (VHB y VHC), tienen una consulta más tardía al sistema de salud con una mayor proporción de diagnóstico en etapas sintomáticas de la infección, en comparación con otros grupos vulnerables.¹⁵

En un estudio brasileño se demostró que los usuarios de drogas inyectables, después de 10 años de tratamiento, tenían 2 veces más chances de morir que los hombres que tienen sexo con hombres.¹⁶ Además, habían realizado exámenes de CD4 y carga viral en mucha menor proporción que otras personas vulnerables a la infección con VIH. Muchos UDI no comenzaron el tratamiento por falta de acceso al examen de laboratorio. En Brasil el 20% de las muertes por causa del sida son de personas que jamás tuvieron un diagnóstico.¹⁷ Los datos brasileños aportan información para la región y fundamentan la necesidad de tratar de alcanzar a quienes aún están lejos del sistema de salud. Es necesario que se desarrollen estudios en la Argentina para entender mejor las dificultades de los usuarios de drogas para acceder a la mejor atención posible de los servicios de salud.

15 - Moscatello G., Campello P., Benetucci J. (2003) Blood-borne and sexually transmitted infections in drug users in a hospital in Buenos Aires, Argentina. *Clin Infect Dis*; 37 Suppl 5:343-7. Ver también Zala C, Rustad CA, Chan K, Khan NI, Beltran M, Warley E, et al. Determinants of treatment access in a population-based cohort of HIV-positive men and women living in Argentina. *Medscape J Med* 2008, 10:78.

16 - Malta M, Bastos FI, da Silva CM, Pereira GF, Lucena FF, Fonseca MG, Strathdee SA. Differential survival benefit of universal HAART access in Brazil: a nation-wide comparison of injecting drug users versus men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009, 52(5):629-35.

17 - Malta, M. “Usuarios de drogas y VIH/sida: Análisis de redes sociales y de sobrevida” en Touzé, G. y Goltzman, P. (compiladoras) “América Latina debate sobre drogas. I y II Conferencias Latinoamericanas sobre Políticas de Drogas. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos Aires, 2011, p. 168.

VIH y otras infecciones de transmisión sexual y sanguínea



Diversas investigaciones dan cuenta de las prácticas de cuidado y de riesgo relacionadas con el uso de drogas, así como también de los problemas de salud asociados con estos consumos. En forma particular, los estudios se han centrado en la transmisión de agentes infecciosos como el VIH, la sífilis y los virus de las hepatitis B y C (VHB y VHC) por el uso compartido de material para usar drogas o por prácticas sexuales no protegidas.

La mayor parte de la información sobre prevalencia de infecciones transmitidas por sangre o sexualmente en usuarios de drogas de la Argentina es en la población de usuarios de drogas inyectables, aunque también existen estudios que dan cuenta de diversas infecciones entre usuarios de cocaína no inyectable.

Hay evidencia que explica los cambios en el uso inyectable de drogas en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires. Una investigación ya citada, encontró que había descendido la frecuencia de uso diario (de 43.6% en 1998 a 5% en 2003), aumentando la frecuencia de quienes se inyectaban más esporádicamente.¹ El uso inyectable pasó de ser una práctica grupal a ser más individual (el 80% se inyectaba con otros en 1998, este porcentaje bajó al 42.4% en 2003); se tornó una práctica más oculta, desarrollada principalmente en el ámbito doméstico. Estos cambios disminuyeron considerablemente las ocasiones para la transmisión de infecciones, reduciendo las oportunidades de compartir material de inyección o prácticas sexuales sin protección durante el uso de drogas. Sin embargo, el mayor ocultamiento del uso inyectable también puede inducir a una mayor distancia de la atención sanitaria. El estudio concluyó que el impacto de la epidemia de sida entre los UDI había sido uno de los principales motivos de los cambios en los patrones de uso; el 87.9% de los entrevistados afirmó haber tenido algún familiar, amigo o conocido muerto a causa del sida.

1 - En el estudio mencionado se entrevistaron 140 usuarios de drogas inyectables, 35 parejas de UDI; se realizaron 17 entrevistas en profundidad a UDI y dos grupos de discusión. Rossi y Rangugni, 2004, obra citada.

En una investigación con 504 usuarios de cocaína no inyectable se estudiaron las características del consumo de cocaína inhalada o fumada, así como la seroprevalencia y los factores de riesgo para la infección de VIH, VHB, VHC y sífilis² (ver tabla 1). El análisis multivariado mostró diferentes variables asociadas al riesgo de tener las infecciones estudiadas: haber tenido una pareja usuario/a inyectable de drogas o viviendo con VIH/sida, haber estado en la cárcel, tener tatuaje, cuidarse menos cuando está drogado y tener prácticas homo/bisexuales. La variable más significativamente asociada al riesgo de tener VIH fue haber tenido una pareja viviendo con VIH/sida, mientras que para la infección por VHC, la variable más significativa fue haber tenido una pareja UDI.

Estos resultados muestran la interacción entre consumidores de drogas por diferentes vías y a la vez la necesidad de no limitar el trabajo preventivo a las personas que se inyectan drogas.

A la vez, recientemente se publicaron dos artículos que analizaron los datos del estudio argentino con usuarios de cocaína no inyectable y del que se llevó a cabo simultáneamente en Montevideo con la misma población. Se observó que la transmisión del VHB se asoció a las relaciones sexuales sin uso de condón, mientras que el VHC se relacionó con compartir el material para el uso intranasal de cocaína.³

Otro estudio, realizado en la ciudad de Buenos Aires en los años 2006/2007 entre 170 usuarios de pasta base de cocaína, encontró una prevalencia de VIH de 2.9% (ver tabla 1). Asimismo en este grupo se observó un 22.4% de complicaciones broncopulmonares y un 70% que refirió pérdida de peso asociado al consumo. Las co-infecciones fueron: VIH/VHC: 40% (2/5), VIH/Sífilis: 20% (1/5), VIH/HBcAb: 40% (2/5).⁴

2 - Rossi D, Radulich G, Muzzio E, Naveira J, Sosa-Estani S, Rey J, Griemberg G, Friedman S, Martínez Peralta L, Weissenbacher M “Multiple infections and associated risk factors among non-injecting cocaine users in Argentina” Cadernos de Saúde Pública, Mayo 2008, Vol.24, No.5, p. 965-974.

3 - Caiaffa W, Zocratto KF, Osimani ML, Martínez Peralta L, Radulich G, Latorre L, Muzzio E, Segura, M, Chiparelli H, Russi J, Rey J, Vazquez E, Cuchi P, Sosa-Estani S, Rossi D, Weissenbacher M “Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUS) in South America: can injectors be a bridge?” Addiction, 106 (1): 143-151, enero 2011. Ver también Zocratto KF, Osimani ML, Martínez Peralta L, Latorre L, Muzzio E, Segura, M, Chiparelli H, Proietti A, Rey J, Vazquez E, Cuchi P, Sosa-Estani S, Rossi D, Weissenbacher M, Caiaffa W “Sexual behavior and HBV infection among non injecting cocaine users (NICUS)” Substance Use and Misuse, Octubre 2010, Vol. 45, No. 12:2026-2044.

4 - Vila, M; Galante, A.; Bouzas, M.B.; Zapiola, I; Gómez, N.; Ralón, G.; Naveira, J.; Drago, S.M.; Recchi, J.; Cuchi, P.; Bravo Portela, M.J.; Weissenbacher, M.; Rossi, D. “HIV seroprevalence and other blood borne and sexually transmitted infections among

En un estudio con usuarios de PBC asistidos en CENARESO se observó que aproximadamente uno de cada seis usuarios de PBC estaba infectado con al menos uno de las infecciones analizadas -VIH, VHB, VHC y sífilis- y las tasas de infección detectadas fueron entre 2 y 10 veces mayores que las tasas informadas por los bancos de sangre de Buenos Aires. En este estudio, la seroprevalencia de infección por VIH detectada entre usuarios de PBC nunca inyectores fue del 4,8%, lo que sugiere que la transmisión sexual pudo haber sido la principal vía de infección.⁵

Los datos enunciados indican la necesidad de incentivar el acceso a preservativos y difundir información acerca de los lugares en los que se distribuyen gratuitamente, especialmente entre los trabajadores de hospitales públicos y centros de salud para que ese recurso forme parte de sus recomendaciones durante la atención. Un estudio reciente mostró que los médicos que atienden ITS más frecuentemente -tales como los urólogos, proctólogos y dermatólogos-, desconocían si se entregaban preservativos en los hospitales en los que trabajaban, en contraste con un mayor conocimiento de ese recurso por parte de los infectólogos.⁶

coca paste users from Buenos Aires, Argentina" XVII International AIDS Conference, México, 2008. Rossi D "Consumo y tráfico de drogas en territorios empobrecidos" Encrucijadas 48. Universidad de Buenos Aires, 2009, p. 27-30.

5 - Muzzio, E.; Rajput, S.; Naveira, J.; Segura, M.; Vila, M.; Ralón, G.; Galante, A.; Drago, S.M.; Bouzas, M.B.; Zapiola, I.; Griemberg, G.; Deluchi, G.; Menga, G.; Cuchi, P.; Tang, A.; Weissenbacher, M.; Rossi, D. Infecciones y otros problemas de salud en usuarios de pasta base de cocaína en un centro asistencial de Buenos Aires, Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, Septiembre 2010, Vol. 1 N° 4, p. 14-19.

6 - Name M.J., Stival M., Margulies S. "Estudios sobre las modalidades de distribución de preservativos en 13 hospitales públicos de la Argentina" Actualizaciones en sida, agosto de 2011, Vol. 19, supl. 1:32.

Iniciativas del Estado y de la sociedad civil en investigación e intervención para prevenir la transmisión y promover el tratamiento del VIH en personas que usan drogas

3

3.1. Las políticas públicas en sida y drogas

Las políticas públicas dirigidas a los usuarios de drogas desarrolladas con el enfoque de reducción de daños comenzaron a lograr consenso gubernamental recién desde el año 2000. En ese año, el Programa Nacional de Sida y la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) generaron documentos conjuntos que reconocían la necesidad de su implementación. La SEDRONAR dictó la Resolución 351 que recomendaba al Ministerio de Salud de la Nación la adopción de programas y/o medidas en la perspectiva de reducción de daños. Asimismo, desde el año 2003 se presentaron diversos proyectos de ley en la Cámara de Diputados de la Nación que integraban esta perspectiva. Sin embargo, no se han desarrollado planes y programas sistematizados y abarcadores de la población que usa drogas a nivel nacional, quedando las acciones principalmente a cargo de ONGs, universidades y algunas acciones de nivel local -municipal- principalmente con financiamiento internacional.¹

En el año 2000, el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el sida inició un Proyecto Regional sobre VIH/sida asociado al uso de drogas en los países del Cono Sur, al que posteriormente sumó su apoyo la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (ONUDD). Esta iniciativa, orientada a crear una respuesta más amplia al problema, previó una serie de actividades en la prevención y el cuidado de usuarios de drogas inyectables, difusión del problema entre la población en general y en grupos específicos, e investigación con un enfoque común.² En este proceso fue clave la participación de las

1 - Touzé G. (organizadora) "Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de la pasta base de cocaína" Ed. Intercambios Asociación Civil – Federación Internacional de Universidades Católicas, Buenos Aires, 2006.

2 - Rossi, D. (Comp.) Sida y Drogas. Reducción de Daños en el Cono Sur. Coedición Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida, Intercambios Asociación Civil y Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/sida y ETS, Buenos Aires, 2001.

organizaciones no gubernamentales que, en la mayoría de los países de la región, son las que han sostenido de manera persistente la inclusión del tema en la agenda pública. En Argentina, Intercambios Asociación Civil y la Asociación Civil el Retoño, entre otras, desarrollaron programas de reducción de daños en colaboración con diversos organismos del Estado Nacional y Municipios.

En el marco del Proyecto LUSIDA de Lucha contra el Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual³ mediante el Fondo de Asistencia a Organizaciones de la Sociedad Civil, se financiaron 16 proyectos dirigidos a usuarios de drogas, por un monto total de 403.000 dólares, principalmente durante el año 2001. Asimismo en marzo del 2002, la Argentina concursó y obtuvo financiamiento del Fondo Global de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, para el proyecto “Actividades de apoyo a la prevención y el control del VIH/sida en la Argentina”.⁴ En las dos primeras convocatorias realizadas en marzo de 2003 y marzo de 2004, se previeron montos de 50.000 y 130.000 dólares respectivamente, para el financiamiento de proyectos destinados a usuarios de drogas inyectables.⁵

No obstante, en un documento del Ministerio de Salud se señaló que “...la investigación social y epidemiológica a veces está divorciada de las estrategias de intervención y programáticas. Por ejemplo las intervenciones de prevención de la transmisión del VIH entre usuarios de drogas intravenosas (UDI) se realizan de manera focalizada en algunos distritos del país, pero no tienen aún suficiente desarrollo y cobertura como política pública. Aunque la perspectiva de prevención de VIH en UDIs está presente en el discurso de la mayoría de los funcionarios de los programas de sida nacional y provinciales, sólo en escasos distritos se traduce en programas específicos de prevención dirigidos a la población que usa drogas”.⁶

3 - El Proyecto LUSIDA se ejecutó entre 1998 y 2003 mediante un préstamo del Banco Mundial de 15 millones de dólares. El Fondo de Asistencia a Organizaciones de la Sociedad Civil financió en 4 años, 131 proyectos de prevención del VIH/sida dirigidos a grupos vulnerables por un monto de 5.203.132 dólares.

4 - El proyecto estuvo orientado a reforzar la sustentabilidad y garantizar la continuidad de ejes clave del Plan Estratégico en VIH/sida E ITS 2001-2003, coordinado por el Programa Nacional de Sida. Para ello, Argentina recibió un monto inicial no reembolsable de más de 12 millones de dólares.

5 - Touzé, 2006, obra citada, p. 74

6 - Ortiz, Z. (coord.) Resumen Ejecutivo: Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en VIH/sida en Argentina. Foro de Investigación en Salud de Argentina. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, 2007, p. 7.

A estas deficiencias, se suma el retraso en desarrollar acciones focalizadas de prevención de la transmisión del VIH entre usuarios de drogas no inyectables que se desarrolleen como política pública, a pesar de la existencia de datos que desde el año 2003 revelan el impacto de la transmisión del VIH entre personas que usan cocaína fumada e intranasal. En relación con este tema Marcela Alsina plantea que “la verdad es que no está metido en la agenda y como el índice que trabajan es población usuaria de drogas intravenosas, y lo demás queda afuera en el otros, no estamos muy metidos en la agenda, entonces creemos que no hay una política dirigida hacia estos sectores. Escasas campañas focalizadas y poco conocimiento sobre el tema, a pesar de que se habla mucho”.⁷

El programa municipal que ha logrado mayor sustentabilidad y continuidad en sus acciones de reducción de daños dirigidas a usuarios inyectables y no inyectables de drogas es el Programa de Sida del Municipio de San Martín en la Provincia de Buenos Aires. En el año 2003 se desarrolló un programa de reducción de daños dirigido a usuarios de drogas. En marzo de 2007, el municipio incluyó en su presupuesto el material para promover inyecciones seguras, los preservativos y el financiamiento para 13 operadores comunitarios. Dicho programa ha mantenido contacto con 120 usuarios de drogas inyectables y con 774 usuarios de drogas no inyectables en el año 2010.⁸ Integrantes del programa justifican su modelo de trabajo en que “los usuarios de drogas pobres sufren riesgos y daños en el campo de la salud asociados a la marginalidad, la exclusión, la discriminación y la violencia policial”, por ello promueven la realización de consejerías y pruebas de VIH en el entorno de los usuarios de drogas. La ventaja que encontraron en este modelo de trabajo es que ese trabajo no se hace “en los establecimientos de salud y que su personal no requiere ser profesional o técnico, sino que pueden ser miembros de una comunidad o bien los propios usuarios de drogas con apropiado entrenamiento”.⁹

Uno de los desafíos que tienen las instituciones públicas de atención de la salud es la de flexibilizar sus dispositivos. La década pasada estuvo signada por el repliegue de las intervenciones al interior de las

7 - Marcela Alsina, presentación durante el panel Desafíos para la intervención en el nivel local, VIII Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, 4 y 5 de Octubre de 2010.

8 - Boletín del Programa de VIH/sida e ITS, Secretaría de Salud, Municipalidad del General San Martín, Nº 5, abril 2011, p. 15.

9 - Fassano, A.; Pinto, P.; Petracca, C.; Vila, M.; Ralón, G. “Consejería y testeo ambulatorio de VIH a usuarios de drogas (UD) en su entorno”. Actualizaciones en sida, agosto 2009. Vol. 17, número 1, p. 32.

instituciones, dejando de lado el territorio, el barrio, o la comunidad de la que las instituciones públicas forman parte. Está probado que las intervenciones más efectivas en la atención del VIH y el uso de drogas son las de aquellos dispositivos que incluyen entre sus acciones las estrategias de acercamiento, la flexibilidad en los requisitos de acceso y permanencia en las instituciones, y el trabajo con las redes de los usuarios de drogas. Tal es el caso del Centro de Día “La Otra Base de Encuentro”, experiencia que surge en la zona del Bajo Flores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2006 en el área programática del Hospital Piñero. Ante una población que “ha transitado experiencias de exclusión de los efectores de salud o han padecido la oferta inapropiada de los recursos sanitarios, agravada por la auto segregación” la respuesta ha sido “aportar alguna noción de auto-cuidado, que puedan reducir situaciones de riesgo social y de salud vinculadas al consumo”. La modalidad de trabajo incluye “...varios dispositivos, trabajamos fundamentalmente con una idea de umbral mínimo de exigencias, es decir no pedimos abstinencia previa al comienzo del tratamiento. Atendemos, por un lado, personas que vienen a pedir tratamiento, eso constituye el dispositivo asistencial. Para ellos la forma de atención tiene que ver con talleres en el Centro, y con tratamiento psicológico si así lo desean. Tenemos otro dispositivo que tiene que ver específicamente con técnicas de reducción de riesgos y daños. Esto lo usamos para trabajar en terreno con la gente que no se acerca al Centro de Día. Por último tenemos el área que llamamos de neo-inscripción social, estas son acciones orientadas a restablecer los vínculos y los lazos sociales que se han roto a partir de la situación de consumo”.¹⁰

3.2. Las políticas públicas en drogas y salud mental

En la Argentina, como en la mayor parte de América Latina, los dispositivos de atención a usuarios de drogas frecuentemente basan sus intervenciones en un modelo abstencionista, cuyo objetivo prioritario es el abandono del consumo. La condición de ingreso a muchos de estos servicios de tratamiento es la suspensión del uso de drogas, lo cual plantea una situación paradojal: aquellos que concurren a un servicio con el objetivo de dejar de consumir, deben hacerlo para comenzar el

10 - Bogliano E. “La experiencia de trabajo del Centro de Día La Otra Base de Encuentro” En Touzé y Goltzman (comp.) Aportes para una nueva política de drogas, V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos aires, 2010. p. 239-242.

tratamiento. Muchos de los centros de atención de problemas relacionados con las drogas se fundan en el modelo de comunidad terapéutica. El enfoque abstencionista también dificulta el trabajo con el tema de la sexualidad y el sida.

Estos dispositivos asistenciales responden a una política en la que la prohibición se instala como un concepto clave, en el que se entrecruzan dos líneas de justificación: la jurídico-penal, fundada en argumentos de orden público, y la terapéutica, fundada en argumentos psiquiátrico-psicológicos, ambos con fuertes contenidos morales. La regulación jurídica acerca de drogas ilegales actualmente en vigencia en Argentina es la Ley 23.737, que sanciona penalmente la tenencia de drogas para uso personal.

En un estudio de SEDRONAR sobre centros de tratamiento, se incluyó en la definición a todas las instituciones terapéuticas, públicas, privadas o mixtas, especializadas o no en el manejo del uso de drogas, donde acuden personas con una demanda de tratamiento relacionada con un problema de consumo de sustancias psicoactivas. El estudio Nacional obtuvo información de un total de 21.252 pacientes. La mayor concentración geográfica estaba en atención en la Provincia de Buenos Aires (42.8%) y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (26.9%). Un 80% eran varones, un 42,8% tenía entre 14 y 24 años, el 67% no había concluido los estudios secundarios, de los que tenían entre 20 y 24 años un 16,2% estaba desempleado y un 23,6% no trabajaba. Mayoritariamente habían consumido diferentes drogas legales e ilegales en su vida. El alcohol fue la sustancia más mencionada en la historia de consumo de los pacientes en tratamiento, un 72,7% había consumido cocaína y un 18,4% pasta base de cocaína. Un 38% del total había recurrido a tratamiento por su consumo de cocaína. El 67,5% se atendía en centros públicos de asistencia, la mayoría de los cuales eran especializados. El 68,8% estaba en tratamiento ambulatorio. Del total de pacientes en tratamiento, 18,7% llegó presionado por sus familiares, 14,7% por indicación judicial y 9,7% por indicación médica, lo que muestra la alta proporción que no llegó voluntariamente a la atención. Al menos la mitad de los pacientes en tratamiento habían realizado pruebas de VIH, VHB y VHC de los cuales un 3,8% vivía con VIH, un 2% con VHB y un 4% con VHC. Este último dato indica que hay un acceso bastante generalizado a las pruebas para identificar infecciones de transmisión sexual y sanguínea entre las personas atendidas en esos centros.

Por otra parte, los programas de reducción de daños que han desarrollado acciones principalmente en Buenos Aires y Rosario “no

consistieron solamente en programas de intercambio de jeringas o de sustitución de opiáceos, también garantizaron el acceso a la información y a la prevención, facilitaron el contacto de los usuarios de drogas con las instituciones de salud e intentaron evitar los costos sociales e individuales que acompañan a la penalización de las drogas”.¹¹

El interés por los dispositivos de prevención/atención del uso de drogas ha tomado mayor visibilidad durante el debate de la Ley Nacional de Salud Mental (26.657), sancionada en noviembre de 2010 por el Congreso y luego promulgada por el Poder Ejecutivo Nacional. Esta ley constituye un hito en el campo de la salud mental en tanto marco legal nacional que define claramente los derechos de las personas con padecimiento psíquico. En el art. 4 se enuncia: “las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud”.¹²

Asimismo, pone en cuestión la internación como eje de la atención en salud mental y se promueven otras alternativas terapéuticas. La inclusión de la atención por uso de drogas en el campo de la salud mental, se imbricó con la discusión sobre la des-incriminación de la tenencia para consumo personal. La ley reconoce el derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia; el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria; derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; derecho al consentimiento informado; y en caso de que la internación fuera involuntaria o voluntaria prolongada, que sea supervisada periódicamente por el órgano de revisión.¹³

La discusión acerca de los dispositivos de prevención/atención en drogas en curso, implica directamente al sector sanitario en un tra-

11 - Mendes Diz A.M., Camarotti A., Schwarz P. “Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida” Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBATEC-Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2008, p. 14.

12 - Ley Nacional de Salud Mental 26.657. Accesible en: http://www.ms.gba.gov.ar/direcciones/Salud_Mental/archivos/leynacionalSM_nov2010.pdf

13 - Pawlowicz M.P., Galante A., Rossi D., Goltzman P., Touzé G. “El lugar de la familia en los dispositivos de atención en salud para usuarios de drogas” X Congreso Argentino de Antropología Social. La Antropología interpelada: nuevas configuraciones político-culturales en América Latina. Buenos Aires, 2011. Accesible en: <http://www.xcaas.org.ar/grupostrabajosesiones.php?eventoGrupotrabajocodigo=GT22>.

bajo intersectorial que articule con políticas sociales y educativas. La creación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en el ámbito del Ministerio de Salud, o del Programa Nacional de Educación y Prevención sobre las Adicciones y el Consumo Indebido de Drogas del Ministerio de Educación son ejemplo de la mencionada articulación intersectorial. El sector sanitario no debiera ser exclusivamente el “receptor”, sino el que gestione una política activa orientada a atender los problemas de salud vinculados con el uso drogas.

3.3 Acciones de la sociedad civil

“Antes que esos tipos llegaran acá, yo y mis compañeros sentíamos como si no existiésemos para la gente y para el mundo y que nada de lo que pasase con nosotros le interesaría a alguien. La impresión era de que el mundo nos quería muertos o presos. Ahora sé que a algunas personas les importa y por causa de ellos comencé a cuidarme y no compartir jeringas...” (varón, 32 años).

Las primeras experiencias que desde el campo de la sociedad civil se identificaron con la estrategia de reducción de daños se organizaron hace 15 años. Las trayectorias de estas experiencias estuvieron vinculadas con la agenda de las políticas públicas y los sucesivos financiamientos/desfinanciamientos de las agencias internacionales. Estas circunstancias sumadas a las resistencias sociales que la estrategia de reducción de daños ha generado por su anclaje en el paradigma anti-prohibicionista, dificultaron la multiplicación de los programas basados en este enfoque. Sin embargo, un hecho significativo es comprobable en las organizaciones sociales, la reducción de daños ha permeado sus prácticas y se ha diversificado en una cantidad de acciones que forman parte del bagaje de intervención de quienes trabajan en el campo de la atención a las drogas y el VIH con poblaciones vulnerables. Tales acciones incluyen:

- Accesibilidad a pruebas de laboratorio para detectar infecciones de transmisión sexual y sanguínea.
- Facilitación en el acceso a recursos sanitarios y sociales (preservativos, mensajes preventivos, alimentos, etcétera).
- Acompañamiento personalizado de situaciones críticas.

- Consejerías para el cambio de drogas de preferencia.
- Dispositivos de intervención en calle.
- Dispositivos de bajo umbral.
- Promover el trabajo de pares, de usuarios de drogas interviniendo con usuarios de drogas y propiciar su auto-organización.
- Acceso a información sobre prácticas de cuidado y riesgo en el uso de drogas.
- Dispositivos de tratamiento para la reducción del consumo problemático de drogas.
- Acciones para cambiar las representaciones sociales estigmatizantes del uso y los usuarios de drogas.

La desigual distribución de la riqueza impacta en el acceso a los recursos sociales y sanitarios y genera desiguales condiciones para el ejercicio de los derechos ciudadanos. En contextos de vulnerabilidad social las organizaciones sociales y comunitarias cumplen un rol potencialmente protector de aquellos que están más excluidos. Está claro que las respuestas más tradicionales no pueden dar cuenta de la complejidad de las situaciones en las que aparecen el uso problemático de drogas, el VIH, la atención de salud y la pobreza.

Llevadas por la urgencia de las situaciones de sufrimiento social, las organizaciones fueron probando herramientas relacionadas con el paradigma de la reducción de daños. La Consejería Mézclate Conmigo lo explica así: “Pudimos definir dos líneas de acción: el trabajo en calle, y la consejería desde el espacio público en el Hospital Gandulfo, como dos ámbitos de intervención. En calle establecemos los contactos con los jóvenes, con los referentes, para el desarrollo estable de acciones que promuevan el sexo más seguro, el uso de preservativos, la entrega de material preventivo, talleres programados considerando los contextos...y entre otras cosas, ofrecimiento del testeo en calle para la detección temprana del VIH, hepatitis B, C y sífilis... Desde la consejería, como segunda línea de acción, está planteado mejorar la accesibilidad al hospital... La consejería funciona semanalmente por la tarde, se propone a manera de puente entre el territorio y el hospital, realiza vínculos intersectoriales, en particular con otros servicios del hospital, y con otras organizaciones sociales”¹⁴.

14 - Salman A. “Construyendo entre todos una alternativa de respuesta. La experiencia de la Consejería Mézclate Conmigo”. En Touzé y Goltzman (comp.) Aportes para una nueva política de drogas, V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos aires, 2010. p. 235-238.

Para la asociación civil El Coihue, responsable de un trabajo en el campo de la infancia que lleva muchos años, de lo que se trata es de modificar las representaciones sociales que se tiene sobre el uso de drogas: “Me parece que la reducción de daños tiene mucho que ver con todo esto, en el sentido de plantear el crecimiento y plantear cuestiones que van paso a paso con quien uno acompaña, y no estigmatiza. Dice, circunstancialmente vos estás pasando por una situación de consumo, pero ¿quién carajo no consume cosas en este sistema? Todos consumimos, y cada uno tiene un escalafón de consumo, hay consumos de primera y consumos de segunda, de tercera y de cuarta también”¹⁵.

Una de las acciones más difundidas dentro de la reducción de daños es la creación de dispositivos de bajo umbral o bajos requerimientos. El equipo de trabajo del Centro San Alberto Hurtado (Hogar de Cristo) de la Villa 21 de la Ciudad de Buenos Aires, los define como: “Los centros barriales son puertas de acceso cercanas y amigables para la orientación, contención y atención de personas que se encuentran en situación de sufrimiento social por el consumo problemático de drogas. Son espacios que cobijan a las personas del barrio, que al vivir en situación de extrema pobreza les resulta difícil, cuando no imposible, acceder a los efectores que prevén los sistemas de salud y acción social gubernamentales. Los centros barriales brindan apoyo en el sostenimiento a un tratamiento personalizado a lo largo del tiempo, desde donde se parte y a donde se vuelve después de las diferentes propuestas terapéuticas. Desde ellos se articula con todos los programas y efectores de los organismos de Estado y de la Sociedad Civil. Los Centros Barriales, involucran a toda la Comunidad local entendiendo que el consumo de ‘paco’ en nuestros barrios, no es solamente ‘un problema de drogas’ requiere de una atención integral para superar la exclusión y la vulnerabilidad social. En ellos se promueven y fortalecen las redes barriales”¹⁶. Desde el marzo de 2008 -inicio del “Hogar de Cristo”-, hasta enero de 2010, atendieron a 200 chicos, de los cuales 58 varones y 39 mujeres, tenían problemas de salud diagnosticados: tuberculosis, sida, hepatitis C, sífilis, afecciones psiquiátricas, cardíacas, pulmonares, renales o hepáticas.¹⁷

15 - Medina A. “Intervención militante y organización comunitaria”. En Touzé y Goltzman (comp.) Aportes para una nueva política de drogas, V y VI Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Ed. Intercambios Asociación Civil - Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Buenos aires, 2010. p. 233-234.

16 - Documento de Discusión de las 3º Jornadas sobre El Desafío del Paco, convocado por el equipo de trabajo del Hogar de Cristo. Buenos Aires, noviembre de 2010.

17 - Gustavo Barreiro, integrante del equipo de conducción del Hogar de Cristo, comunicación personal.

Accesibilidad de los usuarios de drogas al sistema de salud y auto-cuidado



En un estudio en hospitales y centros de salud públicos de las Ciudades de Buenos Aires y Rosario culminado en 2007, se observó que los trabajadores de la salud perciben una mayor dificultad de los usuarios de drogas -comparándolos con otros pacientes que atienden- para el acceso a los servicios públicos de salud. Entre las dificultades de los profesionales entrevistados para satisfacer la demanda de atención de los usuarios de drogas, las más mencionadas fueron los prejuicios en contra de ellos y las barreras de las instituciones para recibirlos -horarios matutinos, burocracia, entre otros-.¹ Los estereotipos que señalan al usuario de droga como “autodestructivo” al que se suma el de la “peligrosidad” incrementan la distancia entre muchos trabajadores de la salud y las personas que buscan asistencia.

En otro estudio desarrollado en el 2007 con usuarios de drogas inyectables, la accesibilidad al sistema de salud no apareció espontáneamente como problema, sin embargo, los entrevistados mencionaron episodios de discriminación y maltrato por su condición de consumidores de drogas, lo que en ocasiones retrasó o generó distancia con el servicio de atención que lo produjo. Algunos entrevistados también mencionaron que ocultan su condición de usuarios de drogas.²

A partir de su trabajo etnográfico, Epele argumenta acerca de otras barreras adicionales que se suman a las mencionadas y retrasan o impiden la llegada de los usuarios de drogas al sistema de salud. “La sospecha y la desconfianza, ya sea como elementos aislados y parciales u organizados en términos de una narrativa de complot, pueden ser formuladas como las bases de una de las más importantes barreras entre

1 - Rossi, D., Pawlowicz MP, Zunino Singh D. “Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud”. Serie Documentos de Trabajo. Ed. Intercambios Asociación Civil y Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito, Buenos Aires, 2007.

2 - Mendes Diz A.M., Camarotti A., Schwarz P. “Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida” Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBATEC-Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2008.

los usuarios intensivos de drogas y las instituciones de salud. Por lo tanto, el análisis de las barreras de acceso al sistema de salud para usuarios intensivos de drogas de poblaciones pobres, sólo puede llevarse a cabo en relación con el proceso de criminalización del consumo y de las lógicas de opresión políticas-económicas que estos conjuntos sociales padecen rutinariamente en su vida cotidiana".³

Un estudio histórico analizó 78.269 registros remitidos entre 1997 y 2007 a la Subsecretaría de Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires. Se analizaron los cambios en el consumo de sustancias entre las personas que recurrieron a tratamiento por uso de drogas en los centros públicos dependientes del gobierno provincial.⁴ De este conjunto de registros surgió que las personas que consumían cannabis tardaron 4 años en iniciar tratamiento después de iniciado el consumo, mientras que los consumidores de psicofármacos y pasta base de cocaína lo hicieron 8 años después y los de cocaína 9 años más tarde. Los usuarios de alcohol demoraron 13 años para recurrir a tratamiento. El estudio también realizó un análisis por género mostrando que la proporción de mujeres que concurrieron a tratamiento fue menor que la de hombres, y éstas tenían un consumo mayoritario de alcohol y psicofármacos, mientras que entre los varones fue más característico el consumo de cannabis, cocaína y pasta base. Estos datos muestran un acceso diferencial por género que necesariamente debe ser considerado a fin de acercar a quienes tienen más dificultad de llegar a solicitar asistencia, especialmente considerando la necesidad de reducir los daños de ciertos consumos, que llegan más tarde a la atención.

Si las dificultades de accesibilidad logran ser sorteadas, aparecen problemas para sostener la concurrencia y la adherencia al tratamiento. Si bien accesibilidad y adherencia son problemas distintos, las dificultades para el acceso, también se relacionan con la permanencia en muchos lugares de tratamiento. Según datos de un centro de atención primaria de salud bonaerense, la amplitud horaria, la posibilidad de asistir espontáneamente a la consulta médica y psicológica, así como la gestión y programación de consultas a especialistas y laboratorio,

3 - Epele, M. "La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complotos y barreras de acceso al sistema de salud", en Cuadernos de Antropología Social, N° 25. Facultad de Filosofía y Letras (UBA), Buenos Aires, 2007, p. 160.

4 - Parga J., Altamirano P.R. "Género, desigualdades socioeconómicas y uso de drogas. Procesos de cambio en las prácticas y patrones de consumo en la Provincia de Buenos Aires en el período 1997-2007" IX Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población, Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 2011. Accesible en: <http://webiigg.sociales.uba.ar/saludpoblacion/ixjornadas/principal.php?resumenid=117>.

favorecieron la adherencia a los tratamientos.⁵

Las políticas que castigan penalmente la tenencia de drogas han contribuido a potenciar el alejamiento de los usuarios de drogas del sistema de salud. Sin embargo, la mayor interacción de los usuarios de drogas con el sistema penal no ha sido aprovechada para incluir medidas de salud pública entre la población privada de libertad. La política penal de drogas de la mayoría de los países del mundo ha resultado en la persecución y el encarcelamiento de miles de personas por sus prácticas, no obstante lo cual algunos usuarios de drogas comenzaron a organizarse para enfrentar estas políticas y tratar de mejorar su acceso a los derechos ciudadanos. Ejemplo de ello es INPUD, una red internacional de personas que usan drogas y que creen que los ciudadanos no pierden su condición y sus derechos humanos simplemente porque decidan utilizar sustancias prohibidas por el sistema de fiscalización internacional de drogas. Por medio de la acción colectiva, INPUD lucha por cambiar las leyes de drogas a nivel local, nacional e internacional y para ayudar a formular una política de drogas basada en la evidencia que respete los derechos humanos y la dignidad de las personas.⁶ En Argentina existen dos redes que nuclean usuarios de drogas, una de ellas es la Red Argentina de Usuarios/as de Drogas RARUS y la Red Argentina por los Derechos y Asistencia de los/as usuarios/as de drogas RADAUD. Otras redes, como la Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH también se ocupan de plantear temas relativos a la situación de las personas que usan drogas. La Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA), también se ocupa de desarrollar acciones de difusión de medidas de reducción de daños y de defensa de los derechos de los usuarios de drogas.⁷

La distancia con el sistema de salud y la excesiva proximidad del sistema penal propició un desarrollo de la auto-atención entre muchos usuarios de drogas, especialmente en los primeros años de desarrollo de la epidemia de VIH. El antropólogo Eduardo Menéndez denomina

5 - Alsina W.A., Salguero F.R.S., Durán O.D., Vizgarra M.V., Sifakis L.S.I.F. "Promover la adherencia a los tratamientos a los usuarios de drogas" Actualizaciones en sida, agosto de 2011, Vol. 19, supl. 1:79.

6 - Se puede consultar la página de INPUD en <http://www.druguserpeaceinitiative.org/>

7 - Red Argentina de Usuarios/as de Drogas. Accesible en: RARUS <http://www.infoarda.org.ar/boletin2/nacionales4.html>. Red Argentina por los Derechos y Asistencia de los/as usuarios/as de drogas. Accesible en: <https://profiles.google.com/RADAUDARGENTINA>. Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA) <http://arda.iwarp.com/>. Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH. Accesible en: <http://es-es.facebook.com/pages/Red-Bonaerense-de-Personas-Viviendo-con-VIH/107717375929330>.

auto-atención “a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social, para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de auto-atención; de manera que la auto-atención implica decidir la auto-prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma”.⁸

Se ha denominado “intravención” al conjunto de prácticas de prevención que los propios usuarios de drogas inyectables adoptaron para protegerse y proteger a otros de la transmisión de infecciones, antes que hubiera iniciativas de salud pública disponibles orientadas hacia ellos.⁹ Este concepto es aplicable al siguiente testimonio:

“Vivo con VIH hace 17 años, y hace 16 o 17 años atrás los que andábamos con el pico, había un descontrol de aquéllos, con la aparición del VIH, te digo que empezó a haber conductas de cambio fuerte, por ahí no políticas de cambio. Pero había conductas en cuanto que algo se sabía, que no se tenía que compartir el tema de la jeringa y bueno, digamos los UDI de ese momento han tenido un cambio grosso en su forma de inyectarse. Yo estoy hablando solamente del uso de materiales, ha habido un cambio, muchos se han muerto, y creo que la nueva camada que viene, es como que el tema VIH está también muy insertado, creo que hay una conciencia de no compartir las jeringas, canutos y demás cosas. No sé si saben tanto, pero que ha cambiado, sí, a través del tiempo...en la última década ha cambiado” (operador comunitario).¹⁰

8 - Menéndez E. “De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva”, Ed. Lugar, Buenos Aires, 2009, p. 52.

9 - Mateu-Gelabert, P., Friedman, S., & Sandoval, M. Pincharse sin infectarse: Estrategias para prevenir la infección por el VIH y el VHC entre usuarios de drogas inyectables. *Trastornos Adictivos*, 2007, 9 (4), 260-268.

10 - Rossi y Rangugni, 2004, obra citada. “pico” refiere al uso inyectable de drogas. “grosso” significa grande. “canuto” se denomina al objeto que se emplea para consumir cocaína intranasal.

Aunque la auto-atención y la información preventiva que circuló por las redes de usuarios de drogas ayudó a disminuir el impacto de la transmisión del VIH, la distancia que había con la posibilidad de recibir atención sanitaria influyó en que los UDI llegaran muy tarde a recibir asistencia médica y la muerte afectó a muchos de sus amigos, conocidos y familiares.

En un estudio realizado con 150 personas que usaban cocaína en Buenos Aires, se indagó acerca de la percepción del propio consumo de drogas: el 50% de los entrevistados dijo que usar drogas no los había hecho “sentirse enfermos”. Coincidentemente, el 71.4% -de 31 usuarios de pasta base de cocaína entrevistados en otro estudio- expresó que consumir drogas no le “había traído” ninguna enfermedad. Estos datos muestran que la percepción que los sujetos tienen acerca de su cuerpo, de la salud y la enfermedad dista de la representación social hegemónica del usuario de drogas como “enfermo”, que totaliza este atributo transformándolo en una identidad cristalizada, externa al sujeto y uniforme.¹¹

11 - Touzé, G., Pawlowicz MP, Rossi D, Goltzman P., Cymerman, P. (2008) “Consumo de drogas en Argentina 1994 – 2004” en Baeza Correa J. (editor) Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez. Santiago de Chile, 2008, p. 101.

Vulnerabilidades sumadas: personas que usan drogas, trabajadores/as sexuales, personas trans, personas privadas de la libertad, hombres que tienen sexo con hombres



“Ser pobre, vivir con VIH y en el conurbano, bueno... digo, se van sumando los pesos pesados y la verdad es que eso... ser mujer, también... ser mujer, usuaria de drogas, vivir en el conurbano, pobre... y ni te cuento si has hecho algún trabajito sexual, serías mucho peor” Marcela Alsina, Red Bonaerense de personas viviendo con VIH.

Las ya mencionadas desigualdades de género, de edad, de barrio o ciudad en que habitan los usuarios de drogas, agregan vulnerabilidad a las diversas prácticas de riesgo en las redes sexuales o de consumo de drogas en las que participan. Diversos estudios con usuarios de drogas de América Latina y de otras regiones han probado el incremento de la vulnerabilidad entre las mujeres por su condición de subordinación en la relación con sus parejas masculinas o por intercambiar sexo por drogas con mayor frecuencia que los varones que usan drogas. Esta situación de mayor vulnerabilidad también se ha identificado en las personas transgénero, sumándose en ellas el estigma que implica su elección de género. Asimismo, los usuarios inyectables más jóvenes, suelen estar más ocultos que los adultos y poseen menos información acerca de las prácticas de riesgo en el uso inyectable. La homofobia ha incidido en que las mujeres UDI que tienen sexo con mujeres sean una población con mayor nivel de infección que otros grupos de UDI,¹ lo que también ha ocurrido entre hombres UDI que tienen relaciones sexuales con hombres.²

1 - Rossi, D.; Ralón, G.; Caiaffa, W.T.; Bastos, F.I.; Latorre, L.; Vila, M.; Friedman, S.R. “HIV prevalence and risk among women drug users Argentina, Brazil, and Uruguay (1998-2004)”. National Institute on Drug Abuse International Forum. Hollywood, Florida, EE.UU., 17-20 de junio de 2011.

2 - Rossi, 2009, obra citada, p. 31.

Los usuarios de drogas ilegales padecen el estigma y la discriminación por sus prácticas, a lo que se agrega la intervención del sistema penal inducida por la legislación que criminaliza al usuario de drogas siguiendo la política de “guerra contra las drogas” predominante en la región.

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

El sociólogo inglés Tim Rhodes define el ambiente de riesgo como el marco en el que los daños relacionados con las drogas son concebidos como un producto de las situaciones sociales y los ambientes en los que los individuos participan. Cambia la responsabilidad centrada en el individuo por un análisis que incluye a las instituciones políticas y sociales que tienen un rol en la producción de los daños.³

La exposición a la transmisión de infecciones por vía sexual es frecuente entre los usuarios de drogas de Argentina. Las prácticas sexuales se desarrollan en ambientes de riesgo en los que el estigma, la discriminación y las normas legales influyen de manera fundamental en la concentración de infecciones entre las personas transgénero, entre las que usan drogas, entre las que ejercen el trabajo sexual, y entre los hombres que tienen prácticas sexuales con personas del mismo sexo y también con sus parejas mujeres. Puede haber ocasiones en las que todas esas personas desarrollan simultáneamente diversas prácticas que favorecen la transmisión de infecciones: por ejemplo, una trabajadora sexual que usa drogas y comparte los materiales para usarlas y que no usa preservativo con los clientes que le ofrezcan más dinero o la presionan para que tenga relaciones sexuales de ese modo. La suma de diversas prácticas de este tipo, multiplica también las posibilidades de transmitir infecciones en otros puntos de la red social a la que pertenece una persona: por ejemplo, un hombre que no usa preservativo en sus relaciones sexuales o comparte materiales para usar drogas con una persona transgénero y luego tiene relaciones con su pareja mujer con la

3 - Rhodes T. “Risk environments and drug harms: a social science for harm reduction approach” International Journal of Drug Policy 2009, 20:193-201.

que tampoco usa preservativo, puede transmitir distinto tipo de infecciones, que a su vez pueden afectar por transmisión vertical a los hijos de la pareja. Si se atribuye esta vulnerabilidad sólo a las prácticas individuales, se reduce la interpretación y por lo tanto la acción preventiva o asistencial porque se soslayan las situaciones sociales y los ambientes de los que las personas participan y que influyen en sus decisiones. Es muy importante conocer estos ambientes para proponer acciones de reducción de daños que logren difundir mensajes preventivos entre los que participan de ellos.

El aumento de la población carcelaria en todos los países de la región, fue paralelo a los procesos de recorte del gasto estatal para salud, educación o seguridad social. Esta fue una lógica que predominó en los gobiernos que adhirieron a las medidas neoliberales y el sistema penal seleccionó, entre otros delitos, a aquellos que transgredieran la prohibición de tenencia de drogas ilegales, aunque fueran para consumo personal y sin perjuicio para terceros. Esta tendencia se verificó en Estados Unidos de América que es el país que ha tenido un mayor crecimiento en la población encarcelada, así como en Rusia y China. En América Latina, Brasil ocupa el cuarto, México el sexto lugar y Argentina el lugar 28 en número de encarcelados. Todos estos países adhieren a políticas que criminalizan la tenencia para consumo personal.⁴

Un tercio de las personas privadas de libertad en cárceles que dependen del Servicio Penitenciario Federal, se encuentran detenidas por delitos relacionados con estupefacientes, aunque no hay información pública acerca del consumo de drogas en las cárceles, excepto por algún estudio que habla de la condición de usuarios o ex usuarios de drogas de los internos.⁵

El estudio para Determinar la seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), Trabajadoras Sexuales y Usuarios de Drogas fue realizado entre 2006 y 2008 y coordinado por el Centro Nacional de Referencia para el Sida (ver tabla 1). En dicho estudio Intercambios Asociación Civil trabajó con la población de usuarios de drogas, Nexo Asociación Civil con hombres que tienen sexo con hombres, y la Asociación de Mujeres Me-

4 - Rossi D. "Presentación" en Corda A. "Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina" Ed. Intercambios Asociación Civil – Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2011, p. 10.

5 - Corda A. "Encarcelamientos por delitos relacionados con estupefacientes en Argentina" Ed. Intercambios Asociación Civil – Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, 2011, p. 27 y p. 33.

retrices de la Argentina (AMMAR) con trabajadores/as sexuales.⁶

Luego de finalizado el estudio y para poder comparar los datos obtenidos de las encuestas con las tres poblaciones, se procesaron y reestructuraron los datos de cada estudio en una única base de datos. Se describieron las prácticas de riesgo y la prevalencia de VIH en función de esas prácticas, considerando los criterios de inclusión en el estudio. Se pudieron agrupar 3233 personas que habían participado en el estudio: 1306 por AMMAR, 1191 por Nexo y 736 por Intercambios.

En cuanto al uso de drogas, el 100% de los reclutados por Intercambios eran usuarios de drogas por ser éste el criterio de inclusión en el estudio, mientras que el 10,8% de las/os trabajadores sexuales reclutados por AMMAR y el 20,3% de los hombres reclutados por Nexo habían consumido cocaína o sus derivados.

Asimismo, el 9,2% de los hombres HSH y el 10,1% de los usuarios de drogas reclutados por Intercambios habían realizado trabajo sexual el último año.

Por otro lado, el 21,3% de los usuarios de drogas varones reclutados por Intercambios habían tenido sexo anal con otros hombres en el último año.

Por lo cual, el 23,4% (1 de cada 4) de los 3233 participantes de este estudio habían tenido más de una práctica de riesgo, porcentaje que aumentó al 27,8% entre los varones y a más del 90% entre las personas trans, pues casi todas ellas ejercían el trabajo sexual y tenían relaciones sexuales con hombres.

Las personas que tenían más de una práctica de riesgo también tuvieron mayor prevalencia de VIH.

6 - Pando, M.A.; Gómez-Carrillo, M.; Vignoles, M.; Rubio, A.E.; dos Ramos Farias, M.S.; Vila, M.; Rossi, D.; Ralón, G.; Marone, R.; Reynaga, E.; Sosa, J.; Torres, O.; Maestri, M.; Ávila, M.M.; Salomón, H. "Incidence of HIV-1 infection, antiretroviral drug resistance and molecular characterization in newly diagnosed individuals in Argentina. A Global Fund Project" Aids Research And Human Retroviruses. 2011, Vol. 27:1, p. 17-23.

Orientaciones para la intervención



Las acciones para mejorar la atención integral de las personas que usan drogas, y en especial evitar la transmisión de VIH y otras infecciones, pueden organizarse en tres niveles de intervención:

- a.** El nivel de atención individual
- b.** El nivel de atención territorial
- c.** El nivel de incidencia política e institucional

El nivel de atención individual refiere a las intervenciones que se planifican y se destinan a un sujeto en concreto. Su puesta en marcha y el propio desarrollo requieren de relaciones y articulaciones con otros actores del ámbito territorial e incluso, acciones de apoyo por parte de funcionarios o autoridades con poder de decisión, sin embargo, el destinatario final de las acciones es un sujeto particular.

El nivel de atención territorial¹ corresponde a las acciones que pretenden intervenir en lo grupal-colectivo, influenciar las normas grupales de riesgo y cuidado de las poblaciones, o instalar servicios en un territorio. La puesta en marcha de este tipo de acciones suele tener un impacto simbólico en el territorio, y su implementación interpela las representaciones sociales que en ese territorio circulen respecto del uso y de los usuarios de drogas. El apoyo de funcionarios o autoridades con poder de decisión son claves en muchas de estas acciones, así como los sujetos que hagan uso o se beneficien con las intervenciones.

1 - El concepto de territorio refiere al conjunto de recursos y vínculos presentes en un determinado lugar, ubicados estos en tres esferas: la esfera subjetiva que tiene que ver con la manera con la cual las personas perciben, evalúan, viven su territorio; la esfera objetiva que se refiere a los elementos que se encuentran en el territorio en términos de recursos y vínculos; la interacción entre elementos o esferas subjetiva y objetiva.

En la interacción se encuentran las normas, los valores, las representaciones sociales. Milanese E., 2007.

Con el nivel de incidencia de política e institucional nos referimos a las acciones que se desarrollan para influenciar y modificar las políticas públicas sobre drogas y salud o las que pretenden impactar en el modo en que las instituciones intervienen con la población usuaria de drogas.

Aunque resulte obvio, es necesario insistir que cualquier propuesta de atención integral deberá considerar que estos niveles se presentan complejamente interrelacionados. Para desarrollar acciones eficaces hacia los sujetos y los grupos es necesario que esas acciones se integren con otras que, aunque se inicien desde otras áreas de política pública, compartan y atiendan a la misma población objetivo. Incidir política e institucionalmente necesita de la evidencia y de los resultados que se alcanzan con la sistematización y evaluación de las acciones directas en los grupos y personas.

Intervenir en problemas complejos como es el uso de drogas y los cuidados de la salud implica delimitar cuál será la “puerta de entrada” a esa realidad. La historia de la atención del VIH y del uso de drogas en Argentina revela que algunas organizaciones² han desarrollado experiencia en alguno de estos niveles, otras han desarrollado acciones en diversos niveles al mismo tiempo, y algunas priorizan alguno de estos niveles, o cuentan en sus equipos³ con personas más hábiles para una u otra acción.

La siguiente descripción de las acciones recomendables para el trabajo en VIH con usuarios de drogas en estos tres niveles, señala también el grado de efecto⁴ que tienen en los otros niveles de atención. Enuncia los recursos y habilidades que se requieren para desarrollar esas acciones, para que permitan tomar mejores decisiones acerca de una propuesta de atención.

a. En el nivel de atención individual:

- Accesibilidad a pruebas de laboratorio para detectar infecciones de transmisión sexual y sanguínea:** pruebas de VIH, sífilis,

2 - En este caso usamos organización de manera genérica para referirnos también a las instituciones con mayor grado de formalidad o a las redes de organizaciones o de personas.

3 - Es importante pensar en la constitución de los equipos de trabajo a la hora de definir los niveles de intervención. Pues nadie hace más allá de lo que sabe o puede, por lo tanto saber con quienes contamos a la hora de desarrollar acciones de intervención y qué habilidades hay dentro de ese equipo es una ventaja enorme para desarrollar con éxito la tarea.

4 - Por efecto entendemos el movimiento que una acción que se realiza en un nivel de intervención genera en las acciones que se realizan en otro nivel. Entendiendo que los niveles de intervención están intrínsecamente interconectados, las acciones en uno hace que repercutan, incidan de algún modo en los otros niveles.

hepatitis en organizaciones comunitarias o en casas de vecinos o de personas claves entre las redes de usuarios de drogas. Estas acciones se basan en la confianza y el vínculo creado entre redes de pares, son estrategias que facilitan el acceso a diagnósticos tempranos y quiebran barreras de accesibilidad geográfica y administrativa tan comunes en los servicios formales de salud. Requiere del armado de un riguroso dispositivo de traslado y seguimiento de las muestras, así como asegurar la devolución de los resultados a los sujetos y la consejería pre y post prueba.

¿Quiénes pueden hacerlo? Instituciones, redes u organizaciones con acuerdos formales de trabajo con instituciones sanitarias para los análisis de laboratorio, y con una fuerte red de trabajo territorial para sostener el trabajo de pares. Se requiere experiencia previa en consejería o prever el armado de capacitaciones específicas en este tema.

Efectos en el nivel territorial: ALTO

Efectos en el nivel de incidencia política e institucional: ALTO

- **Facilitación en el acceso a recursos sanitarios y sociales:** puede implicar acciones “puente” entre los servicios de atención de salud o los servicios sociales locales y los usuarios de drogas. El puente lo constituyen los operadores de la institución que promueva la facilitación en el acceso. Supone un conocimiento de los recursos disponibles a nivel local y la articulación con las distintas instituciones efectoras u administradoras de los recursos.

¿Quiénes pueden hacerlo? Instituciones, redes u organizaciones con inserción territorial, conocimiento de las redes locales de servicios y articulaciones con estos últimos.

Efectos en el nivel territorial: ALTO

Efectos en el nivel de incidencia política e institucional: MEDIO

- **Acompañamiento personalizado de situaciones críticas:** Acompañar implica la capacidad de “estar al lado de” sin juzgar al otro pero sabiendo reconocer los propios límites de tolerancia; sin presionar pero pudiendo sugerir; sin indicar qué hacer pero pudiendo orientar; sabiendo escuchar más que decir. Es importante prever para quienes hagan estar tarea un espacio de cuidado, el más común puede ser el de supervisión, pero también puede haber otras modalidades de “acompañar a los que acompañan”.

.....

¿Quiénes pueden hacerlo? Pares y redes de pares con experiencia y conocimiento de recursos locales de atención. Profesionales con sensibilidad, flexibilidad y predisposición para el trabajo de contacto y acompañamiento directo. Es importante prever para quienes hagan esta tarea, un espacio de supervisión o de cuidado de las personas que hacen el acompañamiento.

Efectos en el nivel territorial: ALTO

Efectos en el nivel de incidencia política e institucional: BAJO

- **Consejerías para el cambio de drogas de preferencia:** Los efectos de las drogas pueden ser muchos y variados, algunos efectos producen más daños que otros en especial si se combinan con otros elementos como puede ser inmunodepresión, bajo peso, antecedentes de sufrimiento psíquico, etc. Frente a situaciones en las que abandonar el consumo de drogas sea difícil, sugerir y orientar el cambio de drogas puede ser una alternativa mientras las personas trabajan otras decisiones en sus vidas. La experiencia más común es la de la utilización del cannabis como sustituto de otras sustancias, pero también es posible sugerir el cambio de vías de administración de las drogas (el uso inyectable es más riesgoso que el inhalado o el fumado);

¿Quiénes pueden hacerlo? Personas con conocimiento acerca de las características y efectos de las drogas; con entrenamiento en la capacidad de escucha y con la posibilidad de hacer un acompañamiento de la situación personal.

Efectos en el nivel territorial: MEDIO

Efectos en el nivel de incidencia política e institucional: BAJO

- **Acceso a información sobre prácticas de cuidado y riesgo en el uso de drogas:** Aún que esté comprobado que la información por sí sola no alcanza como elemento protector, de la misma manera sabemos que a menor información menor posibilidad de tomar decisiones respecto del cuidado. Por lo tanto es necesario hacer accesible la información ya sea por medio de materiales gráficos específicos, campañas focalizadas en las necesidades y características de los usuarios de drogas, información en talleres o espacios grupales, o como una acción en el marco de dispositivos más complejos de atención. A la vez, es importante prever algún mecanismo de evaluación del impacto de la información que se distribuye para saber

en qué medida ha sido captada por la población y si ha tenido alguna influencia al momento de tomar decisiones acerca de las prácticas. Es fundamental trabajar con información focalizada en las necesidades y en las prácticas de los sujetos.

El uso de drogas es una práctica desarrollada en diversos ambientes y por diversos sujetos, los riesgos y los cuidados cambian en cada ambiente. Los discursos y las informaciones deben atender a esta característica. Como ejemplo podemos citar la práctica de uso de drogas por parte de una trabajadora sexual durante su jornada laboral, que implica riesgos y cuidados diferentes que los que debieran considerar los jóvenes que usan drogas para prolongar su permanencia en una fiesta, o el uso de drogas como un estimulante para la actividad sexual entre hombres que tienen sexo con otros hombres.

¿Quiénes pueden hacerlo? Organizaciones, instituciones, redes de personas, personas con conocimiento de las necesidades de los usuarios de drogas y que elaboren materiales especialmente destinados a ellos.

Efectos en el nivel territorial: ALTO

Efectos en el nivel de incidencia política e institucional: BAJO

b. Acciones a nivel de atención comunitario - territorial

- **Dispositivos de intervención en calle:** los usuarios de drogas llegan más tarde a los servicios de salud y a los diagnósticos de VIH que otras poblaciones vulnerables al VIH. El trabajo en calle refiere al trabajo que se realiza en los ambientes donde las personas usuarias de drogas circulan incluyendo los ambientes de consumo de drogas. Suponen un contacto directo y ágil entre los servicios y la población, un modo de superar las barreras de accesibilidad que los servicios formales tienen para con ésta y otras poblaciones, no hay intermediarios, ni turnos, ni demoras en la atención. Si bien desarrollar un dispositivo de atención en calle requiere prever cuestiones vinculadas al encuadre, días y horarios de salida, circuitos de recorridas callejeras, capacitación de las personas que lo van a realizar, es básicamente una acción que debe ser pensada como vehículo de otras acciones: para facilitar el acceso a las pruebas de VIH, para facilitar el acceso a recursos, para difundir información, para realizar acompañamientos, etc.

¿Quiénes pueden hacerlo? Instituciones, redes u organizaciones con inserción territorial, conocimiento de las redes locales de servicios y articulaciones con estos últimos.

Efectos en el nivel individual: ALTO

Efectos en el nivel de incidencia política e institucional: BAJO

- **Dispositivos de bajo umbral:** Los dispositivos están constituidos por una pluralidad de individuos, objetivo u objetivos comunes, un tiempo determinado, un espacio dado y una inscripción institucional. Implican la utilización de diferentes formas de encuadre de trabajo, formas de contener, de escuchar y de orientar. Por bajo umbral se entiende que las reglas o requisitos para el acceso y permanencia en el dispositivo son mínimas. Por ejemplo abstenerse de la violencia y del consumo de alcohol y otras drogas. Las personas pueden entrar y salir libremente, es suficiente que respeten las reglas mínimas de convivencia establecidas. Tiene el objetivo de intentar dar respuestas a “necesidades apremiantes” de las personas con mayor grado de vulnerabilidad, que por su propia situación no pueden esperar por trámites, turnos, restricción de horarios, o cumplimentar con requisitos de ingreso. El dispositivo se estructura acorde con las necesidades de la población. Es habitual que incluyan entre sus operadores a la propia población que se quiere atender. Brinda servicios básicos que hacen a la cotidianidad de los sujetos. En perspectiva de políticas públicas, debe verse como eslabones en una cadena de dispositivos con distintos niveles de complejidad.

¿Quiénes pueden hacerlo? Organizaciones e instituciones que cuenten con experiencia de atención, y que tengan una estructura edilicia capaz de albergar a la población y dar respuesta a sus necesidades. Servicios como alimentos, cuidados mínimos de salud son habituales en estos dispositivos, por lo que su implementación requiere de la articulación con distintas áreas públicas de gobierno. Como equipo de trabajo, se sugiere tanto contar con profesionales como con personas sin formación académica pero con experiencia y fuerte empatía con la población a la que se quiere atender.

Efectos en el nivel individual: ALTO

Efectos en el nivel de incidencia política e institucional: ALTO

- **Trabajo de pares. Usuarios de drogas interviniendo con usuarios de drogas:** el tema de las redes de pares y su potencialidad para facilitar el acceso a la información o para operar como “puente” entre las instituciones y los usuarios más distanciados de los servicios de salud ha sido bastante trabajado y conceptualizado

en distintas experiencias, por lo tanto no constituye una orientación nueva para la intervención.

Sin embargo, insistimos en ella en tanto que este tipo de acciones facilita el reconocimiento y la organización de los saberes y prácticas que los sujetos y las redes implementan para su propio cuidado. Como fue señalado en este documento estas “intravenciones” representan la eficacia práctica de los saberes de los propios sujetos que logran mayor influencia entre sus pares. Por otra parte, estas acciones resultan más interesantes si se articulan a procesos de intervención o investigación más amplios, si se evalúa el tamaño de las redes y el alcance a nuevos contactos, o si se articulan con procesos de evaluación del impacto de la información o de los servicios que se quieran hacer disponibles.

Efectos en el nivel individual: ALTO

Efectos en el nivel de incidencia política e institucional: MEDIO

- **Dispositivos de tratamiento para la reducción del consumo problemático de drogas:**⁵ la desintoxicación o el abandono forzado del consumo de drogas no está incluido en esta orientación. Sin embargo, algunas formas de atención del consumo problemático de drogas pueden promover en los sujetos prácticas de mayor cuidado y protección que se amplían no sólo al uso de drogas sino a distintos aspectos de la vida de los sujetos, incluyendo la atención del sida. A modo de ejemplo, el apoyo psicosocial, las consejerías, grupos de apoyo entre pares.

¿Quiénes pueden hacerlo? Instituciones u organizaciones que cuenten entre su equipo con profesional idóneo para la tarea; grupos de pares.

Efectos en el nivel individual: ALTO

Efectos en el nivel de incidencia política e institucional: MEDIO

c. Acciones de incidencia política e institucional

- **Formación y sensibilización de personal y equipos de salud:** las cuestiones vinculadas a la accesibilidad al sistema de salud han sido

5 - Entendemos por consumo problemático de drogas el que afecta negativamente a una o más áreas vitales de la persona: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley. El Abrojo. Instituto de Educación Popular. El equilibrista. Tomo I. Frontera Editorial. Montevideo 2007.

señaladas como un elemento clave a trabajar entre las estrategias de intervención dirigidas a las personas que usan drogas. En un estudio ya mencionado,⁶ el personal de salud fue consultado propositivamente acerca de cómo mejorar el acceso de los usuarios de drogas a los servicios de salud, y la capacitación en el tema drogas fue una necesidad planteada casi por el total de los profesionales consultados. En las capacitaciones u otros dispositivos de formación existen dos ejes fundamentales a trabajar: problematización de las representaciones sociales del tema drogas y manejo integral del uso problemático de drogas.

¿Quiénes pueden hacerlo? Instituciones, organizaciones, redes con formación técnico-académica y experiencia en el tema. Armar cualquier estrategia de capacitación implica no sólo seleccionar contenidos y decidir quién tiene las herramientas para transmitirlos, sino fundamentalmente decidir quién/quiénes pueden ser mejor escuchados.

Efectos en el nivel individual: ALTO

Efectos en el nivel territorial: ALTO

- **Capacitación de organizaciones comunitarias⁷ para la atención integral de usuarios de drogas:** hay una enorme potencia en pensar el lugar de las organizaciones comunitarias dentro de una estrategia global de atención. Especialmente en territorios con gran vulnerabilidad social, las organizaciones comunitarias suelen ser el primer contacto que la población tiene para atender sus problemas. Pero, a la vez, las organizaciones comunitarias como un actor más que anima un territorio particular, comparten el mismo entramado de representaciones sociales y prácticas que estigmatizan al uso o al usuario de drogas. De allí que el trabajo con ellas requiera de una doble vía de intervención, la problematización de las representaciones sociales y la capacitación de sus miembros para reorientar algunas de sus prácticas.

6 - Rossi, D., Pawlowicz MP, Zunino Singh D. “Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud”. Serie Documentos de Trabajo. Ed. Intercambios Asociación Civil y Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogas y el Delito, Buenos Aires, 2007.

7 - Llamamos organizaciones comunitarias a las organizaciones que han surgido en torno a la satisfacción de alguna necesidad concreta en un territorio determinado. Tienen una fuerte incidencia en las dinámicas de organización de un localizado espacio geográfico. Ha sido la recuperación del lazo social el modo que encontraron para generar algún tipo de respuesta a las necesidades.

¿Quiénes pueden hacerlo? Instituciones, organizaciones, redes con formación y experiencia en el tema. Requiere pensar en la capacitación como una acción más dentro de una estrategia de acompañamiento y presencia activa en la dinámica de intervención de la organización.

Efectos en el nivel individual: MEDIO

Efectos en el nivel territorial: ALTO



7.1. Patrones de consumo inyectable y no inyectable

Hasta la década del noventa existía muy poca información acerca de las características y los cambios de la práctica inyectable en poblaciones urbanas de la Argentina. La cocaína ha sido la sustancia más consumida por esta vía, a diferencia del patrón de consumo en los países centrales en los que el uso inyectable de heroína ha sido muy prevalente.¹

Una parte de los estudios con UDI se han realizado entre los que estaban en centros de tratamiento por drogas, aunque también se ha producido información de usuarios encontrados en su contexto de uso de drogas. Esto trajo como consecuencia que la información sobre los patrones estudiados se refiriera a un segmento de la población que accedía a la atención por decisión personal o por orden judicial, pero dejaba por fuera del conocimiento a un gran número de personas que no pasaban por el circuito institucional y de las que era necesario conocer tanto prácticas de riesgo como de cuidado a fin de iniciar acciones preventivas orientadas a esos grupos.²

El uso de drogas inyectables ha sido descripto como una práctica fundamentalmente masculina, con una prevalencia de alrededor del 80% de varones y el 20% de mujeres, similar en los diferentes estudios.³

1 - Míguez, H. “Cocaína, pobreza y nueva pobreza” en: Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina. Buenos Aires, 1997, p. 231-236. Ver también Kornblit, A.; A. Mendes Diz; A.C. Camarotti; G. Calvi. “Perfiles sociales de consumidores de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires”. Informe de investigación PICT 1999 N° 5007. FONCyT. Buenos Aires, 2002 [Mimeo].

2 - Epele, M. “Changing cocaine consuming practices. Neo-liberalism, HIV-AIDS and Death in an Argentine Shantytown”, Substance Use & Misuse, 2003, 38(9):1181-1207.

3 - Kornblit, A.; Giménez, L.; Mendes Diz, AM.; Petracci, M.I; Vujosevich, J. “Y el Sida está entre nosotros. Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad” Corregidor. Buenos Aires, 1997.

En cuanto a la distribución de las edades la mayoría de los estudios han entrevistado a los UDI adultos. A fines de 1990, las edades de los UDI se concentraban (43%) entre los 26 y los 34 años,⁴ estudios posteriores hallaron que casi la mitad (48.5%) de 140 UDI entrevistados tenía entre 30 y 39 años.⁵

La mayoría de los estudios con población de usuarios de drogas se han realizado en las ciudades de Buenos Aires, Rosario y sus conurbanos, por lo que falta información de muchas ciudades de la Argentina.⁶ En la Ciudad de Rosario se desarrollaron estudios e intervenciones en reducción de daños tanto desde el ámbito universitario como municipal.⁷

Entre 1998 y 1999 Intercambios Asociación Civil realizó un estudio financiado por ONUSIDA. Fue una aproximación exploratoria que aportó al conocimiento de la historia del uso inyectable en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires y a la caracterización de las prácticas sexuales y de uso inyectable de sesenta personas que vivían en ese ámbito geográfico. Tomando en consideración los resultados obtenidos se diseñó un programa piloto de intervención en reducción de daños en acuerdo con la comunidad en la que habitaba la red de usuarios de drogas inyectables contactada, que dio origen al primer programa argentino de distribución de jeringas, preservativos e información preventiva para UDI.⁸

En el año 2003, un equipo del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, elaboró un informe para determinar una Línea de base en usuarios de drogas inyectables a fin de aportar información para el desarrollo del proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria que concursara la Argentina. Se obtuvo información de 300 personas que usaban drogas inyectables de cuatro ciudades de Argentina.

4 - Kornblit, 1997, obra citada.

5 - Rossi y Rangugni, 2004, obra citada.

6 - Touzé, G., Pawlowicz MP, Rossi D, Goltzman P, Cyberman, P. (2008) “Consumo de drogas en Argentina 1994 – 2004” en Baeza Correa J. (editor) Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez. Santiago de Chile, 2008, p. 79-110.

7 - Inchaurrega, S. Drug use, harm reduction, and health policies in Argentina: Obstacles and new perspectives. Clinical Infectious Diseases, 2003, 37 (Suppl 5):S366-71.

8 - Touzé, G.; D. Rossi, P. Cyberman, N. Ereñú, S. Faraone, P. Goltzman, E. Rojas y S. Vázquez, “Prevención del VIH/sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención”, Ed. Intercambios, Buenos Aires, 1999.

En este estudio se verificó que las personas en contacto con programas de reducción de daños, habían compartido el material de inyección en menor medida, utilizaban con más frecuencia un equipo de inyección nuevo cuando lo necesitaban y tenían un mayor nivel de conocimiento en relación con las infecciones de transmisión sexual, además de haberse realizado la prueba del VIH en mayor proporción.

En el año 2007, se produjo un informe para caracterizar la situación de las personas usuarias de drogas de Rosario, Mendoza, Neuquén y el Gran Buenos Aires, en torno a conocimientos, creencias, valoraciones y prácticas en relación con el VIH/sida, la sexualidad y el uso de drogas. Asimismo, se buscó evaluar la efectividad de las actividades del programa de “Actividades de apoyo a la prevención y el control del VIH/sida en la Argentina” financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria.⁹ Los datos de este informe se compararon con los obtenidos en el informe de Línea de base del año 2003 y se concluyó que quienes presentaban un grado más alto de exposición a la transmisión del VIH fueron los varones, los más jóvenes -entre 15 y 24 años- y los que tenían menor nivel de instrucción. A su vez, estos grupos tenían una comunicación menos fluida y estaban menos informados acerca del VIH/sida, al mismo tiempo que adoptaban menos medidas de cuidado para evitar contraerlo. Realizaron la prueba de VIH en menor proporción y cuando lo hicieron, muchos no retiraron el resultado. Tenían menos información sobre lugares donde hacerse la prueba del VIH y/o adonde concurrir en caso de obtener un resultado positivo.

En cuanto a las diferencias por género, las usuarias de drogas compartieron el equipo de inyección con su pareja habitual más que los varones. Los varones mostraron menor contacto que las mujeres con el sistema de salud. Los jóvenes entrevistados en el estudio de 2007 se habían iniciado a una edad más temprana en el uso inyectable, lo que a su vez, mostró que había una nueva generación de inyectores, no alcanzados habitualmente por los programas de reducción de daños. Asimismo, se constató la influencia positiva de los programas de reducción de daños para promover conductas de cuidado en las prácticas sexuales y de consumo. También se observó un mayor grado de accesibilidad al sistema de salud que en el estudio de 2003 tanto para hacerse la prueba del VIH como respecto de dónde concurrir en caso de obtener un resultado positivo.

Las estadísticas oficiales suelen tener datos sobre el consumo de cocaína, pero no siempre diferencian el consumo de clorhidrato de

9 - Mendes Diz A.M., Camarotti A., Schwarz P. “Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida” Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBATEC-Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, 2008.

la pasta base de cocaína (PBC). En un estudio del año 2008, el 2% de la población entre 16 y 65 años de Argentina admitió haber consumido cocaína alguna vez en su vida. Según esta misma fuente, Buenos Aires fue la ciudad en la que se registró el mayor número de personas que manifestaron haber consumido diferentes drogas alguna vez en su vida: el 4,8% refirió haber usado cocaína, 19,6% fumó cannabis, 92,9% tomó bebidas alcohólicas, 62,8% probó tabaco y el 7,8% informó haber consumido tranquilizantes sin indicación médica. En el Gran Buenos Aires, el 3% dijo haber consumido cocaína y el 9,8% cannabis.¹⁰

En 2011, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico publicó un Informe referido al consumo de sustancias psicoactivas en Argentina entre el 2004 - 2010.¹¹ Estuvo basado en los datos de cuatro Estudios Nacionales que tuvieron similar metodología, pero fueron ejecutados por diferentes organismos en el período 2004-2010. Entre otros datos, se recogió información sobre el tipo de sustancias consumidas por la población argentina entre 16 y 65 años. Los datos analizados indican que “el consumo de clorhidrato de cocaína, que en el 2006 se ubicó en el orden del 2.6%, encuentra tasas de consumo más bajas y similares en las mediciones del 2008 y 2010, que de todas maneras son mayores a la inicial (2004)”.¹²

Asimismo, otro estudio de SEDRONAR sobre centros de tratamiento por drogas obtuvo información de un total de 21.252 pacientes a los que se definió con problemas de uso y abuso de sustancias psicoactivas. El uso de drogas inyectables aparece mencionado brevemente al final del informe y se señala que ocurrió entre “el 0.34 y 2.24 de los pacientes, según se analicen las primeras o últimas drogas consumidas en las historias de consumo...en la incorporación de la cuarta droga el uso inyectable se incrementa. Además el uso de drogas inyectables es mayor en mujeres que en hombres en las drogas de inicio, segundas y terceras drogas incorporadas en la historia de consumo de los pacientes encuestados. El tipo de drogas utilizadas de forma inyectable por los pacientes, independiente de la cronología de uso de la sustancias, son

10 - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos - Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. Encuesta Nacional sobre Prevalencias de Consumo de Sustancias Psicoactivas; 2008. Accesible en: http://web2.cba.gov.ar/actual_web/estadisticas/enprecosp/index.htm

11 - Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) “Tendencia en el consumo de sustancias psicoactivas en Argentina 2004 – 2010” Junio de 2011. Accesible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Tendencia_en_el_consumo_2004-2010_Poblacion_General.pdf

12 - SEDRONAR, 2011, obra citada, p. 40.

principalmente opiáceos, cocaína, ketamina, heroína y morfina”.¹³

Estos datos muestran que hay una proporción de personas que usan o usaron drogas por vía inyectable que llega a los centros de tratamiento públicos y privados. Sin embargo, hay una percepción generalizada entre los trabajadores de salud que insiste en la desaparición de esta modalidad de consumo. Es importante reconocer que prácticas como el uso inyectable que fueron tan prevalentes, aunque declinen pueden volver a extenderse rápidamente en la población cuando se dan las condiciones para ello, como por ejemplo, cuando el tipo de cocaína que circula en el mercado produce un mejor efecto cuando se inyecta que cuando se fuma.

Un aspecto todavía poco visibilizado en relación con la epidemia del VIH es el papel del uso de drogas no inyectables en la transmisión de infecciones. El alcohol, la sustancia legal más consumida en Argentina, produce desinhibición, que puede conducir a prácticas sexuales sin protección, pero hay poca información para saber su relación con la transmisión de VIH.¹⁴ Sin embargo, hay estudios que muestran que las tasas de seroprevalencia y seroincidencia del VIH entre fumadores o inhaladores de cocaína de Buenos Aires y de Montevideo son altas.¹⁵ La pasta base de cocaína se ha difundido desde mediados de la década de los noventa en los principales centros urbanos de Argentina. La prevalencia del VIH halladas en fumadores de pasta base de cocaína que se atendieron en 2006 y 2007 en el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO), que depende del Ministerio de Salud de la Nación, sugiere el papel importante que la transmisión sexual del VIH supone para usuarios de drogas no inyectables.

El Centro Nacional de Reeducación Social brinda tratamiento ambulatorio y por internación a usuarios de drogas mayores de 14 años, que ingresan a la institución en forma voluntaria o por orden judicial.

13 - SEDRONAR “Estudio Nacional en Pacientes en Centros de Tratamiento. Argentina 2010” Buenos Aires, 2011, p. 128.

14 - Cohen H. “El alcoholismo en la región de las Américas” en Touzé G. “Visiones y Actores del Debate de la III y IV Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas” Intercambios Asociación Civil, Universidad de Buenos Aires, 2008:61-71. Ver también Celentano A., Inchaurraga S., Rodas F., Trejo B., Montenegro O. “Estudio sobre riesgos asociados al consumo de alcohol y drogas en jóvenes. Nuevos desafíos en la prevención del VIH/sida” Actualizaciones en sida, agosto de 2011, Vol. 19, supl. 1:66.

15 - Vignoles M, Ávila MM, Osimani ML, de Los Angeles Pando M, Rossi D, Sheppard H, et al. HIV seroincidence estimates among at-risk populations in Buenos Aires and Montevideo: use of the serologic testing algorithm for recent HIV seroconversion. J Acquir Immune Defic Syndr 2006;42:494-500.

Las estadísticas de este centro sobre el total de usuarios de drogas asistidos muestran un aumento en la demanda de atención de consumidores de pasta base de cocaína, que pasó del 26% en 2004 al 34% en 2007. Además, 1.737 usuarios de drogas recibieron tratamiento entre 2006 y 2007, de los cuales el 64% demandó atención por consumo de cocaína en sus diversas formas de uso.¹⁶

En un estudio se indagó el uso de drogas y las prácticas sexuales de riesgo y de cuidado entre 150 usuarios de cocaína de Buenos Aires. Aunque el 80% “sentía algún cambio en sus ganas de tener relaciones sexuales” cuando usaba alguna droga, las sensaciones percibidas eran diversas. Mientras que para casi la mitad de los sujetos la cocaína producía desinhibición, para la otra mitad, producía retraimiento.¹⁷

Los entrevistados distinguían sustancias y vías, argumentando que:

- el alcohol en primer lugar y la marihuana en segundo lugar, fueron percibidas como sustancias desinhibidoras;
- 87% de los entrevistados dijeron que luego del uso de cocaína a los varones se les retrasaba el orgasmo;
- la pasta base de cocaína “te saca las ganas de tener relaciones sexuales”, con un acuerdo del 72.3% (N=47);
- 42% (N=31 que alguna vez hicieron uso inyectable) manifestó que el uso inyectable le provocaba disminución o retracción del deseo sexual.

Al indagar ¿cuáles son los efectos del consumo de cocaína en el uso del preservativo?, las opiniones estuvieron divididas: el 45.3% de los entrevistados dijo que cuando se usan drogas “uno se cuida menos” en sus relaciones sexuales. También dijeron: “depende”, incluyendo de ese modo otros factores: “depende del... lugar”, “...del contexto”, “... del estado de ánimo”, “...de con quién estás”, “... de con qué la mezclas”. La apelación recurrente al “depende” muestra la complejidad del tema y la importancia de la comprensión de los contextos de los sujetos para intervenir preventivamente de forma más integral.

16 - Muzzio, E.; Rajput, S.; Naveira, J.; Segura, M.; Vila, M.; Ralón, G.; Galante, A.; Drago, S.M.; Bouzas, M.B.; Zapiola, I.; Griemberg, G.; Deluchi, G.; Menga, G.; Cuchi, P.; Tang, A.; Weissenbacher, M.; Rossi, D. Infecciones y otros problemas de salud en usuarios de pasta base de cocaína en un centro asistencial de Buenos Aires, Argentina. Revista Argentina de Salud Pública, Septiembre 2010, Vol. 1 Nº 4, p. 14-19.

17 - Pawlowicz M.P., Zunino Singh D., Rossi D., Rangugni V., Goltzman P., Touzé G. “El uso de drogas y su relación con las prácticas sexuales de cuidado y riesgo” en: Sorokin, P. (coordinadora) “Derechos personalísimos, VIH/sida y acceso a tratamientos” Jurisprudencia Argentina - Número Especial - Fascículo 8 - Ed. Abeledo Perrot, 2009, Buenos Aires, p. 53-56.

7.2. Estimación de UDI viviendo con VIH/sida

El Ministerio de Salud estimó el número de personas que usaba drogas inyectables y también el número de ellos que vivían con VIH/sida a fines de los noventa. En 1999 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico publicó un Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas.¹⁸ Estuvo basado en un cuestionario aplicado a una muestra probabilística de 2.699 personas entre 16 y 64 años de todo el país. Entre otros datos, se recogió información sobre el tipo de sustancias consumidas y las vías de consumo de lo cual surgió que la prevalencia general del consumo de cocaína era mayor entre los varones. Respecto de la forma de consumo, el 9,6% de los usuarios de cocaína de ambos sexos la utilizaban de forma inyectable. A partir de estos datos y considerando la población de 15 a 49 años por sexo, se obtuvieron las siguientes estimaciones: 49.993 hombres y 14.565 mujeres usuario/as de cocaína inyectable en todo el país.

Por otro lado, en 1998 se estimó el número de UDI viviendo con VIH/sida a partir de la información recogida por el Programa LUSIDA del Ministerio de Salud, procedente de la Vigilancia Centinela y de estudios realizados en los años '90 en la Argentina.¹⁹ Como resultado de este procedimiento se obtuvo un número mínimo (12.137) y un número máximo (34.538) UDI viviendo con VIH, tanto en hombres como en mujeres, como se presenta en el cuadro N° 1.²⁰

18 - Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico: Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas. Buenos Aires, noviembre de 1999.

19 - Procupet, A. "Situación epidemiológica de los usuarios de drogas inyectables enfermos de sida en Argentina" en la revista - libro *Ensayos y Experiencias*, Año 7 N° 39, VIH/sida y Drogas: Reducción de Daños, Intervenciones comunitarias, Alternativas desde la educación. Coeditada por la Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD) y la Editorial Novedades Educativas. Julio de 2001.

20 - Rossi y Rangogni, 2004, obra citada, p. 57.

Cuadro N° 1

Estimación de personas viviendo con VIH/sida y UDI - Argentina 1998

Población 15-49 años ^a	Prevalencia del consumo de cocaína ^b	Consumo de cocaína inyectada ^b	Número mínimo de UDI viviendo con VIH/sida ^c	Número máximo de UDI viviendo con VIH/sida ^d
Hombres 8.947.800	5,82%	9,6%	9.399	26.746
Mujeres 8.977.200	1,69%	9,6%	2.738	7.792
Total 17.925.000			12.137	34.538

^a Estimación Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

^b Fuente: "Estudio Nacional sobre sustancias adictivas." SEDRONAR. Noviembre 1999.

^c Estimación para 1998 en base a sitios centinela, LUSIDA 1999: prevalencia de VIH en UDI: 18.8%.

^d Estimación en base a estudios realizados en UDI en la década del '90: prevalencia de VIH: 53.5%.

El Grupo de Referencia de Naciones Unidas en VIH y Uso de Drogas publicó una estimación de 580.500 personas en América Latina que se inyectan drogas y viven con VIH. Para Argentina incluyeron la estimación de 65.829 personas que surgió de datos de 1999.²¹

Es una tarea pendiente estimar la población de usuarios de drogas inyectables y no inyectables que pueden tener mayor posibilidad de transmitir y recibir el VIH, así como su distribución geográfica, a fin de poder planear diseños preventivos y asistenciales más adecuados.

7.3. Datos históricos del uso inyectable y el VIH

Desde que se hizo evidente la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables de diferentes regiones, los cambios en los patrones de uso de drogas, el análisis de las políticas más apropiadas, o los resultados de los Programas de Reducción de Daños, han sido objeto de investigación en diferentes países del mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un estudio comparativo acerca del uso inyectable de drogas y la infección por VIH en 12 ciudades del mundo -Atenas, Bangkok, Berlín, Glasgow, Londres, Madrid, Nueva York, Roma, Río de Janeiro, Santos,

21 - Mathers BM, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee SA, et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. Lancet 2008, 372:1733-1745.

Sydney y Toronto.²² Una de las principales conclusiones del estudio señala que los usuarios de drogas inyectables (UDI) producen cambios en sus comportamientos si tienen acceso a la información preventiva acerca del VIH/sida y a las medidas adecuadas para producir ese cambio. Esos cambios de comportamientos ayudaron a prevenir la epidemia en algunas ciudades. Otra de las evidencias más concluyentes es que las ciudades que respondieron más rápido con políticas preventivas de transmisión del VIH entre los UDI, lograron contener el avance de la epidemia en esa población. Asimismo, se demostró que las leyes prohibicionistas hacen subir los precios y los riesgos de las personas que usan drogas, lo que se torna en un incentivo para el uso inyectable, ya que de ese modo se aprovechan mejor los efectos de la sustancia. Las sustancias preparadas para inyección son más fáciles de ocultar. Todo ello puede resultar un incentivo económico para el uso inyectable, por lo que la difusión de la práctica puede ser muy rápida en ciudades en las que no ha habido una gran afición a esta forma de uso. Las redes de comunicación tienen una fundamental importancia. Por eso es crucial comprender los vínculos sociales entre diferentes grupos de la población, así como también las formas migratorias, que pueden contribuir a la expansión de una determinada práctica.²³

Otro aprendizaje fundamental de otros estudios realizados, hallaron que el uso de los programas de intercambio de jeringas o el conocimiento del estado serológico frente al VIH estaba asociado con la reducción de las prácticas de riesgo para su transmisión.^{24, 25}

Entre los años 2000 y 2004 la OMS desarrolló la Fase II del estudio multicéntrico en uso inyectable de drogas y VIH en 12 ciudades

22 - Stimson, G.; Des Jarlais D. y Ball A. "Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses" World Health Organization, UCL Press, Londres, 1998. Se entrevistaron 6.390 usuarios de drogas inyectables (UDI) entre octubre de 1989 y marzo de 1992, la mayoría de los cuales no estaban participando en ese momento de programas de tratamiento por el uso de drogas.

23 - Rossi y Rangugni, 2004, obra citada, p. 45.

24 - Des Jarlais, D.; T. Perlis, S. Friedman, M. Marmor, L. Torian, P. Friedman, D. Glebatis, R. Rockwell y D. Paone, "The roles of syringe exchange and HIV counseling and testing in the declining HIV epidemic among IDUs in New York City." Libro de Resúmenes de la VI Conferencia Internacional sobre el Sida; 2000; Durban, Sudáfrica. Vol. I Resumen D1124:171.

25 - Des Jarlais D.C., Hagan H., Friedman S.R., Friedman P., Goldberg D., Frischer M., Green S., Tunving K., Ljungberg B., Wodak A. "Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users." Journal of the American Medical Association. 1995; 274:1226-1231.

del mundo: Lagos (Nigeria), Nairobi (Kenia), Beijing (China), Hanói (Vietnam), Penang (Malasia), Kharkiv (Ucrania), Minsk (Bielorrusia) San Petersburgo (Rusia), Bogotá (Colombia), Rosario (Argentina), Río de Janeiro y Santos (Brasil).²⁶ En Rosario, este estudio evidenció la pobre infraestructura existente para tratar a los UDI que en su mayoría no estaban en contacto con centros de tratamiento, en parte debido al enfoque abstencionista de la mayoría de los programas. Rosario, junto al Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, fueron los centros urbanos con mayor impacto de la epidemia de sida entre personas que usaban drogas inyectables.

La evaluación de los Programas de Reducción de Daños indica que no han producido los efectos negativos que algunos presagiaban. La bibliografía internacional concluye que los programas de intercambio de jeringas reducen la transmisión del VIH, sin promover un aumento en el consumo de drogas. Tampoco aumentan el número de jeringas abandonadas en la vía pública.²⁷

En Sudamérica, Brasil realizó estudios multicéntricos en 1998 y en 2000-2001 dirigidos a describir el perfil de los UDI que participaban de programas de intercambio de jeringas.²⁸ Los estudios denominados Ajude-Brasil I y II recolectaron datos de 284 UDI de 5 ciudades y 853 UDI de 6 ciudades respectivamente. La mayoría de los UDI fueron reclutados en la calle, eran pobres y vivían en ciudades del sur del país. La información recolectada permitió concluir que había amplias variaciones en la seroprevalencia de VIH a lo largo del tiempo en los mismos sitios, que junto con las modificaciones en la edad y el tiempo de uso inyectable, sugirieron que diferentes perfiles de UDI pueden ser encontrados aún en la misma región. Ello permitió inferir a los investigadores que la epidemia de VIH puede tener diferentes grados de maduración en los distintos sitios estudiados. Sin embargo, los datos recolectados revelaron un relativo fracaso en la apropiación por los UDI de los bene-

26 - Des Jarlais D.C., Perlis T.E., Stimson G.V., Poznyak V. "Using standardized methods for research on HIV and injecting drug use in developing/transitional countries: case study from the WHO Drug Injection Study Phase II", *BMC Public Health*. 2006; 6:54.

27 - Bravo MJ. Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas. Manual para profesionales de la salud. Agencia Española de Agencia Española de Cooperación Internacional, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C., 2004.

28 - Caiaffa, W.T.; Proietti, F.; Carneiro-Proietti, A.; Mingoti, S.; Doneda, D.; Gandolfi, D.; Reis, A. "The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users" en *Clinical Infectious Diseases*, 2003;37 (supl. 5), ps. 376-381.

ficios de los programas de intercambio de jeringas, que se observó tanto en la persistencia del uso compartido de material de inyección como en el escaso uso de preservativos.

Recordar la gran magnitud de la epidemia de VIH entre usuarios de drogas inyectables registrada en los años ochenta y noventa en las ciudades más grandes de la Argentina, es muy importante para entender la transmisión en las redes de sexuales y de consumo de drogas que afectaron a personas que no tenían esa misma práctica.

El análisis comparativo de veintidós estudios de seroprevalencia del VIH en UDI realizados en Argentina entre 1987 y 1999, aunque fueron efectuados en diferentes poblaciones y con metodologías distintas, mostró que más del 95% de los UDI que participaron de esos estudios se inyectaba cocaína y que había una tasa de infección de VIH en esta población que osciló entre un 27% y un 80%. En el estudio aludido se encontró una mayor prevalencia de VIH entre los que habían realizado los exámenes por demanda en consultorios externos de hospitales, lo que se interpretó como un posible sesgo de autoselección del sujeto por previa exposición al riesgo. Las tasas de prevalencia de infección con el VIH y los virus de las hepatitis infecciosas fueron elevadas entre los UDI, existiendo una alta proporción de coinfectados.²⁹

En el año 2000 se realizó el primer estudio de seroprevalencia con UDI no institucionalizados del Gran Buenos Aires.³⁰ Se hicieron exámenes de VIH, VHB, VHC, HTLV I y HTLV II en 174 UDI, 35 parejas sexuales y 21 hijos. Se indagaron además datos acerca de prácticas sexuales y de uso de drogas en dicha población. Algunos de los resultados más relevantes del estudio fueron:

- La cocaína fue la droga más elegida para el uso inyectable (94%), aunque también se mencionó la sal de anfetaminas, la ketamina, la morfina, las bebidas alcohólicas y en menor proporción la codeína.
- El 83% había intentado dejar de usar drogas alguna vez en su vida.
- Los usuarios entrevistados que se habían inyectado drogas en el pasado pero no tenían una práctica inyectable reciente, se refirieron a los que se “pican” como alguien muy distante, como “otro”, extrañándose de la experiencia, aún habiendo todos ellos desarrollado esa práctica alguna vez en la vida. Este tipo de percepciones se in-

29 - Sosa Estani, S.; Rossi D. y Weissenbacher M., “Epidemiology of HIV/AIDS in Injecting Drug Users in Argentina. Prevalence of Infection” en Clinical Infectious Diseases, 2003:37 (Supl. 5), ps. 338-342.

30 - Rossi y Rangugni, 2004, obra citada, p. 62.

terpretaron como rastro de la fuerte estigmatización de la práctica y dieron una explicación a la dificultad de identificar sujetos que reconocieran abiertamente su uso inyectable de drogas.

- El 44,3% tuvo resultado positivo al VIH, el 54,6% tuvo resultado positivo a la Hepatitis C, el 42,5% tuvo resultado positivo a la Hepatitis B, y un 14,5% fue positivo al HTLV II, mientras un 2,3% fue positivo al HTLV I (ver tabla 1).
- De la población estudiada sólo el 37% no tenía ninguna infección, pero el 63% tenía uno o más virus. De las personas infectadas, un 21% tenía una sola infección, el 26% tenía 2 virus, el 35% tenía 3 virus, y el 18% tenía 4 virus simultáneamente.
- Un 37% del total dijo que nunca usó preservativo. Entre los motivos aducidos para no usar preservativo, el más significativo era el sentimiento de seguridad respecto del compañero/a de prácticas sexuales.
- Hubo una relación estadísticamente significativa entre uso compartido de jeringas y resultado positivo al VIH.
- En esta población, el hábito de compartir jeringas entre quienes se inyectaban se encontraba en retroceso, siendo menos frecuente entre los usuarios más nuevos.
- El 82% tenía amigos o familiares muertos por sida, lo cual incidía también en la percepción que tenían de la enfermedad como una de las más graves.

En otro estudio que indagó prácticas de cuidado y riesgo, el 80% de una muestra de UDI de Buenos Aires, Córdoba, Rosario y Mar del Plata reconoció compartir jeringas o haberlas compartido al inyectarse drogas, si bien el 94% dijo que el riesgo de compartirlas respecto a la infección por VIH era alto/muy alto. Alrededor del 40% compartía habitualmente, el resto ocasionalmente. Casi la mitad de los entrevistados dijeron haber pensado en la posibilidad de tener sida en alguna oportunidad en la que se sintieron enfermos. El 86% de los que creían haberse infectado lo había pensado a raíz del uso habitual de sustancias y un 60% lo atribuía a la transmisión en las relaciones sexuales.³¹

31 - Kornblit, A.; Gimenez, L.; Mendes Diz, AM.; Petracci, M.I.; Vujosevich, J. “Y el Sida está entre nosotros. Un estudio sobre actitudes, creencias y conductas de grupos golpeados por la enfermedad” Corregidor. Buenos Aires, 1997.

Estos estudios realizados en Argentina aunque parciales en términos geográficos, que han alcanzado principalmente a poblaciones pobres de los centros urbanos, y sólo a una porción del conjunto de personas que por sus prácticas ocultas y estigmatizadas son más difíciles de conocer, son un punto de partida muy necesario para comprender lo que sabemos y lo que todavía no sabemos de la epidemia de VIH en usuarios de drogas.



Con el apoyo de

