

Estrategias de intervención para disminuir la incidencia de VIH en usuarios de drogas intravenosas

Intervention strategies to reduce the impact of HIV in intravenous drug users

Estratégias de intervenção para reduzir o impacto do HIV em usuários de drogas intravenosas

■
José Julián Acevedo Mejía¹, Catalina Sánchez Álvarez², Miguel González Vélez²

Resumen

En el mundo hay alrededor de 16 millones de usuarios de drogas intravenosas, y de estos, 3 millones están infectados por el virus de inmunodeficiencia humana, esta incidencia puede ser reducida mediante la implementación de estrategias de prevención del riesgo como programas de intercambio de jeringas, terapias de sustitución con opioides y terapia antirretroviral altamente efectiva de forma combinada, con alto cubrimiento de la población y a largo plazo. Las medidas represivas tomadas en contra de este fenómeno no han tenido los resultados esperados en reducir la producción y el consumo de drogas, pero si han logrado discriminar, violar los derechos humanos de estos pacientes e incluso aumentar la incidencia del virus de inmunodeficiencia humana en ellos. La intención de este artículo es revisar en la literatura la evidencia y las experiencias que se han tenido con estas estrategias y otras más que han sido probadas, además cual debe ser el papel del estado, organizaciones no gubernamentales, personal de salud y los mismos usuarios de drogas inyectables para tomar conciencia de este fenómeno y ayudar a disminuirlo.

Palabras Clave: VIH, *Abuso de Sustancias por Vía Intravenosa, Terapia Antirretroviral Altamente Activa, Estudios de Intervención, Tratamiento de Sustitución de Opiáceos*

Abstract

There are about 16 million intravenous drug users in the world, of these, 3 million are infected with the Human Immunodeficiency Virus. The incidence can be lowered with the implementation of prevention strategies such as syringe exchange programs, opioid substitution therapy and the highly active antiretroviral therapy if they are used combined, with high population coverage and

Recibido: Enero 29 de 2012 Revisado: Febrero 04 de 2012
Aceptado: Febrero 21 de 2012

1 Estudiante Pregrado de Medicina, Universidad CES. e-mail: josejacevedo1@gmail.com

2 Estudiante Pregrado de Medicina, Universidad CES

in long term. The repressive actions against the intravenous drug users have not reduced the drug's production and consumption, but they have indeed discriminated, violated the human rights and even increased the incidence of Human Immunodeficiency Virus among them. The intention of the article is to review the evidence and experiences with these strategies and some others that have been tested. We also try to determine the role of the government, the non-governmental organizations, the healthcare personnel and the intravenous drug users themselves to increase consciousness about this fact and try to reduce it.

Key Words: HIV, *Substance Abuse Intravenous, Antiretroviral Therapy Highly Active, Intervention Studies, Opiate Substitution Treatment*

Resumo

No mundo existem cerca de 16 milhões de usuários de drogas injetáveis, e, destes, 3 milhões estão infectadas com o vírus da imunodeficiência humana, a incidência pode ser reduzida através da implementação de estratégias de prevenção de riscos, tais como programas de troca de seringas, terapias de substituição de opiáceos e altamente eficaz de terapia anti-retroviral em combinação com uma cobertura populacional elevada e longo prazo. Medidas repressivas contra esse fenômeno não tiveram o impacto esperado sobre a redução de produção e consumo de drogas, mas conseguiram discriminar, violar os direitos humanos desses pacientes e até aumentar a incidência de vírus da imunodeficiência humana neles. A intenção deste artigo é analisar as evidências na literatura e as experiências que tiveram com essas estratégias e outros que tenham sido testados, o que também deve ser o papel do Estado, ONGs, profissionais de saúde e dos próprios usuários de drogas injetáveis a tomar consciência deste fenômeno e ajudar a reduzi-lo.

Palavras Chave: HIV, *Abuso de Substâncias por Via Intravenosa, Terapia Anti-Retroviral de Alta Atividade, Estudos de Intervenção, Tratamento de Substituição de Opiáceos*

Introducción

El número estimado de usuarios de drogas intravenosas en 2007 era de 15,9 millones [11,0-21,2 millones] en 148 países, y de estos, tres millones (alrededor del 20%) son portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) [0.8 – 6.6 millones] según el grupo de la ONU para VIH y uso de drogas inyectadas (1,2). En cinco países se reporta una "mega epidemia", ya que tienen más de la mitad de los usuarios de drogas intravenosas (UDI) con VIH del mundo, estos son China, Vietnam, Rusia, Ucrania y Malasia (3), en 9 países la prevalencia de VIH en UDI supera el 40% (4,5). La inyección de drogas intravenosas no estériles es la principal causa de transmisión y perpetuación de la epidemia del SIDA en Europa oriental y Asia central, en donde el 80% de los casos de VIH son por transmisión con agujas infectadas

(1,6). Hay 20 países en los que los usuarios de drogas intravenosas infectados con VIH constituyen más del 20% de quienes viven con VIH, estos son Azerbaiyán, Canadá, China, Estonia, Georgia, Indonesia, Irán, Italia, Kazajistán, Kirguistán, Malasia, Nueva Zelanda, Pakistán, Rusia, España, Tayikistán, Ucrania, Estados Unidos de América y Uzbekistán (7). Aproximadamente tres cuartos de los usuarios de drogas intravenosas viven en países de ingreso bajo o medio (8,9), por esto se debe ser aun más cuidadoso es que las medidas tomadas tengan evidencia de su efectividad. El uso de drogas intravenosas es la causa de la transmisión de 5 al 10% de VIH en el mundo, pero si se excluye África subsahariana (donde la principal vía de transmisión es la sexual), aumenta hasta el 30% (1,10). El riesgo de transmisión de VIH después de inyectarse con una aguja infectada es de 0,8%

[0,63% - 2,4%], es decir de 1 en 250 inyecciones, el riesgo de transmisión sexual de IDU seropositivo a su compañero sexual es de 0,02% a 0,05% por relación sexual heterosexual (1 en 2000 a 5000), y 0,82% (0,24% a 2,76%) por relación homosexual anal receptiva (11), por esto, además de las medidas específicas para reducir la transmisión del VIH en UDI, también es muy importante la distribución de condones, ya que su uso puede disminuir hasta el 80% de la transmisión del VIH (11).

Estrategias para disminuir la transmisión de VIH en UDI

Hay tres estrategias que han demostrado disminuir la incidencia de la infección por VIH en UDI y se han implementado masivamente en estos pacientes en algunos lugares, pero se estima que solamente las reciben el 10% de UDI (4,12,13). Estas estrategias son la terapia de sustitución de opiodes (TSO), programas de intercambio de jeringas (PIJ) y la terapia antirretroviral altamente efectiva (TAR), además de estas tres, se han realizado otras intervenciones que no han tenido resultados tan definitivos en disminuir la incidencia de VIH en esta población, pero que pueden tener otras ventajas comparativas, estas son: La realización de prueba de VIH a todo UDI para que conozca su estado, consejería individual, de pareja o de grupo para conocer y controlar el riesgo de transmisión, terapia con antagonistas de opiodes, tratamiento farmacológico para la dependencia a psicoestimulantes, terapia cognitivo comportamental para adicción a psicoestimulantes, centros de inyección supervisada y centros de detención para usuarios de drogas intravenosas.

Se ha demostrado que para que las estrategias sean efectivas deben ser combinadas, y que cubran gran parte de la población sostenidamente por largos períodos de tiempo.

Terapia de sustitución de opiodes (TSO)

El objetivo de la terapia de sustitución de opioides

es tratar la adicción mediante el reacondicionamiento de las vías nerviosas para eliminar la dependencia, y mientras tanto, disminuir el número de inyecciones y por esto disminuir el posible contacto con una aguja infectada, además de modificar las conductas de riesgo. Se ha probado que es altamente costo-efectivo incluso en países de ingresos bajos o medios (12).

Un metanálisis publicado en 2008, que incluyó 33 estudios con 10.400 usuarios de drogas intravenosas para valorar la efectividad de la terapia de sustitución de opiodes, encontró que se asocia a una disminución estadísticamente significativa en la transmisión de VIH en UDI, el uso de opiodes ilícitos, el número de inyecciones, compartir equipo, además en la proporción de UDI con múltiples compañeros sexuales y el intercambio de sexo por droga o dinero, aumenta la adherencia a la TAR por lo que disminuye la progresión de la enfermedad, pero tiene menos efecto en el uso del condón (6,14).

La terapia de sustitución de opiodes está disponible en 82 países, que tienen el 65% de los usuarios de drogas intravenosas del mundo, pero solo la reciben el 8% de quienes deberían (11).

Clásicamente se ha utilizado el agonista total de opiodes metadona, hace 3 décadas se introdujo la buprenorfina que es un agonista parcial de opiodes que lo hace menos susceptible a abuso, tiene menos efectos adversos y requiere menor dosis, por lo que la probabilidad de tener una sobredosis es menor, es más segura para quienes reciben TAR por tener menos interacciones medicamentosas y se puede aplicar 3 veces a la semana lo que aumenta la adherencia al tratamiento, pero ambas son igual de efectivas en disminuir el uso de opiodes ilícitos y disminuir el número de inyecciones (6). Se han probado otros como la naltrexona o la diacetilmorfina, además se siguen investigando constantemente nuevos medicamentos, pero todavía no se ha encontrado un tratamiento efectivo para la dependencia a cocaína y metanfetaminas (11).

Falta mucho trabajo por realizar para concientizar a los gobiernos y al personal de la salud sobre la efectividad de esta medida, incluso en los Estados Unidos, sólo el 15% de UDI han estado en terapia de sustitución de opioides en algún momento (6), los centros que ofrecen este servicio rara vez se encuentran por fuera de centros de salud mental, por lo que se debe insistir para aplicar programas como estos en servicios de atención primaria y cárceles.

En países como Rusia, que es uno de los más afectados por este fenómeno, donde hay 1,8 millones de usuarios de drogas intravenosas, la incidencia de VIH en ellos es del 37% (7,15) y el 76% de los casos nuevos de VIH son en UDI (16,15), todavía es ilegal el uso de sustancias como metadona o buprenorfina para tratar la adicción por la falta de información relacionada a la efectividad y el miedo a que con estos solo se cambie una adicción por otra. Esto, asociado al desconocimiento de los médicos acerca de estos medicamentos, lleva a algunos países a continuar con políticas que incluso niegan el acceso a opioides con objetivo analgésico. En estos lugares se recomienda empezar a utilizar TSO en lugares pequeños para demostrar su efectividad y hacer un gran esfuerzo educativo para quitar el estigma de la adicción (6).

Programa de intercambio de jeringas (PIJ)

El primer programa de intercambio de jeringas se puso en práctica en Amsterdam en 1984 y desde eso se ha reproducido a 82 países, en donde se encuentran el 80% de los usuarios de drogas intravenosas (11). Aproximadamente el 8% (5-11%) de UDI a nivel mundial han tenido acceso a este servicio, se les ha entregado alrededor de 22 (12-42) jeringas por año a cada uno, pero se calcula que un UDI se inyecta 400 veces al año, lo que quiere decir que solo el 5% de las inyecciones están siendo cubiertas por programas de NSP. Según UNAIDS, la disponibilidad de jeringas estériles se considera baja cuando son menos de 100 al año, media cuando son de 100 a 200 y alta cuando son más de 200 (7).

La idea de estos programas es aumentar la cantidad de agujas y jeringas estériles en el mercado para así disminuir la probabilidad de que un usuario de drogas intravenosas comparta este equipo, se inyecte con una aguja infectada y de esta forma adquiera el VIH. Existen varios modelos, en unos se hace distribución gratis, en otros se rebaja el precio, la mayoría se hace a través de las farmacias (varios países están a la tarea de entrenar a los vendedores de farmacia para que eduquen a los UDI en métodos de disminución del riesgo), también puede ser a través de los propios UDI e incluso máquinas dispensadoras de jeringas.

En múltiples investigaciones se ha probado que los PIJ se asocian a disminución de las inyecciones riesgosas (disminuye el préstamo de agujas en un 40% (17), a disminución de la incidencia de VIH en UDI e incluso a disminución del uso de drogas intravenosas e ingreso a farmacoterapia para su adicción. Por el contrario de lo que muchos de sus críticos creen, casi tres décadas después de su implementación, no se ha asociado a consecuencias negativas como aumento de uso de drogas ilícitas, crimen, aumento de frecuencia de las inyecciones, compartir jeringas, incitación del uso de drogas, reclutamiento de nuevos UDI o deshecho de jeringas en sitios públicos (7,18).

Un estudio de costo-efectividad en Estado Unidos en 1998 predijo que de haber usado de forma óptima los PIJ se hubieran evitado 12.350 casos de VIH y ahorrado 1,3 billones de dólares por el tratamiento que requerirán en el futuro (7).

Terapia antirretroviral altamente efectiva (TAR)

La terapia antirretroviral se empezó a utilizar desde 1996 y según el reporte de la agencia de la Organización de Naciones Unidas para el SIDA, en el 2010, más de cinco millones de personas infectadas por VIH en el mundo, ya la reciben, después de un incremento de cobertura del 30% en el 2009, pero aún falta por administrarla a 10 millones de personas que son candidatas a reci-

birla (8), por el momento, solo el 4% de UDI en el mundo reciben TAR (11,19).

La terapia TAR tiene efecto en mejorar el estado inmunológico del paciente, aumentando el recuento de linfocitos T CD4, por lo que disminuye la ocurrencia de enfermedades oportunistas y por lo tanto la progresión y complicaciones de la enfermedad, y por el otro lado, disminuye la carga viral, la cual es la mayor predictora de transmisión por contacto sanguíneo.

En los UDI la TAR debe iniciarse igual que en las personas con VIH que no se inyectan drogas, es decir; al tener un recuento de CD4 menor de 350 células / μL o cuando presente una enfermedad definitoria de SIDA, sin embargo la TAR le ha sido negada sistemáticamente a los UDI por miedo a que no sean adherentes, a que desarrollen comorbilidades o desarrollen resistencia, incluso se ha condicionado a estos pacientes a que sólo pueden recibirla si dejan de inyectarse.

Región (-)	Países con PIJ (*)	Países con TSO (*)	Países con TSO y PIJ (*)	% de UDI con VIH con TAR
Europa oriental (18/18)	18 (100%)	16 (48%)	16 (48%)	1 %
Europa occidental (27/28)	23 (100%)	27 (100%)	23 (100%)	89%
Este y sudeste asiático (16/17)	10 (87%)	7 (86%)	7 (86%)	4%
Asia central (5/5)	5 (67%)	2 (51%)	2 (51%)	2 %
Sur de Asia (9/9)	6 (99%)	6 (71%)	4 (70%)	1%
Latinoamérica (18/20)	5 (67%)	2 (29%)	1 (20%)	1 %
EEUU y Canadá (2/2)	2 (100%)	2(100%)	2 (100%)	-
Australia y Nueva Zelanda (2/2)	2 (100%)	2(100%)	2(100%)	22 % Australia 88%
Oriente medio y África del norte (21/21)	8 (35%)	4 (13%)	3 (3%)	-
África subsahariana (16/47)	2 (2%)	4 (27%)	1 (1%)	< 1 %
Global (151/200)	82 (80%)	71 (65%)	63 (61%)	4%
PIJ: Programa de agujas y jeringas, TSO: Terapia de sustitución de opioides, TAR: Terapia antirretroviral altamente efectiva, UDI: Usuario de drogas intravenosas, (-): Países con inyección intravenosa de drogas reportado / países de la región, (*): Porcentaje de UDI en la región. Modificado de "Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural and combination approaches are needed".				

Reducción del riesgo por transmisión sexual

Atribuir la transmisión del VIH en un usuario de drogas intravenosas a la contaminación por equipo de inyección o al sexo no seguro, es imposible; pero la transmisión sexual en este grupo de pacientes es igual de importante que en quienes no se inyectan drogas, por lo tanto, las estrategias para disminuir el riesgo de transmisión sexual del VIH en este grupo es prioritario (11).

La estrategia de repartir condones entre usuarios de drogas intravenosas ha demostrado que también disminuye la incidencia de VIH, disminuyendo la transmisión sexual del virus al disminuir el sexo no seguro, además la terapia comportamental disminuye las conductas sexuales de riesgo, siendo igual de efectiva una sesión única que las sesiones repetidas. Ambas estrategias han demostrado costo-efectividad (11).

Tratamiento psicosocial

Se han probado múltiples enfoques de terapia psicológica: comunitarios, grupales, de pareja, individuales; pero ninguno se ha asociado a disminución del riesgo de transmisión de VIH en UDI, aunque si tienen otras ventajas como aumentar la adherencia al tratamiento, aumentar el nivel de conocimiento en este grupo poblacional sobre las estrategias para disminuir el riesgo de transmisión de VIH y disminuir las conductas sexuales de riesgo (11).

Centros de inyección supervisada

Son espacios ubicados en sitios identificados por las autoridades como áreas de alto consumo de droga, donde se concentran los usuarios de drogas intravenosas y generalmente presentan malas prácticas de inyección. Se han implementado en 61 ciudades en 8 países como Canadá y Australia. Son espacios que brindan al UDI un ambiente limpio, material de inyección estéril y supervisión profesional. Estos centros no se han asociado a disminución de la incidencia de VIH en UDI, pero si facilitan la educación sobre

inyección segura, reduce el uso compartido de jeringas, aumenta el ingreso a programas para acabar con la drogadicción y disminuye sobredosis (11).

Derechos humanos

La política mundial antidroga no ha tenido los resultados esperados en disminuir el cultivo, producción, transporte, posesión ni consumo de sustancias ilegales, pero si ha tenido un gran efecto en la violación sistemática de los derechos humanos de los usuarios de drogas intravenosas a nivel mundial (4,20).

Muchas de estas violaciones no constituyen solamente una falta grave a la política mundial de derechos humanos, sino que aumentan considerablemente el riesgo de infectarse con VIH y de transmitirlo. Por esto las políticas estatales no deben centrarse solamente en políticas de reducción del riesgo como TSO, PIJ o TAR, ya que el único riesgo no es contaminarse con una jeringa infectada, el riesgo puede iniciar cuando un policía confisca una jeringa estéril o cuando un país prohíbe el uso de metadona. Por esto los estados deben asegurarse que estas políticas puedan llevarse a cabo limitando la discriminación a sus usuarios, evitando la coerción policial y asegurándose que ninguna de sus políticas contribuya a aumentar ese riesgo.

Las violaciones a los derechos humanos en los usuarios de drogas intravenosas incluyen hasta la pena de muerte, de los 64 países en los que aún existe, aproximadamente en la mitad de ellos se aplica para delitos relacionados con sustancias ilegales (4). Cientos de personas han sido ejecutadas por la posesión, producción o distribución de sustancias ilegales, la cantidad varía desde 2 gr hasta 25 kg (4).

Debido a la actual política antidroga, en la que la posesión o consumo de drogas es un delito, en vez de una falta administrativa, en los usuarios de drogas intravenosas, el encarcelamiento es algo común (56-90% de IDUs) y representan

una gran proporción de los internos carcelarios. Los prisioneros que se inyectan drogas son más propensos a compartir equipo y a usar jeringas no estériles, además muy pocos reciben tratamiento para su adicción, asociado al acceso a TAR que también es mínimo.

Otra violación a los derechos humanos que es frecuente, sobretudo en Asia y los países de Europa Oriental es el encarcelamiento por posesión de drogas, en el que como terapia de desintoxicación usan métodos poco científicos en los que someten a trabajos forzados de más de 10 horas al día, se les realiza pruebas para diagnosticar infección por VIH pero no se les informa el resultado, la TSO y los PIJ son ilegales o no están disponibles, son sometidos a golpizas o acoso sexual por parte de los guardias o electroshocks mientras ven imágenes de uso de drogas. La tasa de recaída es del 90 al 100% (11).

Los UDI sufren una gran discriminación social, y aumenta aun más cuando se añade el estatus de portador del VIH. A muchos pacientes se les ha negado el acceso a servicios de salud por pensar que son poco confiables, que no están interesados en mejorar su salud, incluso se les dice que no van a recibir TAR a menos que dejen de inyectarse drogas o sienten miedo de consultar debido a que podrían denunciarlos con la policía (4).

La principal forma de control de uso de drogas en muchos países es el control policial en la calle, los usuarios de drogas intravenosas han sido arrestados sin seguir el debido proceso, se ha utilizado el síndrome de abstinencia para interrogarlos y forzarlos a confesar, han sido forzados a destruir jeringas limpias. Se encuentran casos en los que los policías esperan alrededor de centros de atención de UDI para arrestarlos o los arrestan por tener estigmas de inyección en el antebrazo. La presencia policial causa que las inyecciones sean apuradas, con mayor riesgo de accidente vascular y de compartir equipos, además de menor uso de PIJ y menor acceso a servicios de salud. Por esto la eliminación del

acoso policial no solo protege los derechos humanos de los usuarios de drogas intravenosas, también disminuye el riesgo de transmisión de VIH en ellos (4,19).

Mitos relacionados a los usuarios de drogas intravenosas

Una parte importante en lo que respecta a la disminución de la incidencia de VIH en UDI es la lucha para disminuir la estigmatización y los mitos que se han creado alrededor de estos pacientes y que persisten a pesar de la amplia evidencia que hay en su contra, algunos de estos son (21).

1.Los UDI no son adherentes al tratamiento: En un metanálisis acerca de adherencia a tratamiento antirretroviral que incluía 38 estudios, 15.000 pacientes, de los que 76% eran UDI, no se encontró diferencia entre estos y quienes no se inyectaban drogas.

2.Los UDI no responden tan bien a la TAR comparados con quienes no se inyectan drogas: La variable de inyección de drogas intravenosas no se ha asociado a disminución en la mortalidad cuando se inicia tratamiento antirretroviral.

3.Los UDI son difíciles de estudiar y tienen bajo nivel de permanencia en estudios de cohorte, lo que hace que los estudios prospectivos sean difíciles o imposibles: El primer estudio fase 3 de una vacuna (Vaxgen) para prevenir la infección del VIH en un país en vía de desarrollo se realizó en UDI en Tailandia, aunque no mostró protección, el estudio se pudo terminar con una muestra de 2295 pacientes (90,1% de los iniciales, que permanecieron por 36 meses).

4.Los UDI están más preocupados por drogarse que por usar equipo de inyección seguro: Los centros de inyección supervisada y sus efectos demuestran que los UDI estarían interesados en mejorar las prácticas de inyección para que sean más seguras, así esto retarde el efecto.

5.El riesgo de adquirir VIH en los UDI es exclusi-

vamente por las prácticas insegura de inyección, poco por el sexo: En Baltimore, EEUU se realizó un estudio durante 10 años en UDI, la prevalencia de VIH fue el doble en hombres que tenían sexo con hombres comparado con hombres sin este comportamiento.

6.Si los UDI siguen usando drogas inyectables, es casi seguro que van a adquirir una infección por VIH: El CDC reporta que la prevalencia de VIH en UDI ha disminuido desde 1998 hasta 2007 aunque el uso de drogas intravenosas ha permanecido estable o incluso ha aumentado un poco.

7.Los UDI no tienen comunidades fuertes, por lo que las intervenciones comunitarias no tienen efecto: En Tailandia se formó una gran red nacional de UDI con el objetivo de denunciar los atropellos a sus derechos que sufrieron durante la persecución del 2003 y 2004, que llevó a miles de ejecuciones.

8.El uso de drogas intravenosas es mayor entre minorías en EEUU y otros países industrializados: Según el análisis de uso de drogas y salud del 2006 en EEUU, el uso de drogas intravenosas era similar en afroamericanos que en blancos.

9.Los PIJ patrocinan el uso de drogas: No hay ninguna evidencia para afirmar esto. En Alaska, EEUU se realizó un estudio con 600 UDI, a unos se les administraba PIJ, otros tenían que comprar las jeringas, el resultado es que no se encontró ninguna diferencia en la inyección a 6 y 12 meses.

10.La TSO sólo cambia una droga por otra: Un metanálisis de Cochrane demostró que el uso de metadona era efectivo para asegurar la adherencia de los pacientes al tratamiento y disminuir el uso de heroína.

11.Las personas que usan psicoestimulantes son usuarios sin control, que no van a cambiar los comportamientos de riesgo: Se han realizado intervenciones en estos pacientes para disminuir el riesgo de transmisión sexual a pesar de que continuaran usando metanfetaminas.

12.El miedo es una buena razón para que las personas se abstengan de consumir drogas: El instituto de medicina de los Estados Unidos revisó las campañas basadas en provocar miedo para disminuir el uso de drogas y encontró que no fueron efectivas.

Un ejemplo claro de cómo puede actuar el go-

Acciones multilaterales

Medidas para disminuir la incidencia de VIH en UDI
<p>Gobiernos y ministerios de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir barreras estructurales, legales para estrategias que reduzcan el riesgo de VIH en UDI (PIJ, TSO, HAART). • Garantizar acceso de estrategias de prevención y tratamiento de la infección por VIH y farmacodependencia en cárceles y centros de detención. • Cerrar centros de detención antidrogas y reemplazarlos por centros que traten la adicción a las drogas que respeten los derechos humanos. • Reformar leyes y políticas para descriminalizar a los usuarios de drogas intravenosas. • Expandir acceso a tratamiento de adicción a drogas. • Crear programas para proteger a los usuarios de drogas intravenosas en los servicios de salud. • Entrenar a policías, jueces y fiscales en reducción del riesgo. • Realizar investigaciones y vigilancia sobre la epidemia del uso de drogas. • Implementar programas para reducir la transmisión sexual del VIH en usuarios de drogas intravenosas y sus compañeros sexuales.

<p>Médicos y otro personal de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir estigmatización y discriminación de usuarios de drogas intravenosas. • Implementar TAR para disminuir riesgo de transmisión y OST para tratar la dependencia a las drogas como tratamiento estándar. • Manejar integralmente a los pacientes UDI con VIH, buscar y tratar adecuadamente sus comorbilidades. • Rechazar políticas que violen los derechos humanos de los UDI.
<p>Investigadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar estrategias combinadas para prevenir la infección de VIH en UDI. • Investigar mejores estrategias e intervenciones para tratar la infección por VIH y dependencia a las drogas. • Realizar estudios de costo-efectividad de las intervenciones que buscan disminuir la incidencia de VIH en UDI. • Desarrollar agentes que sustituyan a la metadona y la buprenorfina para tratar la dependencia a los opioides. • Incluir a los UDI con VIH en las investigaciones, reconociendo su experiencia.
<p>Usuarios de drogas intravenosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprometerse en disminuir la transmisión del VIH entre UDI, mediante el uso de prácticas higiénicas de inyección, adherencia a la terapia HAART y uso de condón para prevenir la transmisión sexual. • Exigir la promoción y protección de sus derechos humanos y dignidad en todos los aspectos de la política antidrogas y VIH. • Colaborar con el personal de salud y el gobierno para desarrollar los programas para disminuir la incidencia de VIH en UDI.

bierno para disminuir la incidencia de VIH en UDI es el programa de Portugal. En 1999 creó una estrategia nacional contra las drogas y la drogadicción que buscaba disminuir la oferta y la demanda de drogas, prevención, tratamiento, reducción del riesgo, reincorporación a la sociedad en un marco de descriminalización al consumidor de drogas. Se considera un crimen la posesión de una cantidad mayor al consumo de 10 días (diferente para cada sustancia), por debajo de esto, se considera una falta administrativa, que además ayuda a descongestionar los estrados judiciales. De 2001 a 2007 se redujo el consumo de drogas en población de 15 a 19 años de 10,8 a 8,6% y la prevalencia de VIH en UDI de 54% a 30% asociado a un aumento de adictos en tratamiento para su adicción.

En Moldavia tienen una política para disminuir la incidencia de VIH en IDU en instituciones penitenciarias desde 1999, en la que permitan que organizaciones no gubernamentales (ONG) distribuyeran servicios de disminución del riesgo dentro de las cárceles (TSO, NSP, HAART, consejería psicológica, distribución de condones), en 2007 se transfirió esta responsabilidad

al ministerio de Justicia. Esto no ha tenido consecuencias negativas como aumento del uso de drogas ni uso de jeringas para ataques personales, pero si ha mostrado una tendencia positiva en la reducción del VIH, lo mismo ocurre en lugares como España, que también tiene una política para la disminución del VIH en cárceles.

Conclusiones

La disminución de la incidencia de VIH en usuarios de drogas intravenosas se puede lograr mediante la estructuración de estrategias a nivel mundial que disminuyan las conductas de riesgo, tanto sobre las prácticas y equipos de inyección como a nivel sexual.

Podemos encontrar evidencia de buena calidad a favor de estrategias que han demostrado que disminuyen la incidencia de VIH en usuarios de drogas intravenosas si son implementadas a gran escala, combinadas y a largo plazo, estas son la PIJ, la TSO y la TAR, además la literatura internacional acerca de este tema se inclina a favor de la implementación sistemática de estas

estrategias en todo el mundo para combatir este fenómeno.

La estrategia de lucha contra las drogas ha fallado en su propósito de disminuir la producción y el consumo de drogas, pero si ha logrado estigmatizar y crear políticas de represión en contra de estos pacientes, muchas de estas políticas no solo violan los derechos humanos, sino que aumentan el riesgo de infectarse con el VIH.

Por todo esto, las estrategias para prevenir la infección por VIH en usuarios de drogas intravenosas deben ser multilaterales, para lograr esto se deben involucrar los gobiernos, el personal de salud, los investigadores y los mismos UDI.

Referencias

1. 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 Nov 15;372(9651):1733-1745.
2. Steffanie A Strathdee, Thymothy B Hallet, Natalia Bodrova, Tim Rhodes, Robert Booth, reycharad Abdool, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present and future. *Lancet*. 2010 Jul 24;376:268 - 284.
3. Chris Beyrer, Kasia Malinowska-Sempuch, Adeeba Kamarulzaman, Michel Kazatchkine, Michel Sidibe, Steffanie A Strathdee. Time to act: a call for comprehensive responses to HIV in people who use drugs. *Lancet*. 2010 Jul 20;376:561 - 573.
4. Ralf Jürgens, Joanne Csete, Joseph J Amon, Stefan Baral, Crhis Beyrer. People who use drugs, HIV and human rights. *Lancet*. 2010 Ago 7;376:475 - 485.
5. Strathdee SA, Stockman JK. Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2010 May;7(2):99-106.
6. Gowing L, Farrel M, Bornemann R, Sullivan LE. Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Review). *The Cochrane Library*. 2008;(4):1 - 86.
7. (UNAIDS) JUNPOH. Report on the global AIDS epidemic. 2008.
8. Aceijas C, Stimson GV, Hickman M, Rhodes T. Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*. 2004 Nov 19;18(17):2295-2303.
9. Korthuis PT, Zephyrin LC, Fleishman JA, Saha S, Josephs JS, McGrath MM, et al. Health-related quality of life in HIV-infected patients: the role of substance use. *AIDS Patient Care STDS*. 2008 Nov;22(11):859-867.
10. Richard Horton, Pam Das. Rescuing people with HIV who use drugs. 2010 Jul 20;
11. Louisa Degenhardt, Bradley Mathers, Peter Vickerman, Tim Rhodes, Carl Latkin, Matt Hickman. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet*. 2010 Jul 24;376:285 - 301.
12. Frederick L Altice, Adeeba Kamarulzaman, Vincent V Soriano, Mauro Schechter, Gerald H Friedland. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet*. 2010 Jul 20;376:367-87.
13. Needle exchanges do not boost drug use, study says. IDU remains major HIV risk factor. *AIDS Alert*. 2003 Sep;18(9):112, 114.
14. Vlahov D, Robertson AM, Strathdee SA. Prevention of HIV infection among injection drug users in resource-limited settings. *Clin. In-*

- fect. Dis. 2010 May 15;50 Suppl 3:S114-121.
15. Heimer R, Barbour R, Shaboltas AV, Hoffman IF, Kozlov AP. Spatial distribution of HIV prevalence and incidence among injection drugs users in St Petersburg: implications for HIV transmission. *AIDS*. 2008 Ene 2;22(1):123-130.
 16. Kruse GR, Barbour R, Heimer R, Shaboltas AV, Toussova OV, Hoffman IF, et al. Drug choice, spatial distribution, HIV risk, and HIV prevalence among injection drug users in St. Petersburg, Russia. *Harm Reduct J*. 2009;6:22.
 17. Thomas Kerr, Will Small, Chris Buchner, Ruth Zhang, Kathy Li, Julio Montaner, et al. Syringe Sharing and HIV Incidence Among Injection Drug Users and Increased Access to Sterile Syringes. *American Journal of Public Health*. 2010 Ago;Vol 100, No. 8.
 18. Strathdee SA, Stockman JK. Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2010 May;7(2):99-106.
 19. Daniel Wolfe, M Patrizia Carrieri, Donald Shepard. Treatment and care for injecting drug users with HIVinfection: a review of barriers and ways forward. *Lancet*. 2010 Jul 20;376:355 – 366.
 20. Gilmore N. Drug use and human rights: privacy, vulnerability, disability, and human rights infringements. *J Contemp Health Law Policy*. 1996;:355-447.
 21. Chris Beyrer, Kasia Malinowska-Sempruch, Adeeba Kamarulzaman, Steffanie A Strathdee. 12 myths about HIV/AIDS and people who use drugs. *Lancet*. 2010 Jul 20;

Forma de citar: Acevedo-Mejía JJ, González-Vélez M, Sánchez-Álvarez C .Estrategias de intervención para disminuir la incidencia de VIH en usuarios de drogas inyectables. *Rev CES Salud Pública* 2012; 3(1): 48-58

