

USO DE DROGAS Y PREVENCIÓN DE VIH/SIDA ENTRE POBLACIONES DE ALTO RIESGO:

Análisis de situación y Marco estratégico
Septiembre 2012



CDARI



Pangaea
Global AIDS Foundation

Contenidos

Agradecimientos	3
Resumen Ejecutivo.....	4
Conclusiones Principales.....	4
Recomendaciones.....	5
Análisis de situación realizado por el COIN.....	9
Contexto	9
Metodología de evaluación.....	10
Proceso de análisis de datos.....	10
Limitaciones y brechas	10
Personas que consumen drogas: Resultados y análisis.....	11
Resumen	11
Resultados.....	13
Uso de drogas y alcohol en las escuelas	20
Resumen	20
Resultados.....	20
Análisis de situación conducido por el Caribbean Drug Abuse Research Institute (13):	
Resultados y análisis	22
Resumen	22
Resultados.....	22
Recomendaciones.....	24
Personas que Consumen Drogas: Recomendaciones	24
El Consumo de Drogas y Alcohol en las Escuelas: Recomendaciones	27
Trabajo Citado.....	30
Apéndice: Marco estratégico para el fortalecimiento de las respuestas nacionales al VIH para personas que consuman drogas.....	32

Agradecimientos

Estamos sumamente agradecidos a todas las personas que aportaron su tiempo y su experiencia para desarrollar y realizar “Fortalecimiento de la capacidad de la República Dominicana para la prevención, el cuidado y el tratamiento del VIH para la población de personas que consumen drogas”.

Queremos agradecer especialmente al personal del Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN) y a la Fundación Volver que fueron colaboradores esenciales en el liderazgo de este análisis de situación. Expresamos nuestro cordial agradecimiento en particular a Ana Martin Ortiz, Carolina Contreras, Francis Taylor, Hanoi Vargas y Giancarlo Martínez por toda su gran labor y diligencia intensiva al dirigir este esfuerzo crítico en la República Dominicana. También expresamos nuestra gratitud a Federico Mercado, Presidente de la Fundación Dominicana de Reducción de Daños (FUNDOREDA) por identificar a las comunidades en alto riesgo y guiarnos a éstas. Agradecemos también al Dr. Marcus Day, director del Caribbean Drug Abuse Research Institute (CDARI) por proveer un análisis de situación perspicaz de los factores de riesgo entre personas que se inyectan drogas en la República Dominicana, y al Dr. R. Douglas Bruce por aportar sus conocimientos sobre los métodos de tratamiento del consumo de drogas y por revisar y corregir este informe. Finalmente, este informe no hubiera sido posible sin el arduo trabajo y la dedicación de Rose Calnin Kagawa, candidata de PhD en la Facultad de Salud Pública de la Universidad de California en Berkeley.

Este informe de evaluación fue encargado por COIN y desarrollado por la Pangaea Global AIDS Foundation bajo el liderazgo de Ifeoma C. Udoh, PhD.

Agradecemos también a los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y al Fondo Mundial, por hacer posible el trabajo del COIN con la población de personas que consumen drogas.

El informe también está disponible en el sitio web de PGAF, bajo el enlace “Publications” en <http://www.pgaf.org/news-and-events/publications> y en la página web del COIN www.coin.org.do

Resumen Ejecutivo

Este informe identifica patrones del uso de drogas que están asociados con comportamientos de alto riesgo entre personas que consumen drogas (PQCD) y también identifica oportunidades para la prevención del uso de drogas en Santo Domingo, República Dominicana. Los investigadores encuestaron PQCD y entrevistaron profesores y personal de escuela, personal de centros de tratamiento, y médicos para identificar comportamientos de alto riesgo, oportunidades y barreras para acceder a tratamiento para drogas y a los servicios médicos. Según estas conclusiones, los investigadores crearon recomendaciones claves acerca de la prevención del uso de drogas, tratamiento, y reducción de riesgo.

Los estudios muestran que las personas que consumen drogas tienen mayor riesgo de transmisión de VIH a través del medio directo de compartir agujas y otros instrumentos para preparar y usar drogas, y también a través de actividades sexuales no seguras que pueden acompañar al uso de drogas. Este patrón es especialmente evidente en la República Dominicana donde la prevalencia de VIH entre las personas que consumen drogas (PQCD) de 8,0% (1) es más elevada que la prevalencia media de la población, estimada en un 0,8% (2) y en un 0,9% en la población entre 15 y 49 años (3).

Este informe primero presenta evidencia de que las personas que consumen drogas, y las personas que se inyectan drogas en particular, participan en actividades que los ponen en alto riesgo de adquirir VIH, hepatitis B y C, y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Segundo, este informe contextualiza estos comportamientos de alto riesgo al explorar la discriminación, el acceso a servicios médicos, los métodos de rehabilitación de los centros de tratamiento, y las políticas nacionales que facilitan o dificultan la recuperación. Finalmente, este informe explora senderos de iniciación a las drogas con la vista puesta en las oportunidades para la prevención temprana.

Conclusiones Principales

Las conclusiones principales en este informe incluyen:

- Las personas que consumen drogas acceden a los centros de tratamiento como último recurso.
- Los centros de tratamiento actuales aparecen infructuosos dada la alta tasa de recaídas.
- Los comportamientos sexuales de riesgo son comunes entre las PQCD según se manifiesta por la gran proporción de la muestra que no usa condones regularmente.
- Compartir parafernalia de crack, cocaína y heroína es común entre las PQCD. Otros estudios demuestran que compartir estos instrumentos puede estar asociada con la propagación de la hepatitis C y el VIH (4) (5).
- Las personas que consumen drogas dependen de los servicios de emergencias para recibir atención médica.
- Los problemas psicológicos subyacentes son comunes entre las PQCD y son una barrera importante a la recuperación.
- Las personas que consumen drogas encuentran discriminación sistemática en las escuelas, centros médicos, y en los lugares de trabajo. Esta discriminación desalienta a las PQCD a acceder a los recursos de la comunidad que necesitan.

También, la brutalidad de la policía y las detenciones no necesarias son hechos comunes.

- A las personas que se inyectan drogas les gustaría que hubiera programas de tratamiento medicamente asistido (TMA), programas de intercambio de agujas y jeringas (PAJ), y más servicios de ayuda social.

Las conclusiones sobre el riesgo a iniciación de drogas y actividad sexual de alto riesgo entre estudiantes incluyen:

- La experimentación con drogas y alcohol empieza después de la enseñanza media y frecuentemente está provocada por la presión social.
- Muchos estudiantes participan en actividades sexuales de riesgo como no usar condones con regularidad.
- A menudo, los estudiantes no tienen apoyos positivos en la casa, y pocos recursos están disponibles para ayudarlos tomar decisiones saludables (ej. apoyos sociales, programación educativa, materiales informativos).
- A los estudiantes que consumen drogas o alcohol, o que están embarazadas, frecuentemente se les expulsa de la escuela.

Recomendaciones

Las dos recomendaciones principales son:

1. *Establecer un planteamiento de reducción de daños a la prevención y el tratamiento.* Las estrategias de reducción de daños ayudan a las personas que consumen drogas a reducir el riesgo de consecuencias de salud adversas derivadas del uso de drogas y de comportamientos sexuales no seguros. Muchas personas que consumen drogas son incapaces o reacios a dejar de consumir drogas aun después de recibir tratamiento. Las estrategias que se enfocan en ofrecer apoyo a la persona “donde esté” son claves para disminuir las consecuencias de salud negativas del consumo de drogas. Estas estrategias incluyen el reparto de materiales para hacer más seguro el consumo de drogas y el acceso fácil y rápido a terapias farmacológicas para dependencia. Reducir el riesgo sexual también es de importancia fundamental, y esto requiere el reparto de materiales (ej. condones), educación acerca del uso de estos materiales, y facilitar el acceso a los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las ITS.
2. *Usar un modelo de servicios integrados.* Este modelo se refiere a la coordinación de servicios sociales, servicios de salud mental comunitarios e institucionales, atención médica, servicios de reducción de daños, y servicios de tratamiento de drogas y alcohol. Al integrar servicios, este modelo enfrenta las causas, complicaciones, y los componentes de tratamiento requeridos por las personas que consumen drogas.

Para lograr las recomendaciones anteriormente mencionadas, hay que abogar por políticas y regulaciones que reconozcan el consumo de drogas como un asunto médico en vez de un asunto criminal. Sin embargo, con este planteamiento también es importante reconocer que el consumo de drogas, a diferencia del abuso de drogas, no es siempre un asunto médico. Para el consumidor de drogas ocasional o recreacional, puede ser parte de la experimentación y desarrollo humano, pero no por ello deja de tener derecho a una asistencia médica de calidad.

Las recomendaciones específicas para la abogacía incluyen:

- Abogar por estrategias que incluyen programas de tratamiento medicamente asistido (TMA) y la expansión de programas de TMA admisibles.
- Aumentar los esfuerzos de abogacía para abordar políticas que repercuten en el acceso a jeringas, incluyendo el intercambio de jeringas, dentro del planteamiento de la reducción de daños.
- Separar el consumo de drogas, la venta de drogas como sustento, y el tráfico de drogas de gran escala en la legislación. Debe haber tratamiento obligatorio para los delitos de consumo y otras penas para la venta y tráfico de drogas. La descriminalización del consumo de drogas y el reconocimiento de que la dependencia es un asunto médico es clave para que las personas que consumen drogas puedan acceder a tratamiento eficaz.
- Llevar a cabo una campaña en las escuelas, centros de salud, lugares de trabajo, y en la comunidad para disminuir la discriminación sistémica contra las personas que consumen drogas y para elevar la conciencia de que la dependencia es un asunto médico y no criminal.
- Educar a la policía, con un enfoque de derechos humanos, sobre el modelo médico de dependencia para influir en sus actitudes, pasando de ver a las PQCD como delincuentes a verlos como personas que luchan con un asunto médico que puede ser tratado.
- Crear una alianza estratégica entre el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud para transformar la educación en salud en las escuelas, especialmente para fortalecer las estrategias para la prevención del consumo de drogas y la prevención de VIH. Una alianza como esta apoyaría la creación colaborativa de servicios especializados para las PQCD.

Proporcionar servicios de tratamiento basados en la evidencia que apoyen a las PQCD donde están actualmente, con un enfoque en servicios fácilmente accesibles y con la meta de retención en tratamiento de largo plazo.

- Entrenar médicos y proveedores de salud en asuntos relacionados con la adicción y tratamiento medicamente asistido para disminuir el estigma asociado con el consumo de drogas y para aumentar la utilización de tratamientos eficaces en los centros médicos.
- Fortalecer los servicios de orientación psicológica y salud mental para incluir prácticas basadas en evidencia. Estos servicios deben estar prestados dentro de los centros de tratamiento por psicólogos entrenados.
- Fortalecer oportunidades para la creación de grupos de apoyo entre pares y de familia dentro de los centros de tratamiento.

Prestar servicios a las PQCD para reducir su riesgo de consecuencias médicas adversas del consumo de drogas, como la adquisición de VIH y otras infecciones.

- Aumentar las actividades de apoyo social dirigidas a las PQCD para animar a la utilización de servicios de prevención y tratamiento de manera más temprana y más amplia.
- Llevar a cabo una campaña para diseminar mensajes de prevención de VIH dirigida a las PQCD y a personas en riesgo de consumir drogas, incluyendo información sobre los peligros de compartir parafernalia de drogas.
- Proporcionar equipos de inyección segura y otros instrumentos para fumar o esnifar drogas a las PQCD, y proporcionar condones y otros materiales de sexo más seguro para disminuir el riesgo asociado con el consumo de drogas.

La extensión de la ayuda social exitosa incluye sistemas formales de seguimiento y evaluación que provean información regularmente de los trabajadores de campo al personal de gerencia del programa. Esta información es vital para desarrollar estrategias dirigidas y eficaces que involucren a las personas que consumen drogas. La colaboración con organizaciones de la comunidad en la región también es importante para aumentar el alcance del programa y evitar la duplicación de servicios. La creación de conexiones más fuertes entre organizaciones comunitarias, centros de tratamiento, y proveedores de salud asegurará más acceso a los servicios apropiados para las personas que consumen drogas.

Las conclusiones siguientes tienen la intención de fomentar la prevención entre jóvenes a través de intervenciones basadas en la escuela:

Proporcionar educación sexual, incluyendo mensajes de prevención del VIH, a jóvenes en las escuelas.

- Aumentar cobertura de educación sexual para ofrecerla en todas las escuelas de la República Dominicana. Revisar el currículo de educación sexual para erradicar conceptos que estigmatizan y discriminan.

Crear o revisar las políticas de escuela para que proporcionen directrices y expectativas claras en relación con el consumo de drogas y alcohol en la escuela. Estas políticas deben incluir directrices para conducir situaciones en que los estudiantes vendan o consuman drogas o alcohol en los terrenos de la escuela. Estas reglas deben estar basadas en principios que ayuden a los jóvenes evitar el consumo de drogas y alcohol en lugar de castigarlos.

Proporcionar información concreta, clara, y concisa sobre sustancias a los estudiantes, profesores y familias para ayudar a los jóvenes tomar decisiones informadas sobre el consumo de drogas.

- Proporcionar talleres interactivos que fortalezcan las habilidades interpersonales de los estudiantes y enseñen a los estudiantes como negociar situaciones difíciles en que las drogas y alcohol estén disponibles o les sean ofrecidas. Los talleres podrían ser facilitados en conjunto con la educación sexual.

- Entrenar a los profesores y a los psicólogos de las escuelas en cómo identificar a los jóvenes en riesgo de desarrollar una adicción a las drogas y a los jóvenes que consumen drogas o alcohol para referirlos a tratamiento. Además, el personal de la escuela debe estar educado en la prevención para reforzar los mensajes y habilidades enseñadas en los talleres.
- Trabajar con las familias para aumentar el conocimiento de los padres sobre los efectos dañinos de las drogas, aumentar el vínculo familiar, y desarrollar habilidades para ser padre. Las habilidades para ser padre pueden incluir seguimiento y supervisión del niño y la discusión y aplicación de normas respecto al consumo de drogas con los niños.

Dirigir las estrategias a las necesidades y los contextos específicos de los estudiantes de más alto riesgo de consumir crack, cocaína o heroína.

- En lugar de excluir a los jóvenes de más alto riesgo, ellos deben ser objeto de intervenciones más intensivas.
- Referir jóvenes que ya tienen una dependencia del consumo de drogas o alcohol a servicios de tratamiento para drogas y alcohol.
- Evaluar psicológicamente a los jóvenes que tienen una dependencia del consumo de drogas o alcohol para diagnosticar posibles enfermedades mentales y/o abuso (especialmente abuso físico y sexual).

Las conclusiones de las encuestas y las entrevistas indican que las personas que consumen drogas están en alto riesgo de transmisión de VIH, ITS y hepatitis y que los servicios médicos y servicios de rehabilitación tienen el desafío de alcanzar y conservar en tratamiento a esta población de alto riesgo. Para enfrentar estas brechas se necesitan políticas de apoyo, servicios de tratamiento relevantes, prevención desde la escuela y apoyo social.

Análisis de situación realizado por el COIN

Contexto

En la República Dominicana, la prevalencia de VIH de 0.8% se considera una epidemia generalizada (2). No obstante, entre los aproximadamente 62,000 dominicanos viviendo con VIH, la epidemia está mucho más concentrada en los grupos socialmente excluidos (6). Una encuesta de vigilancia realizada recientemente indica una prevalencia media del 8.0% entre las personas que consumen drogas (PQCD) y del 4.8% entre las trabajadoras sexuales (1). En Santo Domingo, donde se enfoca este informe, 1.3% de las mujeres y 5.3% de los hombres han consumido drogas alguna vez (2). El contraste con la dependencia a las drogas es que la persona que consume drogas (PQCD) no puede solucionar el problema de dependencia de una manera simple, si no que requiere una asistencia extensa para alcanzar la sobriedad. Esta realidad, unida con la siempre presente amenaza de VIH, Hepatitis B y C, infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras complicaciones infecciosas (ej. Tuberculosis, endocarditis) reclaman especial atención sobre las PQCD. Los proveedores de salud especializados y las organizaciones deben trabajar para garantizar el derecho de esta población a la salud.

Los desórdenes de consumo de sustancias tienen muchas y bien conocidas consecuencias adversas para el individuo y para la sociedad que incluyen, pero no se limitan a, la promoción de comportamientos de riesgo que conducen a la infección de VIH, hepatitis e ITS. El consumo de alcohol, por ejemplo, se asocia con comportamientos sexuales de riesgo que aumentan el riesgo de infectarse de VIH (7). El uso de drogas ilícitas es bien conocido por incrementar los comportamientos de riesgo relacionados con el VIH bien de manera directa por compartir jeringas o de manera indirecta al facilitar la asunción de riesgos sexuales (8).

Estos problemas siguen siendo grandes temas de índole multinacional, como se puede ver por los aproximadamente 15.9 millones de personas en 148 países que se inyectan drogas de abuso, de los cuales se estima que tres millones están infectados de VIH (9). Por lo tanto, no es sorprendente que muchos de los pacientes infectados de VIH tengan uno o más desórdenes de uso de sustancias envueltos en la etiología de su infección de VIH. Estos desórdenes de uso de sustancias complican aún más su tratamiento del VIH y de otras infecciones como la hepatitis B y C (10). El uso de sustancias activo puede ser un obstáculo para la adherencia a la terapia de VIH resultando en una importante morbilidad y mortalidad, incluyendo el desarrollo de resistencia al VIH (11) (12).

Este informe identifica los patrones de uso de drogas y comportamientos de alto riesgo asociados con el uso de drogas entre los estudiantes y otras personas que usan drogas en Santo Domingo, en la República Dominicana. El objeto de este informe es comprender la situación de las PQCD en Santo Domingo, explorando el papel que juegan la discriminación, las políticas, los servicios de tratamiento y el acceso a atención sanitaria en el tratamiento de la dependencia a las drogas y en la reducción de los comportamientos de alto riesgo que pueden conducir a la transmisión del VIH. Finalmente, este informe explora las vías de inicio en el consumo de drogas con la mirada puesta en las oportunidades para la prevención temprana. En base a los resultados obtenidos, los investigadores han desarrollado una serie de recomendaciones clave en torno a la prevención y tratamiento del uso de drogas y la reducción de daños.

Metodología de evaluación

La meta de este informe es capturar la situación de las personas que consumen drogas y los jóvenes en alto riesgo de usar drogas en Santo Domingo con el objetivo de comprender las oportunidades para la prevención del uso de drogas, las vías y desafíos para la recuperación y los medios necesarios para apoyar el tratamiento y la reducción de riesgos.

Proceso de análisis de datos

Este informe se basa en una encuesta cuantitativa y entrevistas cualitativas conducidas en Santo Domingo, República Dominicana. La encuesta fue realizada a personas que usan drogas y es la fuente primaria de datos cuantitativos. También referenciamos una segunda encuesta conducida por el doctor Marcus Day que ofrece un entendimiento más profundo de los asuntos específicos a los que se enfrentan las personas que se inyectan drogas en Santo Domingo (13).

El equipo de investigación realizó entrevistas en escuelas, centros de tratamiento y centros médicos usando un muestreo de conveniencia con el objetivo de obtener una comprensión más profunda de los servicios y recursos disponibles para las personas que consumen drogas.

Los datos de la encuesta se analizaron usando estadísticos descriptivos. En aquellos casos donde el tamaño muestral lo permitía, se realizó una regresión logística para explorar las asociaciones entre los factores de riesgo y el uso de drogas. Los datos ausentes se excluyeron a la hora de calcular todos los porcentajes.

Las entrevistas se analizaron cualitativamente para identificar temas e información clave. El contenido se agrupó por temas para comparar las respuestas de las distintas entrevistas y se subrayaron las citas más relevantes.

El personal de COIN y de Pangaea se reunió para discutir los resultados y la información clave de las encuestas y entrevistas. En base a estos resultados, el equipo de investigación desarrolló recomendaciones para los programas y para abogacía.

Limitaciones y brechas

Las evaluaciones rápidas, como la que se ha conducido aquí, tienen muchas limitaciones debidas al muestreo y a la distribución temporal de las entrevistas. No obstante, siguen siendo clave para dar respuesta rápida a las epidemias del mundo real y se están usando cada día más en todo el mundo. Hubo muchos factores que influenciaron la recolección de datos, resultando en algunas limitaciones en la evaluación. Es necesario continuar investigando para llenar los vacíos en la comprensión de la situación.

La información existente respecto a los detalles específicos del tratamiento dentro de los centros médicos es limitada. La perspectiva desde el punto de vista de los proveedores de salud añadiría profundidad a nuestro entendimiento del estigma, las actitudes de los proveedores y el acceso y utilización de los servicios de salud por parte de las personas que usan drogas y alcohol. Las entrevistas a proveedores de salud que se realizaron no fueron grabadas, por lo que requieren confiar en la habilidad del entrevistador para recordar y documentar las entrevistas de manera precisa.

De igual modo, la realización de entrevistas con los estudiantes beneficiaría el análisis al proveer información sobre las normas sociales en relación al uso de alcohol, drogas y sobre las actividades sexuales. Además, esto permitiría comprender el conocimiento que los estudiantes tienen de los servicios, su percepción de acceso a los mismos y sus comportamientos de búsqueda de servicios. Las entrevistas con los estudiantes pudieran ser útiles también para comprender mejor las redes de apoyo social y otro capital social disponible para los jóvenes, y proveería ideas de actividades potenciales o apoyos que puedan fortalecer los esfuerzos para la prevención.

El pequeño tamaño de la muestra en ambas encuestas (51 y 36 observaciones respectivamente) limita las posibilidades de análisis. Por ejemplo, el limitado número de observaciones con un estrato específico impide el examen de las interacciones. Esto, unido a una metodología de muestreo no aleatorio, implica que la muestra no es necesariamente representativa de la población de personas que usan droga en Santo Domingo o de la República Dominicana en su conjunto. Esto limita la validez externa de nuestros resultados, y las conclusiones expuestas aquí se refieren primeramente a los sujetos incluidos en el estudio.

A menudo, no todos los encuestados respondieron a todas las preguntas, dejando observaciones ausentes en los datos. Si aquellos que eligieron no responder difieren sistemáticamente de los que si lo hicieron en formas que estén asociadas con los comportamientos sobre los que se pregunta, el análisis pudiera estar omitiendo información importante.

Finalmente, todos los datos fueron recolectados en un mismo espacio de tiempo, lo que significa que el informe no tiene temporalidad. Esto elimina el potencial para buscar relaciones causales. Por ejemplo, no podemos identificar si el estar sin hogar lleva al consumo de crack o si el consumo de crack lleva a estar sin hogar.

Personas que consumen drogas: Resultados y análisis

Resumen

El personal de COIN entrevistó a cuatro trabajadores de cuatro centros de tratamiento para adicción diferentes y a dos médicos en dos hospitales. Los participantes fueron identificados mediante un muestreo de conveniencia. Estas entrevistas sirven para contextualizar los patrones de uso de drogas y acceso a programas de tratamiento y servicios médicos entre las personas que consumen drogas.

La muestra encuestada incluye un total de 51 personas que consumen drogas, de las cuales 39 son hombres y 11 mujeres. El rango de edad de los participantes es de 18 a 61 años, con una edad media de 35. Los encuestados residen en Santo Domingo, capital de la República Dominicana. La mayoría vive en los sectores San Carlos, Zona Colonial y Ciudad Nueva.

Los participantes reportaron usar una gran variedad de sustancias. Las sustancias más comunes usadas en los últimos 30 días incluyen el alcohol, crack, marihuana y heroína. Muchos (45%, n=21) han buscado tratamiento para la sustancia que les causa más problemas.

Tabla 1. Sustancias usadas en los últimos 30 días

Sustancias usadas en los últimos 30 días	Porcentaje^º	n
Alcohol	91%	45
Crack	88%	43
Marihuana	78%	38
Heroína	16%	6
Otra*	24%	9

*Otra incluye alucinógenos, ketamina, benzodiazepina, morfina e inhalantes.

^ºEl porcentaje se ha calculado usando el total de personas que responden como denominador.

Estas sustancias se usan a menudo combinadas, con más de la mitad de las personas que responden reportando haber usado 3 o más de estas sustancias en el pasado mes. La combinación más común es alcohol, marihuana y crack. Una proporción más pequeña de las personas que respondieron reportaron haber usado cuatro o más sustancias en el último mes. Estas combinaciones tienden a incluir alcohol, marihuana, crack y alucinógenos o alcohol, marihuana, crack y heroína.

Este informe se centra en cinco subpoblaciones de interés que presentan un riesgo particularmente alto de transmisión de VIH: Las personas que se inyectan drogas, las personas que usan crack (Han usado crack), las personas sin hogar que usan drogas, las personas que han intercambiado sexo por drogas o dinero (Han intercambiado sexo) y las personas que han sido arrestadas o encarceladas en los últimos 30 días (Han sido arrestados/encarcelados). La población de personas que inyectan drogas es considerada en profundidad en una sección más adelante. Note que existe un gran solapamiento entre estas categorías; muchos individuos están presentes en dos o más de estos grupos.

Tabla 2. Sub-poblaciones de interés en la muestra

Sub-poblaciones	Porcentaje	n
Han usado crack	88%	43
Personas sin hogar	41%	21
Han intercambiado sexo	35%	17
Han sido arrestados/encarcelados	27%	13

Resultados

Los siguientes resultados demuestran patrones de uso de drogas y comportamientos de riesgos asociados, acceso a servicios médicos, discriminación y comportamientos de búsqueda de tratamiento para adicción.

Las personas que usan drogas acceden a los servicios de tratamiento como última opción.

Cuando se les pide que describan su experiencia trabajando con PQCD que llegan de la calle, el personal de los centros de tratamiento los describe como arruinados, destruidos, y apaleados. Esto sugiere que puede existir un sesgo en el trato de las PQCD en los centros de rehabilitación, lo cual podría estar impactando sobre la habilidad de las PQCD para encontrar tratamiento en un entorno que no les juzgue, retrasando el recibir tratamiento. Es crítico comprender esta demora en la utilización de los servicios de tratamiento. Si la demora se deriva de una falta de información sobre la disponibilidad de servicios, estos servicios han de anunciarse más ampliamente. **Sin embargo, si las opciones de tratamiento disponibles están generando resistencia a acceder a tratamiento para la dependencia de sustancias entre las PQCD, entonces es necesario instituir tratamientos basados en evidencia y enfoques efectivos de reducción de daños.**

Mientras algunos buscan tratamiento tarde, muchos no llegan a buscarlo en absoluto. Un empleado de un centro de tratamiento comentaba que hay muchas mas PQCD en las calles que en los centros de tratamiento, decía, “usted sale por ahí y usted se da cuenta en los colmadones que hay mucho más adictos activos en los colmadones, en las discotecas, en los barrios, que gente que está recibiendo tratamiento. Todos aquellos que reportaron haber buscado tratamiento en el pasado volvieron a consumir drogas, y solo dos de los encuestados estuvieron en centros de tratamiento en los últimos 30 días.

Es necesario investigar más para comprender las causas de los bajos ratios de búsqueda de tratamiento, los cuales pueden ser resultado de una creencia de que el tratamiento actual no es efectivo, miedo a la discriminación o abuso, o un deseo de continuar consumiendo drogas. En cualquier caso, es aparente que se necesitan incentivos para animar a las PQCD a buscar tratamiento más temprano.

Los centros de tratamiento existentes parecen no tener éxito dadas las altas tasas de abandono prematuro del tratamiento y recaída.

Las altas tasas de recaída son un reto en todos los centros de tratamiento entrevistados para este estudio. Un trabajador de uno de los centros resumía el problema diciendo, “vienen muchos pero pocos son los que perseveran”.

Cuando se les pregunta por los retos existentes para completar el tratamiento, el personal de los centros repitió dos razones principales:

- 1) Las PQCD a menudo sienten que están “curadas” rápidamente y se van tras unos pocos días. Esto puede ser derivado de una resistencia a admitir o comprender que el uso de drogas es una condición crónica.
- 2) A las PQCD que buscan tratamiento a menudo no les gusta la estructura y las normas de los centros, quizá porque están acostumbrados a vivir en la calle bajo sus propias normas.

La primera lógica hace referencia al núcleo mismo de la dependencia de drogas. Las PQCD a menudo bregan con la gratificación inmediata (14). La suposición incorrecta por parte del paciente es, a menudo, que unos pocos días sobrio significa que la droga ha salido de su cuerpo y por lo tanto la dependencia a la droga ha sido curada. Esto señala una comprensión limitada de la dependencia. Los centros de tratamiento necesitan entender el modelo médico de adicción¹ y ser capaces de educar a los pacientes en él, ayudándoles a entender que el tratamiento es un proceso y que la sobriedad no es un sprint, sino un maratón. El modelo médico de adicción nos ayuda a entender por qué los individuos se exponen a un riesgo excesivo para conseguir la droga. Las drogas son pequeñas moléculas que entran en el cerebro y tienen efectos específicos sobre él; algunos de esos efectos cambian el cerebro de manera importante y duradera. Los mecanismos neurobiológicos específicos de la adicción se relacionan con varios caminos diferentes en el cerebro asociados con la recompensa derivada de un comportamiento específico, tal como el orgasmo es la “recompensa” por el sexo. Las sustancias que llevan a la adicción activan este “centro de recompensa”, creando una intensa experiencia placentera que anima al individuo a repetir la ingestión de la sustancia [19, 25]. Esto es, en parte, el motivo por el que los individuos se exponen al riesgo de contraer una enfermedad infecciosa, trauma físico y emocional y encarcelamiento. El cerebro del individuo ha sido primado para esperar algo extra y el cerebro hará todo lo que pueda para llevar al individuo a obtener y usar ese algo extra. [26] Esta neurobiología, que explica parte del comportamiento del individuo, entra en conflicto con la posibilidad real del individuo de tomar decisiones informadas que vayan en contra de esta programación neurobiológica (de otro modo, la sobriedad nunca podría existir). Estas elecciones, no obstante, se vuelven más difíciles por el efecto neurobiológico de la adicción. Esto enfatiza el reto de tratar al individuo adicto: al igual que la falta de preservativos no evita el sexo, la falta de jeringas limpias no evita el uso de drogas inyectables.

La segunda razón demuestra la necesidad de modificar el enfoque de rehabilitación. Actualmente, todos los centros de tratamiento entrevistados proveen tratamiento basado en la religión en vez de enfoques basados en evidencia que se ha demostrado que aumentan la retención. Cuando se les pregunta cuál es el tratamiento más efectivo que ofrecen, uno de los participantes respondió que Cristo es la mejor herramienta que tienen para ayudar a los pacientes a dejar las drogas, diciendo, “Nosotros no damos terapia de adicción ni nada de eso, nosotros es por fe. Dios es el único que puede curar a la víctima”.

Algunos trabajadores de los centros de tratamiento expresaron la creencia de que, además de la fe, el tratamiento medicamentoso asistido (TMA) ayudaría a la rehabilitación, especialmente a aquellos que usan heroína. Esta necesidad de TMA se sostiene en la alta tasa de deserción y recaída reportada por las personas que inyectan droga en Santo Domingo. Casi todas las personas que inyectan drogas habían asistido a un centro de tratamiento residencial (que no proporciona TMA), pero el 82% (n=22) reportaron haberse inyectado droga en el último mes (13). Esto sugiere una tasa extremadamente alta de retorno a inyectar drogas después del tratamiento y la necesidad de TMA para apoyar el proceso de recuperación.

¹ Para una discusión detallada de los detalles del modelo médico de adicción, ver [Bruce RD](#). Medical Interventions for Addiction. In: Gendelman et al., eds. Neurology of AIDS, 3rd Ed. Oxford University Press. New York: 2011. ISBN 978-0195399349.

.....

El apoyo al TMA está reforzado por la necesidad de combatir los aspectos físicos de la dependencia. Un empleado de un centro de tratamiento habló sobre el poder de la adicción en si mismo, diciendo,

“sobre todas las cosas es la adicción. Cuando al individuo le llega esa necesidad de consumir drogas, varón, es bien difícil.” La dependencia a las drogas en si misma es una de las principales barreras para la recuperación. Recursos que ayuden a la PQCD a controlar los aspectos físicos de la dependencia podría incrementar las tasas de retención en los centros de tratamiento.

Se ha demostrado que el apoyo de los pares ayuda a las PQCD a completar el tratamiento (15) y parece ayudar a las PQCD en su proceso de recuperación en la República Dominicana. Uno de los empleados de un centro de tratamiento mencionó como aquellos que están en tratamiento se ayudan unos a otros a superar los períodos difíciles. Otro empleado mencionó la importancia del apoyo de la familia para completar con éxito el programa. Algunas personas en tratamiento llevan a sus familias con ellos y, de acuerdo con este empleado del centro, el apoyo de la familia hace el proceso de recuperación más fácil.

Los tratamientos farmacológicos y conductuales efectivos que ayudan a las PQCD a lidiar con los aspectos físicos de la dependencia a las drogas y que proveen apoyo social y emocional en un entorno flexible son necesarios para mejorar la retención.

Los comportamientos sexuales de riesgo son comunes entre las personas que usan drogas, como evidencia el uso inconsistente del condón.

Cuando se les preguntó por la última vez que habían tenido sexo anal o vaginal sin condón, muchas de las personas que respondieron (37%, n=19) dijeron que habían tenido sexo sin protección en los últimos siete días.

Entre aquellos que habían estado en prisión o arrestados en los últimos 30 días, el 46% reportó haber tenido sexo vaginal o anal sin protección en los últimos 7 días. Este porcentaje es más alto que la proporción general de la población que había tenido sexo sin protección en los últimos 7 días y más alto que el reportado por todas las otras subpoblaciones de interés.

Los y las trabajadores/as sexuales merecen especial atención por su potencial para la transmisión de VIH/ITS. Aunque tradicionalmente en alto riesgo, 24% (n=4) reportaron haber tenido sexo anal o vaginal sin protección en los últimos 7 días- un porcentaje más bajo de sexo sin protección que el de las demás subpoblaciones, aunque aún motivo de preocupación. Alarmante es, no obstante, el 53% (n=9) que habían tenido sexo anal o vaginal en los últimos 3 meses.

El intercambio de sexo por dinero o drogas en los últimos 30 días es más frecuente entre las subpoblaciones de interés comparado con la prevalencia general de la muestra que es un 35% (n=17). Entre las personas si hogar entrevistadas, 55% (n=11) reportaron haber intercambiado sexo por dinero o drogas en los últimos 30 días. Aquellos que habían sido encarcelados o arrestados en los últimos 30 días no se quedan atrás con un 46% (n=6) que reporta haber intercambiado sexo por dinero o drogas.

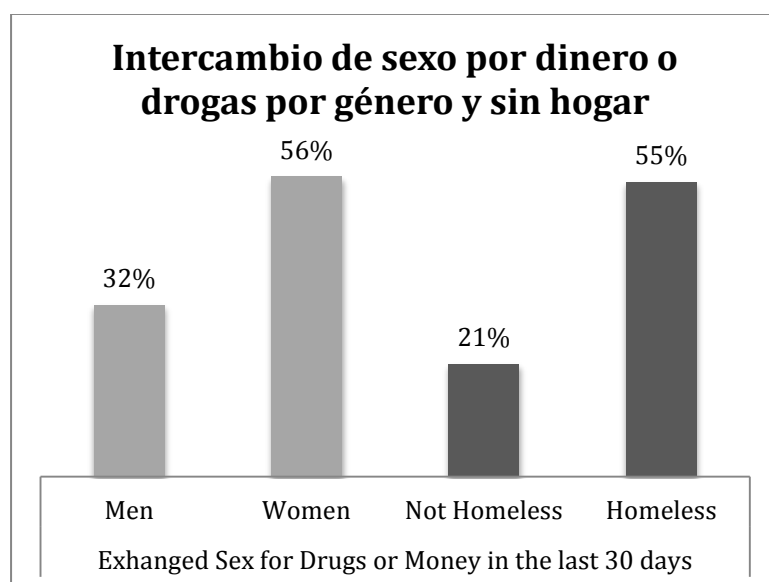
Tabla 3. Frecuencia de comportamientos sexuales de riesgo por subpoblación

	Crack	Sin hogar	Intercambiado sexo	Arrestado/ encarcelado	Todos
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Ha tenido sexo sin condón en los últimos 7 días	35% (15)	33% (7)	24% (4)	46% (6)	37% (19)
Ha intercambiado sexo por dinero/droga en los últimos 30 días	39% (16)	55% (11)	--	46% (6)	35% (17)

Las mujeres parecen tener más oportunidades para intercambiar sexo por dinero que los hombres, aunque esta relación no es estadísticamente significativa, posiblemente debido a la pequeña muestra de mujeres en la encuesta.

Las personas sin hogar también tienen más posibilidades de haber participado en trabajo sexual. Incluso después de controlar por la edad y el género para aislar la asociación entre estar sin hogar y trabajo sexual, aquellos que reportaron estar sin hogar tienen 6.37 veces más probabilidad de haber intercambiado sexo por dinero o drogas en los últimos 30 días (p-value=0.012; CI (1.515 - 26.79)).

Gráfico 1. Intercambio de sexo por dinero o drogas en los últimos 30 días por género (N=47)* y por condición de estar sin hogar (N=48)*



*47 y 48 personas respondieron a la pregunta respectivamente.

Los datos confirman un patrón alarmante de uso infrecuente de condón asociado con consumo de alcohol. Controlando por la edad y el género, las personas que expresaron una preferencia por el alcohol tienen 0.21 veces más probabilidad de reportar haber usado condón la mayoría o todas las veces en los últimos 6 meses comparado con aquellos que no reportaron el alcohol como su sustancia de preferencia (p-value=0.046;

CI (0.044 – 0.972). Esto es especialmente alarmante dado que muchos encuestados beben alcohol frecuentemente y en grandes cantidades. Casi la mitad beben 10 o más bebidas, dos o más veces a la semana, lo que demuestra que aquellos que beben frecuentemente también lo hacen en gran cantidad. El consumo peligroso de alcohol afecta al juicio y lleva a un aumento de los riesgos sexuales (7). En particular, las personas que han intercambiado sexo por dinero o drogas en los últimos 30 días beben más frecuentemente que la media de la muestra y en mayores cantidades.

Tabla 4. Patrones de consume de alcohol por subpoblación

	Crack	Sin Hogar	Intercambian sexo	Arrestado/ encarcelado	Todos
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Beben alcohol más de 2 veces a la semana	74% (32)	57% (12)	82% (14)	77% (10)	65% (33)
Beben más de 6 bebidas en el mismo día semanalmente o más a menudo	77% (30)	88% (15)	94% (15)	83% (10)	81% (38)
Beben 7 o más bebidas en un día típico de beber	69% (27)	76% (13)	75% (12)	67% (8)	47% (22)

Dada la relación entre consumo de alcohol y no uso del condón, las personas que han intercambiado sexo por dinero o drogas requieren una atención adicional. Las personas sin hogar, los usuarios de crack y las personas que han sido arrestadas o encarceladas en los últimos 30 días también muestran propensión al sexo sin protección y a realizar trabajo sexual, lo que les pone en mayor riesgo de infectarse de VIH o ITS. Estas subpoblaciones podrían beneficiarse de estrategias que reducen el riesgo de infección de VIH u otras ITSs.

Compartir la parafernalia de crack y de cocaína es una práctica común entre las personas que usan drogas.

Compartir las pipas de crack o la parafernalia de consumo de cocaína es una práctica común entre la población de la muestra. Entre aquellos que fuman crack, 76% (n=16) reportaron haber compartido una pipa de crack u otra parafernalia con otros en los últimos 30 días. Entre aquellos que esnifan cocaína, 61% (n=21) reportaron compartir los instrumentos para esnifar cocaína con otros en los últimos 30 días. Compartir la parafernalia de crack y cocaína es común entre las personas sin hogar, aunque la prevalencia de estos comportamientos es alta en las cuatro subpoblaciones.

Tabla 5: Compartir parafernalia para usar crack o cocaína en los últimos 30 días, por subpoblación.

	Crack	Sin hogar	Intercambian sexo	Arrestados/ encarcelados
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Compartieron parafernalia de crack en los últimos 30 días	80% (16)	82% (9)	67% (4)	71% (5)
Compartieron parafernalia de cocaína en los últimos 30 días	59% (19)	73% (8)	56% (5)	63% (5)

La investigación sugiere que usar pipas de crack reseca y agrieta los labios (16). Compartir una pipa de crack entre personas con los labios agrietados y sangrando puede exponer a los fumadores de crack a un elevado riesgo de VIH (4) y hepatitis C (17). Compartir los instrumentos para esnifar cocaína puede derivar en resultados similares (5). Las estrategias para reducir el riesgo de transmisión de VIH y hepatitis C entre personas que usan crack son necesarias.

Las personas que usan drogas dependen de los servicios de emergencias para recibir atención médica.

La mayoría de las personas que respondieron (69%, n=35) utilizan los servicios de emergencias como su fuente primaria de servicios de salud. Alarmanamente, muchos (37%, n=19) no buscaron atención médica cuando experimentaron síntomas de una infección de transmisión sexual. Aunque el 73% (n=37) de los encuestados se habían realizado la prueba de VIH, la mayoría lo hizo en emergencias. Un médico entrevistado también corroboró este hecho diciendo que la mayoría de las PQCD acaban en emergencias en lugar de acudir a los servicios de medicina general.

Se necesitan conexiones más fuertes ente los proveedores de salud, los centros de tratamiento y los servicios sociales para asegurar atención médica comprensiva y a tiempo par alas PQCD.

Problemas psicológicos subyacentes son comunes entre las personas que consumen drogas y constituyen una importante barrera para la recuperación.

Uno de los médicos entrevistados para el informe afirmó que la mayoría de las personas que consumen drogas luchan con una enfermedad mental. La encuesta realizada por el Dr. Marcus Day

En personas que inyectan drogas refleja esta afirmación. De las 26 personas que respondieron, 27% (n=7) habían sido hospitalizadas para el tratamiento de una enfermedad mental. 38% (n=8) habían sido diagnosticadas con depresión por un médico y 24% (n=5) con ansiedad (13).

Entre los empleados de los centros de tratamiento, hay un sentido general de que las personas en tratamiento podrían beneficiarse de manera importante de los servicios psicológicos. ***En particular, la necesidad de un diagnostico temprano y tratamiento***

para aquellos que tienen una enfermedad mental, incluyendo aquellos que han experimentado traumas (ej. Violencia sexual) es fuertemente recomendable.

Además, las oportunidades de educación que ayudan a los pacientes a incrementar su confianza y habilidades son importantes para prepararles para la reintegración a la sociedad civil.

Las personas que usan drogas se enfrentan a la discriminación sistémica. La brutalidad policial y los arrestos innecesarios son sucesos comunes.

Cuando se les pregunta si alguna vez han experimentado discriminación de las manos de proveedores de salud, policía, su familia o los empleadores, los encuestados reportaron altas tasas de discriminación. La fuente más frecuente de discriminación es la policía. Muchos reportaron violencia física, arrestos ilegales y haber sido atacados por la policía.

Muchos también reportaron que cuando buscan atención médica no reciben la atención que necesitan y sienten que los doctores no quieren tratarles. Esto se contradice con lo que reportan los empleados de los centros de tratamiento que dicen que los proveedores de salud tratan con especial atención a las PQCD de los centros de tratamiento, aunque quizá estar en rehabilitación influya cómo los proveedores de salud tratan a las personas que consumen drogas.

Tabla 7. Fuentes de discriminación por subpoblación.

Fuente de discriminación	Crack	Sin Hogar	Intercambian sexo	Arrestados/ encarcelados	Todos
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Policía	74% (25)	79% (11)	58% (7)	100% (9)	73% (30)
Proveedores de salud	27% (11)	37% (7)	25% (4)	17% (2)	24% (12)
Familia	22% (7)	38% (5)	18% (2)	29% (2)	21% (8)
Empleadores	10% (3)	9% (1)	0% (0)	100% (7)	14% (5)

Uso de drogas y alcohol en las escuelas

Según el National Institute on Drug Abuse (NIDA), las intervenciones tempranas dirigidas a la prevención son más efectivas que las intervenciones posteriores (18).

Las intervenciones en las escuelas son comunes por su potencial para alcanzar grandes poblaciones de jóvenes. El entorno de la escuela es también el primer paso en la socialización y un entorno principal para introducir los factores de protección y de riesgo para el uso de drogas y alcohol entre la gente joven (19). Los investigadores llevaron a cabo entrevistas en las escuelas para evaluar los patrones de uso de drogas y alcohol entre los estudiantes en tres escuelas de Santo Domingo.

Resumen

El equipo de investigación llevó a cabo cuatro entrevistas en tres escuelas para recoger información respecto al uso de drogas y alcohol y las actividades sexuales entre los estudiantes de las escuelas participantes. El muestreo de conveniencia incluyó cuatro profesores y un psicólogo de la escuela. Las entrevistas proveen una descripción de los patrones de uso de alcohol y drogas y de las actividades sexuales entre los estudiantes, apoyos sociales y recursos disponibles para los jóvenes en alto riesgo, y el enfoque de la escuela hacia el uso de alcohol y drogas y las actividades sexuales entre los estudiantes. Según todos los participantes, el uso de alcohol y drogas es un problema entre los estudiantes de sus escuelas. Todos los profesores entrevistados estuvieron de acuerdo en que la marihuana y el alcohol son las sustancias más comunes entre los estudiantes, pero un participante mencionó que algunos estudiantes usan crack también.

Resultados

La experimentación con drogas y alcohol empieza después de la enseñanza media y frecuentemente está provocada por la presión social.

En base a los informes del personal de las escuelas, el uso de drogas y alcohol no está ampliamente extendido entre los estudiantes más jóvenes en la enseñanza media. Más bien, los estudiantes comienzan a experimentar en el liceo, según uno de los profesores entrevistados. Además, el uso de alcohol y drogas parece estar normalizado entre los estudiantes; los profesores entrevistados dijeron que los jóvenes no estigmatizan a los estudiantes que usan alcohol o drogas (de manera recreativa).

Como en todas las culturas, la presión social juega un papel importante en la iniciación al consumo de drogas y alcohol. Esta evidencia apunta a la necesidad de programas de prevención temprana dirigidos a incrementar la conciencia sobre los peligros del consumo de alcohol y drogas y a aumentar las habilidades de los estudiantes para la toma de decisiones y la resistencia a la presión social.

Muchos estudiantes se involucran en actividades sexuales de riesgo como el uso inconsistente del condón.

Además del consumo de drogas y alcohol, todos los profesores entrevistados creen que muchos estudiantes se involucran en actividades sexuales. Un profesor mencionó que los estudiantes saben acerca de los condones y los usan. No obstante, los profesores

hicieron referencia a muchas jóvenes embarazadas, lo que indica que el uso del condón puede no ser tan consistente como este profesor cree.

A los estudiantes a menudo les faltan apoyos positivos, y tienen pocos recursos disponibles para apoyarles en la toma de decisiones saludables (ej. Apoyos sociales, programas educativos, y materiales informativos)

Los conflictos familiares parecen contribuir al uso de alcohol y drogas entre los estudiantes. Los profesores están de acuerdo en que a los estudiantes les falta una guía en casa y que hay poca comunicación dentro de las familias. Según un profesor, esta falta de apoyo y guía por parte de la familia puede llevar a agresiones estudiantiles. Hay un sentimiento de que todos los problemas que presenciamos en la escuela tienen su raíz en el entorno familiar: “todos los problemas que reflejan aquí, que reflejan en su conducta se pueden arreglar en la familia”.

Algunos profesores expresaron la idea de que el uso de alcohol y drogas entre los estudiantes está fuera del alcance del personal de la escuela. Según un profesor, “los estudiantes que vienen hoy a la escuela pueden ser consumidores como vendedores. Y como escuela, no lo podemos rechazar porque aquí el comportamiento que se le sigue es académico. Uno lo que le exige es la parte conceptual”.

Otro profesor mencionó que no hay materiales informativos para darle a los estudiantes. Según este profesor, no hay un programa de educación sobre drogas y no hay políticas bien definidas respecto al uso de alcohol y drogas dentro de las escuelas.

Dos profesores mencionaron que hablan con los estudiantes sobre sus asuntos personales como el uso de alcohol y drogas, pero un profesor se sentía incómodo con la idea de enfrentar a los estudiantes sobre sus problemas personales. Para los estudiantes que tienen retos no académicos, el psicólogo parece ser su recurso principal.

Los estudiantes que consumen alcohol o drogas, o que quedan embarazadas, a menudo son expulsados de la escuela.

Un profesor expresó la idea de que una manzana podrida puede estropear el resto diciendo, “dice un refrán y a veces las personas mayores tienen razón en algunos aspectos. ‘Que una mala red hace perder un ganado’, o ‘una china podrida daña la que está al lado’. Y si tu trata con un estudiante, trata hoy, y vuelve y trata mañana y tu no ve mejoría, ni ves cambio, pues para que el resto [no] se dañe, hay que salir de ellos”.

Esta actitud hacia los estudiantes que usan drogas o alcohol o que son sexualmente activos se refleja en el enfoque de la escuela hacia el uso de drogas y alcohol y los embarazos adolescentes.

Un profesor habló sobre cómo los jóvenes que tienen serios problemas con el alcohol o las drogas son rechazados socialmente, en vez de recibir apoyo, estos estudiantes son “satanizados” por los profesores y psicólogos y acaban siendo expulsados. Este profesor dijo, “Ellos (los psicólogos) es que satanizan al joven, mayormente, y le suspenden la inscripción”.

Las estudiantes que quedan embarazadas enfrentan consecuencias similares. Hay evidencia de que las jóvenes embarazadas son apartadas de la escuela. Las jóvenes embarazadas deberían ser una prioridad en las intervenciones, apartarlas de la escuela les saca de un sistema que pudiera facilitarles ayuda.

Análisis de situación conducido por el Caribbean Drug Abuse Research Institute (13): Resultados y análisis

Los siguientes resultados vienen de una encuesta realizada a personas que inyectan drogas realizada en Santo Domingo por el Dr. Marcus Day, director del Caribbean Drug Abuse Research Institute (CDARI) en la primavera de 2012 (13). Estos resultados aportan claridad adicional sobre la situación de las personas que inyectan drogas.

Resumen

CDARI llevó a cabo una encuesta con personas que consumen drogas, que específicamente sobre muestreó personas que inyectan drogas (PQID). La muestra incluye 36 PQID (30 hombres y 6 mujeres). La media de edad es 42 años. La mayoría (61.1%, n=22) está sin hogar, y el 63.9% (n=23) han sido deportados de los Estados Unidos. Reflejamos este resultado particular sobre los deportados no para subrayar que esta sea la única comunidad que inyecta drogas, este estudio también refleja que el 40% comenzaron a usar droga en la República Dominicana. Ninguno de los encuestados tenía empleo formal, si no que se dedican al chiripeo, robo, trabajo sexual, venta de drogas y reciben apoyo de su familia o pareja.

Resultados

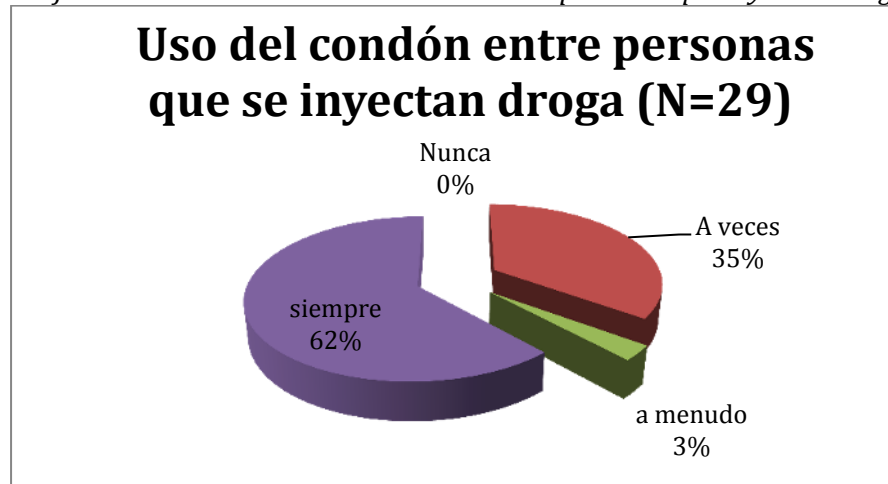
Cuando se les preguntó por las drogas consumidas en el mes pasado, la respuesta más frecuente fue heroína, (n=30) seguida de cocaína (n=17). La encuesta sobre muestreó PQID a propósito, resultando en un 81.5% (n=22) reportando haber inyectado drogas en el mes anterior. La mayoría (60%, n=15) comenzó a inyectarse en los Estados Unidos.

Las personas que inyectan drogas se involucran en actividades sexuales de alto riesgo incluyendo sexo sin protección.

La mayoría de las PQID entrevistadas (64.7%, n=20) han intercambiado dinero o drogas por sexo en algún momento de su vida. Aunque de manera menos prevalente en la muestra (posiblemente reflejando la gran parte de hombres en la muestra que compran favores sexuales) muchos (25.7%, n=9) hicieron el intercambio contrario, intercambiando sexo por drogas o dinero. Durante la última vez que intercambiaron sexo y drogas o dinero, 14.8% (n=4) no utilizaron un condón.

En general el uso de condón es inconsistente en esta muestra poblacional. Aunque la mayoría reporta usarlo siempre, mucho sólo lo usan a veces.

Gráfico 2. Frecuencia de uso de condón entre personas que inyectan drogas.

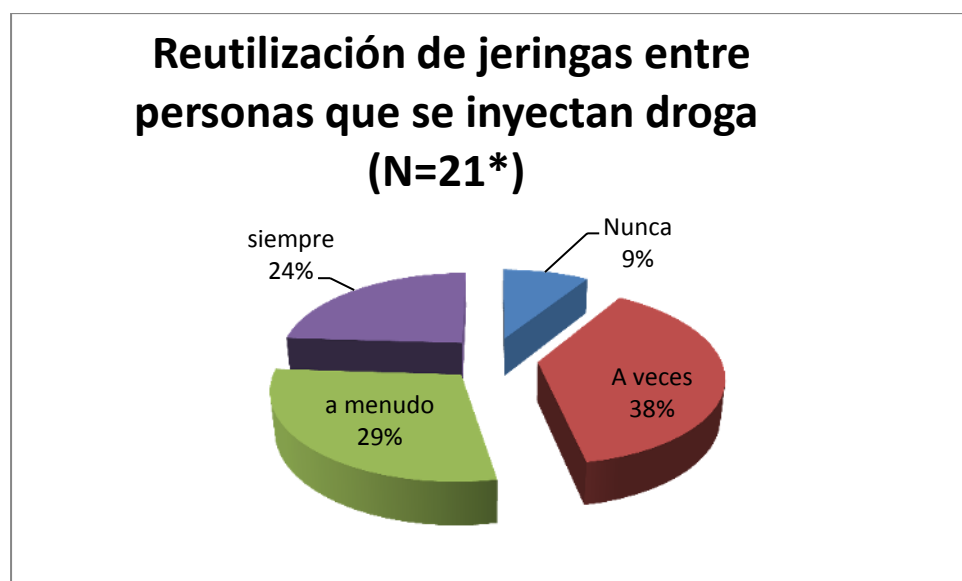


Al igual que en la encuesta de personas que consumen drogas, las personas que se inyectan drogas presentan comportamientos sexuales de alto riesgo que les ponen en riesgo de adquirir o transmitir VIH, hepatitis y otras ITS. Son necesarias estrategias y herramientas para reducir el riesgo de transmisión.

Las personas que se inyectan drogas a menudo usan, reutilizan y comparten jeringas que no están limpias.

Algo menos de la mitad (47.6%, n=10) de las personas que se inyectan drogas reportaron que no usan una jeringa limpia cada vez que se inyectan, 43.5% (n=10) reportaron que comparten jeringas, y 42.1% (n=8) reportaron usar jeringas que encuentran en el suelo.

Gráfico 3. Frecuencia de reutilización de jeringas ente las personas que se inyectan droga.



*21 personas respondieron esta pregunta.

Compartir jeringas y materiales para preparar las drogas inyectables está asociado con la transmisión de la hepatitis C (20) y del VIH (21). La frecuencia con la que esta población está compartiendo y reutilizando jeringas que no están limpias y estériles apunta a una necesidad de mensajes y herramientas de reducción de riesgo.

Las personas que inyectan drogas agradecerían programas de tratamiento asistidos con medicamentos, programas de intercambio de agujas y jeringas y más servicios de educadores pares y alcance.

La mayoría de las personas que respondieron (85%, n=29) querrían tratamiento asistido con medicamentos como la metadona. Consistentemente con los datos conocidos sobre PQID, 80.6% (n=25) reportaron que tener jeringas limpias disponibles no incita a inyectarse. Casi todas las personas que respondieron (96.8%, n=30) recomiendan más programas de educadores pares y más servicios de alcance para ayudar a las personas que consumen drogas.

Recomendaciones

Personas que Consumen Drogas: Recomendaciones

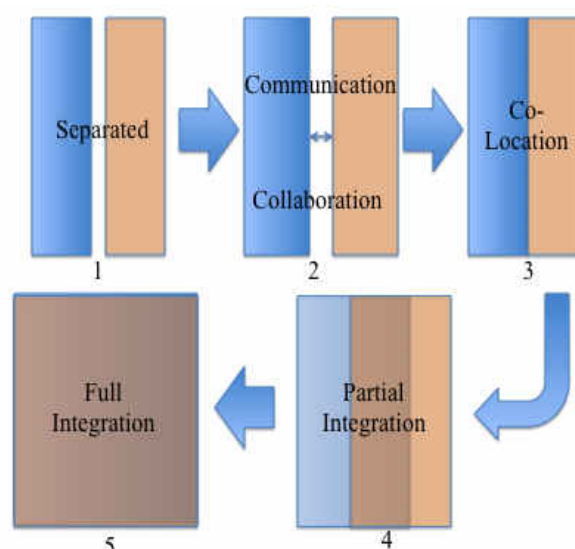
Dos estrategias globales subyacen las recomendaciones siguientes: 1) un planteamiento de reducción de daños a la prevención y el tratamiento y 2) un modelo de servicios integrados.

La filosofía de reducción de daños se puede aplicar a todo tipo de enfermedades crónicas, incluyendo la adicción a drogas y alcohol. La filosofía está basada en estrategias que ayudan a las personas que consumen drogas a reducir el riesgo de consecuencias de salud adversas que proceden del uso de drogas. Muchas personas que consumen drogas son incapaces o reacios a para de consumir drogas aun después de recibir tratamiento. Las estrategias que enfocan en ofrecer apoyo a la persona “donde esté” y no “donde debe estar” son clave para satisfacer las necesidades individuales. Ejemplos de medidas de reducción de daños para PQCD incluyen el acceso fácil a terapia farmacológicas para dependencia (ej. metadona) tanto como programas de intercambio/dispensación de agujas y jeringas. Esas intervenciones han demostrado tener la habilidad de reducir la transmisión de VIH y hepatitis.

Un modelo de salud integrada se refiere a la formación de estructuras horizontales dentro de un sistema de salud vertical para facilitar la comunicación y cooperación a través de servicios con la meta última de mejorar los servicios para el paciente.

La verdadera integración de servicios de salud es un proceso complejo y multifacético que requiere integración en niveles múltiples. En el caso de la República Dominicana, la integración de apoyos sociales, servicios de salud mental comunitarios e institucionales, atención médica, servicios de reducción de daños, y servicios de tratamiento de drogas y alcohol son clave. Puesto que este cambio es tan fundamental, no puede ser logrado al instante sino que tiene que ser introducido gradualmente durante un tiempo.

Una discusión básica de las Etapas de Integración de Servicios de Salud está gráficamente representada a la derecha. En breve, las estructuras de salud empiezan como instituciones separadas y continúan a través de comunicación y colaboración a eventualmente co-localizar servicios. Hay una distinción fuerte entre co-localización de servicios (ej. poner varios servicios bajo un techo) e integración. El último cruza disciplinas para mejorar resultados de salud. Un ejemplo de una clínica co-localizada es un médico de adicción que receta TMA en un Servicio de Atención Integral. Integración es cuando el médico de VIH receta TMA. Integración parcial es cuando los proveedores de servicios empiezan a ampliar su rango de servicios dentro de su propia disciplina.



Por ejemplo, ambos el médico de tuberculosis y el médico de VIH proporcionan atención médica para una enfermedad infecciosa. Enseñar al médico de VIH tratar la tuberculosis

puede ser más fácil materialmente que enseñar al médico de VIH a diagnosticar y tratar varias formas de enfermedades mentales. Esta última etapa abarca servicios de tratamiento completamente integrados (10).

A continuación se presentan recomendaciones específicas basadas en los principios de la reducción de daños e integración de servicios.

Abogar por políticas y acercamientos que reconocen la adicción como asunto médico en lugar de un asunto criminal.

Abogar por estrategias que incluyen terapias farmacológicas, conocidas como tratamientos medicamento asistidos (TMA), como la metadona. Metadona estabiliza a las personas que buscan tratamiento para el consumo de opioides y reduce las inyecciones no seguras que pueden transmitir VIH y hepatitis. Al facilitar el proceso de rehabilitación, los métodos de TMA proporcionan incentivos adicionales que animan a las PQCD a buscar tratamiento, y los ayuda superar los aspectos físicos de la adicción. Se ha demostrado que el TMA también aumenta la retención (15) y reduce los comportamientos de riesgo asociados con el consumo de drogas que aumentan el riesgo de transmisión de VIH e ITS (10) (22).

Como la metadona esta actualmente prohibida en la República Dominicana, sería bueno explorar otros medicamentos alternativos (ej. buprenorfina) para usar en programas de tratamiento medicamento asistido. Estos programas deben ser fácilmente accesibles e incluir planes de tratamiento que estén adaptados a las necesidades del paciente.

Aumentar los esfuerzos de abogacía para abordar políticas que repercuten en el acceso a jeringas seguras, incluyendo programas de intercambio/ distribución de agujas y jeringas. Los programas de intercambio/ distribución de agujas y jeringas dan acceso a jeringas estériles a las personas que se inyectan drogas. El uso de jeringas estériles reduce el riesgo de transmitir o adquirir VIH, hepatitis y otras infecciones asociadas con el consumo de drogas de inyección.

Separar el consumo de drogas, la venta de drogas como sustento, y el tráfico de drogas de gran escala en la Ley 50-88 para dar espacio para la descriminalización del consumo de drogas y el reconocimiento de que la dependencia es un asunto médico. Esto ayudaría a crear el espacio legal que se necesita para los programas de intercambio/ distribución de agujas y jeringas y para el tratamiento medicamento asistido como la metadona.

Llevar a cabo una campaña en las escuelas, centros de salud, lugares de trabajo, y en la comunidad para disminuir discriminación sistémica contra las personas que consumen drogas y para elevar la conciencia de que la dependencia es un asunto médico y no criminal.

Educar a la policía sobre el modelo médico de dependencia para influir en las actitudes de la policía pasando de ver a las PQCD como delincuentes a verlos como personas que luchan contra una condición de salud que puede ser tratada. Para apoyar el ajuste de actitudes, será importante educar a la policía sobre la Ley 50-88. Ese cambio de actitud les ayudará a distinguir entre el tráfico de drogas y el consumo de drogas, y reducirá las detenciones innecesarias y los abusos.

Crear una alianza estratégica entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación para transformar la educación en salud en las escuelas. Esta alianza tiene el potencial de desarrollar un currículo comprensivo de salud y para prestar entrenamientos de alta calidad a los profesores y consejeros con el objetivo de prevenir el uso de drogas, conductas

sexuales de riesgo, y la transmisión de VIH entre estudiantes. Además, los Ministerios pueden desarrollar estrategias efectivas, integradas y dirigidas para las PQCD.

Crear un sistema para proteger los derechos humanos de las personas que consumen drogas. Las quejas sobre la violencia policial tienen que ser investigadas y tomadas en serio por las autoridades del gobierno. Se debe crear una comisión independiente para oír casos y para disciplinar agentes que abusen físicamente de los individuos. Agencias como Human Rights Watch pueden asistir en el diseño de sistemas que puedan ayudar en la protección de los derechos humanos de las personas que consumen drogas.

Proporcionar servicios de tratamiento basados en evidencia que apoyen a las PQCD donde están actualmente, con un enfoque en servicios fácilmente accesibles y con la meta de retención en tratamiento a largo plazo.

Entrenar médicos y proveedores de salud en identificación, prevención y tratamiento de la adicción a las drogas, incluyendo el suministro de TMA admisible para adicción a opioides. Será importante sensibilizar a los proveedores de salud para disminuir el estigma asociado con el consumo de drogas y para aumentar la utilización de tratamientos eficaces en centros médicos.

Para las personas que usen no-opioides como cocaína y alcohol, existen medicamentos que pueden ayudar en su rehabilitación. Estos medicamentos también deben estar disponibles. En particular, se ha demostrado que el disulfiram es beneficioso en el tratamiento de la adicción a cocaína (23) (24) (25) (26) (27) y se ha demostrado que la naltrexona es eficaz en el tratamiento de la adicción a alcohol (28).

En los centros de tratamiento, fortalecer la terapia psicológica y farmacológica para las enfermedades mentales basada en evidencia y provista por personal entrenado. Se ha demostrado que tratamiento de mantenimiento de metadona (TMM) en combinación con tratamientos de comportamiento como orientación psicológica es más eficaz para reducir el consumo de opioides que solo TMM (29).

Fortalecer las oportunidades para grupos de apoyo de adictos y de familia dentro de los centros de tratamiento. El apoyo de otras personas que también son adictos a las drogas y apoyo familiar ayudan a la retención y terminación del tratamiento (15). Se ha demostrado que el apoyo de pares es útil en la rehabilitación; por ejemplo, Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos son modelos basados en apoyo de pares.

Proporcionar servicios a las PQCD para reducir el riesgo de consecuencias adversas del consumo de drogas, como la adquisición de VIH y otras infecciones.

Aumentar actividades de apoyo social dirigidas a las PQCD para animar a la utilización de los servicios de prevención y tratamiento de manera más temprana y más amplia y para reducir los comportamientos de alto riesgo asociados con el consumo de drogas, incluyendo el sexo sin condón y la reutilización de jeringas. Estas actividades pueden incluir la coordinación con otras organizaciones comunitarias que proporcionen pruebas voluntarias de VIH/ITS rutinarias en áreas de alto riesgo, la creación de redes de pares del entorno para dar seguimiento rutinario a las necesidades de servicios, y la colaboración con proveedores de salud que estén dispuestos a tratar a los individuos que consumen drogas (ej. Curar abscesos y heridas).

Crear materiales educativos sobre prevención de VIH para poblaciones que consumen drogas. Los materiales deben incluir información sobre los peligros de compartir parafernalia de drogas y participar en sexo sin condón y proporcionar información sobre donde y como acceder tratamiento y servicios médicos.

Proporcionar a las PQCD equipos de inyección segura e instrumentos para fumar o esnifar drogas, y proporcionar condones y otras materiales de sexo más seguro. Mientras la distribución de elementos que puedan ser considerados parafernalia para el consumo no es posible actualmente, los equipos de inyección segura pueden apoyar la reducción del riesgo asociado con inyección en otras maneras. Por ejemplo las gasas estériles para limpiar el área de inyección pueden ayudar a prevenir abscesos e infecciones. Los envases para agujas y otros objetos punzocortantes donde los consumidores pueden depositar jeringas usadas de manera segura deben estar puestos en todos lugares donde las PQID se inyectan – baños públicos, casas de inyección, etc.

Los departamentos de emergencia son una buena opción para las actividades de apoyo social porque son la fuente de asistencia médica y pruebas de VIH/AIDS más comunes para personas que consumen drogas. Los departamentos de emergencia deben ser considerados como sitios para dispensar tratamiento medicamente asistido como una manera fácil de empezar a involucrar a las PQCD en tratamiento. Además, los departamentos de emergencia y otros proveedores de salud deben estar equipados con medicamentos para el tratamiento de sobredosis.

Un trabajo comunitario exitoso incluye sistemas de seguimiento y evaluación que proporcionan información coherente desde los trabajadores de campo a los gerentes de programa. Esta información es vital para desarrollar estrategias efectivas que involucren a las PQCD.

La colaboración con organizaciones comunitarias en la región también es importante para aumentar el alcance del programa y evitar la duplicación de servicios. La existencia de vínculos más fuertes entre organizaciones comunitarias, centros de tratamiento, y proveedores de salud asegurará un mayor acceso a los servicios apropiados para personas que consumen drogas en vez de tener que depender de los servicios de emergencias.

El Consumo de Drogas y Alcohol en las Escuelas: Recomendaciones

Se ha demostrado que la prevención es más eficaz que el tratamiento (18). Las recomendaciones siguientes pretenden ayudar a poner a los jóvenes en senderos positivos que previenen el consumo de drogas antes de que empiece.

Proporcionar educación de salud sexual, incluyendo mensajes de prevención del VIH, a jóvenes en las escuelas.

Se debe ofrecer educación sexual en todas las escuelas en la República Dominicana para reducir los comportamientos de riesgo sexual entre los jóvenes. El currículo de educación sexual debe evitar conceptos discriminatorios.

Crear o adaptar las políticas de escuela para que proporcionen directrices y expectativas claras en relación con el consumo de drogas y alcohol en la escuela.

Estas políticas deben incluir directrices para actuar en situaciones en que los estudiantes vendan o consuman drogas o alcohol en los terrenos de la escuela.

Proporcionar información concreta, clara, y concisa sobre sustancias a los estudiantes, profesores y familias para ayudar a los jóvenes tomar decisiones informadas sobre el consumo de drogas.

Proporcionar talleres interactivos que se enfoquen primeramente en fortalecer las habilidades interpersonales de los estudiantes, incluyendo la toma de decisiones, negociación, resolución de problemas, y la resistencia a presión de pares. Estas habilidades ayudarán a los estudiantes en tomar decisiones más informadas sobre el consumo de drogas (18). Los talleres también deben enseñar a los estudiantes sobre los peligros del consumo de drogas y proporcionar información sobre otros tópicos relevantes.

Estos talleres deben ser interactivos. Las intervenciones “moralizantes” de corto plazo son contraproducentes (19).

Las intervenciones que tienen el propósito de desarrollar factores protectores dentro de las redes sociales de los estudiantes son importantes para los jóvenes. Los niños y jóvenes operan en una red de influencias, y la familia y los profesores deben estar involucrados en las intervenciones de prevención (18).

Entrenar a los profesores y a los psicólogos de las escuelas para que puedan identificar a los jóvenes en riesgo de desarrollar una adicción a las drogas y ayudar a identificar a los jóvenes que ya tienen una dependencia de drogas o alcohol para referirlos a tratamiento. Además, el personal de la escuela debe estar educado en la prevención para reforzar los mensajes y habilidades enseñados en los talleres a los estudiantes.

Los programas basados en la familia deben trabajar con padres para aumentar su conocimiento sobre los efectos dañinos de las drogas, aumentar el vínculo familiar, y desarrollar habilidades de como ser padre. Las habilidades de como ser padre pueden incluir el seguimiento y supervisión del niño y la discusión y aplicación de normas respecto al uso de drogas.

Dirigir las estrategias a las necesidades y contextos específicos de los estudiantes de más alto riesgo de consumir crack, cocaína o heroína.

Las estrategias de prevención generales que se dirigen a todos los estudiantes pueden ser insuficientes para los jóvenes que exhiben comportamientos de riesgo mas alto o que vienen de situaciones de riesgo alto. Para ellos, las estrategias que están dirigidos a sus necesidades y contextos específicos son más eficaces y más eficientes. Grupos de alto riesgo pueden incluir:

1. Jóvenes vulnerables con enlaces a instituciones (ej. jóvenes previamente detenidos)
2. Familias vulnerables (ej. padres con problema de drogas)
3. Jóvenes sin hogar (19).

En lugar de excluir a los jóvenes de más alto riesgo, estos deben ser referidos a servicios de tratamiento para drogas y alcohol o apoyo psicológico dependiendo de sus necesidades y situación.

Como las recomendaciones para las personas que consumen drogas, estas intervenciones para realizar en las escuelas se basan en los principios fundamentales de la reducción de daños y en la integración de servicios. La intención es prevenir la iniciación del consumo de drogas especialmente entre jóvenes de alto riesgo, proporcionar servicios relevantes y basados en evidencia, y ayudar a los estudiantes y a las personas que consumen drogas a reducir el riesgo de consecuencias de salud negativas.

Al final de este documento se incluye como apéndice el **“Marco estratégico para el fortalecimiento de las respuestas nacionales al VIH para personas que consuman drogas”**, formulado por la Coalición Caribeña de Comunidades Vulnerables (CVC - Caribbean Vulnerable Communities) y el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN).

Este marco incluye y amplía las recomendaciones bajo un enfoque de derechos humanos y pretende servir de apoyo a las intervenciones con las personas que consumen drogas en el Caribe.

Trabajo Citado

1. **USAID.** *Dominican Republic: Country Situation 2009.* 2009.
2. **Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM) and Macro International Inc.** *Encuesta Demográfica y de Salud 2007.* Santo Domingo, República Dominicana : s.n., 2008.
3. **World Health Organization (WHO).** *World Health Statistics.* 2011.
4. *Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs.* **DeBeck, K, et al., et al.** 9, s.l. : CMAJ, 2008, Vol. 181, pp. 585-589.
5. *Sharing of Noninjection Drug-Use Implements as a Risk Factor for Hepatitis C.* **Tortu, S, et al., et al.** 2, s.l. : Subst Use Misuse, 2004, Vol. 39, pp. 211-224.
6. **USAID.** *Dominican republic: HIV/AIDS Health Profile.* 2010.
7. *Alcohol use, expectancies, and sexual sensation seeking as correlates of HIV risk behavior in heterosexual young adults.* **Hendershot, CS, et al., et al.** s.l. : Psychol Addict Behav, 2007, Vol. 21, pp. 365-72.
8. *Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in- and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up.* **Metzger, DS, Woody, GE and McLellan, AT.** s.l. : Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1993, Vol. 6, pp. 1049-56.
9. *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review.* **Mathers, BM, Degenhardt, L and Phillips, B.** s.l. : Lancet, 2008, Vol. 372, pp. 1733-45.
10. *Clinical care of the HIV-infected drug user.* **Bruce, RD and Altice, FL.** s.l. : Infect Dis Clin North Am, 2007, Vol. 21, pp. 149-79.
11. *Drug-resistant human immunodeficiency virus.* **Kozal, MJ.** Suppl 1, s.l. : Clin Microbiol Infect, 2009, Vol. 15, pp. 69-73.
12. *Directly administered antiretroviral therapy for HIV-infected drug users does not have an impact on antiretroviral resistance: results from a randomized controlled trial.* **Maru, DS, et al., et al.** s.l. : J Acquir Immune Defic Syndr, 2007, Vol. 46, pp. 555-63.
13. **Day, M.** [Survey of people who inject drugs conducted in Santo Domingo, Dominican Republic]. s.l. : Caribbean Drug Abuse Research Institute. Unpublished raw data, 2012.
14. *Predictors of treatment non-adherence in an inpatient substance abuse rehabilitation programme.* **Beuster, J and Arnott, R.** 4, s.l. : Health Sa Gesonheid, 2007, Vol. 12, pp. 53-68.
15. **National Institute on Drug Abuse (NIDA).** *Principles of drug addiction treatment: A research based guide.* 2nd. 2009.
16. *Crack users' crack lips: An additional HIV risk factor.* **Porter, J and Bonilla, L.** 10, s.l. : Am J Public Health, 2009, Vol. 83, pp. 1490-1491.
17. *Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia.* **Fischer, B, Powis, J and Cruz, MF.** 1, s.l. : European J Gastroenterology Hepatology, 2008, Vol. 20, pp. 29-32.
18. **National Institute on Drug Abuse (NIDA).** *Preventing drug abuse among children and adolescents.* 2nd. 2003.
19. **European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).** *Drug prevention in EU schools.* 2010. Briefing 5 Bimonthly.
20. *Hepatitis C virus infection in the United States.* **Alter, MJ.** suppl 1, s.l. : J Hepatol, 1999, Vol. 31, pp. 88-91.
21. *Epidemic of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug users.* **Robertson, JR, Bucknall, ABV and Welsby, P.** s.l. : BMJ, 1986, Vol. 292, pp. 527-529.

22. *Methadone maintenance and behaviors in intravenous drug users that can transmit HIV.* **Abdul-Quadar, AS, Friedman, SR and Des Jarlais, DC.** s.l. : Contemporary Drug Problems, 1987, Vol. 14, pp. 425-434.
23. *Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram.* **Carroll, KM, et al., et al.** s.l. : Addiction, 1998, Vol. 93, pp. 713-27.
24. *One-year follow-up of disulfiram and psychotherapy for cocaine-alcohol users: sustained effects treatment.* **Carroll, KM, et al., et al.** s.l. : Addiction, 2000, Vol. 95, pp. 1335-49.
25. *Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial.* **Carroll, KM, Fenton, LR and Ball, SA.** s.l. : Archives of General Psychiatry, 2004, Vol. 61, pp. 264-72.
26. *Disulfiram versus placebo for cocaine dependence in buprenorphine-maintained subjects: a preliminary trial.* **George, TP, et al., et al.** s.l. : Biological Psychiatry, 2000, Vol. 47, pp. 1080-6.
27. *Disulfiram treatment for cocaine dependence in methadone-maintained opioid addicts.* **Petrakis, IL, Carroll, KM and Nich, C.** s.l. : Addiction, 2000, Vol. 95, pp. 219-228.
28. *Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial.* **Anton, RF, O'Malley, SS and Ciraulo, DA.** s.l. : JAMA, 2006, Vol. 295, pp. 2003-17.
29. *The effects of psychosocial services in substance abuse treatment.* **McLellan, AT, et al., et al.** 15, s.l. : JAMA, 1993, Vol. 269, pp. 1953-1959.

Apéndice

Marco estratégico para el fortalecimiento de las respuestas nacionales al VIH para personas que consuman drogas.

Formulado por la
Coalición Caribeña de Comunidades Vulnerables
(CVC - Caribbean Vulnerable Communities)
y el Centro de Orientación e Investigación Integral (COIN)

Marco estratégico para el fortalecimiento de las respuestas nacionales al VIH para personas que consumen drogas en el Caribe

Derechos Humanos de las personas que consumen drogas	Ejemplos de los tipos de intervenciones que pueden ser apoyadas
<p>Derecho a la igualdad y a la no discriminación</p> <p>Casi todos los países caribeños reconocen el derecho a la no discriminación y a la igualdad en sus constituciones y han firmado una gama de tratados internacionales que protegen los derechos civiles y políticos. Las mujeres reciben protección particular bajo la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés). Aunque la mayoría de los gobiernos caribeños no respaldaron la Declaración de la ONU sobre la orientación sexual y los derechos con respecto a la identidad de género, existen evidencias claras alrededor del mundo de que proteger los derechos de grupos vulnerables es necesario para la protección de la salud pública.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de bajo umbral de acceso: Apoyar los servicios de bajo umbral de acceso² que sean seguros para y amistosos hacia personas que consumen drogas. El centro Oasis de atención sin cita previa (Drop In Centre) ubicado en Puerto España es un ejemplo excelente de un servicio de bajo umbral. • Lugares seguros: Apoyar los espacios seguros, lugares de ocio seguros y otras redes sociales, eventos y espacios comunitarios que sean hospitalarios y seguros para personas que consumen drogas y que puedan ser lugares de diseminación de información sobre los derechos y sobre la salud. • Capacitación sobre derechos humanos: Apoyar la capacitación de los proveedores de servicios sobre los derechos humanos de las personas que consumen drogas, entre ellas los usuarios de drogas LGBT, las trabajadoras sexuales y los jóvenes. • Residencias de transición: Invertir en residencias de transición comunitarias, como un paso importante para los consumidores de drogas en el camino a la reintegración social y económica. • Programas por y para personas similares: Apoyar los programas por y para personas similares (pares) destinados a los consumidores de drogas LGBT y trabajadores sexuales por medio de intervenciones de reducción de daños.
<p>Derecho al cuidado de la salud</p> <p>Casi todos los países del Caribe</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un método de reducción de daños para la prevención y el tratamiento. Muchas personas que consumen drogas son incapaces de o se encuentran

² Los programas de bajo umbral de acceso son servicios de reducción de daños para personas que consumen drogas. "Bajo umbral" se refiere a la prestación de servicios exigiendo lo mínimo al individuo, sin intentar controlar su consumo de drogas y brindándole consejería sólo si el cliente lo pide. Los programas de bajo umbral pueden contrastarse con otros de "alto umbral", que requieren que el cliente acepte cierto nivel de control y le exigen aceptar consejería.

han ratificado la Convención internacional sobre los derechos sociales, económicos y culturales (ICESCR en inglés), que reconoce el derecho a la atención de la salud y “al mayor nivel posible de salud física y mental”.

indispuestos a abandonar las drogas incluso después del tratamiento. Las estrategias enfocadas en encarar a las personas que consumen drogas “tal y cómo se encuentran” siguen siendo críticas para lograr reducir las consecuencias negativas del consumo de drogas sobre la salud.

- **Modelo de servicios integrados:** Enlaces más fuertes entre las organizaciones comunitarias, las escuelas, los centros de tratamiento y los proveedores médicos aumentarán el acceso a servicios adecuados para las personas que consumen drogas, en lugar de perpetuar su dependencia de los servicios de emergencia.
- **Métodos comprobados científicamente:** Apoyar abordajes comprobados científicamente para reducir la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas, por ejemplo: programas de intercambio de jeringas, terapia con sustitutos opioides, distribución de condones, acceso a servicios médicos, tratamiento de sobredosis, acceso a la terapia antirretroviral, etc.
- **Servicios de salud mental basados en la comunidad:** Apoyar programas de base comunitaria que provean servicios de salud mental y apoyo psicosocial para los consumidores de drogas y sus familias.
- **Programas por y para personas similares (pares):** Aumentar las actividades enfocadas de alcance para animar la utilización más temprana y amplia de los servicios de prevención y tratamiento entre las personas que consumen drogas y para reducir los comportamientos de alto riesgo asociados con el consumo de drogas, entre ellos las relaciones sexuales sin protección y el uso repetido de la misma jeringa. Invertir en la educación por y para pares y en los programas de alcance comunitario para una amplia gama de grupos, entre ellos los consumidores de drogas, los trabajadores sexuales, las personas LBGTI, los jóvenes marginados y los ex reclusos.
- **Eliminar las barreras estructurales:** Apoyar la promoción de la eliminación de barreras estructurales al acceso a la atención de salud, por ejemplo: requisitos sobre la posesión de un carnet de identidad.
- **Materiales para personas con baja alfabetización:** Apoyar la redacción de materiales informativos escritos a un nivel de lectura básico para las personas que consumen drogas.

<p>Derecho a la educación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reglamentos inclusivos: Crear y hacer cumplir normas escolares que provean directrices y expectativas claras sobre el consumo de drogas y alcohol en la escuela y que promuevan la retención y apoyo escolares en lugar del castigo. • Desarrollo de competencias: Ofrecer información concreta, clara y concisa sobre drogas específicas para los estudiantes, los maestros y las familias con el fin de ayudar a los jóvenes a tomar decisiones informadas sobre el consumo de drogas. Incluir talleres informativos que fortalezcan las habilidades interpersonales.
<p>Derecho de protección contra prácticas médicas coactivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pruebas del VIH y consejería voluntarias: Apoyar la promoción de normas que promuevan pruebas de VIH voluntarias a las personas que consumen drogas • Capacitación para profesionales de la salud caribeños: Apoyar la formación de médicos, proveedores de atención de la salud y profesionales de los centros de tratamiento sobre asuntos relacionados con las necesidades especiales de tratamiento de las personas que consumen drogas, incluyendo pero no limitado a la dependencia a opioides y la del abandono del consumo de opioides con la ayuda de medicamentos. • Redes caribeñas de proveedores de salud expertos: Redes de apoyo de clínicos y otros profesionales médicos que tienen experiencia directa trabajando con comunidades de usuarios de drogas, para brindar atención de salud no discriminatoria y también para servir como enlaces a las comunidades con el fin de asegurar que el diseño de los programas de VIH coincida con las necesidades de la comunidad.
<p>Derecho a la vivienda</p> <p>El Artículo 11 de la Convención ICESCR también exige que los Estados se comprometan con "la mejora continua de las condiciones de vida" y hace referencia al derecho de tener vivienda, comida y ropa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda para usuarios de drogas VIH positivos: Invertir en el establecimiento de vivienda apropiada para personas sin hogar incluyendo las que consumen drogas y las que son VIH positivas.

<p>Derecho a la igualdad ante la ley</p> <p>Un derecho humano fundamental protegido en el Artículo 7 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y visto como un principio crítico en la protección de la regla de la ley. Las constituciones de todos los países del Caribe reconocen este derecho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reforma de la ley: Apoyar actividades que promuevan que las opciones de reforma de la ley incluyan la despenalización del consumo de drogas, la factibilidad de las intervenciones de reducción de daños, como los programas de intercambio de jeringas, y el uso de tribunales para usuarios de drogas que desvíen a los infractores desde el sistema penal hacia el tratamiento basado en la comunidad. • Reconocer a la dependencia de las drogas como un problema médico crónico: Promover normas y métodos que reconozcan que la dependencia de las drogas es un asunto médico y no penal. Realizar una campaña social que eduque a un público más amplio. • Formación de enlaces: Apoyar una estrategia regional de medios/comunicación, incluyendo actualizaciones periódicas (mediante Facebook u otros medios sociales protegidos) sobre los litigios nacionales y la promoción de cambios constitucionales. • Capacitación para los agentes del orden público: Apoyar la capacitación de la policía sobre el VIH y métodos basados en los derechos humanos para vigilar y controlar el consumo de drogas (promover el uso de la policía comunitaria). • Registrar las violaciones de los derechos humanos de los usuarios de drogas: Invertir en mecanismos para recoger informes sobre, registrar y responder a las violaciones de derechos humanos, incluyendo a colaboraciones entre organizaciones que atienden a consumidores de drogas e instituciones nacionales de derechos humanos, tales como redes y clínicas de asistencia jurídica, líneas de ayuda y redes de derechos humanos. • Proteger los derechos humanos de las personas que consumen drogas: Crear un consejo independiente que escuche casos de abuso policial y acción disciplinaria.
<p>Derecho a la participación significativa</p> <p>Reconocido por las Directrices de</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir a los consumidores de drogas en los Planes Nacionales: Promover la inclusión de los consumidores de drogas como 'MARPS' en los Planes Nacionales de Planificación Estratégica

<p>Mejores Prácticas de la ONU y por casi todos los donantes multi y bilaterales, el principio de involucrar a las personas viviendo con VIH y a las comunidades afectadas (MIPA en inglés) ha sido adoptado por los promotores de derechos de los consumidores de drogas bajo el lema “Nada sobre nosotros sin nosotros”. El principio MIPA se entiende como un derecho crítico para el desarrollo de programas exitosos con consumidores de drogas y otras poblaciones vulnerables.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la base de evidencias: Incluir sistemas formalizados de monitoreo y evaluación que faciliten la provisión constante de comentarios y sugerencias de los trabajadores de alcance a los gerentes de programa. Estos comentarios son esenciales para desarrollar estrategias enfocadas y eficaces que involucren a las personas que consumen drogas. Fortalecer los informes mediante el proceso UNGASS y la generación de informes nacionales anuales que incluyan datos específicos sobre las necesidades de las personas que consumen drogas. • Involucrar a los consumidores de drogas en la prestación de servicios: Capacitar y apoyar a individuos de las comunidades de consumidores de drogas para que se conviertan en paraprofesionales de la salud y paralegales con el fin de aplicar directamente su experiencia con la población meta a la mejora de servicios de salud dirigidas a ésta.
---	---

Fortalecer la investigación y promoción de derechos basadas en evidencia

1. Pilotear investigaciones comunitarias, evaluaciones de necesidades basadas en la comunidad y procesos de admisión a los programas para escuchar directamente lo que las personas dicen que son sus necesidades y para diseñar intervenciones que satisfagan estas metas.
2. Realizar revisiones lideradas por la comunidad e implementadas por investigadores locales para identificar leyes y ambientes de derechos humanos, encargando estudios que documenten cómo los marcos existentes legales y de derechos humanos impiden el acceso a las intervenciones de VIH y cómo la adopción de modelos de leyes, práctica jurídica y ejecución de la ley pudiera mejorar este acceso.
3. Apoyar una mayor participación de las comunidades de personas que consumen drogas en cualquier proceso de litigio de impacto o informes nacionales sobre derechos humanos que reportan por ellos.
4. Cuando surjan oportunidades estratégicas, los promotores de reformas a la normativa sobre las drogas, junto con formuladores de políticas, buscan soluciones factibles y aumentan la participación informada de la comunidad en el desarrollo de políticas de salud y de derechos.

Fortalecer las capacidades de los colaboradores del sector público y comunitario

1. Apoyar las redes sociales actuales y reforzar los espacios seguros existentes, incluyendo tanto los espacios virtuales (como los medios sociales) como los físicos (como centros de atención sin cita previa, clínicas móviles, programas de alimentos), como sitios de provisión de información de salud y servicios de salud.
3. Crear y difundir campañas educativas sobre la salud de los consumidores de drogas, sobre el sexo transaccional y sobre temas de salud mental.
4. Crear programas estructurados de mentoría en los cuales a cada cliente se le asigna una persona similar (par) como mentor y otro par como proveedor de servicios, y luego se les apoya a todos para identificar y aumentar capacidades para un mayor acceso a los servicios de salud (el tratamiento del VIH incluido) y la promoción de la salud (incluida la salud sexual).
5. Identificar a proveedores médicos a quienes se puede remitir a los clientes.
6. Sensibilizar a otros en el sector de la salud a las necesidades de las personas que consumen drogas.
7. Colocar a educadores y paraprofesionales sensibles a los consumidores de drogas en los ambientes de atención de la salud para ayudar a las personas a encontrar los servicios y cuidados apropiados.
8. Fortalecer la red regional de reducción de daños, y de programas para las personas que consumen drogas, con el fin de compartir capacidades e información que incluyan la prevención, la atención y el tratamiento del VIH.
9. Apoyar a centros de tratamiento comunitarios y de fe para que incluyan tratamientos farmacológicos y conductuales eficaces que ayuden a las personas que consumen drogas a combatir los aspectos físicos de la drogodependencia y que les brinden apoyo social y emocional en un ambiente flexible.