

ONUSIDA Y LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL VIH A TRAVÉS DEL CONSUMO DE DROGAS INYECTABLES

Mike Trace, Diane Riley, Gerry Stimson

Traducción: Helena Brull - Sección de Planificación Lingüística
del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya

El Programa sobre Política de Drogodependencias de la Fundación Beckley (BFDPP) es una nueva iniciativa que tiene por objeto presentar un balance riguroso e independiente de la efectividad de las políticas de drogodependencias nacionales e internacionales. El objetivo de este programa es recopilar y difundir material que sustente una opinión racional sobre los complejos temas que desarrollan las políticas de drogodependencias, de modo que en el futuro se consiga una gestión más eficaz del consumo generalizado de sustancias psicoactivas.

El Consorcio Internacional de Política de Drogodependencias (IDPC) es una red mundial de ONG especializadas en asuntos relacionados con el consumo de drogas ilegales y con las respuestas del Gobierno a los problemas que conlleva. El Consorcio tiene como finalidad promover un debate objetivo sobre la efectividad, la orientación y el contenido de las políticas de drogodependencias a escala nacional e internacional.

EL PROBLEMA

Desde el momento en que la comunidad internacional es consciente de que el VIH se transmite de forma generalizada, el riesgo de contagio mediante el uso compartido de jeringas por parte de personas que se inyectan drogas ha sido la mayor preocupación de los legisladores. Aunque se ha logrado frenar la inyección de drogas ilegales (principalmente heroína, pero también en muchas partes del mundo, anfetamina y cocaína) a través de las intervenciones policiales y los organismos de salud, aún es una práctica generalizada —las Naciones Unidas estiman que actualmente hay trece millones de inyectores habituales en todo el mundo (Aceijas *et al.*, 2004). A pesar de que todos los continentes han registrado poblaciones de consumidores de droga inyectable, existen concentraciones en determinados países y regiones —en un principio

en 1980 en Europa, Australasia y América del Norte, y más recientemente en toda Asia, en la antigua Unión Soviética y América Latina. Actualmente, casi un 80% de inyectores se encuentran en países en vías de desarrollo y países con economías en transición. En su mayoría se trata de personas pobres y marginadas socialmente, que apenas tienen acceso a la ayuda familiar y a los principales servicios de salud. En su vida cotidiana deben enfrentarse a una serie de dificultades y riesgos derivados del consumo de drogas ilegales; por ejemplo, la infección por el VIH u otras enfermedades transmitidas por vía sanguínea mediante la utilización de material de inyección previamente utilizado por un portador del virus. La investigación apunta a que la consciencia sobre el riesgo de contagio es baja en muchas poblaciones de inyectores. Por ejemplo, en 1999 un estudio sobre los inyectores de Irán puso de manifiesto que el 25% nunca habían oído hablar del VIH/sida, y algunos de los que eran conscientes de la enfermedad no sabían nada de cómo podía transmitirse (Nissaramanesh *et al.*, 2005). Incluso en aquellos lugares donde la percepción es mayor, muchos inyectores continúan compartiendo jeringas, a menudo porque no tienen acceso a otras alternativas. Estas son las condiciones en las que la infección por el VIH se propaga rápidamente (Rhodes *et al.* 1999, Rhodes y Simic, 2005).

Como consecuencia, esta vía de transmisión del VIH es uno de los principales retos que afronta ONUSIDA en su empeño por minimizar la propagación mundial de la epidemia. Alrededor del 10% de las infecciones por el VIH a escala mundial —unos 4 millones— se atribuye al consumo de drogas inyectables. Aparte de África (donde en el pasado se limitó el consumo de drogas inyectables), la proporción de contagios debidos al consumo de drogas inyectables se incrementa casi hasta alcanzar el 30%, con unas tasas en los diferentes países que oscilan del 6% en el Reino Unido al 21% en Estados Unidos, y una estimación aproximada del 50-60% en Rusia.

Actualmente, es evidente que la propagación de la epidemia del VIH en muchos países de Europa central y oriental, Oriente Medio, el sur y el sudeste asiático y América Latina es debida al consumo de drogas inyectables. Por tanto, tal como sucede con otras vías de transmisión, es fundamental que la comunidad mundial encuentre métodos efectivos para minimizar la transmisión de la infección a través del uso compartido de jeringas, y que promueva la implantación de estos métodos en las zonas afectadas.

ENCONTRAR UNA SOLUCIÓN

Afortunadamente, cada vez hay más datos de que la implantación de una serie de medidas de tratamiento y salud pública, dirigida a los consumidores de droga inyectable, puede ser efectiva en la reducción del número de contagios, y en algunas ocasiones ha alterado el curso previsto de una epidemia. Este conjunto de medidas, que en los ámbitos de la salud pública y la política de drogodependencias ha pasado a conocerse por *reducción de daños*, principalmente cuenta con los siguientes elementos:

- Distribuir de forma generalizada información sobre los riesgos de contagio, y asesorar a los inyectores de droga sobre cómo puede evitarse el riesgo.
- Facilitar el acceso al suministro de materiales limpios (por ejemplo, jeringas, filtros, agua esterilizada) para la inyección, que permite a los consumidores evitar la reutilización de material infectado.

– Facilitar el acceso de los inyectores a los servicios de tratamiento que les ayuden a apartarse del comportamiento de alto riesgo.

Entre los países que experimentaron un consumo generalizado de drogas por vía intravenosa en la década de los ochenta, los que implantaron las actividades mencionadas con una cobertura y rapidez suficientes (por ejemplo, los Países Bajos, Australia, Alemania y el Reino Unido) han experimentado generalmente tasas bajas de infección por el VIH relacionada con las drogas, con tasas de positividad al VIH entre los inyectores de droga de alrededor del 5%. Los Países Bajos lograron frenar eficazmente el progreso de la epidemia entre los inyectores en Amsterdam. Mientras tanto, los países que no optaron por este enfoque (por ejemplo, Francia, España, Estados Unidos) vieron aumentar sus tasas de VIH relacionado con las drogas. Por ejemplo, en 1990, España contaba con una tasa nacional de positividad al VIH entre sus inyectores de droga del 39%, tasa que en Madrid ascendía al 74%. Las proporciones variables de la transmisión asociada a los usuarios de drogas inyectables (UDI) en Europa también indican que la implantación de las medidas de reducción de daños pueden frenar las epidemias —en 1995, el 43% de los casos acumulados de VIH en Europa se atribuyeron a la inyección de drogas. En 2003, después de la implantación generalizada de los programas de reducción de daños, la proporción se había reducido al 11%. Otros países se han enfrentado ha este reto más recientemente, pero la tendencia general sigue siendo la misma —por ejemplo, tuvieron lugar epidemias de inyección de drogas y de infección por el VIH en la última década en Rusia y Ucrania, lo que se ha asociado a factores sociales y ambientales, así como a la reticencia de la sanidad pública a respaldar respuestas para controlar el contagio (Rhodes *et al.*, 1999b). Las cifras oficiales ahora indican que más de 300.000 personas viven con el VIH en Rusia, y se estima que de éstas un 60% están relacionadas con la inyección de drogas, a pesar de que se calcula que la cifra real de la población infectada es cinco veces mayor. Brasil es el país de América del Sur más gravemente afectado hasta la fecha, con tasas de VIH entre los inyectores de droga que, según algunos estudios, ascienden al 40%. No obstante, en los últimos años el Gobierno brasileño ha coordinado esfuerzos para suministrar servicios de reducción de daños a la población consumidora de droga inyectable, y ha obtenido resultados alentadores. Así pues, los últimos datos muestran que la tasa de nuevas transmisiones y la proporción de inyectores de droga portadores del virus del VIH han experimentado un notable descenso.

LA CONTROVERSIA INTERMINABLE

A pesar de los evidentes beneficios para la salud pública de los elementos principales del enfoque de la reducción de daños aplicado a la inyección de drogas, registrados en una serie de análisis teóricos y políticos en los diez últimos años, la implantación de estas medidas continúa siendo la causa de un encendido debate social en ámbitos locales, nacionales e internacionales. Existen dos grandes temas de preocupación acerca de este modelo:

Moralidad. Si las autoridades se comprometen a luchar para erradicar, o al menos reducir, el consumo de drogas ilegales, no deberían involucrarse en ninguna actividad que tolere su consumo, y mucho menos facilitar o controlar lo que sigue siendo una actividad ilegal. Ésta ha resultado ser la primera reacción de la mayoría de gobiernos al problema del consumo de drogas inyectables, una postura “purista” que ha sido

cuestionada por la propia realidad dado que, pese a las medidas policiales y educativas, la inmensa mayoría de toxicómanos continúan prefiriendo la inyección como método de administración. Esta postura purista, por lo tanto, es cuestionada por la aserción pragmática que el no hacer nada para hacer frente al daño de la inyección continuada es, por si mismo, moralmente insostenible.

Pragmatismo. A pesar de que aún hay personas contrarias a la reducción de daños que se fundamentan en la pureza moral, el debate político mayoritario ahora gira entorno al tema pragmático de cómo puede minimizarse el número de contagios atribuidos al consumo de drogas inyectables. Los detractores del modelo de la reducción de daños afirman que la prioridad es emplear todos los medios disponibles para reducir el número de inyectores y que, suministrándoles servicios de ayuda, aquellos que están comprometidos con la reducción de daños fomentan ese comportamiento entre los inyectores potenciales, y frenan la tasa de inyectores que abandonan la práctica. Como resultado —argumentan— se mantiene una mayor tasa de consumidores de droga inyectable y, en consecuencia, hay una mayor tasa de contagio. El modelo político estrella entre los gobiernos que sustentan estas opiniones es la utilización de medidas policiales a escala local para hacer hincapié en las objeciones al estilo de vida de los consumidores de droga inyectable, y priorizar los servicios de tratamiento que exigen el cese del consumo de drogas por parte del consumidor (lo que se conoce como *servicios de tratamiento basados en la abstinencia*).

El Programa sobre Política de Drogodependencias de la Fundación Beckley está basado en el principio de que la política de drogodependencias debería apuntar a la minimización de los daños que el consumo de droga ilegal causa a los ciudadanos. Por tanto, al mismo tiempo que consideramos que los gobiernos no pueden darse el lujo de adoptar una postura purista en un tema que afecta a millones de vidas, pensamos que es razonable debatir estos dos planteamientos para minimizar los contagios relacionados con las drogas, y que debería solventarse mediante el análisis objetivo de los datos existentes. Sin embargo, consideramos que los datos mundiales actualmente disponibles sobre el tema apuntan claramente a respaldar la postura de la reducción de daños:

- Tal y como se ha comentado, numerosos estudios han aportado datos irrefutables de que la implantación de las medidas de la reducción de daños (información, programas de intercambio de jeringas, y tratamiento accesible) ha reducido eficazmente las tasas de transmisión del VIH entre los inyectores de droga.
- Muchos de estos estudios han analizado detalladamente la postura que asume que las medidas de reducción de daños incitan a los drogodependientes a inyectarse, y retardan el abandono de la práctica por parte de los inyectores existentes. No hay evidencia que respalde tal afirmación —las razones por las que las personas eligen inyectarse, y dejan de hacerlo, no están relacionadas con la disponibilidad de los servicios de reducción de los daños.
- En países y zonas donde el tratamiento basado en la abstinencia es la única opción, no ha habido ninguna reducción significativa del consumo —el comportamiento continua, pero en unas condiciones que entrañan un mayor riesgo.
- Todos los gobiernos buscan la manera de disuadir a los inyectores de droga de que cambien sus comportamientos y estilos de vida —una tarea difícil, dado que la mayoría de inyectores están marginados socialmente y se muestran recelosos ante las autoridades. Una de las vías más efectivas para empezar el proceso de cambio es ofrecer a los inyectores servicios que den respuesta a sus necesidades

inmediatas (por ejemplo, el consumo higiénico); una vez restablecida la confianza, hay que fomentar el abandono de comportamientos perjudiciales.

A pesar de que existe la posibilidad de que nuevos datos puedan plantear dudas acerca de nuestra interpretación de la situación actual, consideramos que, partiendo de la experiencia en el ámbito, el mensaje que debe transmitirse a los legisladores es claro: con el fin de atajar las epidemias incipientes o potenciales de contagio por el VIH relacionado con la inyección de drogas deben implantarse programas de reducción de daños con una buena dotación de recursos y objetivos bien definidos. Si no se sigue este procedimiento, las tasas de contagio continuarán aumentando, lo que comportará costes sanitarios y sociales significativos en el futuro. Por lo tanto, es motivo de preocupación que en los últimos diez años la respuesta de los organismos internacionales ante verdaderas epidemias en muchos lugares del mundo haya sido silenciada por los desacuerdos entre los Estados miembros debido a cuestiones relacionadas con la moralidad y connotación de la reducción de daños. Mientras que las tasas de contagio han ascendido en aquellos países donde faltan recursos y experiencia para enfrentarse al problema por cuenta propia, organismos internacionales tales como ONUSIDA y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) han tardado en poner en marcha programas que ofrezcan ayuda técnica y financiera para desarrollar un tratamiento efectivo y servicios de reducción de daños.

DEBATES EN LAS NACIONES UNIDAS: LA BÚSQUEDA DEL CONSENSO

La sensibilidad política y diplomática respecto del tema de la reducción de daños, con opiniones muy discrepantes y distintas experiencias llevadas a cabo por los Estados miembros, ha impedido durante mucho tiempo manifestar una postura de consenso clara (y, en consecuencia, un programa general de actuación bien definido) que se manifestase a través de ONUSIDA o la ONUDD. Estas diferencias políticas se pusieron de manifiesto a finales de 2004, con la falta de acuerdo entre el director ejecutivo de ONUSIDA, Antonio Costa, y el Departamento de Estado de Estados Unidos, al exigir este último y asegurarse de que la ONUDD no respaldaría programas orientados a la reducción de daños, ni en sus declaraciones políticas ni en sus programas de financiación. Cuando este intercambio se hizo público, hubo una enorme protesta por parte de los gobiernos y las ONG que consideraban que las medidas de reducción de daños eran el componente fundamental de cualquier respuesta a epidemias potenciales relacionadas con la inyección de drogas. En concreto, los gobiernos miembros de la ONUDD que apoyaban la reducción de daños querían saber cómo podía ser que la política de la organización sobre el tema hubiese cambiado a raíz de la correspondencia privada con un solo Estado miembro.

Hubo un intento de reconciliar tales desavenencias en la reunión anual de la Comisión de Estupefacientes, el órgano rector de la ONUDD, en Viena en marzo de 2005. En esta reunión, en la que participaron representantes gubernamentales de la mayoría de Estados miembros de la ONU, tuvo lugar un debate acerca de la prevención del VIH que subrayaba la experiencia positiva de la mayoría de participantes en la implantación de medidas de reducción de daños; pero, a su vez, un reducido sector de Estados miembros no dejaba de mostrar inquietudes de tipo ideológico y práctico. Asimismo, en la reunión se intentó adoptar una resolución presentada por el Gobierno brasileño, que exigía a la comunidad internacional respaldar sólidas medidas de prevención del VIH

entre los inyectores de drogas en los países implicados, incluidas la amplia gama de medidas de reducción de los daños.

¿QUÉ ES ONUSIDA?

Las organizaciones de las Naciones Unidas unieron sus esfuerzos en 1996 para establecer el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) para luchar contra la amenaza mundial del VIH/sida.

Los copatrocinadores son los siguientes:

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados

El Fondo de Población de las Naciones Unidas

La UNESCO

La Organización Mundial de la Salud

El Banco Mundial

El Programa Mundial de Alimentos

La Organización Internacional del Trabajo

La misión de ONUSIDA es liderar, fortalecer y apoyar una respuesta generalizada al VIH y al sida. Esta respuesta incluye prevenir la transmisión del VIH, proporcionar atención y apoyo a aquellos que viven con el virus, reducir la vulnerabilidad de las personas y comunidades al VIH y mitigar el impacto de la epidemia. ONUSIDA apoya una respuesta global al sida más efectiva, exhaustiva y coordinada mediante las siguientes medidas:

- Liderar y apostar por para una actuación efectiva contra la epidemia.
- Ofrecer información estratégica y ayuda técnica para orientar los esfuerzos contra el sida en todo el mundo.
- Realizar un seguimiento, control y evaluación de la epidemia y dar respuestas a la enfermedad.
- Adquirir un compromiso de la sociedad civil y desarrollar alianzas estratégicas.
- Promover la movilización de recursos para apoyar los programas de atención y prevención.

ONUSIDA posee una secretaría con sede en Ginebra y oficinas en más de 60 países. El órgano rector es la Junta Coordinadora del Programa (JCP) que se reúne al menos una vez al año en sesión ordinaria. La JCP cuenta con los representantes de 22 gobiernos y con los copatrocinadores de ONUSIDA. Cinco organizaciones no gubernamentales, una de cada parte del mundo, participan como miembros sin derecho a voto.

Todas las actividades nacionales e internacionales contra el sida de la Secretaría de ONUSIDA se coordinan cada dos años en un presupuesto y plan de trabajo unificado, que actúan para recaudar fondos y rendir cuentas. En el ámbito nacional, los grupos temáticos coordinan el trabajo relacionado con el sida a través de los organismos de Naciones Unidas. Actualmente, la financiación de ONUSIDA procede de 32 Estados miembros y dispone de un total de 120 millones de dólares (los contribuyentes más importantes son los Países Bajos, Noruega, Estados Unidos, Suecia, el Reino Unido y Japón). En la actualidad, ONUSIDA se centra principalmente en desarrollar actuaciones sobre el sida basadas en la evidencia.

A pesar del respaldo inequívoco al borrador de la resolución por parte de los grupos europeos y latinoamericanos, la delegación de Estados Unidos vetó la resolución (en esta reunión las resoluciones se suelen aprobar por consenso), emparándose en el hecho de que cualquier referencia al apoyo del concepto de la reducción de daños o del intercambio de jeringas como medida específica, era inaceptable para el Gobierno de Estados Unidos. Ante la falta de resolución o declaración política a favor de la reducción de daños, la ONUDD como organismo sigue interviniendo de forma limitada en su respaldo en países que se enfrentan a este tipo de epidemias. Una descripción más extensa de las actas de Viena puede consultarse en TNI Drug Policy Briefing Paper no. 13, “The UN and Harm Reduction – Revisited” [“Las Naciones Unidas y la reducción de daños: una revisión”] (disponible en el web de BFDPP).

LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE ONUSIDA: ¿UN PASO ADELANTE?

Es evidente que en Viena las diferencias entre gobiernos no se resolvieron de manera satisfactoria. Sin embargo, surgió otra oportunidad para encauzar el problema con la reunión de la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA en Ginebra a finales de junio de 2005. En esta reunión, la Junta tuvo en cuenta un proyecto de estrategia para intensificar las medidas generales de prevención del VIH. El borrador de este informe trató directamente el tema de cómo minimizar el contagio entre los inyectores de droga, de modo que surgieron los mismos desacuerdos entre Estados miembros que tuvieron lugar en Viena. Esta vez el resultado fue mucho más positivo, y dio lugar a una declaración inequívoca sobre la prevención de la estrategia de ONUSIDA, según la que las medidas de reducción de daños son la respuesta más efectiva a las epidemias. Una rápida ojeada a cómo se llegó a esta conclusión arroja luz sobre cómo se ha tratado el problema en los últimos años:

- Durante la elaboración del borrador del documento, las autoridades tuvieron claro desde un principio que el tema de la reducción de daños sería controvertido desde un punto de vista diplomático. El director ejecutivo de ONUSIDA, Peter Piot, tenía la voluntad de evitar una oposición que pudiera socavar el desarrollo de una estrategia íntegra.
- Los primeros borradores del documento usaban un lenguaje evasivo acerca de las medidas de la reducción de daños similar al de Viena, lo que comportó la crítica por parte de las ONG y varios gobiernos. Los mecanismos de consulta establecidos que iban a permitir un debate generalizado de la estrategia provocaron numerosas reacciones que urgían a ONUSIDA para que otorgara una mayor importancia a una de las pocas medidas de prevención efectivas disponibles.

- Siguieron varias semanas de presiones por parte de los gobiernos y otros miembros de la Junta Coordinadora del Programa (JCP) en mayo y junio de 2005. Las ONG que trabajaban en este campo instaban a los miembros a respaldar una reducción de daños contundente y un discurso basado en los derechos humanos, mientras que los gobiernos intentaban descubrir si su postura era respaldada, ya fuese a favor o en contra de la reducción de daños.
- Mientras tanto, los expertos que trabajan en el sistema de las Naciones Unidas (ONUSIDA, ONUDD, y la Organización Mundial de la Salud) intentaban aclarar la postura de estos organismos, y presentaron una declaración conjunta inmediatamente previa a la reunión de la Junta, que fue inequívoca en su valoración acerca de la necesidad urgente de las medidas de reducción de daños entre los inyectores de droga [véase recuadro – fragmentos clave de la Declaración conjunta].
- Cuando los miembros se reunieron el 27 de junio en Ginebra, se hizo patente que la delegación de Estados Unidos aún trataba de insistir en la erradicación de cualquier tipo de discurso que respaldara la reducción de daños. La pregunta fundamental era hasta qué punto los otros Estados miembros representados en la Junta apoyarían esa postura.
- El primer día se organizó una reunión informal centrada en el borrador con la intención de solventar las diferencias existentes antes de presentarse al resto de la Junta para su aprobación definitiva. Parece ser que en esta reunión hubo una inmensa mayoría que se mostró a favor de impulsar con firmeza medidas de reducción de daños. A los detractores de dichas medidas se les exigió que aportaran datos que probaran que eran ineficaces y perjudiciales, pero no lograron demostrarlo.
- Al día siguiente, en la reunión, se propuso un nuevo planteamiento del asunto — que la estrategia de prevención se aprobara junto con la inclusión explícita de la reducción de daños y el intercambio de jeringas, con la reserva expresa del Gobierno de Estados Unidos, que no puede suministrar ayuda financiera o de otro tipo a estos programas debido a decisiones previas de su Congreso. La delegación de Estados Unidos podría llegar a aceptar esta propuesta, de forma que el acta oficial de la reunión, y la versión final de la estrategia de prevención (ambas disponibles en el sitio web de UNUSIDA), contemplan estos acuerdos.
- La estrategia de UNUSIDA de intensificar la prevención del VIH ha sido, por lo tanto, aprobada con el apoyo de todos los Estados miembros y los organismos copromotores de las Naciones Unidas, que establece la exigencia de extender las medidas de reducción de daños entre los inyectores de droga en los países que sufren epidemias o tienen el riesgo de sufrirlas.

TEXTO DE LA DECLARACIÓN CONJUNTA SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH Y LAS ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN DE LOS DROGODEPENDIENTES

La transmisión del VIH y el impacto del VIH/sida asociado al consumo de drogas inyectables pueden atajarse efectivamente mediante la implantación de un conjunto de medidas esenciales de intervención. Dichas medidas incluyen llegar a los consumidores de droga inyectable; facilitar el acceso a jeringas y su disponibilidad; tratamiento de la dependencia de drogas, en concreto el tratamiento de sustitución; asesoramiento y pruebas del VIH voluntarias y confidenciales; prevención de la transmisión por vía sexual entre los consumidores de droga, incluyendo los preservativos y la prevención y

el tratamiento de infecciones transmitidas por vía sexual; tratamiento y atención al VIH/sida; incluida la terapia antirretroviral para los drogodependientes; y asistencia primaria, como la vacunación contra la hepatitis B y el cuidado de las venas.

Hay evidencia concluyente e irrefutable que el conjunto de intervenciones que se engloba bajo el concepto de *reducción de daños* disminuye notablemente el consumo de drogas inyectables y las prácticas de riesgo que conlleva y, por lo tanto, frena y ralentiza las epidemias del VIH asociadas al consumo de drogas inyectables. A la inversa, no hay datos concluyentes acerca de consecuencias negativas significativas, tales como que se fomente la iniciación en personas que previamente no se inyectaban o que incrementen la frecuencia del consumo de drogas ilegales o el consumo de drogas por vía parenteral.

¿Y DESPUÉS?

El acuerdo de la estrategia de prevención de ONUSIDA y la publicación de un documento que plasme una postura conjunta de ONUSIDA, la ONUDD y la OMS con suerte pondrá fin a un período de tergiversación por parte de la comunidad internacional en su respuesta a las epidemias relacionadas con la inyección. Existe una amenaza a la salud pública, real y significativa, que puede avanzar muy rápidamente, que exige una respuesta general y efectiva por parte los organismos internacionales y los gobiernos participantes. En la reunión de ONUSIDA en Ginebra se estableció un mandato para impulsar una acción adecuada, pero el reto ahora es materializar esos acuerdos en programas de prevención efectiva sobre la materia. Ahora se exige que la actuación se configure en tres ejes:

- Las autoridades presentes en ONUSIDA deberían crear un plan detallado para prevenir la transmisión del VIH relacionada con el consumo de drogas inyectables en los países más afectados. El plan debería establecer una lista de los países prioritarios, valorar el estado actual de la epidemia (y las respuestas al programa y a las políticas) en cada país; después, articular una propuesta financiera y técnica para las autoridades en el país correspondiente.
- Los gobiernos participantes deberían impulsar planes para incrementar significativamente su apoyo al trabajo de prevención del VIH orientado a los inyectores de droga, ya sea mediante los mecanismos de las Naciones Unidas o acuerdos bilaterales. Como Estados Unidos, el primer defensor de los programas de VIH, ha dejado claro que no puede respaldar el trabajo orientado a la reducción de daños, la responsabilidad recae sobre otros gobiernos participantes para acordar un conjunto de medidas que responda eficazmente a las necesidades de los países afectados.
- Para confirmar la aceptación general de la prevención del VIH entre los inyectores de droga, debería presentarse una resolución a la Comisión de Estupefacientes de 2006, que contemple el discurso de la estrategia de prevención del VIH y que exija a la ONUDD apoyar su implantación.

Ha sido largo el camino hasta llegar al consenso internacional sobre el asunto que puede ser de vida o muerte para millones de personas. Mientras tanto, las epidemias relacionadas con el VIH se han desarrollado de forma descontrolada. Esta tragedia de la salud pública continuará si las palabras acordadas en Ginebra no se materializan en una

actuación por parte de quienes son responsables de proteger la salud de todos los ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

Declaraciones de las Naciones Unidas sobre la prevención del VIH dirigida a inyectores de drogas

DECLARATION OF COMMITMENT ON HIV/AIDS. UN GENERAL ASSEMBLY SPECIAL SESSION ON HIV/AIDS, 25-27 junio 2001, Nueva York.

PREVENTING THE TRANSMISSION OF HIV AMONG DRUG ABUSERS A position paper of the United Nations System UNAIDS Leadership Statement Injecting Drug Use and HIV/AIDS Bangkok 11-16 julio de 2004.

INTENSIFYING HIV PREVENTION – UNAIDS POLICY POSITION PAPER. UNAIDS WEBSITE, julio de 2005.

JOINT UNAIDS STATEMENT ON PREVENTION AND CARE STRATEGIES FOR DRUG USERS. UNAIDS WEBSITE, junio de 2005.

Investigación sobre el VIH asociado al consumo de drogas inyectables

Aceijas C, Hickman M, Stimson G, Rhodes T (2004). Global overview of HIV among injecting drug users, *AIDS*, 18: 2295-2302.

Rhodes T, Simic, M. (2005) Transition and the HIV risk environment, *British Medical Journal*, 331:220-223.

Rhodes T, Ball A, Stimson G *et al* (1999b). HIV infection associated with drug injecting in the Newly Independent States, eastern Europe: the social and economic context of epidemics, *Addiction*, 94: 1323-1336.

Rhodes T, Stimson G, Crofts N, Ball A, Dehne K, Khodakevich L (1999a). Drug injecting, rapid HIV spread and the 'risk environment', *AIDS*, 13 (supplement A): S259-S269.

Principios de prevención

WHO Europe 1998 Principals for Preventing HIV Infection Among Drug Users. WHO Regional Office for Europe: Copenhagen.

ODCCP Studies in Drugs and Crime Monographs. UNAIDS Best Practice Collection UNAIDS Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons learned Case Studies Booklet Central and Eastern Europe and the Central Asian States Vienna and Geneva, abril 2001.

American Foundation for AIDS Research (2005). The Effectiveness of Harm Reduction in Preventing the Transmission of HIV/AIDS, AmfAR, New York. www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PPOLICY_BINARY/binary_file/14.pdf.

Intercambio de jeringas

WHO, UNAIDS, UNODC (2004). Policy Brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission. <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en/>.

Wodak A, Cooney A (2004). Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/pubidu/en/>.

Hurley S F, Jolley DJ, Kaldor JM (1997). "Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection." *The Lancet* 349(9068): 1797- 1800.

Alcance

Needle RH, Burrows D, Friedman S, Dorabjee JGT, Badrieva L, Grund J, PC, Suresh Kumar, M, Nigro L, Manning G, Latkin C (2004). Evidence for Action: Effectiveness of Community-Based Outreach in preventing HIV/AIDS among Injecting Drug Users. Ginebra: World Health Organization. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu/en/>

Tratamiento de sustitución

Gowing L, Farrell M, Bornemann R, Ali R (2004). Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (Cochrane review). En: *The Cochrane Library (Issue 4)*. Chichester (UK): John Wiley & Sons, Ltd.

World Health Organization (2004). WHO/UNODC/UNAIDS position paper – Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/ AIDS prevention. WHO, UNODC, UNAIDS. [http:// www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/)