

**RELATORIAS SEMINARIO INTERNACIONAL DROGAS Y VIH EN
COLOMBIA**

**MÓDULO ACADÉMICO, TALLER DE ASOCIACIONISMO Y MÓDULO B
CON DELEGADOS DE LAS REGIONES
JULIO 12 AL 16 DE 2010**

REALIZADAS POR JUAN CARLOS BERMÚDEZ

**PARA OFICINA DE LAS NACIONES UNIDAS CONTRA LAS DROGAS Y EL
DELITO UNODC – PROYECTO C 81**

BOGOTÁ, JULIO 2010

SEMINARIO INTERNACIONAL DROGAS Y VIH EN COLOMBIA

RELATORIA MÓDULO ACADÉMICO

LUNES 12 DE JULIO

TARDE

Panel inaugural: Asociación Drogas y VIH, la evidencia mundial y el contexto internacional de la respuesta

Modera: Benedikt Fisher, director del Centre for Addiction and Mental Health (CARMHA) en Toronto, Canadá.

Comenta: Joan Colom, Programa de Drogodependencias del gobierno de Cataluña, España.

Primera intervención. VIH/Sida, Drogas y Derechos Humanos, a cargo de Rebeca Schleifer de Human Right Watch

La presentación de la doctora Schleifer inicia con la exposición del seguimiento realizado en materia de derechos humanos y drogas a nivel mundial, en donde el interés primordial se asienta en la necesidad de establecer una política internacional sobre drogas basada en los derechos humanos. La Asamblea General de la ONU contempla que un abordaje en la materia debe hacerse en conformidad con los mandatos de este organismo y otros mecanismos legales que así lo provean, con particular énfasis en el respeto por los derechos y las libertades individuales.

Dentro de los hitos destacados en la incorporación del tema en el panorama mundial la doctora Schleifer señala las convenciones sobre drogas de las Naciones Unidas en los años 1961, 1971 y 1988, las cuales marcaron derroteros en la discusión sobre algunos derechos fundamentales relacionados con la problemática, como la prioridad en atención sanitaria, el ser libres de tortura y cualquier trato inhumano, cruel o degradante y beneficiarse de los progresos científicos.

En ese orden de ideas, las leyes internacionales se ven respaldadas por dichas convenciones internacionales adelantadas por Naciones Unidas, las cuales han exaltado en cuanto a la Atención Prioritaria en Salud el derecho a la reducción del riesgo y a tratamientos para el dolor. De estas convenciones también se extraen recomendaciones para que los gobiernos implementen medidas como acceso a tratamientos, educación, cuidados, rehabilitación y reintegración social como acciones alternativas al castigo.

Específicamente la convención relacionada con el Control Internacional de Narcóticos estableció una obligación dual frente a la problemática: asegurar la disponibilidad de drogas controladas para propósitos médicos y científicos, a la vez de prevenir la producción ilícita y el tráfico ilegal. No obstante, en la realidad la disponibilidad de los medicamentos controlados tiene una baja prioridad en los debates de control policial, los cuales están dominados por la prevención del abuso de sustancias controladas.

La doctora Schleifer indica que el derecho a la salud es una responsabilidad que deben garantizar los estados en cuanto a la total cobertura del mismo en la población. Su cumplimiento implica avanzar en evitar la discriminación en el acceso a la salud, facilitar el acceso a las medicinas esenciales y al desarrollo de políticas públicas naciones en materia de salud y planes de acción para ejecutarlas.

En cuanto al derecho de ser libres de tortura y cualquier trato inhumano, cruel o degradante, los estados deben garantizar que las personas consumidoras deben ser protegidas en contra de dichos tratos.

Ahora ¿qué obligaciones tienen los estados, bajo las leyes internacionales, para atender a población consumidora de drogas con VIH? Fundamentalmente, proporcionar acceso a servicios de reducción de daño y tratamientos para el dolor, así como revisar las barreras estructurales –sociales, legislativas, prácticas policiales- que incrementan el riesgo de VIH e impiden el acceso al tratamiento.

En la exposición, la doctora Schleifer indica que las leyes y las prácticas policiales en los países deben implementar reformas frente a la criminalización por el porte de parafernalia para el consumo de drogas, la posesión de pequeñas cantidades de drogas para uso personal, los castigos desproporcionados y las actuaciones violentas frente a los consumidores.

Segunda Intervención. La dinámica de interacción Drogas y VIH en el mundo, la evidencia, a cargo de Nick Walsh, asesor OMS para el Sudeste Asiático.

En su intervención el doctor Walsh expone la realidad actual frente a la relación consumo de drogas y VIH. Una de sus primeras consideraciones es que entre ambos fenómenos existe un vínculo fuerte, que propicia la rápida aparición de epidemias, por lo que se necesita una respuesta apropiada en el momento apropiado.

Habló de una estimación global de Usuarios de Drogas Inyectables (UDI en adelante) n alrededor de 15.9 millones de personas. De ese total, la proporción más grande se encuentra en el este, sudeste y sur de Asia y China, seguidos por la Federación Rusa, Europa del Este, Estados Unidos y Latinoamérica y el Caribe. En total estima que 15 millones de personas se inyectan y de este total cerca de tres millones viven con VIH. En Latinoamérica la prevalencia es del 20%. En Colombia es menor al 5% está muy baja. Estamos en el momento oportuno para empezar a actuar, señala el doctor Walsh.

Tercera intervención. Acceso universal a prevención, tratamiento y apoyo para los usuarios de drogas inyectables, a cargo de Bertha Gómez, asesora subregional del proyecto VIH, OPS/OMS.

En su presentación, la doctora Gómez precisa otros datos de UDI en el mundo. Hay entre 11 y 21 millones de personas UDI establecidas por el organismo. Entre 0.8 y 6.6 millones de ellas tienen VIH, especialmente en Europa del este, en el sudeste el este asiático y Latinoamérica. Entre un 5 al 10% de todas las nuevas infecciones de VIH se pueden atribuir al uso de drogas inyectadas. Las prevalencias de VIH entre usuarios de drogas inyectables ha aumentado del 12% al 60-70% en unos pocos años.

Para el 2009 en América Latina un 29% de un estimado de 2 millones de UDI en la región están infectados con HIV. En PR 40% de casos nuevos en hombres y 27% en mujeres en 2006 resultaron de inyección de drogas. Se estima que en Argentina 49% de UDI están infectados (prevalencia más alta del mundo). La falta de estudios regulares en Latinoamérica impide un conocimiento real del panorama. Los países andinos aun no han hecho estudios de inyectores y VIH.

Introduce el concepto de acceso universal, definido como un concepto amplio que abarca las tres dimensiones de las intervenciones dominantes del sector de la salud: disponibilidad, cobertura y resultado e impacto. Este concepto fue adoptado en el 2006 como un compromiso para llegar a “todos los que lo necesitan” con prevención, atención y cuidados con un estándar mínimo de calidad definido internacionalmente.

La disponibilidad comprende el acceso físico, la asequibilidad (acceso económico sin barreras) y aceptabilidad (acceso sociocultural adecuado a la comunidad donde se ofrecen). También ubica la equidad y no discriminación: no debe haber criterios de exclusión excepto los médicos. ¿A qué? A los servicios necesarios, con un mínimo de estándares de calidad que se deben ofrecer de forma voluntaria y apoyados en legislación, políticas y estrategias que lo favorezcan. Esto implica la definición de un “paquete o grupo mínimo de servicios ofrecidos”.

Debe estar disponible en todos los niveles, de acuerdo a su función: hospital, centro de salud, comunidad, hogar.

La cobertura, por su parte, se proporciona a personas que reciben una intervención o a aquellos que la necesitan, y se influencia por la fuente u oferta (disposición/disponibilidad de servicios) y la demanda de los que necesitan servicios (utilización óptima). Tiene su fundamento en la aceptabilidad, la equidad y la continuidad.

El resultado y el impacto se definen en términos de cambio del comportamiento, índices de infección y tasas de supervivencia. Son consecuencias de la cobertura, modulados por la eficiencia y la eficacia de intervenciones.

En cuanto a lo universal, la doctora Gómez precisa que debe entenderse cualitativamente al dar idea de igualdad, indivisibilidad, y cuantitativamente al tener en cuenta a todos los que necesitan las acciones, contemplando en ello la posibilidad de medir. Medir "acceso" generalmente es medir uno o pocos de los dominios de este concepto. Ej: disponibilidad y/o asequibilidad y/o aceptabilidad pero raramente todos ellos. Definir metas de país en el contexto nacional en lugar de concentrarse en las metas globales. Definir la meta tomando en cuenta la posibilidad de ser medida en una entidad definida (ej. Distrito, población)

También menciona el principio de justicia, consagrado por la OPS/OMS en donde los usuarios reciban atención según sus necesidades y contribuya al financiamiento del sistema según sus posibilidades.

Un abordaje de salud pública es necesario para llegar al mayor número de personas que requieren el servicio en donde debe tenerse en cuenta un paquete definido de intervenciones prioritarias de prevención, tratamiento y cuidado, un modelo de entrega de servicios descentralizado, abordajes simplificados y estandarizados, capacitación estandarizada, integrada e integral y un sistema de seguimiento y reporte estandarizado.

Ahora, ¿cómo implementar una estrategia conjunta entre VIH y Drogas? Las razones se abordan, en primer lugar, desde la racionalidad de salud pública, donde se identifica o se reconoce una población desproporcionadamente afectada, con situación constantemente cambiante, existe un núcleo propicio para el desarrollo de formas recombinantes y mosaicos virales con posible impacto en patogénesis y desarrollo de resistencias, y el "Puente" epidemiológico con otros segmentos poblacionales.

Desde la racionalidad clínica hay pacientes frecuentemente con co-morbilidades, problemas causados por el consumo y asociados con este y complejidad en el manejo de éstos.

Y desde la racionalidad ética y de derechos humanos hay personas con problemas sociales complejos, víctimas frecuentes de maltrato y discriminación y cuyos derechos humanos y ciudadanos no son respetados.

Repasa las intervenciones más comunes de las cuales se extraen los siguientes comentarios. En cuanto a programas de sustitución de jeringas y agujas, los estudios muestran consistentemente que estos programas resultan en una marcada reducción de la transmisión del VIH. Sobre las terapias de sustitución de opiáceo y otros tratamientos para la droga dependencia, además de su efectividad pueden ser una puerta de entrada para el manejo con antirretrovirales, mejora la adherencia y aumenta el acceso al cuidado. En cuanto a la prueba de VIH y consejería recomienda que sea ofrecida por el proveedor del servicio médico.

Sobre la Terapia ARV comenta que puede constituirse en un incentivo para el contacto con los servicios de salud, la prevención y el cuidado. También puede ser puerta de entrada para el manejo de co-morbilidades tales como Hepatitis B y C y la Tuberculosis. En el caso de coinfecciones es importante conocer las potenciales interacciones entre las drogas particularmente cuando se trata la Hepatitis Viral. En cuanto a la prevención y tratamiento de ITS y promoción de uso de condón, si bien es la estrategia más modesta se reconoce su necesidad, en especial en mujeres UDI que practican intercambio de sexo por drogas. Sobre información específica, educación y comunicación enfatiza en que los UDI requieren

conocimiento y habilidades, pues generalmente tienen poca confianza en los servicios de salud. La educación de pares y el trabajo de las ONGs son imperativos en esta área.

Hace unas consideraciones especiales para mujeres y trabajo sexual: Acceso a servicios de planificación, prevención de la transmisión madre – hijo del VIH, servicios de SSR y manejo de ITS. Promover el acceso gratis a condones. En cuanto a prisiones, reclama la igualdad de servicios para todas las personas y servicios de sustitución individualizados y supervisados para minimizar las complicaciones.

Finalmente recomienda algunas de las publicaciones de la OPS/OMS, añadiendo además que se viene adelantando un análisis de situación en Latinoamérica y el Caribe, así como brinda apoyo al análisis de brechas para la implementación de programas integrales para impactar la epidemia de VIH y mejorar la calidad de vida de usuarios. Están preparando una reunión de expertos para revisar el estado del arte y proponer acciones colaborativas. También está en vía de aprobación una estrategia regional y la gestión de un “blue print” con la Asociación Internacional de Médicos que tratan SIDA (IAPAC) para la prevención de VIH y otras infecciones y condiciones de salud y atención integral de personas que usan drogas.

Enseguida el doctor Fisher abre el espacio de preguntas para el público.

Preguntas:

1. **¿Conocen programas de reducción de daño en países donde el consumo esta penalizado? ¿Cómo se podría hacer esta sinergia?** En general los ponentes afirman que sí, pero que no hay que centrarse en la judicialización sino que hay que actuar. Carisma de Medellín interviene comentando que estaban implementando el trabajo de sustitución con opioides y que estos deben empezar a expandirse. Hay resistencia a programas de intercambio de jeringuillas porque se pierde la batalla contra la abstinencia. Lo más temprano que se empieza, es lo mejor, reafirma el doctor Walsh. El intercambio de jeringuillas es un tema controversial, pero que cuando uno tiene una prevalencia del 4% no hay que esperar a que se extienda, es importante implementar este tipo de estrategias.
2. **¿Como garantizar el acceso universal? Esa implementación implica cambios en las políticas de salud pública, en este sentido hay problemas con nuestros pacientes las EPS no cubren y muchos de los que prestan los servicios no están habilitados ¿cuál es el camino a seguir?** El doctor Walsh responde que se debe trabajar en diferentes niveles: gobierno, profesionales que trabajen con inyectores, los que trabajen en reducción de daños, con público en general, los medios de comunicación y educar a los consumidores, y trabajar con todos esos niveles a la vez.

Por su parte la doctora Gómez comenta que se deben empezar a dar algunos pasos, reconoce que hay problemas de financiamiento pero que hay que ver por donde se empieza a meter, lo primero que hay que hacer es determinar la magnitud del problema, pues no hacer nada es más costoso que hacer algo. Ese es el argumento para movilizar a las EPS.

Cuarta intervención. Diferentes culturas, similares problemas: Experiencias del estudio del consumo de heroína en Estados Unidos y China, a cargo de Clyde McCoy, Universidad de Miami (EEUU)

El doctor McCoy comienza su intervención señalando que el abuso de drogas y el VIH comparten el mismo camino. Propiamente hablando de la heroína, ejemplifica con su comportamiento en Estados Unidos y en China, siendo el primero uno de los mayores consumidores en el mundo. En el caso de China menciona el transbordo conformado por el triángulo dorado territorial formado por Myanmar, Tailandia y Laos, cuyo consumo de heroína resurgió en la década de los noventa después de 50 años de prohibición comunista. Históricamente es el país de mayor consumo en el mundo.

Al hablar de Colombia menciona la triple condición como productores, exportadores y consumidores, cuyos patrones de uso son de reciente aparición.

Volviendo a la comparación EEUU – China, se remite al país asiático, en donde los comienzos de la epidemia se concentran en el triángulo dorado mencionado. En un estudio comparativo de consumidores entre Shanghai y Miami, el doctor McCoy indica varias similitudes en cuanto al comportamiento por una amplia presencia en el género masculino, la ubicación laboral, el nivel educativo y el estado civil, así como en comportamientos de uso.

En cuanto a las prácticas de riesgo de consumo indica como las más relevantes in intercambio de agujas infectadas o de parafernalia de consumo y la mezcla de drogas. Habla de las 'shooting galleries', que tendría en español su equivalente a las 'ollas', donde el riesgo de infección es alto, en buena parte por malas prácticas de inyección, que acarrea además graves lesiones físicas.

En cuanto a los riesgos de infección por VIH resalta igualmente las prácticas de intercambio de drogas, de la parafernalia y del sexo sin protección en sitios como ollas, casas de prostitución, barrios marginales, entre otros. Dentro de los riesgos en las prácticas sexuales destaca las parejas múltiples, el alto riesgo si estas son UDI, el intercambio sexual y el no uso de prácticas seguras.

Como estrategias de divulgación precisa la identificación, ubicación, asistencia, reclutamiento y enrolamiento de los UDI. Señala como comportamientos protectivos el cese y/o reducción del uso de las drogas, la higiene de agujas y parafernalia y el uso del condón.

Como estrategias de intervención indica la prueba de VIH, educación, asesoramiento, el entrenamiento en habilidades y el seguimiento.

Como aspectos a tener en cuenta para la evaluación señala el del riesgo, de la seroprevalencia y la seroincidencia, evaluar la reducción del riesgo, el cumplimiento del tratamiento y de los cambios en los comportamientos.

Quinta intervención. Producción de heroína en Colombia: ¿un riesgo para la epidemia de VIH en Colombia y América Latina?, a cargo de Pedro Mateu-Gelabert, de la National Development Research Institute (NDRI – EEUU)

El doctor Gelabert inicia su presentación señalando que en la década de los 90 la exportación de heroína de Colombia a EEUU incrementó drásticamente. A pesar de este incremento en producción poco se sabe sobre los efectos en el consumo de heroína en Colombia. Para el estudio realizado hace una revisión bibliográfica de las fuentes consultadas para el análisis secundario.

Fundamentalmente del análisis hecho destaca que en Bogotá, a pesar de que la droga de inyección prevaleciente en Bogota es cocaína (43%) y alcohol (31 %), heroína es usada por un 20% de inyectores, conclusión sacada por el estudio adelantado en el 2003 por Inés Elvira Mejía para la Presidencia de la República, mismo que concluyó también la baja prevalencia de VIH entre UDI y un alto porcentaje de ellos que realizaban prácticas de alto riesgo para contraer el VIH.

Por otra parte, de las ciudades incluidas en el estudio WHO-II del 2004 Bogotá tenía la edad media de inyectores más joven, en comparación con África, Asia y el Este de Europa. Igualmente del WHO II se resalta que Bogotá poseía la mayor tasa de inyección de heroína en Latinoamérica en los últimos 6 meses (20% comparado con menos del 5% en las otras ciudades)

En la revisión de prensa se resaltan las noticias registradas por El País en Cali en el 2009, que registra el aumento de casos de consumo de heroína en esta ciudad. El Diario El Tiempo reporta el caso en Santander de Quilichao en donde de una población de 80 mil residentes, al menos 8.000 jóvenes entre los 10 y los 25 años han probado heroína a lo menos una vez.

El doctor Gelabert recalca un aspecto ya citado por otros expositores en donde en redes de inyectores con alta tasa de compartir jeringuillas, un incremento en el número de inyectores que se inyectan diariamente puede acarrear la infección del VIH entre las redes de inyectores y sus parejas sexuales no inyectores. La situación colombiana se equipara con la vivida por Asia, región productora de heroína, donde el consumo también se ha venido generalizando.

Frente a esto, la respuesta de Colombia, según el doctor Gelabert ha sido incluir la reducción de daños en la Estrategia Nacional sobre Drogas, la promoción de esfuerzos para incluir a los usuarios de drogas como grupo de riesgo en la monitorización de VIH en Colombia, el adelanto de estudios para determinar la prevalencia de VIH entre UDIs, y el gran objetivo de proveer el acceso universal de antirretrovirales, a pesar de algunas barreras de acceso para poblaciones de alta vulnerabilidad.

De otra parte destaca la promoción de salud e inclusión social como parte del plan subnacional de acción sobre drogas para reducir daño y riesgo por consumo de drogas. Incremento de capacidad en sistemas de salud y ONG para proveer acceso a servicios de salud para usuarios de drogas, el desarrollo de normativa para la administración de tratamientos de sustitución de opiodes y la implementación de 4 programas de metadona en tres ciudades. La Metadona líquida y el buprenorfeno todavía no son accesibles en Colombia.

Colombia podría evitar un rápido incremento en el número de infecciones de VIH a bajo costo al proveer intervenciones comprensivas (intercambio de jeringuillas, test de VIH para usuarios de drogas) y necesita promover más investigación sobre el consumo de heroína en Colombia y rutas de distribución a países vecinos, lo cual serviría para elaborar indicadores tempranos sobre la posible expansión de una epidemia de VIH relacionada con el consumo de heroína en el resto de Latinoamérica.

Como conclusión general, el doctor Gelabert indica que el incremento de producción de heroína en Colombia parece traducirse en un incremento en el consumo interno. Los altos comportamientos de riesgo podrían conllevar a una rápida difusión del VIH entre inyectores. Aunque esta situación es preocupante, Colombia está en una situación en la que todavía puede evitar a bajo coste una potencial explosión en número de infecciones de HIV entre inyectores y sus parejas sexuales.

MARTES 13 DE JULIO

MAÑANA

Panel No 2 La acción integral basada en la evidencia: experiencias internacionales

Modera: Dr. Nick Walsh, Médico especialista en Salud Pública. Camboya.

Comenta: Dra. Randy Seewald, Directora médica del Beth Israel Center de Nueva York (EEUU)

Primera intervención: Medidas de tratamiento y prevención del consumo de heroína basadas en la evidencia y desde una perspectiva de salud pública, a cargo del Dr. Benedikt Fisher de la Simon Fraser University de Vancouver (Canadá)

El doctor Fisher inicia su presentación en términos generales en contextos del uso emergente de la heroína en Colombia. ¿Cómo afrontar el uso emergente a través de diferentes opciones que permitan minimizar o reducir el impacto? Es su punto de partida.

Tienen que ver con la morbilidad, la transmisión del VIH, hay preocupación por la transmisión de enfermedades infecciosas. La combinación de speed o heroína con cocaína aumenta los riesgos.

También tiene que ver con la variabilidad de la pureza de la sustancia y el uso de la heroína en relación con el crimen.

¿Qué es lo que debe determinarse? Donde ocurre el uso, el consumo, las características particulares del mismo, son preguntas que debemos responder, hacer unas valoraciones sistemáticas en la comunidad para tener una respuesta empírica.

Si la heroína se usa en formas no inyectadas, el foco clave es esa transición hacia la inyección. Si se trabaja con población que aún no se inyecta esa es la que se debe prevenir. La heroína es algo costoso y rinde mucho más a través de la inyección. Existen beneficios a corto plazo de este tipo de intervenciones pero a corto plazo aun no hay evidencias a largo plazo, señala el doctor Fisher.

Si hay población que ya se inyecta existen medidas para reducir el riesgo, supervisar los sitios de inyección. En Australia, Canadá y Europa promueven un uso más seguro a través de uso exclusivo de jeringas y prevención de sobredosis. Esta es una pieza clave en la prevención.

En cuanto a perspectivas de tratamiento, los opiáceos son las evidencias mejor documentadas como respuestas de tratamiento para la población consumidora. Hablamos de metadona, por ejemplo, son intervenciones establecidas con suficiente documentación. Hay muchas opciones y terapias de buena calidad. Otras sustancias, la codeína, la morfina, en principio son muy similares a la metadona, pero la diferencia es que no son terapias de adicción específica sino que están disponibles como medicamentos para el dolor y que cuentan con un mayor acceso.

En países como Inglaterra, Canadá y Holanda existen tratamientos de prescripción médica de heroína inyectable, los cuales se ha comprobado su efectividad. Hay que pensar que es posible y efectivo, solo que muy costoso dado que requiere ambientes específicos.

El doctor Fisher pasa a comentar los retos de las terapias de sustitución. Para llevarlas a cabo, para optimizar el sistema hay que atraer el 50% de usuarios, son una pieza del rompecabezas, el hecho mas impotante es crear accesibilidad más alta posible.

Cuando inició en los 70 y 80 el uso de metadona en EEUU y Canadá fue restringida a clínicas especializadas en tratamientos de adicciones. En términos del interés de la salud pública, para poder mejorar, lo tienen que hacer lo más accesible y disponible posible, involucrar a médicos generales y enfermeras bajo áreas de servicio y operación, incluso farmacias, integrar a todos los centros de salud, para tener un acceso fácil a los tratamientos.

Otro tema importante para tener en cuenta es que la metadona puede caer en redes de mercado negro, lo cual representa un problema, por lo que hay que pensar en la seguridad y en la facilidad del acceso.

El doctor Fisher expone un estudio comparativo realizado en Australia, en donde los consumidores de heroína bajo tratamiento de metadona la usan más frente a otros tipos de métodos de sustitución. Otro estudio en Alemania muestra el éxito del uso de la metadona.

Hay otro problema en EEUU que debe tenerse en cuenta en el uso de opiáceos. Enseña una gráfica del consumo de oxycodona en los últimos 20 años, un aumento considerable. El uso de opiáceos se ha incrementado en los últimos 20 años, y ha tenido un impacto evidente en el uso ilícito de los mismos. Lo que ha sucedido es que ya que habían muchas opciones de estos opiáceos, a través de la medicina había una transformación del uso de esas sustancias en el mercado ilícito por parte de consumidores. Hicimos un estudio en 70 ciudades de Canadá, la mayoría de los usuarios de opiáceos usaban esas sustancias en lugar de la heroína, porque eran legales medicamente hablando, estaban tan disponibles para la población y se desarrolló esta tendencia. Saben qué es lo que están usando, no tienen que preocuparse por la calidad o la pureza, hubo ese cambio del uso de la heroína al uso ilegal de los opiáceos.

En EEUU la tendencia crece usando los opiáceos como medicinas para el dolor, está siendo un número mayor frente a los usuarios de heroína. Se reportan 50 mil muertes del uso ilícito de opiáceos médicos, superior a cifras de uso de heroína. El doctor Fisher recomienda evitar crear los daños colaterales en el uso de prescripción de opiáceos. Hay que prepararse para eso.

Concluye afirmando que el uso de la heroína es un potencial problema de salud pública. Hay que tener en cuenta las fases del problema y cómo podemos tratarlo, tener claro los objetivos de la reducción, de la proliferación del consumo, establecer unas comunidades terapéuticas accesibles.

Segunda intervención: El Plan de Drogas de Cataluña, España: de la prevención a la investigación, a cargo del Dr. Joan Colom i Farran del programa de Drogodependencias del Gobierno de Cataluña, España.

El doctor Colom inicia su presentación contextualizando acerca de la ubicación de Cataluña. Va a hablar de plan que desarrolla la organización, iniciando por la ubicación geográfica de la zona.

A continuación expone la problemática. Desde hace más de 25 años hay un consumo significativo en la población de 15 a 25 años. En 14 a 18 años es el consumo de marihuana, en proporción de uno de cuatro escolares. En edades de 15 a 29 es similar, acompañado del consumo de alcohol y tabaco.

Es fundamental el problema del alcohol, es el consumo al que hay que poner atención y tener en cuenta en planes de prevención, señala el doctor Colom. En cuanto a costos al año en Europa, el costo del consumo de alcohol genera gastos por más de 125 mil millones de euros. Costos de alcohol con las drogas, provoca 5 veces más de costes que el uso de las drogas. En esa medida es relevante disminuir el consumo de alcohol.

Durante el período 1987 - 2010 en Cataluña ha habido una disminución importante en el consumo de heroína y un incremento en la demanda de tratamiento con metadona. Cocaína y heroína están en segundo y tercer lugar, tuvimos 8000 personas, en Cataluña puede solicitar tratamiento integral manteniendo su propia condición. La mortalidad disminuyó, pero es significativa en mujeres. También reporta un aumento del uso de preservativo en consumidores. Un programa de estas características está incorporado en el plan de gobierno actual durante el período 2010- 2016

Ámbitos de intervención, el ámbito preventivo, desde la escuela, quiere destacar el programa salud en la escuela, la consulta abierta se desplaza a los centros escolares en forma personalizada y anónima. Hay multitud de programas donde se le da protagonismo al

estudiante, incorporando TICS. Un ámbito potente es el mundo de la noche, el ámbito universitario, crear materiales dirigidos a personas que están consumiendo. Este tipo de estrategias generan muchas críticas. Aun así se trabaja con todos los actores implicados. En los centros nocturnos se implementan testings de drogas. Aquellas discotecas que se adhieren al programa reciben una especie de convención o calificación. Las políticas abstencionistas son una estrategia de invisibilización del consumo se responsabiliza a los sitios. En cambio, la reducción de riesgos visibiliza el consumo.

Hay que implicar las empresas promotoras, promover políticas de incorporación en salud pública, y sensibilizar al empresario. Dentro de los criterios básicos que se deben anotar se incluye disponer de información actualizada, información sobre el grado de alcoholemia, transporte para llegar a casa, tener profesionales o personal capacitado, disponer de máquinas de preservativos, colaborar en las campañas, disponer de tampones para los oídos, ofrecer opciones de bebidas sin alcohol, proporcionar espacio de descanso, máquinas de alimentos, servicio de guardarropa, asistencia médica inmediata. El doctor Colom habla del Programa "Beber menos", dirigidos a médicos para detectar consumidores de alcohol.

En cuanto al ámbito familiar, laboral, comunidad, trabajan con líneas abiertas de tratamiento, programas generales. También habla del libro blanco de la prevención.

Ya en el ámbito de reducción de daños, señala la implementación de programas de intercambio de jeringas, y el desarrollo de un plan de prevención de sobredosis. También implementan estrategias como la distribución de tarjeta sanitaria a cualquier población para acceder a cualquier centro sanitario, y realizan recomendaciones a la policía.

Se han distribuido más de 12 millones de jeringuillas con una recuperación en un 70%. Coordinan con la Unión Europea y otras entidades distintos programas de investigación desde un enfoque de salud pública. Se enfatiza en calidad en sistemas de información, portal, guías clínicas, evaluación del plan de calidad, formación de profesionales.

Indica como elementos críticos, la invisibilidad, baja credibilidad de la prevención. Evitar la normalización del consumo. Actualmente el reto reside en la baja credibilidad de la prevención, baja popularidad de las acciones más efectivas. Hay que superar los dilemas éticos respecto a legitimidad de incidir en las conductas del consumo, atender la transculturalidad y las diferencias de género.

Reflexiones finales: la prevención funciona, es necesaria, necesita generalizarse, dar respuestas integrales y evaluarse. Tienen una mesa de acuerdos en el parlamento de Cataluña que aprobó un paquete de medidas sobre drogodependencia. Otra recomendación hecha es velar por un tratamiento ético en los medios de comunicación, promover un debate social y político abierto.

Tercera Intervención: Estructura y funcionamiento del Plan de Acciones sobre drogas del Municipio de Reus, a cargo del Dr. Antoni Lort del Servicio Municipal de Drogodependencias de Reus, España.

El Dr. Lort agradece la invitación. Hablará de la importancia de la especificidad de los elementos locales, no puede olvidarse el conocimiento profundo de los trabajos de campos, de calle, entre iguales, entre usuarios, sin ello no puede pensarse un plan eficaz.

Precisa la ubicación de Reus en la provincia de Tarragona.

En la reducción de daños encontramos referentes en el marco de la filosofía, en la medicina hipocrática del siglo V antes de Cristo. Comenta que fue Pericles en Grecia, durante las Guerras del Peloponeso, quien inició una política pública de salud no desde la divinidad sino desde elementos pragmáticos y eficaces desde la población. Esboza el esquema de perspectiva relacional que involucra persona – contexto – sustancia.

Recuerda los mandatos promovidos por la Human Right Watch. Todas las personas con problemas de salud tienen derechos a ser tratados de la misma manera, superar la estigmatización a los consumidores. De alcohol o de drogas.

Relata a continuación los inicios de la heroína en España, que datan de 1973, la primera sobredosis reseñada es de 1976. Se están invirtiendo 12 dólares por usuarios inyectores en el mundo. Hay que luchar por conseguir recursos.

El plan local en Reus: enmarcar y formalizar los diferentes programas y estrategias que se desarrollan en respuesta al fenómeno del uso de drogas. La finalidad es adecuar las intervenciones y dar respuestas a la realidad cambiante desde la complejidad y/o la multicausalidad. Hay que evitar la simplificación de los problemas, no hablamos de programas colgantes o satélites sino que se relacionen. Principio de intervención fundamental es el trabajo en red donde participe la comunidad en general: profesionales, responsables políticos, etc.

Objetivos del plan: incidir y facilitar cambios en la representación social del consumo de drogas, facilitar la transmisión de la información a consumidores y no consumidores, reconocer la existencia de conductas y prácticas de riesgo. Monitorizar las intervenciones, mantener una comisión de seguimiento del plan. Diferenciar escenarios y tipos de consumo, potenciar los recursos personales.

Estrategias: un planteamiento no divisorio entre prevención asistencial y reinserción laboral. La respuesta a las demandas de forma específica y personalizada, la reducción de daños y riesgos como paradigma. Los ámbitos de actuación referidos son la comunidad en general, los colectivos afectados

Programas desarrollados: área de promoción de la salud, con colegios, programas de información sobre el uso de las drogas, información y prevención para consumidores de la sustancia, disminución de riesgos en contextos de ocio nocturno, área de atención comunitaria: tratamiento con sustitutivos opiáceos, apoyo a comunidades terapéuticas, centros de escucha, centros de acogida La Illeta, programas comunes en las dos áreas: prevención e intervención en ETS, contacto con usuarios que no están en tratamiento. Centro de atención y seguimiento CAS.

Centro Illeta es como un paradigma de trabajo, sin una plataforma donde acoger a las personas es imposible articular y conseguir resultados. El centro es un espacio alternativo de actividades y servicios para personas usuarias de drogas.

Como propósito tiene aumentar la oferta de actividades, detectar necesidades, acercar la oferta institucional, contactar con usuarios que no están en tratamiento, ser un centro orientador, ser un espacio acogedor y tranquilo donde puedan estar un rato, actividades como salidas lúdicas, talleres de cocina, de informática, de sexo seguro. Son un equipo interdisciplinario. Trabajan con una asociación de usuarios que tiene más de 10 años de existencia, ARSU.

Realizan trabajo de base con consumidores, participan en las redes sociales, en medios de comunicación, adelantan actividades de gestión de los conflictos

Lort señala la importancia de investigar y de buscar todas las oportunidades a la reducción del daño, deben abordarse desde las temáticas de vulnerabilidad, del riesgo y de responsabilidad. En vulnerabilidad, tener en cuenta las diversas percepciones de la vulnerabilidad, la producción y representación de los saberes respecto al riesgo, la noción de responsabilidad asociada a un conocimiento de un riesgo, las respuestas populares frente al saber de los expertos respecto a un riesgo. (Nichter, 2006)

Dr Walsh interviene para invitar al panel de preguntas

1. **Pregunta sobre un tema específico, algún acceso o el problema en países en vía de desarrollo ¿qué tiene que ver con el tema de tratamiento pagado?** Responde el doctor Benedickt: la afluencia de la prescripción por sustitución, muchos medicamentos

pagos se usan para el tratamiento del dolor. Esas dos áreas terapias antidolor y de sustitución tienen que ver unas con otras, e insiste en que se deben buscar mecanismos para reducir el abuso de estos métodos. La doctora Randy comenta que los médicos tienen una responsabilidad ética de tratar el dolor, ese tratamiento es muy pequeño con relación al tratamiento del dolor crónico, así que éticamente se considera que la primera prioridad es tratar el dolor. Recuerda que la adicción o dependencia es solo una pequeña parte de este tema.

2. **Susana Fergusson del Ministerio de Protección Social pregunta al doctor Lort sobre el tema de gestión de conflictos, a la participación de la planeación y los procesos de evaluación para que funcionen los servicios comunitarios.** Antoni responde que es uno de los puntos más difíciles, en muchos de los casos es simbólica, pero que ha sido significativa la participación de consumidores organizados que han dialogado de tú a tú con partidos políticos y expresado sus puntos de vista, pero que igual sigue siendo un reto a superar.
3. **Pregunta al doctor Colom sobre estrategias de resistencia al cambio en población consumidora de alcohol.** Responde la dra Eulalia Sabater diciendo que la intervención se realiza desde un nivel de atención primaria en salud pública, capacitando al cuerpo médico en general.
4. **Aldemar Parra del Ministerio de Protección Social pregunta sobre el manejo de la resistencia que ejerce la población frente a los centros de calor y café.** El dr Lort responde que se ha implementado una metodología para superar los conflictos. Muchas de las personas del barrio no le ven problema en la existencia del sitio, aun a pesar de reclamos señalados. A veces se sienten desbordados. Sin embargo interviene el doctor Colom indicando que todavía existe ese mito de los centros de calor y café acompañado por el eco de los medios de comunicación. La información es necesaria pero no imprescindible, señala el doctor Colom. Es un tema complejo.

El doctor Walsh da paso a la doctora Randy para las conclusiones. La doctora Randy inicia comentando de la primera presentación que lo importante es conocer la población base con la que se va a trabajar. Tenemos la terapia de intercambio de jeringas, hay evaluar la viabilidad de las propuestas en los contextos locales y lo que tiene que ver con la morfina. Yo creo que manejar todo el problema emergente es clave para empoderarlo en cada país, pero tenemos las intervenciones por desarrollar en el uso de heroína y decidir si se recetan medicamentos o no, todos son tratamientos efectivos.

De la segunda presentación comenta acerca del programa que se desarrolla en Cataluña, no entendió la transferencia del proyecto y señala las críticas recibidas a los programas que se implementan, parece que hay una prevalencia de 30% 40% de población con VIH. Doctor Colom aclara que antes la prevalencia era del 70%. Señala lo interesante de iniciar desde la etapa escolar.

De la tercera presentación resalta el enfoque en la reducción de daños, destacando la metodología multimodal, enfocada en la idea de ir las casas y llevarlos al centro. Ellos están monitoreando la efectividad de las intervenciones. Sin monitoreo las prácticas serán poco efectivas y replicables.

Panel No 3: La lógica y el sentido de las intervenciones, la sustitución

Moderadora Rebecca Schleifer, Human Rights Watch

Comenta: Dr. Luis Fernando Giraldo, E.S.E Carisma de Medellín, Colombia

Primera presentación: La lógica y la filosofía de las terapias de sustitución con opiáceos, a cargo del doctor Nick Walsh, asesor de la OMS para el Sudeste Asiático.

El doctor Walsh inicia su presentación aclarando que es un tema aún nebuloso, por lo que trae algunas ideas, teorías y ejemplos con fotografías.

Presenta algunas guías producidas por la OMS en Ginebra en el 2009 para el tratamiento farmacológico asistido con opiáceos, no son guías operacionales sino teóricas.

Cuando se trata de dependencia de opiáceos se habla de reducción de daños, en donde se va a centrar en los métodos de sustitución, evitar el contagio de tuberculosis y VIH.

Principios del tratamiento: no hay un solo tratamiento que funcione para todo el mundo, el compromiso y la mezcla de tratamientos va a mantener mejores resultados. Tenemos pacientes con múltiples temas psicosociales, especialmente aquellos tratados con metadona (OST) o pacientes dependientes de la morfina. Cuando tenemos tratamientos para estas sustancias los objetivos serán mantener a los pacientes en el compromiso de seguir el tratamiento, reducir el riesgo, lograr estabilidad a nivel individual y social. Tener acceso a una salud mental pública apropiada.

Dependencia del opio, tratamiento de sustitución: unos responden mejor a la metadona a la buprenorfina, la hidromorfina, la morfina.

Tratamiento para la desintoxicación y el síndrome de abstinencia, a veces no funcionan las sustancias y puede provocar recaídas. A veces se generan resistencia a la metadona.

La terapia OST a nivel mundial está presente en 71 países, ausente en los otros 79 países. Presente en países desarrollados. Infortunadamente la cobertura, registrada por la ONU no es global. 40% de UDI en el mundo tienen acceso a este tratamiento. Necesitamos una cobertura aplicable. ¿Por qué la metadona es la mejor OST? Está demostrado que reduce el consumo de heroína y reduce los síntomas de síndrome de abstinencia. Tenemos de 60 a 220 mg para bloquear el síndrome de abstinencia, reduce la mortalidad en casos de sobredosis, el punto más pronunciado es mantener a la gente en dosis altas de metadona, son más efectivas que la buprenorfina.

En un estudio realizado con consumidores en tratamiento de sustitución la evidencia mostró que la gente que estaba en el tratamiento tiene menores riesgos de contagio de VIH y mejora su comportamiento psicosocial.

Cómo funciona, el doctor Walsh indica que la heroína es más cara, la dependencia requiere grandes cantidades de dinero y puede conducir al crimen, intercambio de sexo por drogas. Cuando se es dependiente el objetivo principal es calmar los síndromes de abstinencia, lo que genera la exclusión del resto de necesidades y el deterioro de la salud mental y física. El tratamiento por OST trata la dependencia.

La clave para cualquier tratamiento es la adherencia, si usted no toma la medicina no se va a curar, indica el doctor Walsh.

En otro estudio hecho a 1500 personas en Australia con personas tratadas con metadona se ve que luego de un tiempo la adherencia se mantiene. Para lograr un objetivo se requiere un 80% de las dosis, tenemos una gobernanza de la metadona, un documento de regulación nacional que dicta las responsabilidades del gobierno y las ONG, hay que monitorear esos procesos, desarrollar las fuerzas de trabajo todo el tiempo, evaluar el proceso. Conseguir feedback de los pacientes a través del contacto directo con ellos.

¿Cómo se despliega el tratamiento? Desarrollar un piloto, identificar las organizaciones claves, evaluar el piloto y diseminar los resultados.

¿Dónde se debe tener disponible la metadona? En forma descentralizarla, en centros de salud primaria, en dispensarios, las farmacias, en prisiones, darla gratis o a bajo costo. El doctor, el farmacéutico y el personal de salud son los tres actores clave en este proceso.

Buenas prácticas: facilidad del acceso cuando se enfoca en alta cobertura, ofrecer diversas alternativas de tratamiento. Ejemplos alrededor del mundo, en Indonesia, con un país de 300 millones de personas ellos no tenían tratamiento con OST, en 2006 iniciaron con un modelo de salud primaria en Yakarta.

En China se inició un poco tarde pero ha aumentado, en el 2004 tenían pocas clínicas, y en el 2009 tenían 680 clínicas, atendiendo a 250 mil personas con metadona. Entre 2004 a 2007 la penetración es alta pero aún no se ha logrado atender la demanda.

Otro modelo que se ha distribuido es una unidad móvil de ambulancia que se desplaza a las provincias.

En Vietnam para el año 1992 eran pocos usuarios y han aumentado, tenían un modelo en donde ponían a los usuarios del centro de drogas en la zona rural de Vietnam que generó inconvenientes. Desde 1997 se implementó el programa de OST y en el 2004 se legalizó completamente. En tres ciudades se atienden cerca de 3.000 pacientes 113 miligramos por paciente diariamente.

En India hay varias clínicas que tratan con OST. Islas de las Maldivas con una epidemia de heroína, se ubica en un barrio comunitario.

En Australia se ha implementado recientemente el tratamiento con metadona. Se dio temprano, en 1986, y a 1999 ha aumentado el tratamiento progresivamente. Actualmente hay más de 40.000 personas en mantenimiento con OST, 1300 doctores que pueden recetar la metadona, más de 2000 centros de dosificación de farmacoterapia y casas de tratamiento.

En la Unión Europea la cobertura es del 60%.

El 1 de julio de 2010 empezamos el tratamiento con metadona en Camboya, un país con pocos UDI donde ya funciona una clínica, después de 18 meses de intensa labor, un momento emocionante para este país asiático.

Segunda presentación: Tratamiento asistido con medicamentos, a cargo de la doctora Randy Seewald, del Beth Israel Medical Center de Nueva Cork, EEUU.

La doctora Seewald inicia su presentación diciendo que la medicación es la mejor parte del tratamiento. Pueden ser sintéticas o no sintéticas.

Definición de adicción influida por factores genéticos y ambientales, caracterizada por un control impulsivo un deseo continuo a pesar del daño. Es un modelo biológico psicosocial y se tiene una predisposición genética, pero no es lo único, necesita estar en un contexto, en un ambiente en donde se tenga acceso a la droga. La dependencia física no es adicción. Cualquier persona que consume opiáceos si se detiene abruptamente generará muchas dificultades. La tolerancia no es adicción, puede ser algo bueno la dificultad para respirar, si hay abstinencia puede haber dificultad para respirar. Estamos hablando de pacientes, la tolerancia puede ser una cosa buena, no va a ser problemática. La pseudoadicción es creada por los doctores, puede ser muy dolorosa si no se trata adecuadamente.

Todo el mundo habla de desintoxicación pero no la recomienda para pacientes que son realmente adictos, entre más largo mas sea el tratamiento con opiáceos mejor será el resultado, menos del 15% de abstinentes se quedan el primer año, entonces cuando los pacientes salen de los centros de desintoxicación recaen y su tolerancia vuelve a cero, este es el gran riesgo de sobredosis. Como doctora solo recomienda tratamiento de mantenimiento.

El síndrome de abstinencia se debe a un factor secundario de daño, tenemos todos los síntomas, los opiáceos van a modular el estado de ánimo, los dolores, todo será manejado...cuando se entra a opiáceos bastan unos pocos meses para recaer. También hay disparadores, la presencia de poco uso de drogas, ellos necesitan que se les trate el dolor y recomienda que a los pacientes no le nieguen la medicación para el dolor. Recalca la experiencia de la clínica con más de 40 años. Tenemos un tratamiento de 60 personas por año, un modelo altamente regulado por el estado americano, todo el mundo tiene diferentes roles, se ha logrado un gran nivel de confianza en el proceso.

Sobre la dosis adecuada, mirar el porcentaje de usuarios usando drogas intravenosas, mientras se aumenta la dosis los pacientes llegan al tratamiento y tienen temor de recaer llega

al 80% hasta que tenemos 100 mg. El ideal para los pacientes es de 80 y 120 mg para dejar de usar drogas, la evidencia y las guías son similares a la enseñada por el dr Walsh.

El mantenimiento con metadona es más efectivo que el mantenimiento con placebos, hay que revisar las evidencias, no se puede negar un tratamiento efectivo a los pacientes.

Cuarenta años después sigue el estigma, el tabú. Las metas de mantenimiento dependiendo de la dosis, mientras mas bajas sean las dosis no puede garantizarse éxito. Si vamos a aumentar la dosis el paciente no sentirá el deseo de acercarse a las drogas nuevamente, el tratamiento con metadona normaliza funciones basicas del ser humano. La importancia de las dosis es importante, en EEUU se han dado dosis bajas y se tienen evidencias de la poca efectividad en ese caso.

El tratamiento de mantenimiento con metadona aumenta las posibilidades de sobrevivencia, disminuye el uso ilícito de opiáceos, riesgo de hepatitis, VIH, ya pueden tener un trabajo gracias a la disposición física y mental que adquieren.

El tratamiento es altamente estructurado y evaluado. Se practican exámenes de toxicología, supervisión de sustancias, exámenes de fluidos corporales en el hogar, evaluaciones diarias. Metadona líquida es la usada, la tableta también es buena. Necesitamos que vuelvan las botellas en presentación pequeña. Tener en cuenta la distribución ilegal. En EEUU sin un tratamiento el problema es mucho más caro. Si están en programa de tratamiento va a ser mucho menos costoso. Ahorra dinero a nivel gubernamental. Todo el mundo ama la morfina porque no conoce la metadona.

Buprenorfina se puede recetar en los consultorios y conseguir en clínicas estatales, no es tan estigmatizada, es una droga como cualquier otra, no es tan fuerte como la metadona. Si se usa la buprenorfina no se puede llegar a una sobredosis pero es relativamente segura, pero no hay un límite de la tolerancia. Siempre se va a aumentar la dosis gradualmente, Con metadona no se requiere un techo más caro. Si tienen una abstinencia que se precipita podemos darles demerol, metadona, si usted aumenta la dosis va a aumentar el efecto. Cuando se utilice esta sustancia es importante que el paciente no esté en abstinencia.

Pastillas puras de esta medicina vienen en presentación de tabletas sublinguales. Trata el dolor moderado a severo. Afinidad de receptores mas alta, es difícil librarse de su medicación. Es difícil de quitar del cuerpo, tiene un efecto de cielo para la depresión respiratoria. Estudios demuestran que es más efectiva que el placebo, en resultados primarios de abstinencia. Finalmente recuerda que la adicción a la heroína es una enfermedad crónica, usted no se cura de estas enfermedades, si usted deja de tomarse la medicina usted volverá a sentirse mal.

Tercera presentación. Las terapias de sustitución con opiáceos en la práctica, a cargo de la doctora Begoña Gonzalvo de Barcelona.

En primer lugar señala que trabaja en la asistencia clínica. Programa piloto de reducción de daños en el hospital Valle de Hebrón de Barcelona.

Importante que el paciente que presenta una adicción al opiáceo, independientemente del abordaje, debe tenerse en cuenta que los tratamientos para pacientes es igual. La adicción a opiáceos como la heroína es una enfermedad crónica. Se considera dentro de las adicciones como la de mayor gravedad incluso mayor que la de cocaína.

Cuando se hable de sustancias opiáceas se refiere a aquellas que afectan directamente el cerebro. Todas las sustancias van a actuar sobre el sistema nervioso central.

Receptores opioides: mu, delta y kappa.

Opiáceos: naturales (heroína), semisintéticos (buprenorfina) y sintéticos (metadona)

Efecto: agonista puro o agonista parcial.

Vías de consumo: vía endovenosa, pero hay otros modos. En España cuando se iniciaron los programas de abordaje se hicieron con la finalidad de evitar la infección del VIH y las hepatitis, así como la muerte por reacción aguda, sobredosis. Tener en cuenta que en todos los programas que se establecen contemplan complicaciones en ámbitos médicos, psiquiátricos, sociofamiliares y legales. Entre el 50 y el 60% que desarrollan una adicción tienen otra afección psiquiátrica añadida. Los pacientes de opiáceos tienen una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, depresivos. No pueden estar fuera. Recalca el tema de la búsqueda de la sustancia asociada al crimen.

Programas van a ir orientados a la abstinencia o a la disminución de los riesgos asociados al consumo (reducción de daños)

La doctora Begoña recalca el interés en aumentar la retención en tratamiento, muchas veces esta retención puede ser discontinua. No hay muchas diferencias en lo presentado por las otras exposiciones. Muchas veces hay que facilitar la rapidez de introducción en el tratamiento por el paciente. También señala la necesidad importante de formación del personal implicado en el tratamiento de las adicciones, no únicamente a los pacientes o cuerpo médico, especialmente en temas de reducción de daño.

Comparte lo de la doctora Randy en que se debe cambiar el término de desintoxicación, no es una liberación de la sustancia. Hay que plantear otro tratamiento y tener cuidado con el policonsumo en etapa de desintoxicación.

Los PMM fueron orientados a partir de los años 90 para reducir el contagio de VIH. Antiguos heroinómanos que estuvieron en programas de mantenimiento son ahora consumidores de cocaína por vía endovenosa.

Dentro de los tratamientos se debe tener en cuenta la disminución de las prácticas de riesgo en su uso, uno de los criterios es ver cuáles son los criterios de inclusión de los pacientes dependientes de opiáceos, es la propia demanda del paciente, entra directamente. Otra población destacada es el colectivo de las mujeres, un tratamiento con agonistas de opiáceos involucra mujeres embarazadas, el objetivo es disminuir el riesgo de consumo y la morbilidad a nivel perinatal.

Otras poblaciones tienen en cuenta pacientes que tienen un alto riesgo de contagio con VIH, pacientes con patología psiquiátrica grave.

Programas de mantenimiento con metadona y buprenorfina, estos son más recientes. Con metadona, no produce euforia tras la administración, administración vía oral y síndrome de abstinencia tardío. Recomienda que los doctores presten atención a los efectos secundarios que manifiesten los pacientes

La dosis de inicio sería de 20 a 40 mg y también recomienda mantener una dosis elevada, una dosis de menos de 80 o 90 mg no tendría ninguna efectividad. Hay que cambiar esa resistencia a dar metadona en dosis bajas. A cabo de unos cinco o seis días debe estar en una dosis adecuada. Al inicio los pacientes persisten en el consumo de heroína. Normalmente suponen un contacto directo con el personal de enfermería. Tiene una actuación y supervisión relevante. Ese contacto frecuente es de gran interés para la efectividad de la intervención. Valorar consumo de otras sustancias

Ojo interacciones farmacológicas con antiretrovirales y antitubercostáticos. Lo que hacen pueden percipiatar un síndrome de abstinencia. En ocasiones lleva a que el paciente abandone los tratamientos. Con buprenorfina hay menor experiencia, asociado a naloxona, dosis de inicio 4 a 8 mg, estabilizar a 24 mg.

Una de las conclusiones principales es que los programas orientados a la abstinencia o a la reducción de daños deben tener como objetivo principal promover la retención en el programa.

Cuarta presentación. Otros contextos de dispensación de sustitutos opiáceos: las oficinas de farmacia comunitaria y servicios de urgencia, a cargo de la doctora Eulalia Sabater i Puig del Hospital Universitario St Joan de Reus, en Cataluña (España)

En principio habla de Tratamiento de metadona, no de mantenimiento, porque entra dentro de nuestro paradigma de la normalización, es una nomenclatura más real. Enseña fotos del centro de drogodependencia, un hospital de segundo nivel, ubicado en el centro de reus, Horario de 11 a 4 de la tarde en horas laborales ventanilla de suministro de metadona. Las sesiones y asistencias son grabadas. Dentro de la historia no atienden urgencias psiquiátricas. Creada en 1982 el servicio de drogodependencias en el CAS de Reus.

En 1992 se inicia el programa de intercambio de jeringas. Modelo de atención tratamiento integran a través de modelo biopsicosocial, integrador e interdisciplinario que desarrolla diversos programas. El paradigma de intervención requiere una cuidadosa planificación. También reitera la importancia de la enfermería.

Expone el organigrama del centro compuesto por diversos profesionales. En donde el área social se ha ido incrementando. Paradigma atención a la persona: proceso de ingreso, atención, tratamientos farmacológicos. Es un proceso largo que no tiene un inicio y un final concreto. Seguimiento de atención, programas de reducción de daños. Garantizar la confidencialidad, información, satisfacción, relaciones con la familia y la comunidad.

Tenemos que ser accesibles y rápidos con la demanda. Protocolos, circuito expreso de atención inmediata, sistemas de documentación y registro, sistemas de evaluación. Formación continuada, opinión de profesionales y coordinación con otros niveles.

Al interior del CAS de Reus señala lo importante de manejar la óptima coordinación entre todos los niveles. Destaca el programa en concreto de Farmacia comunitaria. Implementada en Reus desde el año 1998 cuando hay un acuerdo gubernamental que permite desarrollar esos programas. En ese año empiezan a implementar el programa. Se planteó un trabajo con la comunidad farmacéutica y con los pacientes usuarios de metadona.

En el caso de los farmacéuticos querían valorar sus conocimientos, conocer su opinión, identificar necesidades de formación o información. Con usuarios fue similar. De 96 farmacéuticos respondieron 42. En cuanto a usuarios encuestan a 262 de los cuales responden 61. Gracias a este estudio se ampliaron los puntos de dispensación a 13 farmacias, hubo alta respuesta en la ciudad pero no en comarcas. Se mejoró en la atención holística a pacientes consumidores.

A nivel España esta cada vez más implementada la metadona en oficina de farmacia especialmente en el país Vasco. Actualmente en Reus y comarcas vecinas hay vinculadas 40 farmacias y 170 usuarios.

La moderadora da paso a las preguntas.

1. **Pregunta sobre si ha habido problemas con el tráfico ilegal de metadona y si ha ocurrido cómo la han enfrentado.** Responde la doctora Sabater: es inevitable. Eso se trabaja individualmente, cuando son evidentes a nivel comunitario, pero es difícil poderlo controlar. Si se hace dentro del mismo centro esa conducta genera expulsión temporal del lugar o el traslado a otro centro.
2. **Doctor Walsh pregunta que si la metadona tiene menor posibilidad de tráfico que el ibuprofeno, y si se habla directamente con el paciente. Estas personas tienen que ser observadas continuamente, tener mucho acompañamiento.** Responde el Doctor Colom El interés en el tráfico es mucho menor, no hay restricción, Pregunta a la doctora Randy si la buprenorfina se distribuye gratuitamente, en España el coste es muy elevado, eso representa un coste superior a al metadona. Responde la doctora Randy: La buprenorfina no es gratuita y no la recomienda para estos programas porque cuesta demasiado para el caso de salud pública, pagarla sería muy costosa y no se lograría llegar a mucha gente, se daría como una prescripción médica en el caso de atención particular. El doctor Walsh complementa que la metadona y la buprenorfina

tienen el mismo costo en Australia. En EEUU los recursos son muy pocos para invertir en la compra de estas sustancias.

- 3. Pregunta sobre trabajo con pacientes menores de edad en tratamientos de sustitución con opiáceos.** Responde el doctor Walsh. si se es menor de edad es gratis, y se usa buprenofrina. Hay servicios específicos para jóvenes en edades de 16 a 21. En EEUU no se permite usar metadona antes de los 18 años, se usa para procesos de desintoxicación en adolescentes. El proceso es la misma cosa sin importar la edad. En España es importante el consentimiento de los padres para valorar el ingreso de menores de edad a programas de tratamiento con metadona. La metadona es gratis en España.

El doctor Giraldo hace los comentarios a las presentaciones. Señala que el doctor Walsh indica las guías de la OMS y las realizadas para el sudeste asiático, destaca la importancia a enfocarse en el área psicosocial, las opciones de tratamiento, las medicaciones. Recuerda que la desintoxicación no es herramienta única de tratamiento. Se incluía a Colombia en los países con sustitución, algo que le sorprende porque no está seguro al respecto. El mantenimiento es la clave, ejemplos de los países. Presencia de consumo intravenoso crece exponencialmente con el VIH SIDA.

En cuanto a la presentación de la doctora Randy, comenta que la medicación es un componente esencial del tratamiento, fue muy clara de las desventajas de la desintoxicación, riesgo que representa como intervención que puede incrementar la sobredosis los motivos posibles de las recaídas. Subraya la importancia de la dosis adecuada de la metadona y la superdosificación. Indica de la presentación que cuando se suspende el medicamento es un hecho su incidencia en la relación costo efectividad.

De la presentación de Begoña de España. Resalta los beneficios del tratamiento farmacológico, el intercambio de jeringuillas, el alojamiento, el trabajo. Disminución del consumo de opiáceos disminución de la criminalidad, del contagio del VIH mantenimiento de la calidad de vida. No es un trabajo de tiempo completo ser adicto. Finalmente, de la presentación de la doctora Eulalia resalta su introducción donde precisa el uso de la palabra mantenimiento y el favorecimiento de la accesibilidad al tratamiento.

TARDE

Panel IV. La lógica y el sentido de las intervenciones, la prevención de riesgos y la reducción de daños asociados a la heroína y otros consumos.

Moderador el doctor Wolfgang Hees de Cáritas (Alemania)

Comenta el doctor Benedickt Fisher de la Simon Fraser University de Vancouver (Canadá)

Primera presentación: El derecho humano a la reducción de daños: lecciones aprendidas de nuestro trabajo, a cargo de la dra Rebecca Schleifer de Human Rights Watch.

La doctora Schleifer recuerda que ya había hablado en la primera sesión sobre los derechos humanos, y lo primero que interesa es que los individuos tienen el derecho humano a la reducción de daños sin ningún tipo de discriminación, definido por la legislación internacional. La reducción de daño tiene que ver con las intervenciones de las que hemos hablado antes, aunque es necesaria no es suficiente, hay que prestar atención a las políticas al respecto.

Barreras estructurales para acceder a los servicios. Casi para todo el mundo la posesión de droga es un crimen, lo que eso significa es que mucha gente no sale con jeringas esterilizadas, en EEUU la posesión de jeringas sin receta médica no está permitida y puede malinterpretarse como señal de un posible consumo. Otro obstáculo es que en muchos países el acceso a la reducción de daños es complicado o imposible.

HRW hace más de 100 informes al año sobre vulneración de derechos. Desde el 2001 Rebecca trabaja en el tema de VIH. Hemos trabajado en California donde se ha luchado por el intercambio de jeringas.

En muchos países se mantiene el registro judicial de los consumidores. 3000 ejecuciones en tres meses en Tailandia por posesión de drogas. Hay penas muy severas. Los hospitales mantienen los registros por ingresos de personas afectadas por un abuso de drogas. Los que tienen VIH no acuden a los servicios. El costo no es una barrera para acceder a los servicios sino el miedo de ser reportados a la policía.

En esa medida la policía es una barrera para acceder a los servicios de reducción de daños, en cuanto tengan acceso a la información de los consumidores. En países como Ucrania los policías miden su capacidad de arresto por cantidad sin importar el hecho. En general se han identificado abuso de autoridad, sobornos por partes de quienes usan drogas, violencia sexual contra las mujeres consumidoras, asesinatos extrajudiciales. En Ucrania la represión policial incide en el poco desarrollo de programas como intercambio de jeringas, de hecho es ilegal su porte.

En cuanto a grupos poblacionales las mujeres y los jóvenes son las poblaciones más vulnerables. Las personas menores de 21 años no tienen acceso a servicios de reducción de daños. Hemos documentado muchos casos de custodia infantil y utilización de drogas durante el embarazo o abortos. Hijos de mujeres que usan drogas y que no tenían acceso a servicios básicos. En Rusia se demostró una zona donde no había ningún acceso para tratamientos de adicción a opiáceos, y muchas de las personas consumidoras eran portadoras de VIH.

En 2005 Ucrania inicia el uso de metadona.

¿Qué hacer? Buscar una reforma estructural, cambiar la ley, señala la doctora Schleiffer. Recomendar el acceso a programas de intercambios de jeringas, en Portugal ya no se penaliza el porte de la dosis personal de drogas. Desarrollar procesos de legalización o levantamiento de restricciones de metadona y buprenorfina. Cambiar las prácticas policiales.

Segunda presentación: La reducción de daños, un nuevo paradigma en la intervención de drogas: la experiencia de Cataluña, a cargo del doctor Joan Colon i Farran, del programa de Drogodependencias del Gobierno de Cataluña

El doctor Colon inicia su presentación con los cambios de paradigma en la definición y atención a las drogodependencias en los últimos cincuenta años.

A partir de los años 60 el paradigma moral era predominante. Se pensaba en el alcoholismo, atribuido a la falta de carácter, de estabilidad. Un papel doble del estado estigmatizador y salvador. Los cambios conceptuales posteriores empiezan con el tema del modelo asistencialista del paradigma médico asistencial, los consumos relacionados con el alcohol y el tabaco, entre las décadas del 60 y 70 cannabis y alucinógenos y en los 70 al 90 el uso de la heroína.

En cuanto a las intervenciones el objetivo era la abstinencia: motivar listas de espera, gente en la calle, tratamiento prescrito, muchas recaídas, medidas punitivas más estrictas, menor capacidad de acceso a los centros. El consumidor era incapaz, había que vigilarlo, el ex usuario se asumía como un patriarca, una postura exclusivista, que entraba en controversia con la postura excluyente de los profesionales. La sociedad sentía angustia y alarma social y demandaba recursos y la modalidad de prevención se basaba en la prevención, intervenciones breves, precisas y masivas, participación de la policía.

Aprendimos que esta intervención generaba una elevada morbimortalidad, tratamiento complejo, toxicómanos que no desean tratamiento, bajo control y retención y tratamiento y período de latencia muy largo.

Modelo de salud pública años 90 a la actualidad es el paradigma de la reducción de daños. Consumos, disminución de la inyección, incremento de la cocaína, drogas de síntesis, cambios de patrón en consumos de alcohol, descenso de la heroína.

Intervenciones, paliar trastornos asociados, aumentar el contacto y la retención en tratamiento, disminuir la morbimortalidad, minimizar el deterioro psicosocial, mejorar la calidad de vida. Se basan en una clara ampliación de tratamientos, ya no es uno solo, a medida del usuario, objetivos intermedios, no solo todo o nada, modificar el comportamiento no todos los drogodependientes son iguales, ayudar al consumo controlado, relación más igualitaria y participativa, objetivos negociados mucho más motivacional, recursos abiertos, amigables, no censuradores.

Resalta en tipos de intervenciones: programas con sustitutivos, programas de intercambio de jeringas, trabajo de contacto (centros de calor y café, trabajo de calle, salas de consumo, trabajo entre iguales).

Es posible estudiar la heroína oral, no genera una tolerancia infinita, estabilizamos pacientes.

Estrategias de Jeringas en prisión fue problemático por creer que se dotaba de armas a los reos.

El usuario pasa a ser sujeto, es responsable de su consumo. Historia natural de la toxicomanía ahora vemos que es posible cambiar actitudes de los usuarios a partir de la oferta de servicios desde el principio. El contacto cercano, continuado, permanente es fundamental.

Pasada esa fase precontemplativa, los programas de programas de reducción de daños trabajan en esta área, y preparamos para la acción, mantenimiento y recaída con programas para el mantenimiento.

En occidente la mayoría de enfermedades están relacionadas con hábitos y estilos de vida. Los tratamientos son efectivos ¿Qué entendemos por tratamiento? No estamos hablando de una enfermedad crónica agresiva. Apunta a mejora de la calidad. Cuanto más tiempo una persona se encuentre en tratamiento mejor es su evolución. Alcohol y tabaco en salud pública, el componente social, una alarma social desproporcionada, hace falta diálogo y pedagogía. Los medios de comunicación son determinantes en la conceptualización del problema. La actual política internacional también incide en la vulneración de derechos.

Alcohol a los 10 años 47% son abstinentes.

Reducción de daños persigue incrementar el contacto y la retención, proporcionar información, disminuir la estigmatización. Recuerda la importancia del rol del profesional de la salud. Programa de bola de nieve, participan en políticas planificadoras.

Educación, partir de lo que preocupa al usuario de drogas.

Explica como resultados que se han formado 400 usuarios formados con una bolsa, guantes, información, jeringuillas, naloxona para prevenir intoxicación aguda, máscara y alcohol isopropílico. Prevención de la sobredosis, actuaciones ante una sobredosis, más de 100 se han revertido, prevención de las enfermedades infectocontagiosas pero con la naloxona surge la pregunta ¿cómo la pueden aplicar los propios usuarios? Ese es un reto. La idea es evitar que la gente tenga sobredosis.

También se trabaja en prevención del embarazo no deseado, sexo seguro y programas de prevención de contagio de hepatitis C y VIH.

Casi millón y medio de jeringuillas distribuidas con un alto porcentaje de devolución, despliegue de centros de calor y café en zonas críticas de consumo. Tarjetas sanitarias, recomendaciones de actuación policial, potencialización entre iguales.

Se han atendido 8000 personas. Se han creado 14 centros de reducción de calle, siete unidades móviles.

Recoger jeringuillas de la calle, es importante. Programas de prevención de sobredosis, previa a la inyección.

Finalmente el doctor Colom habla de los falsos mitos de la reducción de daños, los servicios de reducción de daños no atraen a toxicómanos, no mantienen a los drogodependientes en su situación de adicto, no hay una visión fatalista, la reducción del daño hace parte del continuo asistencial, es perfectamente complementaria. También es falso que los recursos de reducción atraen a los traficantes, no es cierto, no crean nuevos consumidores, ni crea la inseguridad, no busca legalizar el consumo.

Tercera presentación: la vulnerabilidad al VIH en los consumidores de drogas, a cargo del doctor Jerry Jacobson de la OPS/OMS

El objetivo de su presentación es compartir los factores de riesgo de VIH en UDI's.

Trabajo sexual y uso de drogas, enfrenten encarcelamiento, el estigma del uso de drogas, tanto por la población como por trabajadores de la salud que agrava la exclusión, provocando el no acceso al servicio.

El más importante es el riesgo sexual. Y factores socioestructurales.

Riesgo sexual, en los 80 el riesgo sexual fue ignorado, la inyección era el único riesgo. En los 90 aparecieron estudios transversales que generaron vínculos entre conductas sexuales y VIH en UDI, especialmente en el contexto del uso de piedra y sexo transaccional en mujeres. Es un cambio de paradigma.

Presenta la Cohorte del estudio ALIVE entre 1998 y 1999 en Baltimore (EEUU) Hombres, conductas homosexuales multiplicaba por dos el riesgo, pareja sexual femenina reciente, frecuencia de inyección diaria, asistir a shooting galleries (ollas), presencia colegio. En Mujeres el riesgo tener ITS Reciente o tener una pareja sexual masculina UDI, marginal, importancia de la red social. Y jóvenes. En ambos casos menores de 30 años.

Drogas y actividad sexual, crack/piedra y estimulantes en general, fumar crack asociado con aumento en actividad sexual, incluye múltiples parejas y sexo transaccional.

Metanfetamina, aumentos en libido, resistencia prolongada, parejas múltiples, en mujeres mayor frecuencia de sexo anal.

Heroína, puede o aumentar o reducir deseo sexual y reducir funcionamiento.

Sobre el sexo desprotegido, el uso de alcohol y drogas se ha asociado con menor uso de condón, y mayor uso de condón asociado con individuos que perciben apoyo en usarlo con sus parejas, participan en intervenciones con enfoque en conductas de riesgo, o sea esto ya tiene un soporte estadístico.

Trabajo sexual, dinámica en poblaciones de UDI masculinas y femeninas, en UDI asociado con mayor tendencia a inyectar cocaína, fumar crack, menor uso de condón con parejas casuales y compartir jeringas. En UDI femeninos el trabajo sexual puede ser el mayor factor de infección con VIH.

En Poblaciones específicas es importante conocer el impacto del uso de drogas en población con VIH. En UDI femeninos encuentras mayor prevalencia de ITS que UDI Masculinos, relacionados con mayor probabilidad de seroconversión. Tener una sola pareja UDI estable disminuye el riesgo para VIH, de ahí la importancia de una red cerrada.

Hombres que tienen sexo con hombres, en latinoamérica es la población más clave para trabajar, mayor incidencia que UDI que no son HSH (factores de 3, 9) UDIs reclutando a HSH y

Viceversa. Mayor prevalencia en jóvenes HSH. A veces una preferencia para tener sexo bajo es la influencia de drogas. Fiestas de sexo, Circuit parties, fenómeno alarmante asociado con uso de drogas y sexo desprotegido. Fenómeno sin documentar en latinoamérica pero que ya existe, La noción de escapar de estigma y VIH escapar de la información pero aumenta el número de parejas casuales y sin protección. La red sexual se limita a la red de usuarios drogas.

La red social y VIH. La configuración de la red de parejas es fundamental, influye en la posibilidad de exposición al VIH, compartir equipo de inyección y prevalencia a nivel de población.

Relación entre red social y el compartir equipo: primero en algunos contextos al disminuir la cantidad de UDI en la red social puede reducir intercambio de equipo, menos jeringas circulando. Las UDI femeninas a menudo perciben menos riesgo de compartir con sus parejas sexuales estables.

Se cree que es más difícil cambiar conductas de compartir equipo entre parejas sexuales.

Shooting galleries (ollas) ¿Que ver en ellas? Mayor probabilidad de compartir equipo, infección con CIH, sobredosis fatal. Se alquila equipo o se lo guarda para reutilizar. Presiones la frecuencia de uso puede ser menor que en otras poblaciones. Alta probabilidad de problema.

Políticas, leyes y policía, super establecido que las prácticas de la policía pueden afectar la adquisición de prácticas seguras. El UDI con miedo a ser arrestado tiene mayor probabilidad de compartir equipo.

Golpes económicos relacionados con destrucción de vivienda, habitantes de calle. Fijarse en las fronteras

En base a la literatura actual la prevención se dirige únicamente a cambio de conductas, en el individuo esta perspectiva daría lugar a estrategias de prevención inefectivas. Las intervenciones que se dirigen a poblaciones específicas de alto riesgo merecen atención especial, se necesita conocer las intersecciones entre las poblaciones de riesgo en Colombia

Recomendaciones: Conocer poblaciones redes y relaciones entre patrones y prácticas del uso drogas y conductas sexuales, analizar la comunidad, las circunstancias del usuario, revisar políticas estructurales.

Cuarta presentación: Inyección de drogas y VIH: una perspectiva de campo, a cargo del doctor Pedro Matheu Gelabert de la National Development Research Institute.

El doctor Gelabert inicia comentando que su trabajo es más cualitativo, de más trabajo de campo en donde están los inyectores. Al comparar la realidad de la calle hay un discurso de lo que se debe hacer en un momento determinado. Nunca ha conocido un usuario de drogas que quiera infectarse de VIH, es importante aprovechar esa motivación.

Con qué se enfrenta el UDI, ilegalidad de los mercados, buscarse la vida para conseguir dinero y comprar drogas, pobreza y estigma, donde inyectarse y cuan a menudo, búsqueda de lugares seguros donde inyectarse, riesgo de arresto e infecciones.

Una mayoría de usuarios recurren a la heroína aspirada e inyectada. Llega un momento que si llevas años consumiendo que llegas a usar de seis a 8 bolsas al día.

Esquema del dealer, manager y soldado, estos son los que atrapan y castigan pero son los que menos ganan y más se exponen a las consecuencias de la guerra en la calle. En Brooklyn (NY) hay murales con rostros de jóvenes vendedores, llamados soldados quienes han caído en medio de la violencia desatada por la ilegalidad del mercado de opiáceos. Los que más ganan no se exponen al castigo judicial o a la venganza entre organizaciones criminales.

Su decisión mas óptima es inyectarse, su unica manera de mantener esa dependencia de la heroína. Si no se dan esas alternativas de sustitución, la alternativa de la calle es inyección. Uno pasa de 100 dolares al día a 20 dolares al día.

New York tiene mercados que distribuyen drogas a nivel local, estatal y otros estados. La heroína se vende con "marca comercial", con nombres como Replay, Bacardy, World Champion, Poison, entre otros. La ilegalidad de estos mercados degenera en el uso de la violencia como uno de los mecanismos de regulación de la calidad de la droga que circula a la venta. También impulsa los precios elevados de las sustancias, llevando a muchos a recurrir al sexo como fuente adicional de ingresos.

También menciona los riesgos de prácticas de consumo en sitios no apropiados para ello. Menciona estrategias de localidades seguras, ¿cuándo se habla de esto a nivel de salud publica o a nivel de arresto o a nivel del usuario?...en este ultimo las opciones son variadas. No compartas el agua, límpiase las manos, pero en la calle tienes que compartirla y no hay como lavarse. En Nueva York hay areas de inyección en edificios abandonados, bastante insalubres algunos de ellos.

La distribucion de jeringuillas previene la infeccion de VIH entre inyectores y puede reducir la tasa de prevalencia de VIH entre ellos. El hambre es un factor de riesgo para el uso de drogas, pues matar el hambre con inhalables es más barato o asequible que comer, por lo que hay que establecer programas de comedores populares. Para casos de desplazamiento como el que vive Colombia, este puede constituirse en un factor de riesgo

Quinta presentación. Diversificación de los programas de intercambio de jeringas y dispensación de material para sexo más seguro en la práctica, a cargo de Antoni Lort, del servicio municipal de Drogadependencia de Reus, España.

El doctor Lort expone el proyecto Di Pi, Diversificación de Puntos de Intercambio. Máquina de intercambio de jeringuillas. Un proyecto con diez años de trayectoria en la ciudad. Consiste en complementar los dispositivos de intercambios con maquinas automáticas las cuales recogen las jeringuillas usadas, nos entrega una ficha y al introducirla nos entrega un equipo estéril de inyección. Casi el 80% de las 40 que tenemos hacen intercambios de jeringuillas. Intercambio 24 horas en el servicio de urgencias, en el centro de calir y café. Esta gestionado por 90% Reus somos utiles, quienes gestionaron este dispositivo. Casi son mas mujeres que hombres en la asociación, imagen de equipo, conocido en el barrio. Empezo en 1999, las maquinas son francesas, no tienen servicio tecnico, así que se improvisan los probables arreglos. Se eligen ciertos sitios, proyecto participativo 50 euros semanales por cada persona que participa. Al lado de una zona caliente de consumo.

Fase de implantacion, consensuar una implantación no conflictiva. Aunar el mayor número posible de adhesiones, fomentar el compromiso de las entidades.

Se hizo un mapeado del terreo, antecedentes socio históricos. Escenarios de drogas, observación directa habitos UDIS. Movilizaciones vecinales, asociaciones de vecinos que estaban en contra de las máquinas. Recomendar la guía No en la puerta de mi casa, implementación de salas de consumo, máquinas dipi, entre otros dispositivos, las dos estan ubicadas en Tarragona.

Se utilizan dos agentes de salud, rotación mensual, remuneración mínima, el montaje de los kits. Muy importante la recogida de jeringuillas, resolución de conflictos. Esta ubicadas al lado del tanatorio municipal. Algunas veces las maquinas son saboteadas por los usuarios.

Folleto con consejos y uso de la máquina. Se introduce un mensaje de prevención para la Policía en caso de redadas. Con recomendaciones.

El 80% de las quejas son de personal municipal (barrenderos, profesores de colegios)

Resultados durante los tres años inicialmente fue complejo por la falta de datos y el vandalismo. 52 campañas de recogidas anuales, de las cuales 26 grandes recogidas y llegan a

un 75% de recuperación en el 2010. Es un trabajo en red real, trabajas con agentes comunitarios. El dispositivo se usa para la inyección de cocaína.

Normalización, jeringuilla en paris. Han lidiado con los medios de comunicación, dado que la prensa usa términos estigmatizadores, por lo que hay que promover reportajes positivos. También se recurre a estrategias de comunicación alternativa en espacio público como graffiti en la calle. Se busca participación en la vida cotidiana de la ciudad. 21 julio primer memorial por la muerte de UDI con VIH en Reus.

Sexta presentación. El intercambio de equipos y las salas de inyección segura en la práctica, a cargo de Begoña Gonzalvo, del Hospital Universitario Valle de Hebrón de Barcelona.

La doctora Gonzalvo expone el esquema general del departamento de psiquiatría a la cual pertenece la unidad de drogodependencias. Enseña una fotografía del acceso a la unidad, en donde la entrada para las consultas externas es la misma para todos los usuarios con alguna dependencia a opiáceos o alcohol. Hay una sala de consumo controlado. El espacio de la sala se subdivide y pueden estar hasta tres usuarios a la vez. Acompañan un educador y un personal de enfermería.

Firman una hoja de consentimiento. Ellos traen heroína y Cocaína. Hay diversidad de salas con diferentes maneras de ingesta de la sustancia. Se pregunta sobre el historial del usuario. Tiene cortinas. La luminosidad favorece. Tiene una ducha.

Posee un espacio educativo. Es el centro donde los educadores cumplen un papel fundamental, establece contacto directo y diario que facilita la permanencia del usuario, aumenta motivación y propicia el logro de progresos. Con el cigarro se habilitan zonas en espacios cerrados para que los usuarios fumen, en consenso con ellos.

Programa de intercambio de jeringuillas. Se entrega el kit completo. Se están recogiendo datos para ir propiciando la réplica de programas de reducción de daños, así como adelantan estudios estadísticos y sobre la detección de los síntomas en los usuarios de cocaína y heroína.

Séptima presentación. Prácticas de riesgo en un grupo de consumidores de heroína en la ciudad de Medellín, Colombia ¿cómo prevenirlas?, a cargo del doctor Guillermo Castaño de la Fundación Universitaria Luis Amigó FUNLAM. Director científico Centro C.I.T.A

El doctor Castaño señala dos hitos en el tema de reducción de daños, uno es esta conferencia. El otro hito es en el año 1997 cuando desde la alcaldía de Medellín se toca el tema con los consumidores de pasta de cocaína, que eran habitantes de calle. En aquella época fue muy complejo, ahora señala que es más fácil y con más sensibilización.

A continuación presenta un estudio hecho en el 2008 a un grupo de adictos, explicando además los logros y los obstáculos. ¿Qué se puede hacer en Colombia?

Grupo de investigación cualitativo, investigación de Farmacodependencia de FUNLAM, se hizo estudio de casos múltiples. Querían profundizar, hasta saturar cada una de las categorías. Se hizo en dos meses, se hizo a través de los centros de tratamiento de consumo en la ciudad. Se recurrió también a la bola de nieve, a hacer referidos. La muestra fue intencional, se compuso de 42 personas de consumo regular de heroína, tomó más de seis meses. Se utilizó una entrevista estructurada cara a cara de 40 minutos. Los análisis se llevaron a cabo con el paquete estadístico Atlas Ti para Windows.

Expone los resultados por ítems. Inicialmente comenta que el perfil de los consumidores, al menos en el estudio de Medellín y datos de otros colegas en el país, eran más hombres y pocas mujeres. Las mujeres se iniciaron en el consumo por sus parejas. Los consumidores son en mayor parte solteros. De los 42 encontraron 16 con bachillerato y un grupo importante de

personas con estudios universitarios. Destaca que hay un foco de consumo de heroína importante concentrado en las universidades.

La heroína debería ser de estratos medios o altos, pero se presenta en todos los estratos. La edad es un aspecto importante. Mientras otros estudios muestran que hay adultos jóvenes, la población consumidora de heroína es más joven de lo que se cree. La edad de inicio, 15 personas iniciaron entre los 15 y 17 años, lo cual plantea riesgos epidemiológicos altos como contagio de VIH, el paso de inhalada a la intravenosa, eran poliadictos tanto de legales como ilegales. Aquí se cuestiona sobre en quién debe hacerse prevención, a poliadictos que aun no consumen heroína. 37 tenían antecedentes familiares de consumo de drogas.

En cuanto a vías de administración, el mito era que los colombianos tenían miedo a la aguja, pero cuando consumen la heroína bajo efectos de otras sustancias se pierde el miedo a la jeringa. De los 42, 10 se inyectaban, 24 inhalaban, 8 inhalada y fumada.

Sobre el tipo de heroína, los informantes de Medellín señalan al menos con el consumo de la sustancia tres tipos de heroína: marrón, brown sugar, con ácido ascórbico, heroína blanca, supuestamente la más pura por su alto costo pero es menos usada. Aún así cuando se consigue es la más adulterada. La heroína negra, es más utilizada para inyectarse. La más frecuente es la marrón. Le mezclan varias sustancias para hacerla rendir. Todos estos tipos de heroína al parecer son colombianas, pues no existen evidencias de hacer parte de redes de tráfico extranjeras. También se identificó la heroína "Black Tar", tipo muy común en el mercado estadounidense, no producida en México sino hecha en Colombia.

Sobre las razones para preferir una u otra vía. La mayoría le tienen miedo a la aguja o la vía intravenosa es más peligrosa, también circula el tema de la degradación al señalar el uso de la jeringa. Al mencionar el paso a la intravenosa mencionan que lo hacen porque el cuerpo había generado una tolerancia a los efectos de la heroína y porque consumiendo de otra forma necesitaban una menor cantidad de dosis y por lo tanto ahorran dinero.

En cuanto a prácticas de consumo, también hay malas prácticas en Colombia, afirma el doctor Castaño, aunque hay que decir que este estudio se debe repetir en varias regiones pues es probable que difieran las prácticas. En Medellín las prácticas eran colectivas, se identificó que ellos comparten el gasto y entre el grupo se generan prácticas de autocuidado, se mantiene el respaldo frente al riesgo de una sobredosis. El 95% tienen prácticas de riesgo durante los consumos. Comparten utensilios, el pitillo. Hay evidencia científica de Hepatitis C por compartir pitillo, el plato para picar, en la técnica cazando dragones (pasar el humo de una boca a otra), tener relaciones sin protección, se inyectan entre sí y comparten jeringas.

Las razones para compartir: ansiedad, desespero por los síntomas del síndrome de abstinencia y no tienen tiempo de usar una jeringa propia, o lo hacen con personas que tienen confianza, usualmente es su pareja sexual o una persona cercana. Es muy común reutilizarlas. Hay que enseñar a lavarlas con hipoclorito de sodio (límpido) para desinfectarlas.

En cuanto a las relaciones sexuales, casi todos declararon haber tenido relaciones sexuales, casi todos afirman que gracias a la droga adquirieron más control y un retraso evidente en la eyaculación. Ocasionalmente UDI's que están en tratamiento de sustitución suspenden la metadona para consumir heroína y alargar la relación sexual.

De la muestra un 53% usa condón. Hay un 47% que tienen relaciones sexuales sin protección. Acerca de la pregunta por patologías de ETS, VIH SIDA, hepatitis B y C. Solo a 4 se le practicaron pruebas de serología. No hay protocolos para que pacientes se hagan pruebas. Solo un caso reporto positivo para HC.

Las amenazas: el crecimiento en las tasas de prevalencia en el consumo de drogas en Colombia y más específicamente en el consumo de heroína.

La temprana edad de inicio en el consumo de drogas en Colombia (12, 13 años) así como el policonsumo. La presencia de heroína blanca y negra en las calles, el bajo costo y el fácil

acceso. Lo más habitual es conseguirla en algunas plazas o vía celular del jíbaro. Heroína a dos mil pesos dosis, eso será heroína, no compra la bolsita completa, solo para la dosis.

Presenta un cuadro epidemiológico de consumo de heroína en Colombia, en donde se hizo un primer estudio en 1992 donde la prevalencia de vida era de 2 por 1000 habitantes hecha en la ciudad de Bogotá. Indica varios estudios. No son estudios comparativos. Da una idea de cómo ha evolucionado el consumo.

Retos, prevenir el inicio en el consumo de heroína. Los consumidores de drogas no son tontos, probablemente no creerán en lo que oigan, pero sí habrá una población que lo haga, (habitantes de y en la calle y trabajadoras sexuales) En Medellín hay identificados 20 mil personas habitantes de calle, de los cuales cuatro mil hacen parte de programas, pero 16 mil mantienen en la calle, también consumen drogas y no son beneficiadas

Hay que facilitar el acceso a tratamiento a los que lo requieran y lo buscan, no hay suficientes centros de tratamiento. ¿A dónde los llevamos, quién paga el tratamiento? Se deben establecer protocolos de atención para los consumidores.

Se debe desarrollar el eje de mitigación de la Política Nacional de Reducción de la demanda de drogas en Colombia, ahondar en estrategias de reducción de daños. Mirar la implementación de acciones de vacunación gratuita para consumidores de heroína contra la hepatitis B y C, programas con metadona, no hay acceso fácil, la tienen gratuita por el SISBEN, pero como tiene un costo alto los consumidores comentan que les sale más barato consumir heroína que comprar metadona. Se deben promover igualmente acciones de distribución de condones, centros de tratamiento con bajos umbrales de exigencia.

Obstáculos, lo que pasaba en España en los noventa hay una estigmatización de los consumidores en Colombia en la actualidad, falta de acceso, oportunidad, y redes de atención, falta de capacitación técnica en reducción de daños. Falta mucho por hacer en incluir socialmente a los consumidores crónicos, falta de capacitación técnica en reducción de daños. La tarea ahora es comprender para qué tipo de usuarios es la reducción de daños. El marco legal actual: hasta el año pasado en Colombia estaba despenalizado el consumo de la dosis personal, la política se promulgó antes fue antes del acto legislativo que la volvió a penalizar. En el marco de este nuevo contexto legislativo no sería posible hacer programas de distribución de jeringuillas.

Donde hay heroína hay inyección, se hace urgente desarrollar acciones de reducción de daños, concluye el doctor Londoño.

El doctor Hees da paso a los comentarios del doctor Fisher. Primero que todo, señala que se ve un trabajo en reducción de daños, una escucha activa, en donde es importante promover el debate activo basado en evidencias. Toda medida que se tome va a resultar en una regulación, es importante que la reducción de daños implique trabajar con diversos actores. Los medios de comunicación siempre preguntarán si se está a favor o en contra de la legalización pero ese no es el interés. El rigor académico que supone trabajar en esta tarea es fundamental. Lo que tenemos que hacer es ser rigurosos empíricamente y tener claridad que cuando hablamos de reducción de daños hay que ser precisos en medidas, objetivos, población.

El segundo punto es estar muy conscientes es comunicar muy bien las limitaciones de la reducción de daños. Se entiende como funcionan, peor igual no va a solucionar los problemas, no será la panacea, pero es una alternativa. Muchas veces se da comunicación errónea sobre los centros de inyección segura, pero todavía se ven casos de sobredosis. Sean realistas y comuniquen muy bien el alcance de los centros y otras estrategias, subraya el doctor Fisher.

La reducción de daños es una curita, básicamente estas medidas son pañitos de agua tibia, en lugar de atacar las causas estructurales del consumo. Hemos escogido la prohibición como política. No podemos ser complacientes o cómodos con los resultados logrados, la opción de la prohibición es la primera respuesta cultural, es ahí donde se necesita promover un cambio para poder medir el impacto. Los centros de inyección segura son cómodos para los usuarios pero

llegan con sustancias de las que no sabemos su procedencia u obtención. Necesitamos justicia criminal y criminalización, pero es prioritario aceptar y abrazar políticamente y facilitar una metodología basada en salud y buenas prácticas, ese es el focus esencial.

El doctor Hees señala que aun pasaran varios años para legalizar. Vienen las preguntas.

1. **Indagan sobre qué estudios de riesgo conocen sobre de uso indebido de metadona. Experiencias.** Responde el Doctor Colom, no hay estudios de riesgo en España, no tiene mucho valor el uso indebido de metadona. El objetivo prioritario es que se sustituya el consumo.
2. **Para el doctor Colom, entrar a definir en Colombia si los medicos van a formular metadona en tratamientos particulares ¿cómo sería esa capacitación? si van a cumplir con un protocolo académico, u orientar el tratamiento a centros especializados, el modelo español es mas como de red, el modelo australiano es como de sitios aislados, ¿cuál es la mejor opcion para Colombia?** Responde el doctor Colom, en Colombia no sabría qué decir, depende del grado de sensibilización de los médicos. A esta respuesta agrega el doctor Londoño que se requiere mayor flexibilidad, se necesita un protocolo más establecido que contemple compromisos como el que el usuario no ingiera otras drogas, o esté debidamente carnetizado. Importante dotar al centro de tratamiento de información. De todos modos el Ministerio de Protección debe proveer las directrices.
3. **Preguntan a la doctora Schleifer de HRW, respecto a los informes de HRW, centrados en Colombia sobre abusos de DH, que énfasis hace en temas de derechos de consumidores.** La doctora Schleifer señala que aún no se ha abordado un estudio similar como los expuestos en nuestro país.
4. **Inés Elvira Mejía, del Ministerio de Protección, interviene con un comentario señalando que la decisión centrada en la situación es esencial para cualquier intervención. Pasa a preguntar a los especialistas sobre los efectos de la metadona a todo nivel y al doctor Jacobson sobre el riesgo sexual en población UDI con alta seroprevalencia. Surgen otras dos preguntas acerca hasta donde va la institucionalidad en la decisión sobre agregar o no a un paciente en programas de sustitución y el papel de los centros de tratamiento en las políticas de reducción de daño.** La doctora Begoña responde inicialmente que la metadona no tiene efectos en ningún momento salvo que se retire el fármaco sin previo aviso. La metadona actúa sobre el sistema nervioso central. Aunque no se va a encontrar cambios significativos, a largo plazo se presentarán unos efectos secundarios manejables (estreñimiento o disminución de la bilis, entre otros) A esta respuesta agrega el doctor Londoño que se han realizado pruebas hepáticas en pacientes que consumen 60 mg diarios, los cuales no presentan alteración alguna. Habría que mirar en un lapso de 10 a 20 años. Hay personas que la metadona en altas cantidades no les funciona, de todos modos no es una alternativa de por vida, indica el doctor Colom. Dentro de los casos que ha manejado las recaídas se producen por dosis bajas como efecto placebo, pero hay una recurrencia a la metadona en cualquier caso. En cuanto a la segunda pregunta, el doctor Jerry comenta que todas las categorías de riesgo deben incluirse en el abordaje con pacientes. Eso en un nivel individual. A nivel comunidad no se sabe aún qué tan fuerte es el riesgo de una epidemia, por eso es importante conocer las relaciones entre grupos y saber dónde enfocar intervenciones. Aunque la epidemia se haya focalizado no hay campañas masivas, por lo que hay que pensar en un indicador más, tomar en cuenta posibles riesgos de uso combinado de drogas. Frente a la pregunta de la responsabilidad institucional, el doctor Lort responde que hay que tener en cuenta la injerencia de entidades superiores que trabajan con población de consumos crónicos. Y frente al momento de incorporar a un paciente, la doctora Begoña señala que antes de incluir a un paciente en tratamientos de sustitución hay que explicárselo bien, siempre firmando un documento de consentimiento informado, y mantener contacto constante con el usuario.

MIÉRCOLES 14 DE JULIO

MAÑANA

Panel No V Herramientas para la educación, atención y cuidado integral de las personas afectadas por el consumo de heroína y sus consecuencias.

Modera: Dr. Ricardo Luque. Ministerio de la Protección Social

Comentarios: Dr. Pedro Mateu- Gelabert. NDRI.

Primera presentación. Prevención de sobredosis, intervenciones breves y entrevista motivacional, a cargo de la doctora Randy Seewald del Beth Israel Medical Center de New York (EEUU)

La doctora Randy inicia su presentación indicando que hacia 1990 el 54% de los UDI identificados eran positivos para VIH y en 2001 solo el 13% de UDI eran positivos para VIH. ¿Qué pasó en New York? Señala que se adelantaron diversos programas: educación para los usuarios de heroína y sus familias. Programas de intercambio y venta de jeringas. Terapias de sustitución con opiáceos, cambios a prácticas más seguras.

Pasa a explicar algunos de los modos de uso de la heroína. Fumada tiene un efecto poderoso, es menos económico y más fácil con la heroína café. Inhalada es el menos poderoso y el más conveniente, la que viene de Colombia es muy fuerte, señala la doctora Randy. Otra de las intervenciones adecuadas es la Intervención breve. Es efectiva en los pacientes para ayudarles a reducir su consumo de alcohol y drogas, es mejor que no hacer ninguna, se puede comparar a intervenciones largas y conlleva efectos positivos en la reducción de consumo de alcohol.

La entrevista motivacional busca establecer una relación empática y colaborativa, en la preocupación compartida sobre la salud del paciente. Es un estilo interpersonal, la relación terapéutica trata más de establecer un compañerismo, no de autoridad o patriarcalismo, evitando por demás las discusiones.

Dentro del proceso de los estados de cambio por los que suele atravesar un UDI (la fase de precontemplación donde el paciente aún no puede cambiar, contemplación, la determinación, la acción el mantenimiento y recaída) la doctora Randy enfatiza en que este debe verse como círculo, podemos ir en cualquier parte. Un disparador puede pasar de fase uno a fase dos, un hijo es una motivación grande, o la muerte de un compañero, son posibilidades de cambio, el progreso no es lineal, la gente puede durar mucho tiempo en cada fase. Como principios involucrados enumera la empatía, desarrollar discrepancia, liderar con la resistencia, y soportar la autoeficacia, cómo mejorar las cosas.

Para prevenir la sobredosis, la doctora Randy señala que el VIH no es el unico riesgo fatal que viene con la inyección, la causa mas común de muerte entre usuarios de drogas también se puede atribuir a la sobredosis. 2% de los usuarios de heroína en la clínica mueren cada año por esta razón.

Para prevenir la sobredosis se necesita una herramienta efectiva de compromiso, promocionar la salud y el bienestar, la cual puede ser parte integral de la continuación del cuidado. Este esquema de prevención permite además conectarse con el paciente, si un profesional de la salud demuestra que se preocupa por ellos eso es generar empatía y hace parte de la entrevista emocional.

51 de 150 programas de intercambio de jeringas reportaron proveer naloxona (datos de 2006), La naloxona es autorizada en New York, Nuevo México, Massachussets partes de California, algunas ciudades como Boston, Chicago, Minneápolis, Baltimore. Sobre la naloxona o narkan comenta que es un antagonista opiáceo que reversa los efectos de la sobredosis de heroína, elimina los síntomas principales, lo bloquea y desaloja ocupando el receptor para revertir el efecto de la sustancia. Se requiere entrenamiento para usar esa medicina. La naloxona solo se usa en opiáceos, en el caso de policonsumo ayuda a disminuir la depresión respiratoria, no

dura mucho, es importante tener cuidado médico, y procurar que sea administrada por paramédicos. En New York tenemos diferentes niveles de permisos para portar la naloxona, es una droga legal no es programada y se maneja con prescripción, es muy segura.

El contexto de las sobredosis: ocurren entre 1 y 3 horas, la respiración se hace más lenta y se detiene, hay que llamar inmediatamente a emergencias. Hay una depresión en la respiración, por lo que se puede dar respiración de rescate. Muchas sobredosis por heroína ocurren con usuarios que llevan tiempo en el uso, por lo que hay que formarlos, la naloxona revierte la sobredosis pero solo heroína.

En la clínica realizan entrenamientos de 10 a 60 minutos con los equipos médicos, pacientes, grupos, parejas, individuales, colegas y el objetivo central es disminuir las muertes por este hecho. Incluyen en la formación temas sobre las características de una sobredosis, mensajes de prevención, reconocimiento, respuesta, cuidados posteriores, seguimiento y reprovisionamiento y legalidad, se puede hacer a veces sin naloxona. Desde que legalizamos la distribución de naloxona se disminuyeron las sobredosis, comenta la doctora Randy.

¿Qué es una sobredosis? cuando una cantidad tóxica de droga o mezcla de drogas altera el cuerpo. Sobredosis de estimulantes: cocaína, el corazón se acelera, se eleva la temperatura corporal, un derrame cerebral. Factores de riesgo de una sobredosis: cualquier vez que se haga desintoxicación va a ver una tolerancia reducida, si el paciente tiene un tiempo en que no la usa la tolerancia vuelve a cero e implica gran riesgo. Consumir la droga en soledad es otro factor de riesgo destacado, por lo que sugiere que la persona siempre esté con un amigo y evitar encerrarse. Entre otros factores que enumera está la calidad de las drogas, la depresión, inestabilidad familiar, nuevos ambientes de consumo.

Signos de una sobredosis, no hay respuesta de un paciente, está inconsciente, pérdida de color, si hay respiración muy lenta, si esta morado en los labios o uñas, si hay un ronquido muy fuerte o si hay un desmayo o falta de pulso ahí sí se administra la naloxona por vía intramuscular. Siempre hay que estar con la víctima y no olvidar brindar respiración de emergencia.

Dentro de los mensajes de prevención recomienda que el consumidor use solo una droga a la vez, evitando las mezclas o utilizar dosis bajas, hasta saber cual combinación funciona bien, reduzca las cantidades. Si mezcla alcohol con heroína, la alternativa es inyectarse primero. Usar menos droga después de dejar el programa de desintoxicación es otra alternativa. Lo fundamental es incrementar la capacidad de respuesta para prevenir consecuencias irreparables.

Segunda presentación. Las epidemias asociadas, las interacciones, las coinfecciones y el cuidado integral en la práctica, a cargo del doctor Nick Walsh, asesor de la OMS para el Sudeste Asiático.

Inicia con una pequeña encuesta sobre la profesión de los asistentes y quiénes trabajan con pacientes, a lo cual responde afirmativamente la mayoría.

En Nueva Delhi y en el sudeste asiático empezaron a trabajar con apoyo de psicólogos, ONG, funcionarios públicos con un manual publicado en 2009. Es un perfil bastante asiático, pero el manual aborda enfermedades psiquiátricas, procedimientos, entre otros. El manual brinda diagramas de flujo que aclara ideas para saber cómo reconocer y atender un paciente con cierta enfermedad.

Cuando habla de cuidado clínico integral subdivide en grupos.

-Las barreras clínicas: cada persona tiene múltiples problemas médicos o de salud con los cuales deben convivir. Para evitar una barrera sistémica en el mismo centro de tratamiento, lo que hicieron fue entrenar a los profesionales que normalmente no tienen una formación interdisciplinaria. Recomienda ir hacia la integración de servicios en un mismo lugar, creando una conciencia general, estableciendo relaciones entre los servicios, entrenando a los profesionales en otras áreas diferentes a las propias.

-Los tratamientos de sustitución, terapias psicológicas. Según la dependencia o del lapso de tiempo en que la gente lleva usando la droga hay diversos tratamientos. Las opciones para tratar son bastante limitadas y específicas. El manejo de la contingencia es algo muy usado en los centros de rehabilitación. Hay terapias farmacológicas para tratamiento del alcohol y la naloxona.

-Pacientes con poliuso de sustancias. Es muy común que el tema de la sustitución con opiáceos no funcione por sí sola, lo que implica combinar los tratamientos (como benzodiazepina mas heroína) En ese caso hay que tratar de estabilizar al paciente en lo que sea posible, es extremadamente difícil de tratar, tienen mas tendencia a la sobredosis.

-El tratamiento de la salud mental. En casos de diagnósticos duales, los pacientes con consumos desarrollan problemas de ansiedad, depresión. En general, pacientes con algún problema mental previo tiende a tener problemas con la sustancias, de ahí la importancia de identificarlos. Es difícil manejar patologías psiquiátricas, por lo que primero se debe trabajar el abuso de sustancias y luego el tratamiento psiquiátrico, requiere trabajo en equipo y mucho seguimiento del paciente. La gente con doble diagnostico es mas difícil de tratar. Toma más tiempo, puede ser mas frustrante, los equipos se dividen y se generan confrontaciones, por lo que hay que tomar en consideración estas contingencias.

-Desórdenes del estado de ánimo: este tipo de pacientes se caracterizan por su tendencia depresiva o hallarse en crisis de abstinencia. Si van a tratar depresión recomienda ciertos antidepresivos que no son sedantes, más seguros y efectivos como la Metazopina. Es económica. Los bipolares son más complejos. En el caso de un bipolar tipo I pasan de hipermanía a depresión, la primera acción es trabajar con litio, si hay problema de sobredosis puede afectar los riñones hay que ser cuidadosos. Recomienda mirar las funciones hepáticas y luego usar litio. Puede incentivar el apetito. Con Bipolares tipo II alerta el extremo cuidado con ellos pues suelen llegar al suicidio.

-Los desórdenes de la ansiedad que se producen después de la abstinencia: hay que clarificar muy bien que se usa, pues ocurren episodios de insomnio en donde también se presentan abusos, recomienda usar benzodiazepina, uso combinado de sustancias.

-Pacientes con psicosis también representan dificultad, recomienda inyecciones de despliegue para este trabajo, el tratamiento de la psicosis es importante, por lo que debe precisarse si se usa antinarcóticos sedativos, o una terapia OST mayor, la metadona puede ser eficaz.

-Otros desórdenes de personalidad sobre el eje II, el PTSD (síndrome de borde), en ambientes antisociales o en situación de encarcelamiento la retención es difícil, se recurre a psicofarmacoterapia o antinarcóticos de baja dosis como quetiapina, olanzapina. Esta gente necesita un trabajo muy cuidadoso.

Sobre VIH el doctor Walsh recomienda otro par de guías de la OMS que se descargan gratis en Internet, sección Europa de 2007 guías de tratamiento y cuidado de UDI con VIH. Tratamiento con medicina. Recuerda que el VIH se ha aumentado a nivel global, la clave es la prevención. En pacientes UDI depende de la prevalencia de VIH en su población. Es relevante como países en Taiwán y New York o Vancouver. Cuando se trata efectivamente a la gente deriva en estadísticas mas positivas. Sí se puede reducir el VIH con prevención. Los UDI tienen menor acceso al tratamiento, por desconocimiento, altos costos, campañas poco efectivas. El tratamiento es menos efectivo en los UDI, la metodología HAART no es tan efectiva, ¿será un efecto directo? Hace un llamado a trabajar con la población infectada de VIH y que son UDI. Si el paciente no toma un tratamiento con metadona y retrovirales no habrá buenos efectos. Hay una buena respuesta a la terapia, la asociación de OST y la terapia HAART o con retrovirales hay mayor adherencia a los retrovirales en pacientes que estén en sustitución de opiáceos.

Si hay una respuesta biológica temprana a los seis meses después de usar el tratamiento hay mejores opciones de tener éxito en el largo plazo, es conveniente tener gente en terapias de sustitución. La gente que no usa heroína se asocia con mejor supresión viral. Menciona que en Australia el nivel de adherencia a la metadona es mayor.

Dos puntos importantes: uno, el tema de hepatotoxicidad en HIV. Hay que tener cuidado con la población de UDI que tiene hepatitis. Sugiere monitorear el tratamiento para cuidar las consecuencias hepáticas. El segundo es evaluar el uso de la nevirapina que ha bajado la dosis, cuando se trata la metadona puede llegar a sentir cambios en el hígado, medir bien las dosis con el paciente. Es una sustancia que exige cuidado.

Prevalencia de hepatitis C, los UDI están en alto riesgo de contagio. En un trabajo con la OMS se veía la prevalencia y las características epidemiológicas en el mundo donde los UDI con VIH también tienen hepatitis C. Cuando se trata de la hepatitis B también hay un alto nivel de prevalencia. Tener cuidado con la gente que tuvo hepatitis en el pasado, en Brasil hay un alto nivel de gente que vive con hepatitis B. requiere un cuidado específico. Es muy difícil prevenir hepatitis viral en UDI, el tema es no inyectarse. La terapia de sustitución no muestra mucha información acerca de UDIs con hepatitis C. En Londres se encontró que el número de eventos de compartir jeringas es del 60 a 80 jeringas por mes, hay un vacío grandísimo en información actual. Riesgo de infección de hepatitis B en las cárceles, riesgo de contagio con los instrumentos con los que se prepara la droga, las relaciones sexuales. No hay vacuna para hepatitis C, hay una vacuna terapéutica que reduce el progreso del virus, en hepatitis B hay una vacuna efectiva económica y disponible, los UDI deben ser vacunados, recomienda tres dosis en seis meses con pacientes UDI. Es difícil hacer la evaluación, si tenemos un test para hepatitis C se debe tener test para los diversos síntomas de la enfermedad.

La clave para pacientes UDI con hepatitis C es el tratamiento, hay que trabajar en la combinación de ribavirina, PEG y RBV, un tratamiento costoso que llega hasta 15 mil dolares. Tiene entre un 50% a un 80% de eficacia, por lo que se requieren drogas más activas para trabajar estas coinfecciones.

Con la Tuberculosis recuerda que es una causa común de la gente que tiene VIH. Tienen que hacer muchas pruebas de hepatitis y VIH. El sistema de observación directa funciona con la tuberculosis, el tratamiento es simple, se sabe qué hacer con la tuberculosis, hay tratamientos con drogas. Es importante ajustar las dosis de metadona en pacientes con esta patología.

Resalta el tema de las malas inyecciones en paciente UDI y evidencia como técnicas de inyección para prevenir las infecciones tomar la vena y no la arteria, haciendo suficiente presión, no es procedente doblar el brazo después de inyectarse. Presenta video sobre cómo operan las inyecciones y el sistema de recogida de jeringuillas. Dentro de algunos problemas derivados de las malas administraciones por inyección señala la urticaria, la celulitis, la artritis séptica, la osteomielitis, los trombos, entre otros, y advierte que los riesgos de infección por bacterias que ingresan al organismo son altos.

ITS: enfermedades de transmisión sexual. La gente que usa drogas tiene tendencia a tener ITS. En Camboya la mayoría de usuarios no practican sexo seguro, pocos usan condón, nunca han buscado tratamiento y son personas sexualmente activas. Muchas de estas personas no son reportadas y no son tratadas, hay cuatro síndromes, uretritis, dolor al orinar o frecuencia al orinar, dolor abdominal bajo en las mujeres, úlceras genitales.

Conclusión. Los centros de cuidados de los pacientes deben ser integrados no siempre podemos hacerlo, pero deben ubicarse los servicios en un solo lugar, es un proceso de sensibilización a los proveedores de salud y los profesionales de diversas áreas, tenemos que tener claras las necesidades de los pacientes.

Tercera presentación. Asesoría y prueba voluntaria para consumidores de drogas: una experiencia de tamizaje de usuarios activos y en tratamiento, a cargo de la doctora Eulalia Sabater i Puig, del Hospital Universitario St. Joan de Reus (España)

Presenta el protocolo de atención a UDI propio del CAS. Destaca la importancia del rol de la enfermería en el procedimiento que incluye visitas domiciliarias y firma de un documento de consentimiento informado si se trata de ingresar a un tratamiento OST. Dentro de la oferta del centro ofrecen consultas de enfermería, control sanitario, programa de disminución de riesgos.

Insiste en acciones como el control sanitario, fomento de hábitos saludables, vigilancia en la aparición de patologías o complicaciones asociadas al consumo y el fácil acceso a la red sanitaria.

Comenta que un enfoque de reducción de daños reconoce que no existe una solución definitiva, las intervenciones deben basarse en la evidencia científica, una estrategia de reducción de daños exige nuevas medidas de resultado y evaluación en el cambio en las tasas de muerte, la enfermedad, los factores asociados a la criminalidad y el sufrimiento.

Como técnicas de enfermería resalta pequeñas curas, administración de inyectables, extracciones de sangre cada 2 años, recogida muestras de orina y recalca la relación de ayuda, respeto por parte del equipo médico, así como la adquisición de habilidades en manejo de técnicas de apoyo emocional. Relata que el servicio de administración de metadona es de 11 am a 6 pm de lunes a viernes con una media de atención de unos 200 usuarios. Cuando la administración se hace a través de farmacia, señala como dificultades el tema de la prescripción y la burocracia. El centro médico desarrolla materiales informativos bilingües sobre el uso de la metadona, desarrolla programas control sanitario mediante análisis sistemáticos de sangre a pacientes con tratamiento de metadona.

Resalta la importancia de controlar las enfermedades infecciosas, poder detectar este tipo de patologías de forma precoz y recuerda que algunas conductas de riesgo para el uso del servicio se encuentra la desconfianza al servicio o a los profesionales, poca vinculación al sistema sanitario, dificultad en la organización de la vida diaria para asistir al centro médico. Comenta que los usuarios pocas veces se han negado a someterse a un análisis de sangre.

La premisa de atención es lograr la máxima accesibilidad para los usuarios, el propio servicio del centro es quien realiza el examen de sangre. La población escogida para aplicar el programa fue la formada por los usuarios en tratamiento, destaca que se incluyen usuarios que van a farmacias. Se marcó un circuito pactado con el servicio de laboratorio de análisis clínico. Garantizar la periodicidad. Se elabora una base de datos. Extracciones cada dos años durante el periodo de un mes. Ya están en la tercera extracción, el programa funciona en el 2006. Consiguieron determinaciones a un 74,8 de la población diaria. Gracias al programa se cuenta con datos de 377 pacientes que están con tratamiento de metadona en el centro. En ambas campañas se han diagnosticado casos nuevos de infecciones por VIH Hepatitis C y casos con serología luética positiva. A todos se han remitido a los especialistas respectivos. El programa es todo un éxito con alto grado de participación de los usuarios y profesionales. Indica la complicidad y la familiaridad entre profesionales y usuarios.

Retos, uno de ellos es facilitar el acceso de los usuarios a todo el sistema sanitario, asegurar la continuidad de intervenciones y prevenir y controlar enfermedades de contagio.

Menciona el test rápido de VIH y resalta el compromiso en la prevención del VIH en España. Comenta que es necesario implementar el test rápido, agilizar el proceso, disminuir el tiempo de espera, reducir el número de personas que se pierden, aumentar el número de pruebas. La prueba rápida en sangre tiene una sensibilidad del 100% especificidad 99,7% Se realizó una prueba piloto de test rápido en el mes de abril de 2009, el resultado se conoce en 15 minutos, de forma gratuita y confidencial. Busca favorecer grupos más vulnerables.

Cuarta presentación. El tratamiento del consumidor de heroína, la práctica en Colombia I: Experiencia Antioquia, a cargo del doctor Luis Fernando Giraldo Ferrer E.S.E Carisma, Antioquia.

El doctor Giraldo hace un contexto de la ubicación geográfica de Antioquia y su capital, Medellín, ubicada en la zona andina. Experiencia global de un centro de tratamiento de la dependencia de opioides. Enfatiza en la parte administrativa y los retos. No son la única institución de Antioquia.

Características de la institución: Es departamental, en el costado occidental de la ciudad, es un poco difícil el acceso a pacientes con heroína. Personal de origen médico, servicio de

hospitalización con 50 camas, y 40 cupos al día de atención. Tratamiento de internamiento donde hay desintoxicación, intervenciones con la familia, terapia ocupacional, unas salas de informática. Con aportes de Ministerio de Protección hay un gimnasio y aporte médico.

Indicadores epidemiológicos: refiere el estudio nacional de consumo de drogas en Colombia, 2008 en donde se detectó que acerca del consumo de heroína 37.863 individuos afirmaron haberla consumido alguna vez en la vida y 4417 en el último año. Otra encuesta, la Encuesta Nacional de hogares no permite saber el número de consumidores de heroína, la ENH no es apropiada para esto. El estudio no permite hacer proyecciones reales. Remite otro estudio en escolares entre 10 y 19 años en Antioquia en el 2007. 3435 jóvenes encuestados. Estamos muy atrás en el desarrollo de servicios. Cuando iremos a llegar allá.

Presenta un balance de atención en el centro. De junio 2009 a junio de 2010 acudieron 85 pacientes por primera vez y 162 de segunda vez o seguimientos. Pasa mucho tiempo para que la gente busque ayuda, comenta, por lo que es un reto mantener a los pacientes en el programa.

En ese período de tiempo se han producido 120 hospitalizaciones. La edad promedio de los ingresos es 21 años, y repiten ingreso 33 de estos 120 (39,6%) El enfoque del centro ha sido muy hospitalario, afirma. No era la estrategia adecuada con el aumento de pacientes. Señala que la mayor población es de hombres, con predominio de pacientes del SISBEN, subsidiados por el estado. Estos pacientes son atendidos entre la seccional y carisma. No está incluido en el POS, es una situación particular en el país. Hay también una participación importante de pacientes cubiertos por EPS y de estos un número que accedieron al tratamiento vía tutela, con lo que se confirma el acceso limitado al servicio en el país.

En cuanto a cobertura se creó una nueva sede en una parte central de Medellín, la cual considera que es la primera clínica de metadona propia de Colombia. Se ubica cerca al sistema de metro de la ciudad.

Comenta que aunque la metadona no es una medicación costosa para nuestro país sí lo es, es costosa y no está subsidiada, 4.000 pesos 40 mg. No tenemos la disposición de tenerla diluida o líquida. Sólo en pastilla

En cuanto a comorbilidad psiquiátrica, todos los pacientes son vistos por un psiquiatra. Dentro de las comorbilidades detectadas el trastorno sociopático es el más persistente. Los pacientes atendidos han sido pacientes universitarios en buena medida, tienen un nivel educativo alto. Desde el año 2004 hasta el 2010 ha crecido, de hecho refiere que el primer paciente que acudió con dependencia de heroína en Medellín era universitario. Comenta que montaron el programa de tratamiento con metadona y para el 2009 tuvieron 48 pacientes nuevos 8 o 9 pacientes nuevos para ingresar a tratamiento por mes. 2 casos de VIH detectado por búsqueda activa de consumidores, tres casos de hepatitis C. Comenta como dificultad que no realizan aún pruebas sistemáticas.

El origen de los pacientes es de Medellín, la vía de consumo es por inyección, los pacientes consumen otras sustancias principalmente marihuana, la vía para conseguirlo es con pequeños trabajos, robo, mendicidad entre los primeros motivos.

Los programas efectivos son aquellos de mayor duración y con dosis mayores. Dependencia de opiáceos manejan tratamientos de desintoxicación con clonidina y benzodiazepina el cual se realiza en forma intrahospitalaria, desintoxicación, el de metadona que es intrahospitalario y mantenimiento con metadona indefinido, hospitalización de tres semanas.

Tienen instructivo y cuentan con documento de consentimiento informado, comienzan internamiento por 21 días. Manejan un protocolo ambulatorio en tres fases. La dosis inicial de metadona administrada es de 10 a 30 mg hasta 40 a 120 mg como dosis de estabilización. Reconoce que son un servicio dedicado a la abstinencia. Contamos con las pastillas. No hemos contactado con pacientes con sobredosis, queremos evitar pasar del anonimato al desprestigio.

La tasa de retención es buena, el número de pacientes activos llega a 76 y sigue en aumento. Señala que no tienen disposición de vacunación contra la hepatitis B.

En cuanto a la evaluación del tratamiento comenta que se han realizado dos estudios. El primero con la Universidad Pontificia Bolivariana usaron instrumento SF36 para determinar calidad de vida. Los estudios demuestran buenos resultados en cambio de salud, en dolor corporal, en desempeño físico. Se realizó con 40 pacientes, la edad media es de 23 años, la media de inicio es de 18 años, entre estos pacientes la prevalencia de vida al menos una vez en la vida de marihuana. Datos de salud general en relación con la media aunque las cifras son pequeñas es significativo que los pacientes se mejoran en su salud general. No preguntamos qué tan bien se sienten.

Otro estudio referido se hizo con la universidad CES 2009, encuestando a 50 pacientes con instrumento OTI (Opiante Treatment Index). Edad media es de 23 años, escolaridad era alrededor de 10 grado, varios de ellos con tres tratamientos previos. Encontraron resistencia de los pacientes a ingerir dosis más altas. Dependen mucho de la voluntad política y de las EPS. Fueron dosis bajas. Las conductas de riesgo son bajas y la actividad delictiva es baja, el comportamiento de salud es aceptable, el ajuste psicológico es el aspecto más grave.

Concluye que hay que visibilizar el crecimiento de la epidemia, tenemos una responsabilidad jurídica, tenemos la tarea de desarrollar las guías para Colombia y establecer un modelo de evaluación de tratamientos.

Quinta presentación. El tratamiento del consumidor de heroína, la práctica en Colombia II: Experiencia Quindío, a cargo de la doctora Ana María Cano Rentería, Hospital Mental de Filandia, Quindío.

La doctora Cano inicia la presentación contextualizando Quindío, el eje cafetero, con una población de 534.552 habitantes. A finales de los 90 sufrieron un terremoto, con consecuencias sociales y económicas graves.

Hospital en el que trabaja es departamental que cuenta con la Unidad de Atención a Conductas Adictivas, funciona hace más de 10 años. Comenta que descubrieron el problema a través de la demanda de atención, hace el año 2005 empieza a ir uno que otro paciente, solo en la capital y a partir del 2006 empieza a crecer la demanda. Son hospitalizaciones, no número de casos, pues no solo es atender el problema puntual. Para el 2008 estaban inundados de demanda de atención, desbordados, hacia finales de 2008 donde iniciaron con el programa ambulatorio.

Como debilidades señala que el programa de atención primaria en salud mental es incipiente, el primer nivel de atención es débil en salud mental y problemas por SPA. El segundo nivel especializado se encuentra desbordado a través de consultas de urgencias, consulta externa y hospitalización, no se hacen intervenciones tempranas, la articulación en red interinstitucional es mínima, y hay poca información.

En cuanto a amenazas señala el fácil acceso a la heroína, dosis a bajo costo acompañadas de estrategias de mercadeo y distribución agresivas dirigidas a los jóvenes, realizando muestras gratuitas en fiestas, bares etc, con el subsecuente policonsumo, y el uso por vía endovenosa. Hay un desconocimiento generalizado en la comunidad sobre efectos y riesgos así como las consecuencias de las vías de administración.

Los patrones de consumo son comúnmente alcohol, marihuana y tabaco entre los 11 y 14 años, entre los 14 y 16 prueban todo lo que hay, entre eso aparecen la cocaína, inhalantes, mezclas. 7 de 10 dice haberse inyectado alguna vez en la vida. Menciona una expansión del consumo de una sustancia con gran poder adictivo y destructivo en jóvenes con historia de privación de necesidades básicas sociales y afectivas. Si bien no estaban preparados, la única opción que encontraron fue trabajar en acciones conjuntas de prevención, mitigación y superación, resaltando la aparición de la política nacional para la reducción de consumo de SPA.

Iniciaron un proyecto sin dinero o interés político, es un problema invisible. El proyecto inicial fue a 5 meses un programa ambulatorio específico flexible que mejorara la cobertura y oportunidad de atención a las personas, dirigido a los jóvenes y mujeres gestantes o madres adolescentes, usos endovenosos y policonsumos.

El hospital queda a 30 min de la capital, tienen un servicio ambulatorio dentro de Armenia. Con un equipo interdisciplinario, empezamos a usar metadona. Entre el 2005 y el 2008 se trataron pacientes intrahospitalarios con metadona, Como son institución psiquiátrica trabajaron con patologías duales. Empezaron en 2008 con un gran despliegue mediático lo que ocasionó que la demanda de atención desbordara la capacidad instalada, en vez de 50 usuarios esperados aparecieron 205 personas. En marzo 2009 se termina el proyecto básicamente por un desabastecimiento administrativo de metadona

Mayo de 2009 reinician con 141 pacientes, para diciembre 2009 terminan con 173 pacientes en tratamiento y hay un nuevo desabastecimiento. Con apoyo de familia de pacientes se reabre el programa en enero 2010 y cuentan con cofinanciación del MPS. Se realiza una monitorización a través de aplicación de encuesta individualizada semi estructurada MAP. Para mayo de 2010 hay 233 casos activos. La gran mayoría tiene entre 19 y 24 años. Siguen 25 a 34, con predominio de hombres, todos en Armenia. Estrato socio económico es 1 y 2. En cuanto a condición son desocupados, siguiendo la encuesta VESPA, desempleados. Una región con altos índices de desempleo, ni siquiera buscan trabajo. Escolaridad encontrada es secundaria incompleta. Unos muy pocos han alcanzado nivel técnico o universitario. Hallaron 9 parejas de hermanos, cinco parejas sentimentales, una pareja de tío y sobrino, lo que lleva a preguntarse por el rol de la familia. En cuanto al patrón del uso de heroína, al momento del ingreso al programa un 38% reportó como vía de uso la inyección. Comparten utensilios un 4% de los casos.

Al inicio del tratamiento el uso inyectado es muy alto. Los casos de uso endovenoso están llegando más. Disminuye el uso inyectado. En cuanto a conductas de riesgo, 34% tienen sexo inseguro. No refieren muchos episodios de sobredosis.

Indica que el uso dosis de metadona sigue siendo subterapéutico, más o menos el 70% está entre una dosis entre 40 y 70 mg, seguimos siendo tímidos al recetar, sigue habiendo resistencia a dosis más altas. Se presenta consumo de otras SPA, más marihuana fumada y alcohol, pero incremento de bazuco, policonsumo.

Motivador para acercarse es jóvenes en situación de calle, 43%, para ingresar al tratamiento, prostitución en segundo lugar y la mendicidad, baja el reporte de actividades ilegales. En cuanto a actividad laboral no son empleos estables son subempleos. Una vez están en tratamiento van mejorando su funcionamiento. En cuanto a diagnósticos comórbidos, tienen 4 casos detectados con virus de hepatitis C por vía endovenosa. Tratan de conectar a los inyectores. Hay 2 casos de tuberculosis en menores de edad, casos difíciles. Solo un paciente ha dado positivo con VIH. Una paciente joven diabética y 6 mujeres embarazadas.

Lecciones: Las controversias se han debido más a las concepciones, sesgos ideológicos y desinformación que a las evidencias sobre costo-efectividad o el impacto positivo que tiene en la calidad de vida. Las tomas de decisiones administrativas deben tener en cuenta las evidencias científicas y mejores prácticas.

El problema del suministro de metadona requiere alto grado de coordinación entre los niveles, central, departamental y las prestadoras de servicio. Hay que disponer de otras presentaciones de la metadona y otros medicamentos. El uso de metadona por sí sola no garantiza suspensión del consumo de heroína. Buscar programas que den estabilidad, implementar programas para la población del régimen contributivo, intervenciones mixtas.

Comentarios del doctor Pedro Matheu Gelabert: Colombia ha hecho una presentación sublime, no había datos sobre su experiencia y casi un año después presentan datos, admira su tenacidad. Hay que aplicar las mejores prácticas, solo pedimos a los responsables de la política pública que apliquen las mejores prácticas con evidencias científicas.

Hay algo en las tres primeras presentaciones, mejor prevenir que curar, las tres presentaciones hablan de ese tema. Los usuarios de drogas no tienen acceso a los mínimos medios, las consecuencias son devastadoras. Las buenas noticias es que muchos de estos aspectos son fácilmente prevenibles, la doctora Randy habló de educación. Educar a los familiares y a los usuarios.

En la política pública el mayor desafío está en que la sociedad civil y los políticos no deben entender prevenir como promoción, la gente confunde prevenir con dar jeringuillas. Hay que educar también en el manejo de las sobredosis entre pares.

Preguntas

- 1. Comenta José Mario Gomez del Hospital San Vicente de Paul de Medellín. Nos falta mucha gestión y conocimiento, tratar mejor a los pacientes. No aceptábamos que la adicción a la heroína es una enfermedad crónica. Trabajan al frente de la Universidad de Antioquia, tenemos consumidores de heroína desde hace diez años. Tenemos un grupo de reducción de daños desde hace 4 años. Tenemos apoyos parciales del estado. Costo del tratamiento es una razón para abandonar el tratamiento. Puede costar 250.000 pesos. Para pacientes particulares. Problemas de falta de vitaminas.**
- 2. Pregunta desde Cali. Cuando se utiliza metadona, se ha encontrado en los usuarios locales que el uso de heroína se rebaja. Considera fundamental las clínicas de mantenimiento, cuando se conoce el patrón de consumo las otras sustancias las dejan y se quedan con marihuana para manejar la abstinencia, pero en los estudios de mantenimiento se presenta el inconveniente de la búsqueda del placer ¿cómo manejarla?, ¿Qué se hace para evitar que los pacientes que están en mantenimiento ingresen al policonsumo?** Responde el Dr. Giraldo, si no hacemos una intervención que no modifique el estilo de vida y trabaje en la deshabitación el paciente seguirá recayendo en los mismos ambientes y costumbres, ahí hay un punto importante es el hecho de la visión de la salud pública, es muy importante que el paciente deje de inyectarse. Le gustaría tener una estadística para decir que los pacientes no consumen otras cosas pero puede ocurrir y consumen cocaína o basuco. Se necesita una intervención global en su estilo de vida. Por otro lado está el mantenimiento con las dosis terapéuticas adecuadas, que deben ser entre 60 y 120 mg. Cuando la gente se trata adecuadamente con metadona a usted le gusta sentir el efecto, si no es así volvera a la heroína.
- 3. Pregunta Pererira hospital mental. ¿Qué datos hay de la combinación de marihuana con metadona? ¿Hay experiencias exitosas con esa combinación o qué no se puedan usar?** Responde Dra. Randy. Nosotros no permitimos el uso, creemos que el uso de otras drogas con metadona debería ser eliminando otras sustancias, muchos de los pacientes sí usan marihuana, sucede, no es muy mala, pero recuerda que con dosis bajas los pacientes recurrirán a otras sustancias por lo que necesitan manejar todo el síndrome de abstinencia, tendrían que ver cuál droga están usando concomitadamente.
- 4. Dr Rafael Pardo asesor VIH OPS pregunta por la experiencia en adherencia con retrovirales de pacientes UDI en Colombia.** Responde la doctora Cano. Uno de los retos más grandes hay que superar los sesgos ideológicos. La posición de otros especialistas es de “vaya rehabilítese y después venga a hacerse el tratamiento retroviral”, esa es la dificultad. Las líneas de trabajo en VIH y TBC adicciones y salud mental deben articularse, no esperar a que hayan normas o regulaciones, hacerlo desde nuestro quehacer. Casi es incompatible. El Dr Giraldo indica que otra dificultad es no ser sistemático con las pruebas, las guías recomiendan que si la prevalencia del VIH es alta los servicios deben incorporar el tratamiento del VIH y ofrecerla en el mismo lugar, estamos atentos a eso, hay un contacto aceptable del tema de VIH en Medellín. Esa es la idea.

TARDE

PANEL VI: herramientas participativas y comunitarias de intervención preventiva.

Modera: Marya Hynes CICAD OEA

Comenta: Inés Elvira Mejía, Convenio MPS-UNODC

Primera presentación. La Lógica comunitaria y el tratamiento comunitario como alternativas de intervención Experiencia Lua Nova en Tratamiento Comunitario, a cargo de la doctora Raquel Barros de la Asociación Lua Nova, centro de Formación de Tratamiento Comunitario, Cáritas, Brasil.

La doctora Barros presenta su propuesta de tratamiento con base en la comunidad. Ha vivido 20 años en Italia y lleva siete años trabajando con esto. Empezó en Brasil a hacer la reducción del daño. La mirada del tratamiento comunitario es la mirada de la persona. El problema más grande es el crack, no tenemos heroína aún. Existen políticas para reducción del daño, empezó para VIH con atención ambulatoria, centros de referencia, programa de acciones integradas, programas en atención a consumidores de crack. Las drogas más problemáticas son el alcohol, anfetaminas, marihuana, crack. Trabajan con el gobierno para establecer políticas.

¿Qué es tratamiento comunitario? La prevención se hace en la escuela con los educadores. El tratamiento con los doctores y el proceso de inserción era más social. Se trasladaban las responsabilidades de una etapa a otra. Era un modelo donde se rompían vínculos y cada profesional asumía su rol sin más

Dentro de su interpretación en el tema de reducción de daños señala que se necesitan de los mismos usuarios para iniciar el tratamiento, no se necesita siempre del doctor para el tratamiento, necesitamos mantener el vínculo, es que podemos hacer tratamiento de relaciones. En este modo podemos hacer prevención, tratamiento e inserción. El tratamiento comunitario tiene esta mirada que todos podemos estar en todo y trabajar en red buscando complementariedades. El tratamiento comunitario ya se inició en diez estados en su país. Nuestro actor principal es el usuario, viendo como es su contexto y haciendo los puentes con las áreas de servicio. La clave es saber articular las potencialidades, usando trabajos de centros de salud, agentes multiplicadores.

Los actores: persona, comunidad, redes, potencialidades. Tiene que tener nombre, color. En este trabajo lo que vamos a mostrar es la red subjetiva que el tiene: si es homogénea, si es diversificada. Empezamos con usuarios de droga que tienen muchos amigos también usuarios. Lo que hacemos es que tengan contacto con otros y vea sus potencialidades. Cuando vamos a trabajar con la comunidad hay que conocer ver como es en todas sus dimensiones. Se distribuyen insumos para usuarios de crack, ya han tenido un trabajo mancomunado con el gobierno, pero aun tienen inconvenientes con la Iglesia por la distribución de condones. Entregamos Kits con jeringas, hisopos, pitillos.

Tenemos escuela de samba, dentro de la cultura, exposiciones de fotografía, empoderamiento de ellos, taller de hacer ladrillos. Un telecentro preventivo, eventos musicales, campaña de reducción del daño. Las campañas son hechas por los jóvenes.

Otro proyecto importante es la generación de ingresos. Materiales para la generación de renta, en donde también importa saber lo que piensan y cómo lo plasman. El método es que toda persona ve primero cómo se hace y luego cuando lo hace bien se le paga. Proyecto de mano en mano, como 8 o 9 grupos que hacen estampa, servicio de panadería, reciclaje de vidrio haciendo piezas, muchos clientes. Circuito de cadena de valor, construcción ecológica. Proyecto con mujeres, construir muros. También se fabrican muñecas.

Dentro de los logros destaca una mayor adherencia del usuario, sentido de pertenencia, renta lícita. Integración entre instituciones de la misma comunidad, valorización de potenciales entre población de riesgo, reconocimiento público, mayor organización en la estructura de actuación

de la institución. Ganaron un premio a nivel de América Latina por su iniciativa de adelantar proyectos productivos con usuarios de droga.

Segunda Presentación. Pensar y actuar la prevención: otras maneras de mirar las conductas de riesgo, a cargo de la doctora Betty Espinoza-Azocar, del Consejo General Seine Saint Denis de Francia.

Inicia realizando una contextualización de Francia, con sus 22 regiones metropolitanas y 4 regiones al otro lado del mar. Habla de Ile de France. Es una zona productora de riqueza, tercer lugar como region económica del mundo, cuenta con 11 millones de habitantes. Fuerte potencial de investigación científica. La población se caracteriza por una natalidad importante, población muy joven con una alta esperanza de vida y gran su diversidad. Hay una migración de provincias hacia la capital, llegada de población extranjera, desde 1930.

La gran corona y la pequeña corona, ciudad de paris es a la vez comuna y departamento. De Seine Saint Denis lugar donde se desarrolla la experiencia señala que es la Zona de aeropuerto Charles de Gaulle. Departamento relativamente joven con una población de menios de 25 años, tercer departamento por la importancia de la población, hay una gran concentración de mano de obra no calificada. Una gran concentración urbana. Es un departamento obrero, la industria es el primer empleador y el primer creador de riquezas, aunque por la crisis europea se está enfrentando a una situación preocupante de desempleo, bajo nivel de escolaridad y de calificación de la población departamental. Bajo nivel de escolaridad.

La primera ley en materia de drogas tiene que ver con la prevención para el conjunto de la población hacia comienzos de los 80 con la gran ley de descentralización estatal. Las competencias en materias de drogas revienen al estado central, el marco legan es la ley del 31 de diciembre de 1970, es una de las leyes mas restrictivas de Europa. La prevención está inscrita en los textos pero no se le atribuyen medios reales. Entre los años 80 y 90 fue un golpe muy fuerte para la población europea la aparición del VIH. El alcohol no esta reglamentado. En los años 90 se da una evolución del número de usuarios de drogas, la aparición del VIH y la hepatitis C. En ese contexto del año 90 entre el inicio del uso de drogas y el encuentro con una institución especializada pueden pasar diez años. Esta institución es a menudo la policia o la justicia, otros profesionales. La clandestinidad es el pan cotidiano de los UDIs. Quienes intervienen ¿se estiman competentes, se sienten concernidos por la situación de los usuarios de drogas? ¿Quien va a ocuparse de ellos?

La respuesta fue la Misión Departamental de Prevencion de Toxicomania en 1997, y acá precisa que hay que tener cuidado con el término, así nos visibilizaron. La idea de la misión es aumentar el nivel de calificación de los profesionales en el departamento para enfrentar los desafíos sanitarios y sociales encontrados por los públicos usuarios de drogas tocados por el VIH y en condiciones de marginalidad.

La actividad consistía en ir a la comuna y averiguar quién se reconocía como usuario, venía gente de la comuna que se sentia concernida y se armaban grupos. Habia que hacer acercamientos integrales, la reduccion de daños es un tema muy complejo, una sola institución o una sola organización no podía dar toda una respuesta amplia. Su vocacion era de calificar a los actores a través de seminarios, formaciones, estudios diagnósticos, implementar proyectos. Habla del proyecto *Teté a teté*, una experiencia de información y prevención dedicado a los jóvenes de 13 a 25 años con módulos virtuales instalados en un centro comercial. Refiere el principio de la proximidad como orientador para trabajar. Pasa un video. Un amplio centro de información, todo bajo código juvenil, que significa frente a frente. Es una tienda pero no hay que comprar nada, vienes a buscar la información que se necesita. Cabinas privadas con información, espacio de video. Pagia web con información preventiva. Son los jóvenes los que se acercan a ella. La información se presenta con atractivo juvenil. La idea es retomar las preguntas de los jóvenes. Estudios comparativos. Tenemos una inquietud vamos a buscar la respuesta. Es un servicio anónimo.

Otro proyecto tiene que ver más con la participación. La toxicomania es un término complicado pues dentro de los mismos profesionales se generan limitaciones.

En 2002 evolucionó hacia las conductas de riesgo, que es una noción menos estigmatizante menos peyorativa y que concierne un conjunto más amplio de profesionales: enseñanza, salud, inserción laboral, deporte, cultura, etc. Las tensiones sociales en el departamento aumentaban más. Fenómeno obligado a la discriminación. En una comuna había 112 etnias distintas, la complejidad de territorio, discriminación muy fuerte y en el 2003 tres chicos fueron asesinados por la policia y eso generó disturbios y se expandieron al territorio.

Esa situación obligó a que se debe buscar otra manera de trabajar con profesionales, pensar y actuar en la prevención, por lo que se realizó un trabajo participativo que reunió a 200 profesionales del departamento para definir que eran conductas de riesgo, cómo se construyen. Son manifestaciones que no entran en los cuadros clásicos de la intervención institucional. Hay un desfase entre lo que pide la gente y los servicios que ofrece la institucionalidad. Falta de evolución en los marcos de intervención.

Buscamos capitalizar el conocimiento adquirido y evidenciar los procesos que conducen las personas a exacerbar sus tomas de riesgo. Identificar recursos y marcos de acción. Las dimensiones sociales de las conductas de riesgo permiten pasar más allá de un punto de vista determinista que desvaloriza las personas que viven en barrios populares y los responsabiliza de sus dificultades.

La incriminación de los más frágiles y de los más necesitados como públicos problema provoca el efecto inverso de lo que buscamos, produce estigmatización, fijación en comportamientos desviados, exacerbación.

Principios: Tener una mejor comprensión de las condiciones sociales que favorecen el desarrollo de estos problemas, no alimentar las visiones simplistas de eliminación de todos los riesgos sociales o de responsabilizar a los individuos vulnerables y acercarse a los procesos que se encuentran a la base de la producción de las vulnerabilidades para analizarlas y corregirlas

Método: acción participativa, funciones sociales, vías de acción preventivas.

Trabajo colectivo: las conductas de riesgo no son una definición sino una noción, no es hacer una lista, esta noción va a denominar prácticas que ponen en juego el cuerpo, son repetitivas a veces compulsivas y llevan a las personas o a sus entornos a ponerse en peligro desde el punto de vista físico, psicológico o social. El riesgo es importante para nosotros. Estos comportamientos pueden traducir tensiones íntimas, problemas de educación, socialización o de inserción socio económica, como también conflictos de género o de identidad social o familiar.

Las fragilidades individuales de los que toman riesgos desempeñan un papel evidente, la dimensión colectiva de ciertos comportamientos sobrepasa las vivencias personales

En una sociedad en la que aumenta la precariedad son cada vez más numerosas las personas tocadas por las vulnerabilidades. Cita a Robert Castel que la precariedad es la pérdida de filiación. Y atraviesa contextos sociales tales como precarización, economía paralela, las violencias sufridas o actuadas, la exclusión social, el sufrimiento psicológico, la sociabilidad al margen.

Importancia de tomar en cuenta la vulnerabilidad, nosotros la vamos a designar en tres esferas distintas: la inserción socio económica, las relaciones psicoafectivas, y el ámbito cultural y la sociabilidad marginal. Estas esferas no están aisladas.

Cuando se cruzan las relaciones psicoafectiva con la cultural, se presentan sociabilidad desviada, violencias. Cuando se encuentra la cultural y la socio económica, la delincuencia o economía subterránea y exclusión. La socio económica y familia presenta errancia, desafiliación

El otro punto importante es como prevenir la exacerbación, describir la fábrica de las conductas de riesgo. Cómo se produce ese proceso: para llegar a esas conclusiones procedemos con un método que se llama historias de vida de 15 minutos, para leer colectivamente una historia. De

las lecturas algunos elementos encontrados fueron: Segregación, humillación y necesidad de reconocimiento, fragilización de los marcos de sociabilización tradicionales, la familia, la escuela el barrio, el parche. Cuando están fragilizados induce más al consumo. Los chicos se van estructurando poco a poco en la escuela de la calle. Hay discriminaciones étnicas, conflictos culturales y vida en clandestinidad. Tema de la legalidad es un factor importante.

Frenos a la acción preventiva: vacíos en las políticas públicas, problemas de acceso a los servicios públicos. No todo el mundo tiene derecho, especialmente los sin papeles. Falta de comprensión y compartimentación de los dispositivos. Cuando las respuestas son muy específicas y aisladas complejizan más el problema. Es muy importante entender qué es lo que hace cada quién.

El distanciamiento entre los nuevos temas sociales y las tradiciones de la intervención. También hallaron una relevancia a la penalización y un sentimiento de injusticia.

Palancas y soportes de prevención: mejorar las posturas de proximidad y de accesibilidad, cuales son las fuerzas vivas, la sinergia al interior de la comunidad. Desarrollar soportes de expresión y dinámicas participativas.

Desarrollar lugares de acogida y de escucha. Trabajar enfoques transdisciplinarios y transversales, facilitar el debate ciudadano.

Ejemplos de espacios prioritarios para la intervención preventiva. La prevención es actuar en los procesos de vida de las personas y de sus entornos

Ganarle terreno a la economía subterránea y a la escuela de calle, luchar contra la deserción escolar. Reducir las tensiones de género, responder al sufrimiento psicosocial y reforzar el tema de ciudadanía. Luchar contra las discriminaciones y problemas asociados a la migración, prevenir el marcaje penal, restablecer o mantener los vínculos con las personas en situación de calle. Perspectivas: enriquecimiento colectivo, confrontación con el terreno y ajustamiento de las acciones.

Tercera presentación. El Equilibrista: de la prevención del uso de drogas a la educación para la gestión de los riesgos del uso de drogas, a cargo del doctor Agustín Lapetina de El Abrojo, Uruguay.

El doctor Lapetina presenta la experiencia del libro El Equilibrista. Material didáctico para trabajar con jóvenes entre 12 y 18 años. Enfoca su presentación en varios aspectos:

1. La educación y los objetivos de las políticas de drogas.

Las políticas públicas de drogas traducen la forma en que una sociedad se organiza a sí misma para lograr el control social y la estabilidad y la satisfacción de las necesidades humanas, el ciudadano. Lo legal y lo ilegal es un producto cultural. Estas vías parecen estar en contraposición, existe una tensión esencial e irresoluble. Las políticas educativas deberían abocarse a satisfacer las necesidades

Un marco general para el desarrollo de políticas educativas desarrolla tres grandes objetivos.

- a) Facilitar con el máximo cuidado la obtención de los diferentes beneficios que las personas puedan obtener de las drogas. Ninguna política pública del mundo ha perfilado el tema más que desde una visión negativa.
- b) Reducir al máximo los daños potenciales del uso de drogas.
- c) Reducir al máximo los daños reducidos por las políticas de drogas. Llegan a ser mucho más problemáticas que las sustancias. Todo esto desde Principios de salud pública y de derechos humanos.

1. Paradigmas para el abordaje educativo del tema drogas.

Identifica dos grandes paradigmas con sus diferentes consecuencias: el Paradigma de la enfermedad: existen personas que nacen con una predisposición a hacer un uso dependiente de las drogas. Si ellas prueban las drogas desarrollarán seguramente una

dependencia. Esa dependencia constituye una enfermedad de la voluntad que impedirá que puedan hacer un uso normal de esa droga. Escala ocasional, habitual, dependiente, la respuesta es la abstinencia y la prevención se enfoca en la prohibición.

El otro Paradigma es el del aprendizaje social: las personas no nacen sino que se hacen dependientes de las drogas, la gran mayoría no desarrollarán consumos dependientes ni las drogas legales o ilegales, las personas aprenden a vincularse de determinadas formas con las drogas y por lo tanto podrán potencialmente modificar esos vínculos con otros nuevos. La historia de consumo es menos determinista. Control sobre el consumo y no sobre la progresividad.

Si revisamos el paradigma de la enfermedad vemos una mala aplicación del modelo de la enfermedad, un discurso muy médico psiquiátrico, que la dependencia es una enfermedad o no. Los programas educativos parten de la base que cualquier consumo es potencialmente dañino. La visión progresiva del consumo la famosa escalada, realmente es un camino de ida y vuelta. Al ser humano hay que potenciarlo en sus capacidades y dotarlo de herramientas para adquirir bases para la gestión del riesgo. Cualquiera de estos paradigmas tiene implicaciones para políticas de educación de drogas. Enfermedad. Evitar que las personas entren en contacto con las drogas
Aprendizaje social: Educar en conductas menos riesgosas.

2. Adolescentes y usos de droga

Tesis 1: El consumo de drogas cumple funciones bien específicas y relevantes en la socialización. Para la mayoría de los adolescentes saludables, las drogas tienen muchos beneficios psico sociales asociados al uso de drogas, a la vez que muy pocos efectos negativos reales y tangibles para la salud. Entre los primeros se encuentra, imagen de madurez, diversión, desinhibición, aceptación grupal y social. ¿Cómo educar en toma de decisiones? Es un tema complejo. Esto no está en los planes educativos.

Tesis 2: Los problemas más frecuentes que presentan están asociados a episodios de intoxicación aguda con alcohol y otras drogas y no a dependencias. Muchos programas educativos se dirigen a la prevención y a hablar de la dependencia

Tesis 3: Las investigaciones epidemiológicas y etnográficas acerca del consumo de drogas en adolescentes y jóvenes parecen indicar además que estos consumos problemáticos son fenómenos pasajeros que no revisten mayores problemas a mediano y largo plazo para la gran mayoría de personas adolescentes y jóvenes que consumen drogas legales o ilegales.

3. Educación en competencias para gestión de riesgos.

Los programas educativos evolucionan, deben pasar de la prevención del uso de drogas con resultados escasos, no le sirve a los adolescentes un programa de prevención del uso. La prevención de la adicción es un poco más realista, luego prevención del uso problemático. Promoción de salud y prevención uso problemático, Y promoción de salud educación en competencias y gestión del riesgo. Los Niveles de intervención necesarios para una gestión de riesgos eficaz: persona, familia, grupo de pares en institución educativa, contextos micro (barrio) normas y valores macro sociales.

Presenta el video El Equilibrista. Material didáctico multimedia.

Cuarta presentación. Estrategias de acercamiento a jóvenes consumidores de drogas en espacios de ocio nocturno, a cargo del Dr. Antoni Lort, del Servicio Municipal de Drogodependencia de Reus, España.

Experiencia de Arsufiesta. Derivado de la asociación de usuarios. En España el consumo de alcohol es un problema serio, fenómenos como el botellón o fiestas masivas donde se bebe lo máximo posible en el menor tiempo posible. Consumo de cocaína en los baños, en los coches y lavabos. Fiesta de tecno, electrónicas, donde circulan drogas de diseño principalmente. Están especializados más en fiestas electrónicas.

No tenían una estrategia para abordar a los jóvenes. Consumos de sustancias y Riesgos asociados a la sexualidad. Tomarse las drogas con mucho respeto pues es un tema asociado al placer.

Objetivos de la intervención: fomentar la actitud crítica y estimular la necesidad de obtener información fiable, prevenir conductas adictivas y de riesgo in situ, informar y sensibilizar sobre los riesgos.

Arsufiesta dispone de un stand móvil donde se brindan servicios de asesoramiento e información, test de sustancias, distribución de material profiláctico gratuito y una zona chill out o de descanso con soporte de materiales audiovisuales. Hacen pruebas de alcohol, donde buscan un máximo de fiabilidad. Unas cien pruebas de alcoholimetría por noche. Realizan talleres y charlas, grupos de discusión, cine forums, debates, charlas informativas y trabajo con material audiovisual. Distribución de folletos con los servicios. Gran disposición de preservativos.

Practican dos tipos de testeo rápido. Test colorimétrico y Semicuantitativo de cocaína, en 15 minutos para determinar la pureza de la sustancia. El testing está en una situación ilegal, no está regularizado pero tampoco es una prohibición.

Qué consiguieron: abrir un canal de comunicación valioso, ofrecer consumo de menor riesgo, potenciar sobre consumo de sustancias adulteradas, información dotada de credibilidad y aceptación. Fomentar una actitud de percepción del riesgo, disuadir de iniciar consumos potenciales no seguros.

Siempre que se detecta una sustancia fraudulenta se publica una alerta visible. En Enero 2008 la calidad del extasis bajó desmesuradamente.

Se valora el derecho a la información del consumidor de drogas, si les informan de un resultado negativo descartaran ese consumo, se agradece la información sin moralina, Presenta el Mini documental are we going out, mesas locales de discusión con los actores involucrados, materiales atractivos para los jóvenes. Tienen un blog y un portal en construcción, agradecen el proyecto Échele cabeza de Colombia.

Quinta presentación. Acciones de Prevención de transiciones, sobredosis y otros, a cargo de la dra. Begoña Gonzalvo del Hospital Universitario Valle de Hebrón en Barcelona, España.

La dra Gonzalvo presenta lo que sería un programa de reducción de daños y sobredosis. Nuestros pacientes tampoco se quieren morir, importante tenerlo en cuenta.

El plan abarca los centros de salud de la region de Cataluña y el objetivo principal es reducir el número de sobredosis mortal y no mortal asociado al consumo de heroína y psicoestimulantes.

La población objetivo es personal de programas de reducción de daños y de centros de tratamiento de drogodependencias y formación de usuarios y familiares.

La idea derivó en la creación de un manual para educar en prevención y asistencia a personas con sobredosis, dirigido a profesionales. Recoge caracterización y acciones.

Talleres de formación de usuarios en grupos de hasta cinco, hasta tres horas en prevención, detección y actuación en sobredosis. Agradecen los usuarios este tipo de intervenciones, en donde tenga contacto directo con el equipo profesional. Ayuda a la convocatoria y fortalece el voz a voz con otros usuarios.

Se involucran como profesionales implicados, el educador social y enfermeros. Realizan Cuestionarios: pre taller, post taller, cuando ha tenido necesidad de actuar, a los seis meses del taller de formación. Llevan con el programa año y medio.

Resultados inmediatos captación para actuación en sobredosis de heroína y cocaína. Recomienda tener en cuenta que cuando lleva mucho tiempo sin consumir el factor de riesgo aumenta considerablemente.

Se brinda orientación sobre tratamientos en casos de sobredosis que incluyen instrucciones para aplicar la inyección de la naloxona. Importante es que siempre hay que llamar al servicio de emergencia en cualquier caso de sobredosis, pero comenta que es lo que menos ocurre por el miedo a la judicialización.

Otros resultados que muestra es la creciente adhesión de usuario al centro, actuación adecuada de los usuarios en casos de sobredosis, sensibilización de los profesionales implicados y evaluación positiva del taller.

Sexta presentación. Prevención de enfermedades de transmisión sexual y reducción de riesgos en el uso de drogas en trabajadoras/as sexuales, a cargo del Dr. Antoni Lort, del Servicio Municipal de Drogodependencia de Reus, España.

El dr Lort expone un proyecto realizado entre el 2008 y el 2009. Otra estrategia de aproximación a través de programas de intervención en salud socio comunitaria.

Surge el proyecto por la pregunta del nivel de accesibilidad a los servicios y recursos sociosanitarios del colectivo PEP (Personas que ejercen la prostitución)

Un proyecto como el expuesto de Di Pi no podemos plantearlo sin hacer un acercamiento a la comunidad e identificar sus Necesidades o garantizar la accesibilidad

En España la prostitucion no es un delito, importancia del contexto local.

Formamos el proyecto con agentes de salud. Una de las funciones fue preservar la vertiente informal, ayudar a ampliar la visión de los profesionales, ayudar a cambiar la percepción social, actuar como modelos y referentes para los pacientes de los servicios. Participación activa en las actividades. En un año no pasó nada trabajando con dicha población, pero asumieron el riesgo.

Contactaron a personas PEP para obtener datos básicos e investigar sobre su nivel de acceso a los servicios. Formaron agentes de salud y contaron con apoyo de las trabajadoras sexuales quienes les explicaron como ingresar al terreno. Establecieron estrategias de formación, talleres de formación bola de nieve, observación diario de campo y encuesta.

La formación incluía motivación, técnicas de desarrollo de habilidades personales, contextualización del trabajo sexual y de la intervención. Reducción de riesgos y daños (sexualidad y consumo de drogas) información de sobredosis.

Se hizo un post test para valorar el conocimiento adquirido. Información sobre mitos claves del consumo de drogas y de las relaciones sexuales. Información sobre uso del condón.

Resultados iniciales: se contactaron 31 personas, nivel de aceptación alto, lugar de residencia eran locales, y mayormente eran de España, quienes erantambien consumidoras. 23% no se habian hecho revisión medica. Sustancias de abuso tabaco, alcohol y cocaína.

Conclusiones el resultado de los talleres fue que las trabajadoras sexuales acuden más a los servicios para reclamar condones. Tuvieron la experiencia de contratar a una persona en el equipo de trabajo con situación de consumo alto.

Ines Elvira hará comentarios. Tiene fe en que esto tendra un impacto importante. Inicia comentando que este anel mas difícil de comentar por la gran riqueza de contenidos. Hace un resumen de aspectos fundamentales, de temas transversales.

Hay una invitacion a abrir las ventanas de la creatividad, más abierta y participativa. No para los grupos sino desde los grupos.

Reconocimiento de la complejidad del tema en perspectiva de persona, contexto y droga, entender que desde la persona es donde parte las aproximaciones sin ser simplistas. Un gran interés de visibilizar al usuario, sus códigos, sus necesidades, sus entornos, su comunidad. Se actúa desde el grupo.

Algo interesante, revisar a quien le damos el poder de la sabiduría, hay que salir a buscarla, revisar los paradigmas, desde donde nos paramos tiene un poder enorme frente a las propuestas alternativas. Entender un poco el poder de los vínculos, de las redes, creer en los consumidores en su capacidad de decisión y de cambiar sus realidades. Lección poderosa sobre el poder de las oportunidades. La inclusión social es un buen camino, entender el origen de las vulnerabilidades. Importancia de conocer los contextos en los que trabajamos, en dónde hacemos las acciones. Comprender que los riesgos se construyen socialmente y que cumplen una función social y eso enfatiza la necesidad de conocer esa lógica y no imponer la nuestra. Entendemos la importancia de los pares y por qué esto es necesario para trabajar con grupos. Visibilizar los derechos humanos desde la salud pública y desde la ciudadanía, reflexionar sobre reconocer al consumidor como ciudadano. Reconocerlos con sus derechos y deberes de cuidarse y protegerse a sí mismos. Potenciar esa capacidad, ese agradecimiento hacia las oportunidades de información de formación. Hay una invitación a superar el miedo a acercarse a los grupos de usuarios. Hacerlo resulta bien recompensado. Y queda la reflexión sobre si se está trabajando en el día a día de la comunidad que vamos a beneficiar.

Preguntas:

1. **¿Qué estrategias hay con la población no consumidora, promoción de los derechos del consumidor?** Responde Antoni, si dice que se han desarrollado como hacernos visibles, participar en fiestas populares, escribir a los medios de comunicación. La importancia de establecer grupos participativos para evitar los conflictos. No se ha terminado de sensibilizar aún, pero las estrategias son simples. De salir de darse a conocer, de que hacemos cosas útiles. Saber comunicar. Aprovechar Internet para la visibilización. Betty agrega cuando se habla de público no usuario quien es ese público, ¿la población en general? ¿Usuario de qué? ¿Son personas concernidas por las consecuencias del uso de una persona cercana? Hay que crear espacios de mediación para explicar, hay que involucrar a los vecinos a las respuestas que se buscan dar localmente.
2. **Desde Bucaramanga comentan el desarrollo de un centro de escucha dirigido a habitantes de calle y PEP, pero han tenido dificultad para convocar a travestis.** Responde Antoni, también hemos tenido dificultad, tuvimos la suerte que una persona de esta comunidad trabajó con nosotros y facilitó el trabajo.
3. **Para Antoni, estrategias de educación y formación con medios para evitar la estigmatización mediática y el ataque.** Responde Antoni, es complicado el trabajo con los medios, se busca trabajar con la misma persona de un medio conocido, lo que busca el periodista es un buen titular y que concentre toda la información en las primeras líneas. Buscar un referente en la prensa.
4. **Desde la experiencia en el valle, experiencias de trabajar con personas de las comunidades. ¿Hay que desistir de trabajar en las comunidades? ¿Cómo han pensado en sus contextos?** Responde Antoni, hay que continuar buscando recursos, las mismas trabajadoras sexuales ya hacen parte del trabajo. Esto nos anima pues dejó un fruto importante.
5. **Susana Ferguson le pide a Raquel que complemente cómo lograr procesos sostenibles en su organización. Es el proyecto que tiene los mejores índices de inserción social. Como lograron trabajarle a eso.** Responde Raquel. Estamos siempre buscando la sostenibilidad. Se recurre al gobierno. Se empoderan actores locales. Vemos que la financiación es intermitente. Es mejor trabajar cómo vamos a continuar. La venta de servicios, incorporar más personas de la comunidad. No podemos acabar con los programas, hay que buscar modalidades. Tenemos que volvernos empresarios

sociales. Hay que ser atractivos para la empresa privada. Susana agrega que antes era el paradigma de separados y no revueltos y ahora juntos y revueltos.

6. **Pregunta para todos del doctor Ricardo Luque. Las tensiones que planteó el doctor Lapetina entre el control y el cuidado. Autonomía y beneficiencia, otras tensiones. Manejamos lenguajes y discursos dirigidos al tema del riesgo y a la mecanización del individuo, se pasa muy rápido del anonimato al desprestigio, la promoción de la salud y estrategias de reducción de vulnerabilidad caen en una especie de trampa en la implementación de la reducción del riesgo. ¿Como es el trabajo de la intersectorialidad para que los temas del sector de la salud quedem reflejadas en estructuras mas macro?** Responde agustin. Desde el lugar que he ocupado mi experiencia desde un trabajo multidirecto pero desde la sociedad civil recomienda trabajar en lo micro de abajo para arriba, el trabajo se ha hecho para la gente. El tema de lobbying politico no es lo mío, pero es importante capacitar a la comunidad para lograr ese nivel de incidencia. Betty agrega, creo que el lobbying politico es importante, ellos tienen presiones fuertes, no logran entender las cosas que son esenciales a nivel local desde el punto de vista de drogas. Los politicos son aliados estrategicos. Es legítimo pensar que del anonimato se pasa a la exclusión. Había un temor muy fuerte, nadie quería que lo acusaran por trabajar ese tema. Todas las iniciativas deben evaluarse y comunicar los resultados. Hay que pensar que hay un trabajo de comunicación que hay que hacer y es necesario, mostrar los logros, la reducción de daños da resultados y la comunidad se ve beneficiada, hay que tenerse confianza. Hay que asumir también los fracasos pero aprender de ellos.
7. **Aldemar comenta frente al comentario del doctor Luque que en el manejo social del riesgo es claro en el reconocimiento de distintos riesgos macrosociales y macroeconomicos. Tiene un enfoque social de la salud en cuanto invita a transformar determinantes sociales en un contexto, que no siempre es favorable para transformar estilos de vida. El manejo social del riesgo es un enfoque pertinente en la medida que se entienda en sus justas proporciones, no solo desde nivel individual, sino reconoce al individuo en un contexto social.** Replica el doctor Luque en que coincide en lo mismo, pero una cosa es ver en la realidad, la cuestión está en lo micro, es muy difícil tratar de incidir en esos determinantes sociales. Acá lo importante para el debate es saber identificar las tensiones para evitar caer en el reduccionismo de un enfoque. Saber ser críticos de estas tensiones porque ahí tenemos retos.
8. **¿Cuál es la estrategia y el discurso para manejar las presiones de agentes externos, presiones de la fuerza pública, presiones institucionales, la presión de los dealers y jibaros?** Responde Agustin comentando que desarrollan una estrategia llamada consumo cuidado que trabaja en eventos festivos. Como estrategia buscan sumar mayor actores posibles. Lo tenemos en conjunto con la Junta Nacional de Drogas, el estado uruguayo apoya el proyecto. La otra cuestión importante es hacer la posición desde un equipo técnico. No nos corresponde evaluar si los beneficiarios deben o no consumir, no interferir en la decisión del consumidor. El Paraguas de lo técnico no está a favor o en contra del uso de las sustancias. Antoni responde que se debe tener creatividad, resultados, saber presentar resultados fruto de lo social, tener visibilidad diferente, mostrar el poder de las redes. Es impresionante la capacidad de recursos de Brasil. Invita a articular con la institucionalidad bajo un marco de discusión respetuosa. Valentía y ánimo. Raquel agrega que se trabaja con la oportunidad.

JUEVES 15 DE JULIO

MAÑANA

Panel VII Herramientas de monitoreo y vigilancia en drogas

Primera presentación. La investigación y la vigilancia desde el Observatorio Interamericano de Drogas, a cargo de la doctora Marya Hynes OIA, CICAD, OEA

Describir un poco el sistema de vigilancia desde la CICAD. Cuáles son los datos que necesitamos. La difusión es la parte más importante de las reuniones. Mostrar la información que se puede obtener.

Qué es la comisión interamericana para el control de abuso de drogas CICAD, Una comisión de la OEA creada en 1986 por mandato de la asamblea general de la OEA, responde a las necesidades políticas. Los orienta la guía estratégica hemisférica sobre drogas.

Dentro de la CICAD funciona el Observatorio Interamericano Sobre drogas, una de las líneas de acción originales desde la creación de la CICAD, el trabajo era menos analítico, ser más banco de datos. Fue restablecido en 2000 a la petición de los estados miembros como se conoce en la actualidad. Somos conocidos como la rama estadística de información e investigación de la CICAD, fue un cambio positivo.

Los mecanismos que guían son los Observatorios Nacionales de Drogas en cada país, cada comisión en teoría tiene un observatorio. En unos países los observatorios funcionan en papel y en otros sí son operativos. Comisiones nacionales de drogas. Comisión de la CICAD. Mandatos de la Asamblea General de la OEA y otros. Hay un mecanismo de evaluación multilateral. Y la secretaria de la CICAD.

¿Cómo lo hacemos? Existe en teoría un OND en cada país nuestras contrapartes directos son ellos. El observatorio en la parte gubernamental no siempre es la mejor entidad. Su trabajo también es político, tienen que trabajar de manera científica, una segunda red. Red latinoamericana de investigadores en drogas. Académicos de universidades. Es una red pequeña y nueva aún. Intentar profundizar el análisis.

Estrategia es el abordaje integral con los países, no proyecto por proyecto. De largo plazo para levantar el nivel de investigación y la capacidad a través de los estados miembros. En 1997 la actitud era que en nuestros países no se consumen drogas y no tenían ni una sola encuesta sobre consumos. Habían visto que eso no podía ser y por ello se diseñó un sistema para levantar encuestas sencillas para mapear el terreno. En muchos casos habían países que adelantaron estudios con organizaciones o entidades que se llevaron el estudio o la información pero no quedó en el país. Nadie sabía dónde estaba el estudio. Nuestro trabajo es que la información levantada se queda en el país. Es de propiedad del país mismo. Trabajamos con talento que existe en el país, estamos capacitando a las mismas personas, creando gente. Instalando capacidad en el país. Eso es fundamental.

Dentro de las líneas de investigación: El sistema interamericano de datos uniformes sobre consumo SIDUC es el sistema base: prevalencia del consumo de drogas en poblaciones claves: estudiantes de enseñanza media, universitarios, población general, centros de urgencia y de tratamiento, investigación basada en la epidemiología. Siempre recomiendan empezar con estudiantes. Morbilidad y mortalidad, crimen asociado con el consumo de drogas son aspectos nuevos. Otra línea los costos del problema de drogas en impactos sociales y económicos. Por mandato tenemos área de oferta, esta es nuestra debilidad. Control de la oferta no tienen una base científica, aun estamos recopilándolo. Banco de datos virtual página web donde están los datos actuales sobre la demanda y oferta de drogas de los países. www.cicad.oas.org

Indicadores principales:

Prevalencia del consumo. Uso de drogas 12 a 64 años. Estamos reconociendo consumo inicia antes de los 15 años.

Prevalencia de vida. Nuevo indicador. Tasa de riesgo. El fenómeno no fue muy reconocido.

Lista de drogas que miramos es bastante compleja. La población que estamos investigando.

Consumo de drogas en las Américas de datos disponibles del SIDUC.

Gran heterogeneidad en la región. Hay diversidad en la población y eso afecta mucho incluso los patrones. Hay diferencias en el uso de drogas al interior de los países. Algunos ejemplos. Argentina: cocaína y policonsumo, Colombia: amplio rango de drogas consumidas, muy poco policonsumo. Países con prevalencias más bajas mayor consumo de farmacéuticos. La droga principal de mayor consumo es marihuana. La marihuana y cocaína tienen mayor prevalencia.

Impacto del problema: rango del que estamos hablando es un gran rango de consumo. Consumo de escolares en el último año. Los más altos son Estados Unidos y Canadá. Cocaína en escolares los primeros son Uruguay y Chile. Hemos tomado casi 15 años, esos datos no son verificados son datos puros.

Tendencias, cocaína en secundaria, Argentina, Chile, Brasil, vemos alzas en la mayoría de los países en Chile es más o menos estable. Indicador de facilidad de acceso. La facilidad del acceso a drogas esa prevalencia aumenta. Mientras perciben más riesgo, baja la prevalencia.

Algunos puntos para discutir: por que no está la heroína. Aca no se va a encontrar aún. Por tratar población en escolares. El sistema de vigilancia nos obliga a mirar transnacionalmente los patrones. Lo que está ocurriendo, a pesar que tenemos un buen sistema de vigilancia aún no es suficiente. Hemos ido durante 15 años. Tenemos que estar siempre preguntando y cómo podemos profundizar. Ilustra porque debemos seguir haciendo preguntas y no conformarse con las encuestas nacionales.

Se adelanta el espacio de preguntas:

1. **ONUSIDA, qué recomendaciones hace para el funcionamiento de un observatorio.** Responde la doctora Hynes: la mayor dificultad el nivel de recursos humanos, hay muy poca gente capacitada en el área de investigación. Un observatorio no puede funcionar así. Una vez que logramos capacitar a la gente nueva el gobierno cambia y se van todos por lo que hay que comenzar de nuevo.
2. **¿Qué lugar tiene la investigación cualitativa, con grupos específicos de población o tendencias?** El sistema que mostré no tiene una parte cualitativa, eso es importante sobre todo cuando estamos viendo patrones o tendencias que cambian, no solamente la prevalencia cuenta la historia que estamos buscando. En los estudios de costos eso llega a ser imponente.
3. **Inés Elvira pregunta. Mencionaste la diferencia en los controles de los países ¿a que atribuyes los cambios en EEUU y Canadá con América?** Mientras los índices de desarrollo aumentan hay muchas enfermedades que aumentan con el desarrollo de un país como la obesidad o las tasas de cáncer, aquí cae el consumo de drogas, hay enfermedad de adicción. Susana agrega que se está estudiando, con un cambio cultural que emerge la cosa que estaba escondida, la cultura estaba escondida.
4. **Pregunta sobre la importancia de la evaluación de impacto social,** Responde, la política pública necesita entender lo que es el cambio social y económico para poder evaluarse y un gran problema es que hay muchos programas que no se evalúan. El mayor impacto económico por casos de consumo de drogas tiene que ver con la pérdida de la productividad, la mortalidad o morbilidad hay gente que ya no puede producir lo que repercute en costos asociados, es un impacto social también, si reconocemos que en algunos países el 90% de lo que invierten es en control. El impacto está en salud pública.

5. **Pregunta doctor Jacobson. En VIH y Drogas hay mucha negación sobre la práctica de inyección. ¿Desde el punto de vista del observatorio hay posibilidad de incluir el dato?** Responde que el modo de consumo sí se pregunta en el observatorio, el problema es que la heroína no aparece mucho en las encuestas, no encontramos respuesta a la pregunta. Hay inyección de cocaína en algunos países, en Argentina principalmente. Hay inyección de alcohol. Ese no es el dato que buscamos, necesitamos saber un poco más sobre la población.

6. **¿Qué tanto impacto han arrojado los resultados del OID en el diseño de políticas públicas?** He observado un verdadero cambio, ha habido mayor énfasis en la importancia de la evidencia y en la evaluación, no siempre lo hacen pero lo reconocen, la nueva estrategia habla mucho de la evidencia eso es un gran cambio. Aldemar comenta que el OID debe servir para transformaciones en la práctica de la Política Pública. El mecanismo de evaluación multilateral es la herramienta que mas ha aportado. El mecanismo es un proceso político creado en 1999 y fue en respuesta al proceso de certificación del congreso de EEUU hacía los países en su progreso en el tema de drogas. Si no pasan no tendrían créditos, la comisión de todos los países crearon su propio sistema de autoevaluación que involucra evaluar incluso a EEUU. Ese sistema tiene 85 indicadores. Cambia de un año a otro. Alrededor de 100, que cubre desde la política y acuerdos firmados hasta acciones en reducción de demanda, control de la oferta, lavado de dinero... cubre un gran espectro. Pregunta a los países qué están haciendo. Y cada tres años se reúnen y evalúan el estado de cada país. Ha tenido impacto. No hay un proceso de verificación, tomamos que nos dicen la verdad. La importancia política, todos se evalúan y su voto cuenta. El otro que ha hecho ha puesto retos lo que es que debería, el mínimo que debe cumplir para decir que si está enfrentado el problema para ver su propio progreso, si tienen cobertura nacional, si tienen los datos mínimos, si pueden cumplir con los acuerdos establecidos. Es un proceso bastante grande, tiene un énfasis político. No es un sistema de información pero reúne datos valiosos.

Segunda presentación. La vigilancia epidemiológica y el monitoreo permanente del fenómeno, A cargo del doctor Jerry Jacobson de la OPS/OMS

El doctor Jacobson inicia comentando que un principio general de vigilancia es la práctica sistemática y continua de recopilación, análisis e interpretación de datos de salud esenciales para la planificación, ejecución y evaluación de prácticas de salud pública.

En VIH se habla de sistemas de segunda generación, tienen principios propios por su complejidad: dirigir recursos hacia donde se producirá información de mayor utilidad para reducir la extensión del VIH. Ajustar la vigilancia según las características de vigilancia, tiene que ser dinámica. La vigilancia tiene que enfocarse en las poblaciones de mayor riesgo de ser infectada. Comparar información de prevalencia con la de conductas y prácticas, aprovechar al máximo múltiples fuentes de información como TB otras ITS, encuestas de salud, información de servicios. Utilizar todo para fortalecer la respuesta.

Tiene que responder a la etapa de la epidemia. En epidemias de bajo nivel existen usuarios de drogas inyectable donde la prevalencia aumenta, hay que evitar que la prevalencia llegue a la población general. En una epidemia concentrada, característico de latinoamericana. Población de riesgo menor a un 5% que se conecta con población puente.

Preguntas claves para epidemia concentrada. ¿Qué tan fuerte es tan grande la inyección? Conductas que conduzcan a una mayor epidemia. ¿Cuáles son los tamaños de esas subpoblaciones? ¿Cuánto VIH hay presente en esas poblaciones? ¿Cuáles comportamientos y prácticas hay y qué tan comunes son? ¿Cuáles son los vínculos entre las subpoblaciones en mayor riesgo y la población general?

Lo ideal es contar de varios componentes, reporte de caso, no todos los médicos lo van a reportar, no podemos depender de esto y tiene su demora, no los vamos a diagnosticar de inmediato, estudios de prevalencia e incidencia de VIH con mayor alcance en la población, estudios de prevalencia de ITS o Tuberculosis, estudios CAP, reporte casos de ITS TB,

monitorero de resistencia del VIH a retrovirales. Estimaciones de tamaño de poblaciones, análisis y síntesis en espacios formales. y triangulación proyecciones y estimaciones y utilizar la información para la acción. Hay un proceso de planificación, para empezar con un análisis de situación tiene que partir de datos.

La meta es contar con algo como poner todo en el mismo cuadro. Establecer qué está pasando con el uso de drogas. La evolución de prevalencias en Malawi 1995 y 2005, subió y disminuyó. Hubo mayor acceso a condones, en hombres no se ve tanto ese acceso, aumento importante en número de condones y de pruebas por personas. Qué estamos haciendo bien, si estamos distribuyendo tantos condones, preguntar por qué los hombres no reportan acceso.

Para empezar, valoración previa a la vigilancia, es un momento para saber con qué contamos ahora. Inicia con un diagnóstico rápido del sistema. Taller nacional para construir un consenso para saber qué hacer de un sistema, se desarrolla plan nacional de vigilancia, plantear una visión a futuro. Para cada uno debe haber un protocolo, saber qué información se recoge, implementarlo y hacer un monitoreo del plan de vigilancia, el cual debe contar con componentes que debe establecer la organización, áreas prioritarias, vínculo con el plan estratégico nacional de VIH, estrategia, objetivos, actividades, resultados esperados.

Los protocolos deben ser escritos con sus componentes. Con población y áreas geográficas. En qué lugares deberíamos enfocar los recursos para la vigilancia. Lograr consenso entre todos, visión de qué información obtener, acuerdo sobre los métodos y análisis de los datos y la supervisión de drogas.

Métodos más recomendados para el sistema de vigilancia: diagnóstico rápido. La idea es orientar las acciones. Queremos hacer un perfil de los patrones de uso de sustancias y riesgo sexual e identificar intervenciones apropiadas. Identificar relaciones entre uso de drogas y relaciones sexuales a nivel local. Describir las consecuencias para la salud. Documentarlo. Capacidad y las oportunidades para las intervenciones. Diagnóstico del ajuste de las intervenciones a la realidad. Identificar obstáculos de las intervenciones. Establecer la factibilidad de las intervenciones para saber si se llevan a una escala mayor.

Métodos: entrevistas, grupos focales, encuestas, observación directa. Cómo son las redes sociales, qué tan fuerte son los índices de problemas, en qué municipios son más fuertes. Se usan varios métodos para mejorar la validez de los hallazgos, ¿cuándo parar? Vamos a parar de entrevistar cuando ya no estamos aprendiendo nada nuevo, evitar la saturación.

Ejemplo de Ucrania, fondo en reporte de casos de VIH en UDI. Ahora se ha disparado. Documentar las consecuencias de la salud de UDI y conductas sexuales, generar conocimiento sobre prácticas sexuales, necesidades sociales y de salud. Iniciar contacto con UDI fuera de contexto de tratamiento. Es importante acercarse a la población. Fue un equipo pequeño de 6 personas de ONG científicos, médicos. Comité comunitario asesor, con asociaciones de salud, de gobierno, policía, medios de comunicación para tener posibilidad de llevar hallazgos a la acción. Hicieron 50 entrevistas con UDI dentro y afuera de centros de tratamiento, entrevistas con clínicos, periodistas, ONG, iglesia, otros. Usaron bola de nieve. 5 grupos focales con UDI, fueron a áreas de programas de intercambio de jeringas, sitios públicos, expendios, mapeo de servicios, de sitios de compra y de uso. Análisis de datos existentes de prevalencia de VIH datos de centros de tratamiento, noticias, marco legal, arrestos. Tiempo: siete meses. Período de un mes por actividad. Invitaron a más ONG a participar en el sexto mes de trabajo.

Presenta otro ejemplo en Centroamérica: Guatemala y el Salvador. Hay negación aun, pero había VIH muy establecida. Sin ninguna acción dirigida a los usuarios de drogas. Preguntaron que tan común es la práctica de inyección, qué hacen los centros de rehabilitación de alcohol y drogas en cuanto a prevención, qué nivel de exposición a la prueba de VIH tienen los usuarios de droga. Acercamiento a las comisiones nacionales antidrogas. Selección de 3 o 4 de los centros en las dos capitales, encuesta breve aplicada a todo cliente durante 3 meses y entrevistas estructuradas a clientes y profesionales de la salud. En Guatemala de las 267 personas 10 se habían inyectado alguna vez en la vida. Si hay pero no se encuentra muy

extensa, baja exposición a la prueba de VIH. En El Salvador es mucho mayor. Los datos en El Salvador fueron mejores por mayor cobertura

Encontraron conceptos equivocados. Mitos. "Todos somos portadores de VIH pero no lo tenemos activo", "cuando se junta con otro virus lo hace despertar". "Que si me arrepiento, yo se que Dios lo cura a uno". "Si alguien se inyecta y deja la jeringa 30 minutos no se va a contagiar". Frecuencia de uso de condon en entrevistas baja. En los centros de tratamiento se aborda el VIH. El tema es tabú. El personal responde lo mismo. Barreras a mejorar. No vamos a tratar problemas del sida en el centro de adicción. El sida hay que ir al médico persistencia de las ideas religiosas. Se proporcionan condones, se evita tocar el tema con ellos, pues se teme promover la promiscuidad. Si ingresa un paciente soltero y falla ya no es culpa del sitio o el profesional, es porque ellos quieren.

Vigilancia centinela: Se basa en servicios existentes en sitios seleccionados, en recoger información estandarizada. De forma permanente o periódica recogen indicadores biológicos o conductuales.

Fuentes de datos posibles, registros de mortalidad, arrestos, salas de emergencia, centros de llamadas o sobredosis, carceles, centros de tratamiento (drogas consumidas, modo de administración, historia de uso, conductas sexuales, prueba para VIH, listas de espera)

Ejemplo de vigilancia de mortalidad por drogas, el incremento de analgésicos y opioides, ver para Colombia que está creciendo y que decrece. Vigilancia de salas de emergencia. Vigilar precios. En los angeles de vigilancia en centros de tratamiento.

Recalca en hacer estimaciones de tamaño de la población, estudios de vigilancia de prevalencia y conducta de VIH cada 4 o 5 años. Estudios transversales.

Recomendaciones. Consentimiento informado completo, y confidencialidad absoluta. A corto plazo en un año, iniciar diagnósticos rápidos a nivel territorial y municipal, para no perder tiempo, evaluar el sistema de vigilancia actual, participación comunitaria. A mediano plazo, dos años, establecer plan nacional de vigilancia, establecer sistemas centinelas en centros de tratamiento, establecer protocolo consensuado para estudios periódicos y comparables y establecer espacios de análisis. A largo plazo, implementar el plan incluyendo estudios y monitorearlo.

Tercera presentación. La monitorización del fenómeno a nivel local: los observatorios municipales y las redes intermunicipales, a cargo del doctor Antoni Lort, del Servicio Municipal de Drogodependencias de Reus, España.

El doctor Lort comenta que en esta actividad participan 5 ciudades y permite la comparación. Los observatorios fueron una propuesta entre diferentes ciudades, comparar datos, discusión, elaboración de datos, jornadas de trabajo, formación, líneas de investigación,

Red interciudades tiene como objetivos compartir metodologías de trabajo común, establecer sistema común de indicadores, propiciar intercambio de líneas de estudio, acciones, mejorar la formación de profesionales.

Surge de disponer de un instrumento de conocimiento útil para identificar problemas existentes, definir propuestas. Es un sistema de información estable y continuo. Dificultades en financiación.

El ámbito local ofrece la posibilidad de acercar parámetros. Punto clave, como se ordena comisión técnica creada en 2005 es el alma máter. Es una mesa participativa intersectorial. Esta comisión trae los datos anualmente para irlos comparando. Es sentarse con varios sectores.

Desarrollo intercambio entre profesionales, propuestas de trabajo conjunto que permite trabajar con referentes claros y comparados, consolidación de una red de trabajo efectiva y asienta las

bases para una intervención comunitaria, se mejora la coordinación. Inicio de estudio de Interciudades qen relacion a la accesibilidad de servicios especializados.

Ha permitido análisis y compracion de datos, propuestas preventivas o asistenciales comunes, jornadas de formación, implantacion de programs formativos. Lineas de investigación. Permite hacer retrospectivas interesantes. No se ha iniciado acciones por consumo de éxtasis.

Alcohol, máximo generador de urgencias y los psicofármacos. Los psicofármacos de uso ilegal

Indicadores de tratamiento con retrospectivas importantes. Ciclos de inicio y reinicio de tratamiento con metadona. Indicadores de VIH. 2007 tenían 15 casos nuevos subido a respecto de 2006. Fue por vía sexual. Se incluyen programas a nivel escolar comparativos por ciudad.

El último informe pone de manifiesto que el cannabis y la cocaína son las drogas ilegales mas consumidas. Se reduce la edad de inicio en el consumo de drogas. En Cataluña se implementa el observatorio de nuevos consumos en el ámbito juvenil, realizado por el instituto Genus, pone de relieve que las sustancias mas consumidas por los jóvenes son alcohol, tabaco y cannabis aunque la cocaína va acortando distancias.

El servicio de información de la Concejalía de salud pública del Ayuntamiento de Reus que han asesorado a 60 jóvenes en el 2009 en consulta informal. Programa Predes hecho por alumnos de universidad que van a los colegios. El programa de intercambios de jeringuillas 3 de 4 farmacias no reciben incremento o descenso Registros hospital 510 casos por alcohol. Colectivo de farmacias no ha detectado un consumo de psicofármacos. En el Servicio d drogodependencias durante 2009 el numero de usuarios fue de 1398. 157 usuarios en el centro de acogida La Illeta en el último año.

Gracias a esto se tiene una fotografía del momento actual y toda la información generada está disponible en internet.

Cuarta presentación. Haciendo posible la vigilancia del fenómeno en Colombia, a cargo del doctor Ricardo Luque, de Ministerio de la Protección Social y Observatorio Nacional de la Gestión en VIH SIDA.

El doctor Luque inicia señalando dos momentos en el que presentará donde revisamos los instrumentos que hay para la dimension del problema, y un segundo, done hace una breve revisión de los datos epidemiológicos en relacion con la infección de VIH.

El país tiene un sistema único de indicadores sobre consumo de SPA en Colombia, que define importancia y pertinencia, se establecen niveles de desagregacion, plantea una periodicidad minima, instrumentos de recolección.

De ese documento hay construida una serie de indicadores, se basan en instrumentos similares. Se habla de prevalencias de vida de consumo de sustancias psicoactivas, prevalencias de consumo, Total de casos con uso de sustancias por vía inyectada es bastante difícil de medir, es un reto. Los factores no solo estan por vía endovenosa sino tambien por vía sexual. Un mecanismo probable de transmisión.

Indicadores para caracterizar las consecuencias o eventos asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Total de personas con VIH infectas por consumo de sustancias psicoactivas. Con el mismo problema de la anterior

Indicadores para caracterizar la respuesta institucional y comunitaria. Todos estos indicadores permiten hacer el seguimiento. Está el estudio de comportamientos en consumidores de alto riesgo CODAR, que muestra como es la seroprevalencia en consumidores de sustancias psicoactivas. Herramientas básicas para vigilancia de segunda generación de la transmisión de VIH y otras ITS en consumidores de drogas, se adelantó también el de trabajadoras sexuales, y se va a hacer el de homosexuales.

Elementos básicos del cuestionario. Apunta a UDI, tipo de consumidor de alto riesgo y selección, datos sociodemográficos, acceso y uso de tratamiento, acceso a servicios de salud, prácticas de riesgo, movilidad, conocimientos, opiniones y actitudes sobre VIH Sida, etc. De acá se escogera una información clave para hacer seguimiento.

Indicadores básicos CODAR contempla prácticas de inyección de riesgo y prácticas sexuales de riesgo. También busca establecer seroprevalencia de infección por VIH, Hepatitis B y C. También pregunta por las vías de administración, el consumo de otras SPA. Para final de año se tendrá el informe CODAR.

En cuanto a datos epidemiológicos agradece a ONUSIDA por proveer la información respectiva. A la fecha se notifican 71509 casos acumulados, con una proporción creciente en mujeres y en hombres que tienen sexo con hombres. El estudio centinela indica una prevalencia de 0,59% por lo cual se habla de 140.000 casos de infección por VIH en Colombia, un reporte de 16 casos diarios, una situación preocupante y una epidemia eminentemente masculina. La población más afectada es de 24 a 29 años.

En general los hombres con VIH acceden tardíamente al diagnóstico. Las mujeres se diagnostican tempranamente, especialmente entre las edades de 15 años en adelante, a lo cual hay que reconocer el esfuerzo del proyecto de atención perinatal.

Dentro de los casos de SIDA las niñas entre 1 a 5 años es superior que en niños del mismo rango de edad. En adultos los casos se concentran en hombres de 40 a 45 años, debido a un diagnóstico tardío. En los casos notificados la curva es creciente, la epidemia está lejos de detenerse en todos los rangos de edad. Jóvenes usan drogas como viagra en forma recreacional.

Casos notificados de VIH sida y muerte con MPT de CDI 2005 a 2009 30, total de 60 casos notificados en el país. Antioquia, Valle, Tolima, Santander.

En el último quinquenio se ha concentrado los casos. Prevalencia en gestantes 0,22

Mortalidad en 2007, 2489 muertes por VIH con una tasa de 5,60 por 100 mil habitantes, mortalidad muy alta, Acumulados 28. 200. Se nos mueren seis personas diarias a causa de la infección.

De los casos proyectados que tenemos, la epidemia se ha concentrado en hombres que tienen sexo con hombres.

La Encuesta Nacional de Salud del 2008 reportó que tienen acceso a prueba personas entre 15 a 69 años, los hombres reportaron un 15, 2 al menos una vez. En las mujeres es mayor pero sigue siendo bajo en general a lo largo de la vida.

Acceso a retroviral, acceso del 71% de 25.000 pacientes reportados e identificados. 16.000 reportados con tratamiento, pero si hacemos un ajuste. ¿Dónde están las tuteladas entonces? ¿Cómo funciona el acceso universal al aseguramiento? se supone que todas las personas deberían tener.

El doctor Rafael Pardo de la OPS OMS hace sus comentarios.

Hemos tenido la oportunidad de observar los diferentes sistemas de monitoreo. Mirar los planteamientos de vigilancia de segunda generación. En la presentación de la doctora Hynes, nos plantea un tema interesante al hacer la observación de cómo una entidad de monitoreo no solo tiene un rol técnico sino político. Nos presentó una tendencia que se ve en otras agencias internacionales al decirnos que la información debe apropiarse por los países y ser de los países. Para uso de los países. Nos compartió una herramienta que puede ser utilizada y se encuentra en internet.

La conferencia del dr Jacobson ilustra las tendencias contemporáneas de la vigilancia por VIH y la de segunda generación se sirve de diferentes fuentes. Resalta la idea de los principios que

deben regir, especialmente su flexibilidad, balanceando con su operatividad. Resalta la importancia de usuarios con drogas inyectables en el monitoreo en estos sistemas, al hacer además procesos previos antes de montar sistemas de vigilancia. Mostró algunas experiencias en el tema internacional y los niveles de complejidad de esta información.

Antoni muestra como en el nivel local se ha desarrollado un sistema intersectorial, como aportan información desde sus perspectivas y se socializa conjuntamente. Tienen un sistema desarrollado muy establecido. Centrados en prevención atención e impacto vulnerabilidad financiera en cuanto a la continuidad del tema.

Dr Luque hizo una exposición de los sistemas de monitoreo y vigilancia en Colombia, que son usados para desarrollar trabajo que benefice a las personas. Mostró que en Colombia existen unos instrumentos, unos que se relacionan con el consumo, con indicadores definidos, desagregación y plan de aplicación y periodicidad definida. Señaló problemas con recoger indicadores y denominadores por la dificultad de las poblaciones de difícil alcance. Los servicios de salud y el impacto como consecuencias de la problemática. Finalmente los estudios de los que dispone el país. La necesidad de integrar estos estudios con información que va surgiendo con población de alto riesgo con seroprevalencia. Panorámica del VIH: vigilar el fenómeno de uso de inyectables como del VIH. Otra problemática como tema de la tuberculosis en UDI.

Aldemar comenta que se deben construir agendas conjuntas, es posible acercarnos, comenzando por el fenómeno de la vigilancia y el monitoreo.

Preguntas:

1. **Para Antoni como es la participación de la comunidad en el sistema de vigilancia.** Responde que es un proyecto técnico, un análisis técnico. El único aporte que brindamos es una rueda de prensa donde se informa sobre los datos y los ponemos a disposición.
2. **Para el Doctor Luque. ¿Cómo se está incorporando en el SIVIGILA el tema de drogas? ¿Cómo pensar esa unidad organizativa especialmente en los municipios, que van a constuir planes municipales frente a las adicciones? ¿Como plantear dentro de esos planes municipales las cuatro líneas de la política?** Responde el doctor Luque Hay problemas retrasos, de ahí la importancia y de ahí la colaboración con el area de salud mental, apuntar a investigaciones cualitativas y cuantitativas en UDI, vamos a trabajar en Santander de Quilichao y cucuta en una experiencia piloto.
3. **Pregunta sobre trabajo con SSR y tuberculosis. Frente a SSR y dependencia de las drogas el tema adolescentes. Atención diferenciada para adolescentes. En cuanto a VIH hemos tenido cercanía, me queda el tema de la adherencia al tratamiento por parte de UD. Tuberculosis hay alta probabilidad de contagio no solo en UDi sino para cualquier UD, con base en la experiencia, la problemática mas grave la temenos con pacientes dependientes, es multidrogodependencia y resistencia. Lo que nos va a aparecer en resistencia es muy alto. Pregunta doctor Luque. Dentro de los indicadores para VIH es fundamental un indicador que nos mida prostitución VIH. Casos complejos en que el VIH positivo ejerce la prostitución. No sabemos cual es la adherencia al tratamiento de pacientes dependientes.** Responde dr Luque, la relación consumo-prostitución-VIH puede salir de las encuestas de comportamiento en VIH, tu puedes hacer el análisis de vulnerabilidad para este sector de la población. Se puede hacer cruce de variables en las encuestas que estamos desarrllando para Hombres que tienen sexo con hombres. Tener información mas precisa, surge de los estudios no del SIVIGILA, no se nos olvide el rigor metodológico está hecho para que se pueda hacer y tenga los muestreos significancia a nivel local, quedan los protocolos para hacerlos en los departamentos. No siempre es fácil apropiar los recursos desde el nivel nacional. Sobre la adherencia de tuberculosis, el problema no tener sistema centralizado de compra y suministro de medicamentos hay mucho desorden tratar de cuenta de alto costo, alertas tempranas

a la resistencia. Generar ese sistema generalizado para medir cuentas. Las EPS contratan paquetes de servicios no se preocupan por recolectar la información, no saben que recetan los médicos, mucha incidencia política, atentos y alertas.

4. **¿Tenemos datos sobre programas de educación sexual efectivos a nivel nacional? pues cada vez mas aumentan los casos, en atlántico el hospital universitario con respecto a fármacodependencia hay 5 casos con HIV que son policonsumidores, con conductas de riesgo evidentes. ¿Que efectividad ha habido en este tipo de programas?** Responde dr Luque que no podemos pensar que un programa de ese tipo tendra impacto perse sobre tantas incidencias. Son muchas cosas que influyen en determinado momento, no podemos generar una causa consencuena unidireccional. Eso es importante y hay que dejarlo claros. Es muy reiterativo oír acerca de los fracasos de los programas. Hay múltiples actores y canales para llegar a impactar. Antoni coincide con el doctor Luque, y señala que en el tema del embarazo y aborto se ha intensificado la sensibilización en las escuelas. Doctor Jacobson comenta que es un gran reto la prevención, no hay una solución base, si uno ve la literatura es muy difícil producir evidencia entre cambio de conducta y disminución del VIH. Algunos programas de consejería, educación, comunidad si pueden ser efectivos, hay estudios que muestran efectividad en aumentar uso de condón, aumentar la abstinencia es más complejo. Recomienda más inversión en prevención e incidencia. Se requiere de un diagnóstico de situación super amplio y profundo.

Inés Elvira cierra comentando que ya hay un protocolo piloteado sobre evaluaciones rápidas 2001-2003 de UDI's. Y hace una observación sobre las metodologías de bola de nieve, las cuales vienen siendo cuestionadas, que afectan los resultados de seroprevalencia con UD, por lo que plantea entrar a incorporar otras metodologías.