Seminario Internacional Drogas y VIH en Colombia

"…afrontando el reto de manera conjunta y oportuna"

Colombia, Julio 12-16 de 2010

Organizan

Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

UNODC
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

Algunos antecedentes

La relación consumo de drogas y VIH ha sido ampliamente documentada en países en los que se ha establecido un consumo interno de heroína y de otras sustancias inyectables.

La inyección es un medio de uso altamente costo-efectivo y quienes tienen una dependencia a sustancias como la heroína, usan de preferencia medios que les aseguren el mayor efecto, en el menor tiempo y al menor costo posible. El uso de drogas por vía parenteral es una alternativa real para muchos grupos de consumidores/as, no sólo en países industrializados, pues países como Argentina, Uruguay, México o Brasil cuentan dentro de sus grupos más afectados por el VIH el de usuarios de drogas por vía inyectada (UDI). Esta es una realidad que contrasta con la idea arraigada de un aparente "temor" o resistencia a las inyecciones y a las agujas en la cultura latinoamericana.

Aunque este supuesto cultural pudo haber significado algún grado de protección frente a la inyección de drogas emergentes en países como Colombia, la evidencia -que aunque limitada existe-, indica que por ejemplo: entre el año 2001 y 2002 quienes participaron por Bogotá en el Estudio Mundial sobre Uso de Drogas Inyectadas y Consecuencias para la Salud de la OMS[1] el 20,3% (N=301) de quienes consumían heroína se inyectaban. Y aunque este estudio indicó que la inyección era para el momento la vía de administración menos preferida, existía y se asociaba además a conductas de alto riesgo frente al VIH, hepatitis virales y otras infecciones transmitidas por sangre.

De los 1.116 usuarios de centros de tratamiento entrevistados en el marco del Diagnóstico Situacional de los centros de atención en drogadicción (CAD) en 2004, el 8.6% reportó haberse inyectado alguna sustancia al menos una vez en la vida, 57,6% de ellos heroína y 17.4% cocaína.

En el estudio de la OMS, aunque quienes participaron eran concientes de los riesgos asociados al intercambio de equipos de inyección usados, este se daba en un porcentaje nada despreciable (46,6% compartió equipo de inyección usado en los últimos 6 meses). Otras prácticas de riesgo eran comunes tales, ausencia de uso de desinfectantes, uso compartido de elementos de la parafernalia de inyección (67,1%) y limitado uso de condón con parejas sexuales primarias y ocasionales (63,7%).

Este estudio arrojó, sin embargo, unos índices de seroprevalencia relativamente bajos frente a los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH en Colombia (por ejemplo, hombres que tienen sexo con hombres), pero más altos de los de la población general (VIH 1%; Hepatitis B 0.7%; Hepatitis C 1.7%).

A primera vista, los estudios epidemiológicos en el campo del consumo de drogas no indican que Colombia tenga un uso importante de heroína, comparado con el de otras sustancias como alcohol, marihuana o cocaína.

[1] Mejía, IE, y Pérez, A. (2003) *La Inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta.* Resultados del Estudio Multi-centro OMS IDU Phase II.

El perfil epidemiológico del VIH/Sida en el país tampoco da indicio alguno que sugiera que la población usuaria de drogas sea uno de los grupos de mayor vulnerabilidad a la infección en Colombia. De hecho, el reporte epidemiológico desde el primer año de monitoreo de la epidemia, sólo muestra 16 casos confirmados por esta vía y práctica en el país[2].

Esto explica por qué el tema ha estado tímidamente integrado a las agendas de acción en ambos campos; sin embargo, la realidad que viven hoy muchas universidades y servicios locales de salud sugiere que esta ventana a través de la que venimos mirando el fenómeno en Colombia es insuficiente, parcial y seguramente imprecisa.

La realidad hoy

Hoy hay claras señales de alarma en lo local: demanda creciente de servicios de atención especializada y en salud por parte de personas dependientes a la heroína o sus familiares e incremento de episodios de sobredosis ocurridos en centros universitarios o atendidos en las salas de urgencia de instituciones hospitalarias.

Siete departamentos en Colombia vienen registrando una situación preocupante y coinciden en ubicación geográfica con zonas de cultivo de amapola, producción o tráfico de heroína.

Recientes estudios realizados en el marco del Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010 muestran que en municipios como Santander de Quilichao, Medellín, Bogotá el consumo de heroína se expande, que la heroína está disponible en el mercado de sustancias ilícitas, que su precio es asequible y que las formas de uso son diversas. Ciudades como Cúcuta, Armenia, Pereira y Cali reportan también un consumo cada vez más visible de esta sustancia y refieren la inyección como una práctica cada vez más común.

La respuesta

Históricamente la respuesta a las epidemias de VIH asociadas al uso de drogas por vía inyectada (UDI) en el mundo desarrollado o en transición, ha sido reactiva y ha sobrevenido a un comportamiento explosivo de las prevalencias superiores en muchos casos al 50% en cortos períodos de tiempo y aún más altas en el caso de la hepatitis C.

El mundo ha documentado generosamente las consecuencias y los costos de esperar a que este tipo de fenómenos se hagan “visibles” en los sistemas de información, pues cuando ello ocurre lo que sobreviene es una verdadera

[2] Fuente: Observatorio Nacional de la respuesta ante el VIH, Ministerio de la Protección Social, 2009

emergencia en salud pública *¿Por qué esperar a que esto ocurra o a que empiece a reflejarse en el perfil epidemiológico del país?.*

La Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su propuesta operativa 2009-2010, construye capacidad de respuesta mejorando el conocimiento frente a consumos, fortaleciendo la capacidad técnica y resolutiva del sistema de salud y de los centros de atención en drogas, apoyando los programas de sustitución de opiáceos en desarrollo en el país, produciendo guías clínicas de manejo y protocolos para el tratamiento y la atención, gestionando la disponibilidad de medicamentos necesarios para el tratamiento de la dependencia a la heroína en el país.

El eje operativo de mitigación del impacto del consumo vienen implantando un sistema de atención intermedio como puente entre las instituciones y la comunidad y como espacio para el trabajo en red, con pares, desde una perspectiva participativa y con el ánimo de articular en la práctica temas como el consumo de SPA, el VIH y otras situaciones comunes a los grupos que viven en condiciones de alta vulnerabilidad[3].

La evidencia en otros países indica que la respuesta debe ser rápida, integral, basada en la evidencia y participativa.

Un plan de acción conjunto construido con amplia participación territorial y con las instituciones que tienen a su cargo y en el día a día la atención de quienes consumen y de quienes tienen inquietudes o se ven afectados por el VIH, podría asegurar su viabilidad, tanto como la movilización de voluntades que permitan avanzar ágilmente en la implantación de la relación entre los dos temas en las agendas públicas y de salud de los departamentos y municipios, hasta ahora desarticuladas.

[3] **A esta estrategia se le llama "Zonas y Centros de Escucha", estrategia que también ha sido integrada a la propuesta que Colombia presentó al Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria en 2009, como brazo para dinamizar el fortalecimiento de los servicios comunitarios en el país.**

El seminario

Este seminario abrirá espacios de intercambio y reflexión en torno a los lugares de encuentro entre las drogas y el VIH con expertos nacionales e internacionales, y a partir de ello buscará avanzar hacia la construcción de una agenda conjunta con acciones de corto, mediano y largo plazo para prevenir, atender y mitigar el impacto del consumo emergente de heroína y otras sustancias inyectables, en la epidemia del VIH y en la salud pública en general de Colombia.

* anticiparse a una eventual epidemia de VIH/Sida asociada al consumo de drogas por vía inyectada,
* mejorar la capacidad de respuesta institucional y comunitaria frente al uso de drogas por vía inyectada y las consecuencias adversas para la salud,
* construir líneas de acción que lleven a una respuesta articulada y oportuna

El seminario está dirigido a los departamentos prioritarios en el tema: Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Quindío, Risaralda, Caldas, Norte de Santander y Bogotá y a sus

* referentes de drogas y salud mental (DTS[4])
* referentes de VIH/sida y salud sexual y reproductiva (DTS)
* ONG que hayan trabajado los temas de manera conjunta o muestren interés en hacerlo,
* ONG trabajando en VIH/Sida,
* ONG trabajando en drogas desde las acciones de prevención, superación y mitigación
* Actores del MCP y del Grupo temático en VIH de la ONU en Colombia
* y a programas de tipo comunitario que hacen parte de la red nacional para la implementación de la estrategia de “Zonas y Centros de Escucha”.

[4] DTS: Direcciones territoriales de salud

Temario preliminar

* Drogas y VIH como asociación explosiva: la evidencia mundial

* Los factores de vulnerabilidad al VIH de los consumidores de drogas en general y de los UDI en particular

* El paquete de acciones integrales de la OMS

* Los consensos, las posiciones y las recomendaciones de respuesta frente al tema

* La situación del VIH/Sida y del uso de heroína en Colombia

* La respuesta integral frente al problema: experiencias internacionales

* La prevención de transiciones, de sobredosis y otros eventos asociados

* Los programas de intercambio de intercambio de jeringas y de inyección supervisada en la práctica y a fondo

* Los terapias de sustitución de opiáceos en la práctica y a fondo

* Asesoría y prueba voluntaria para consumidores de drogas

* Terapia antiretroviral y TBC en consumidores de drogas

* Posibilidades de atención desde el sistema en Colombia: la legislación para VIH y para SPA

* Posibilidades de articulación de servicios públicos-privados para la respuesta

* Alternativas de atención desde la lógica de la inclusion social y el tratamiento comunitario

* La vigilancia epidemiológica y las investigaciones en UDIs: cómo monitorear permanentemente el fenómeno

* La promoción de la salud y la educación desde la lógica de pares y de redes

* Planeación de acciones territoriales centrada en resultados: estudios de caso (Santander de Quilichao, Norte de Santander, Eje Cafetero)

* Planeación estratégica de una agenda de respuesta conjunta Drogas y VIH los departamentos prioritarios.