



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONADIC
COMISIÓN NACIONAL CONTRA LAS ADICCIONES

Comisión Nacional contra las Adicciones

Guía breve para la implementación del enfoque de reducción de riesgos y daños con usuarios de drogas

“El aumento del consumo de drogas entre las personas exige nuevas respuestas” (WHO, 2018).

2019-2024

Directorio

Dr. Jorge Alcocer Varela

Secretario de Salud

Comisión Nacional contra las Adicciones

Dr. Gady Zabicky Sirot

Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Jorge Julio González Olvera

Director General de la Comisión Nacional contra las Adicciones

Lic. Aristides Bautista Bautista

Director de Comunicación Social

Lic. Monserrat Lovaco Sánchez

Directora de Estrategias

Mtra. Nadia Robles Soto

Directora de Coordinación de Programas Nacionales

Lic. Alejandra Rubio Patiño

Directora de Vinculación y Cooperación

Mtro. Arturo Sabines Torres

Director de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco

Lic. Evangelina Tapia Contreras

Directora de Estrategia y Procesos

Lic. Daniela Videgaray Arias

Directora de Prevención

Índice

Presentación.....	4
Antecedentes.....	1
Prevalencia de usuarios y dependientes de sustancias psicoactivas	3
Tendencias del consumo de drogas	4
Conceptualización	5
Objetivos del Enfoque para la reducción de daños	6
Intervenciones con Enfoque de RD.....	7
Consideraciones finales.....	8
Referencias Bibliográficas	9

Elaboración:

Mtro. Alfredo González Portillo

Mtra. Nadia Robles Soto

Guía breve para la implementación del enfoque de reducción de riesgos y daños con usuarios de drogas

Primera edición: marzo 2020

D.R. © Secretaría de Salud.
Comisión Nacional contra las Adicciones

Av. Marina Nacional 60 piso 4, Col. Tacuba,
Alcaldía Miguel Hidalgo, C.P. 11410 Ciudad de México,

www.gob.mx/salud
www.gob.mx/salud/conadic

Reservados todos los derechos. Se autoriza la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

Presentación

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno cambiante, en el que niños, niñas y adolescentes inician el consumo a edades cada vez más tempranas, hay más mujeres consumidoras, han surgido nuevas sustancias en los mercados y el uso en general ha ido al alza. Es indudable que quienes consumen drogas no solo presentan los riesgos inherentemente asociados, desafortunadamente, las instituciones los han colocado en una situación de desventaja social y de salud, pues generalmente son estigmatizados, discriminados, e incluso se les llega a negar la atención. Esta situación demanda la implementación de políticas públicas y programas más integrales, que respeten los derechos humanos y mantengan un enfoque de territorialización y sean sensibles a las condiciones socioculturales, al ciclo de vida y al género. Una de estas políticas consistió en la operación de programas de Reducción de Daños (RD)

De acuerdo a Steve Rolles, **la reducción de daños salva vidas**, además de ser un indicador importante del éxito de las políticas públicas.

Desde esta mirada, México se ha sumado a una visión más global y revolucionaria respecto al abordaje de consumidores de sustancias, reconociendo en primer lugar que el consumo de sustancias es parte de la dinámica de muchas sociedades (como el consumo de alcohol y de tabaco) y que adoptar una postura totalmente prohibicionista sólo limita el acceso a la salud de quienes son consumidores porque así lo eligen o porque no pueden dejar de consumir.

En este sentido, reducir el daño y maximizar el bienestar de la población debe ser la posición ética en las nuevas políticas públicas, en lugar de buscar una sociedad 100% libre de drogas.

México ha ganado algún terreno en programas de reducción de daños y riesgos, algunos ejemplos son el fomento de espacios 100% libres de humo de tabaco para proteger a los no fumadores o, la implementación del programa conduce sin alcohol para reducir la mortalidad asociada a los accidentes automovilísticos a causa de manejar bajo los efectos del alcohol o el intercambio de jeringas para usuarios de heroína en algunas regiones del país. Es momento de avanzar en la misma línea, amplificar la mirada y explorar nuevos terrenos en la atención integral. Sin duda alguna, abordar las consideraciones para implementar programas o intervenciones con enfoque de reducción de daños, es un primer paso de un esfuerzo de largo aliento.

El presente documento ofrece en principio, un panorama epidemiológico de la población usuaria y dependiente de sustancias psicoactivas en México, describe las características del modelo de reducción de daños y riesgos, para finalmente proponer algunas estrategias con evidencia científica que han mostrado su efectividad.

Todo ello con el propósito de que los planificadores y los prestadores de servicios de salud, tanto del sector público como privado, cuenten con elementos básicos que les permitan incorporar e instrumentar el enfoque de reducción de daños y riesgos como parte del abanico de servicios para la atención integral del consumo de drogas.

Antecedentes

El Sistema de Salud en México enfrenta importantes retos en el marco del replanteamiento de las posturas respecto a la prohibición de drogas, las cuales están transitando hacia la regulación de las mismas. Esta postura abre nuevos escenarios para implementar un enfoque al que México ha llegado con demora: la Reducción de Daños (RD), el cual durante las últimas dos décadas ha cobrado significativa relevancia a nivel mundial, visualizando un desprendimiento del prohibicionismo sobre el consumo de sustancias psicoactivas e incluyendo otro tipo de adicciones o procesos adictivos como los juegos de apuesta (Thomas et al., 2017).

Es bien conocido que los efectos nocivos del consumo de sustancias psicoactivas incluyen graves problemas de salud como lesiones, contagio de VIH o Hepatitis (VHC) y sobredosis no fatales y fatales. Esta situación es particularmente común y acentuada entre las personas que consumen opioides como la heroína, ya que no solo enfrentan serios riesgos a su salud, también son grupos con mayores privaciones, además de ser marginados y estigmatizados (UNODC, 2018).

Un problema de salud pública que alertó el inicio de acciones de Reducción del Daño (RD) fueron los registros de sobredosis letales a nivel global, las cuales, además de ser consecuencia del consumo en sí mismo, fueron atribuidas a las políticas de salud y sociales ineficientes e ineficaces, diseñadas para personas consumidoras de drogas inyectadas (Tyndall, MW. 2001). Es de destacar que en Estados Unidos se identificó un aumento del número de muertes por sobredosis provocadas por el consumo de opioides. En 2017 se registraron más de 47,000 muertes por sobredosis de opioides y en Canadá se registraron casi 4,000 muertes

relacionadas con los opioides en el mismo año (UNODC, 2019).

Debido a lo anterior, algunos programas preventivos son criticados por enfocarse en retardar o evitar el consumo, en contraste con entrenar con habilidades para identificar y mitigar los riesgos y daños que pueden presentarse en el contexto de haber decidido consumir sustancias psicoactivas (Acier, D., 2015; Midford R., 2010).

La Reducción de Daños surge en los inicios de la década de los años 90, con el propósito de atender a los usuarios de drogas inyectables, aunque actualmente la aplicación por sí sola de programas de sustitución es ya incipiente.

En Asia por ejemplo, las respuestas de RD con consumidores de sustancias psicoactivas con infección de VIH inició hace más de 20 años (Thomson, N. 2013).

Desde mediados de los años 2000, en algunos países como Canadá se ha incluido a la RD como un pilar fundamental en su política de drogas (Hyshka, E., 2017). Cabe señalar que en ese país, después de un oneroso camino político, económico y organizativo, fue hasta finales del año 2015 que se introdujo la nueva era prospectiva hacia la RD, que incluye la expansión significativa del acceso a los servicios para personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

En Latinoamérica, los programas de intercambio de jeringas están disponibles en cinco países, aunque la gran mayoría opera en Brasil y Argentina. México, aún cuando posee bajas prevalencias de consumo de heroína, ofrece tratamientos de sustitución con metadona en algunos estados de la frontera norte.

El Modelo de Reducción de Daños en algunos países se implementó primordialmente para afrontar la severa situación de mortalidad, dada la vulnerabilidad de las personas que se inyectaban sustancias psicoactivas de manera compulsiva. Dicho modelo se introdujo como un enfoque que implementó varias estrategias sanitarias pragmáticas para reducir la diseminación del VIH o VHC, además de prevenir la sobredosis de drogas (Magis, C., Marín, R., y García, I., 2019), abscesos e infecciones, añadiendo otras consideraciones no biomédicas, por ejemplo, la relación del consumidor con el entorno social y familiar (NIDA, 2012).

La evidencia documentada en los últimos Reportes Mundiales de Drogas sobre los esfuerzos que los países deben realizar para alcanzar las metas para un Desarrollo Sustentable y enfocarse con eficacia en los problemas de salud ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas, señala que estos deben ser complementarios y colaborativos (Tuot et al., 2017). Además, este enfoque, debe considerar algunos temas de salud importantes para los programas de reducción de la demanda, entre ellos la consejería y la investigación.

En este sentido, es relevante señalar que el enfoque de Reducción de Daños implementa exclusivamente programas de distribución de jeringas en prisiones o grupos poblacionales con conductas de exposición o que viven con VIH, sus líneas también incluyen facilitar tratamientos asistidos por consumo de heroína, servicios con sustitución de metadona, además de hacer accesibles los servicios de salud a las personas que consumen drogas. En dichos programas se debe considerar a todos los grupos poblacionales vulnerables, como afrodescendientes, pueblos indígenas y población sexualmente diversa (LGBTTI+), entre otros.

Fig. 1. Comparación entre la visión del enfoque de reducción de daños y de reducción de la demanda.



El enfoque de reducción de daños enfatiza la relevancia de programas orientados a generar alternativas que permitan minimizar riesgos para el consumidor (Oro & Gómez, 2013).

En resumen, la incorporación del enfoque de reducción de riesgos y daños es un proceso mediante el cual se busca garantizar el acceso de las personas que consumen sustancias psicoactivas a servicios de salud que minimicen la vulnerabilidad, los efectos, la nocividad e incluso la mortalidad atribuible a dicha conducta (Magis, R., Marín, R., y García, I., 2019).

Prevalencia de usuarios de sustancias psicoactivas

Los principales resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016 – 2017 refieren que, la edad de inicio del consumo de drogas es de 17.8 años¹ (hombres 17.7 y mujeres 18.2). El 10.3% de ese grupo global ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida; el 2.9% lo hizo en el último año (2.5 millones) y el 1.5% en el último mes. Dentro de este grupo poblacional, 0.6% presenta posible dependencia (546 mil). De las personas que presentan posible dependencia a drogas en el último año, 20.3% ha asistido a tratamiento (22% hombres y 12.8% mujeres).

Respecto a las drogas ilícitas 9.9% las ha consumido alguna vez en la vida (15.8% hombres y 4.3% mujeres); 2.7% las ha consumido en el último año (4.4% hombres y 1.1% mujeres) y 1.4% en el último mes (2.6% hombres y 0.4% mujeres).

Respecto al consumo de drogas médicas 1.3% lo ha hecho alguna vez (1.7% hombres, 0.9% mujeres); 0.5% las ha consumido en el último año (0.6% hombres, 0.4% mujeres) y 0.2% las ha consumido en el último mes (0.3% hombres y 0.15 mujeres).

Diferenciado el consumo por tipo de sustancia el 8.6% ha consumido marihuana alguna vez en la vida, 2.1% en el último año (1.8 millones) y 1.2% en el último mes. 3.5% ha consumido cocaína

alguna vez en la vida, 0.8% en el último año y 0.4% en el último mes.

Con referencia a la población adolescente de 12 a 17 años de edad; 6.4% ha consumido cualquier droga alguna vez, el 3.1% lo ha hecho en el último año (437 mil) y el 1.2% en el último mes. 6.2% ha consumido drogas ilegales alguna vez (6.6% hombres y 5.8% mujeres), 2.9% en el último año (3.4% hombres y 2.3% mujeres) y 1.2% lo ha hecho en el último mes (1.7% hombres y 0.7% mujeres). 5.3% ha consumido marihuana, 1.1% cocaína y 1.3% inhalables alguna vez y 2.6% ha consumido marihuana (373 mil), 0.6% cocaína y 0.6% inhalables en el último año.

En la población de 18 a 34 años de edad, 15% ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida (22.8% hombres y 7.6% mujeres); 5% ha consumido cualquier droga en el último año (8.2% hombres y 2.0% mujeres) y el 2.7% ha consumido cualquier droga en el último mes (4.8% hombres y 0.7% mujeres). En este grupo se encuentra la mayor prevalencia global de consumo, el 14.5% ha consumido drogas ilegales alguna vez (22.6% hombres y 7% mujeres), el 4.6% ha consumido drogas ilegales en el último año (7.8% hombres y 1.6% mujeres) y sólo el 2.5% ha consumido drogas ilegales en el último mes (4.6% hombres y 0.6% mujeres).

La marihuana y la cocaína son las drogas de mayor preferencia (12.8% y 5.2% para alguna vez respectivamente, 3.5% y 1.5% en el último año y 2% y 0.8% para último mes).

En la población de 35 a 65 años, la prevalencia de consumo alguna vez de cualquier droga es de 7.5% (13.8% hombres y 1.8% mujeres), mientras que la de drogas ilegales es de 7% (13.4% hombres y 1.3% mujeres). La prevalencia de cualquier droga en el último año es de 1% (1.8% hombres y 0.3% mujeres) y de

¹ Población general (12 – 65 años)

las drogas ilegales es de 0.8% (1.6% hombres y 0.1% mujeres). En el último mes, la prevalencia de consumo de cualquier droga es de 0.6% (1.2% hombres y 0.2% mujeres) y la de drogas ilegales es de 0.5% (1% hombres y <0.1% mujeres).

Tendencias del consumo de drogas

En la población de 12 a 65 años, la prevalencia de cualquier droga alguna vez aumentó de 7.8% en 2011 a 10.3% en 2016, en el último año paso del 1.8% a 2.9% y en el último mes de 1% a 1.5%.

La prevalencia de drogas ilegales alguna vez aumentó de 7.2% a 9.9%, la del último año paso de 1.5% a 2.7% y la del último mes de 0.8% a 1.4% entre 2011 y 2016.

En el caso de la prevalencia alguna vez de marihuana pasó de 6% a 8.6% (de 10.6% a 14% en hombres y de 1.6% a 3.7% en mujeres). La prevalencia en el último año pasó de 1.2% a 2.1% (de 2.2% a 3.5% en hombres y de 0.3% a 0.9% en mujeres). En tanto que, el consumo de cocaína se mantuvo estable tanto en la prevalencia alguna vez (3.3% y 3.5%), como en el último año (0.5% y 0.8%).

En el grupo poblacional adolescente de 12 a 17 años de edad; la prevalencia alguna vez de drogas ilegales aumentó significativamente de 2.9% a 6.2%; en el último año de 1.5% a 2.9% y en el último mes, se mantuvo estable (0.9% en 2011 y 1.2% en 2016). También el consumo de marihuana aumentó significativamente tanto en el consumo alguna vez (2.4% a 5.3%), como en el último año (1.3% a 2.6%).

En cambio, la cocaína y los inhalables no tuvieron un crecimiento significativo con respecto a 2011.

En las personas de 18 a 65 años de edad; la prevalencia de consumo de cualquier droga alguna vez incrementó de 11.3% en 2011 a 15% en 2016; en hombres aumentó significativamente de 18.5% a 228% y en mujeres de 4.6% a 7.6%. El consumo de cualquier droga en el último año pasó de 2.8% a 5%; en hombres aumentó significativamente de 4.7% a 8.2% y en mujeres se mantuvo estable de 1.1% a 2%. El consumo de cualquier droga en el último mes paso de 1.4% a 2.7%; en hombres aumentó significativamente de 2.6% a 4.8% y en mujeres se mantuvo estable de 0.4% a 0.7%. En las personas de 35 a 65 años de edad; el consumo de cualquier droga alguna vez pasó de 6.4% a 7.5% y el consumo de drogas ilegales alguna vez pasó de 5.7% a 7% entre 2011 y 2016.

De acuerdo a la ENCODAT 2016-2017, se estima que hay aproximadamente 109 mil personas que se inyectan drogas, de las cuales un total de 76 mil (69%). Se estima que cada persona que se inyecta drogas usa en promedio 7.2 jeringas, 19% de las cuales ya habían sido usada (Bucardo et al., 2005)

Es imprescindible señalar que en la frontera norte de México se presenta una de las más altas concentraciones de personas usuarias de drogas inyectadas en el país, se estima que 4% están infectados con VIH y más del 90% son positivos al virus de la hepatitis C. (Robertson, AM., 2014). En un estudio llevado a cabo en la frontera norte con usuarios de heroína en 2018 se encontró que en una muestra de 600 consumidores, 75% presentaba conductas de riesgo como compartir jeringas, 79% usó parafernalia que alguien más ya había usado y 60% habían experimentado en promedio 4 sobredosis. Por tal motivo, la atención a la problemática es inminentemente necesaria y debe estar focalizada.

Aunado a lo anterior, es importante considerar los siguientes hallazgos sobre los trayectos del consumo de drogas entre hombres y mujeres, ellas inician con la ingesta de cocaína, heroína o metanfetaminas en mayor proporción que ellos, lo cual está asociado con una transición más rápida hacia el consumo de drogas inyectadas (Ospina-Escobar, 2018). Por lo tanto, el género debe ser considerado un factor de acceso diferenciado a las intervenciones.

Este panorama señala la importancia de establecer, implementar y diseminar el enfoque de RD para enfrentar los retos que significan las transiciones epidemiológicas y la alta disponibilidad de drogas, particularmente las metanfetaminas y opioides.

Un componente trascendental para rebasar las cuestiones éticas y morales sobre este abordaje **es que la propuesta aquí presentada, se fundamenta en la mejor evidencia científica disponible.**

Conceptualización

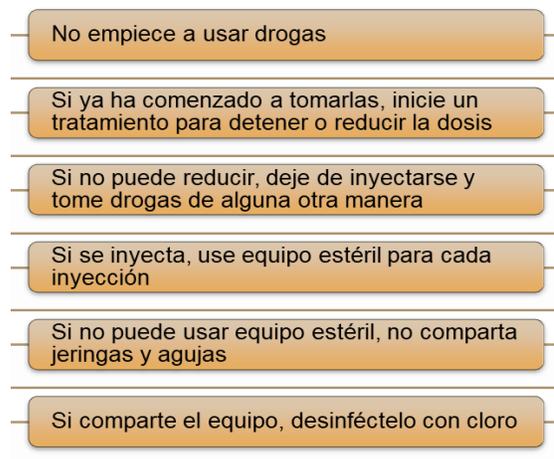
Con el propósito de emitir un posicionamiento institucional en el tema, es indispensable que inicialmente se describan los aspectos clave del enfoque de RD, los cuales incluyen la articulación de definiciones formales y claras para desarrollar elementos técnicos unívocos.

En este contexto, la RD puede incluir metas de abstinencia, pero parte de la filosofía es ofrecer un acompañamiento pragmático, con una serie de estrategias diseñadas para reducir las consecuencias nocivas por el consumo de sustancias, tanto a nivel individual como en el ambiente familiar/comunitario (Marlatt GA., 1996).

Esta noción de RD, evidentemente difiere de las propuestas tradicionales de prevención del consumo y de abstinencia,

las cuales plantean el propósito de prevenir o reducir el consumo, como un binomio insoluble. No obstante, encuentra similitudes con protocolos de intervenciones breves, ya que la RD valora cualquier cambio positivo, ambas son facilitadoras y consideran las necesidades particulares de las personas.

Figura 2. Jerarquía de propósitos de la RD



El enfoque de reducción de daños está basado en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos, para beneficiar tanto a las personas que consumen sustancias psicoactivas, como a sus familias y comunidad.

La reducción de daños, en esencia, se refiere a políticas, programas y prácticas que buscan reducir las consecuencias adversas del consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin la obligatoriedad de disminuir la ingesta o alcanzar la abstinencia.

Es así como la International Harm Reduction Association (IHRA, 2019) busca reducir el daño asociado con el uso de drogas psicoactivas en personas que no pueden o no desean detener el consumo. Su definición característica es que el enfoque es sobre reducir el daño más que prevenir el consumo en sí mismo y se concentra en aquellas personas que

continúan consumiendo. En estos términos, la RD beneficia a las personas que usan drogas, a sus familias y a su comunidad.

A su vez, el Dr. Efrem Milanese, asesor internacional de Deutscher Caritas Verband, entiende la reducción de daños como un conjunto de estrategias e intervenciones integrales, con enfoque de derechos humanos, dirigidas a la disminución de riesgos y consecuencias adversas del consumo de sustancias psicoactivas, para mejorar la calidad de vida de diferentes grupos poblacionales, de acuerdo a su realidad y necesidades (Subcomisión del Modelo de Reducción de Daños, 2017).

Los enfoques complementarios de reducción de daños aceptan que algunas personas que consumen no desean terminar con la adicción o que la fase del proceso adictivo en la que se encuentran, les dificulta la interrupción de dicha conducta (Grover, A., 2011). Asimismo, acepta que algunas personas que consumen sustancias no necesitan o no buscan tratamiento y sólo requieren opciones que les ayuden a minimizar riesgos de continuar con el consumo.

Este enfoque reconoce que un reducido porcentaje (10%) de personas consumidoras de sustancias psicoactivas, perciben o asumen como problemático su consumo (UNODP, 2016), inclusive, la evidencia científica puede contribuir a que los consumidores potencialicen algún beneficio que su consumo les provea (IHRA, 2019).

Objetivos del Enfoque para la reducción de daños

Mantener con vida a las personas consumidoras de sustancias psicoactivas, y proteger su salud son las prioridades más urgentes de este enfoque. El enfoque de RD debe ser un proceso facilitador y no coercitivo, que se dirija a reforzar cambios adaptativos en la vida de las personas.

La RD, sugiere un cambio de paradigma para atender al uso problemático de drogas, donde la meta central del modelo es disminuir las consecuencias de la dependencia.

Entre otros, la reducción de muertes por sobredosis es un propósito prioritario de la expansión de programas y políticas de reducción del daño.

Objetivos de las intervenciones:

- Mantener vivas a las personas y motivarlas a realizar cambios positivos en sus vidas.
- Evitar que el consumo experimental y el uso esporádico se conviertan en uso continuado.
- Reducir o limitar los daños ocasionados a la salud de las personas que consumen drogas.
- Disminuir los efectos socio sanitarios indeseables relacionados con su uso.

Intervenciones con Enfoque de RD

Algunas de las intervenciones específicas comprehensivas e integrales de reducción de riesgo y daños, son:

- **Consejería y detección de VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual.** Se refiere a la implementación de pruebas de detección oportuna acompañadas de consejería, la cual incluye información sobre el periodo de ventana en caso de exposición reciente, asesoría sobre los métodos para prevenir la transmisión y sugerencia de seguimientos a mediano plazo.
- **Atención básica en salud.** Su propósito es acercar los servicios de salud a los usuarios en sus contextos de consumo para atender problemas de salud física y mental, higiene bucodental, problemas dermatológicos, atención ginecológica, entre otros servicios.
- **Distribución de parafernalia higiénica.** Contempla la distribución de los materiales necesarios para el consumo higiénico de drogas que se inyectan o se fuman, como jeringas, cazoletas, toallitas de alcohol, agua estéril, hojas de aluminio, pipas o boquillas.
- **Administración de kits de naloxona.** Pueden ser proveídos por unidades de salud, por profesionales médicos, por promotores de salud entrenados o incluso pro familiares o por pares (consumidores) y son utilizados para revertir la sobredosis por

consumo de opioides. En algunos casos pueden utilizarse dispositivos de atomización vía nasal, sublinguales o parenterales.

- **Programas de sustitución con Metadona o Buprenorfina.** El propósito de estas intervenciones es suplir el consumo de opiáceos/opioides. La metadona es un opioide sintético que se caracteriza por la ausencia de los efectos euforizantes de drogas como la heroína, que puede mantenerse con dosis constantes y tiene la capacidad de suprimir los síntomas de abstinencia. La Buprenorfina es un opioide que se utiliza como alternativa a la metadona y se indica en personas con mayor nivel de cumplimiento y de abstinencia del consumo de heroína. En estos casos el personal de salud informa detalladamente del tratamiento, los posibles efectos secundarios y evalúa las necesidades psicosociales de la persona.
- **Terapia antirretroviral.** Consiste en la administración de fármacos antivirales, cuya combinación, eleva la probabilidad de recuperación del sistema inmunológico y puede reducir la presencia de VIH en el organismo.
- **Programas de distribución de condones.** Pueden proporcionarse en contextos de consumo o al identificar a personas con antecedentes de consumo de drogas inyectables en unidades de salud, su objetivo es disminuir el riesgo de contagio de VIH o VHC por vía sexual. Además de proporcionar condones de forma gratuitos, estas intervenciones suelen ir acompañadas de psicoeducación y promoción de

acciones de detección oportuna de VIH o Hepatitis C.

- **Salas de consumo supervisado.** Son instalaciones en las que se permite el uso de drogas con supervisión médica y bajo condiciones sanitarias aceptables, su objetivo es proporcionar un ambiente higiénico y regulado para reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad, como abscesos, transmisión de infecciones, violencia sexual o sobredosis fatales. Estos espacios suelen ofrecer alternativas para abandonar el consumo como terapias de sustitución o referencia a centros de tratamiento.
- **Entrenamiento / Educación.** Esta es una de las estrategias básicas en el enfoque de RD, contempla la psicoeducación y la difusión de mensajes para procurar condiciones higiénicas de consumo, la prevención de enfermedades infectocontagiosas, de sobredosis u otras condiciones adversas. Estas intervenciones aprovechan cuanto oportunidad se presenta para educar a las personas que se inyectan drogas con respecto a los riesgos con que se enfrentan y los servicios que pueden ayudarlos a reducir dichos riesgos.
- **Intervenciones en albergues.** Consisten en proporcionar alimentación y espacios para la higiene personal y descanso de los usuarios. Estos centros suelen acompañarse de servicios de salud básicos y de alternativas para referencia a tratamiento.
- **Intervenciones en centros nocturnos y festivos.** Se llevan a cabo en espacios recreativos, mediante la instalación de stands para distribuir materiales

informativos y brindar asesoría sobre la reducción de riesgos y daños (por ejemplo, sugerir no mezclar sustancias). En algunos casos, estas intervenciones implementan programas de análisis de sustancias, en los que mediante el uso de cromatógrafos de masas, se identifica la composición química de las sustancias y se advierte al usuario sobre los riesgos potenciales en caso de estar adulteradas.

- **Monitoreo del consumo, medición y evaluación.** Consiste en describir la naturaleza de los patrones de consumo y de los problemas asociados en contextos locales y con poblaciones específicas, con el propósito de que las intervenciones tengan mayor probabilidad de éxito.

La intención de todos estos programas es evitar decesos de personas, impedir la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, disminuir el deterioro de la salud de los consumidores, propiciarles el contacto con los servicios de salud, modificar hábitos de consumo y mejorar la adaptación social. Aunado a lo anterior, estas intervenciones idealmente deben proporcionarse en diversos escenarios como unidades de salud, las calles, lugares de consumo, espacios de ocio y centros penitenciarios.

Consideraciones finales

Para contrarrestar de manera efectiva el consumo de sustancias psicoactivas, se requiere de marcos regulatorios sensibles a la transición epidemiológica ya observada a nivel global (WHO, 2009).

Algunos programas de reducción de daños, generan actitudes protectoras y seguras hacia el consumo de sustancias y reducen incidentes asociados con el consumo de alcohol y otras drogas, ofreciendo evidencia suficiente para el marco referencial de programas preventivos psicoeducativos, de reducción de los riesgos y los daños (Jenkins, E., 2017).

Asimismo, es importante comprender el rol del género en las conductas de riesgo que facilitan la transmisión del VIH y otros virus.

Ampliar el acceso de tratamiento sustitutivo con naloxona para revertir sobredosis aguda, ha mostrado resultados promisorios en muchas comunidades (Han, JK. et al., 2017).

Estudios empíricos y los modelamientos disseminados, han demostrado que las intervenciones aisladas presentan un efecto limitado; para obtener resultados significativos en RD, se requieren de intervenciones combinadas con altos niveles de cobertura (Degenhardt L., et al., 2010).

Intervenciones con prescripción de naloxona, muestran resultados favorables para revertir sobredosis, junto con el entrenamiento a los profesionales que ofrecen la intervención y a los pacientes, respecto a la reducción del daño atribuible por consumo de opioides (Han, JK. et al., 2017).

Evaluaciones de programas de reducción del daño a nivel comunitario, señalan que su éxito es atribuible a un fuerte liderazgo y compromiso de la federación, involucramiento significativo de los usuarios, participación comunitaria, vinculación de organizaciones no gubernamentales, colaboración multi-sectorial y coordinación entre los sectores

de salud pública, seguridad pública y social (Bórquez, A., 2019; UNODC, 2015).

Al evaluar el impacto del financiamiento de los programas de RD para personas que se inyectan drogas, un estudio en México (Valenzuela, M., Ponce, M., Ruíz, K., y López, A. 2019) estimó 869 infecciones de VIH evitadas mediante el ofrecimiento de programas de reducción del daño, dirigidos a la población que se inyecta drogas de 2015 a 2018, en los cuales subyace la importancia de mantener y extender dichos programas. El total de la inversión realizada por una institución de salud fue superior a 13 millones de pesos, equivalente a un costo promedio de 15 mil pesos por infección evitada, cifra menor al costo anual del tratamiento antiretroviral utilizado en una persona que vive con VIH (31 mil pesos), con un rango de sobrevivencia de 20 años.

Referencias Bibliográficas

- Aggleton P, Jenkins P, Malcolm A. HIV/AIDS and injecting drug use: Information, education and communication. *International Journal on Drug Policy*, 2005, 16(1): S21-S30.
- Acier D, Kindelberger C, Chevalier C, Guibert E. "I always stop before I get sick": a qualitative study on French adolescent's alcohol use. *J Subst Use*. 2015; 20:262–7.
- Bórquez, A. et al., (2019). Syringe sharing among people who inject drugs in Tijuana: before and after the Global Fund. *Salud Mental*. Volume 42, Issue 4, July-August 2019.
- Braciszewski JM, Moore RS, Stout RL. Rationale for a new direction in foster youth substance use disorder prevention. *J Subst Use*. 2014; 19:108–11.
- Burgos, JL., et al. (2018). Cost of provision of opioid substitution therapy provision in Tijuana, México. *Harm Reduction Journal* (2018) 15:28

- Canadian HIV/AIDS Legal Network. Election 2015: Prisoners' right to health—Canada's major federal parties respond—Canadian HIV/AIDS Legal Network. 2015. [cited 2017 Feb 20]. Available from: <http://www.aidslaw.ca/site/election-2015-prisoners-right-to-health-canadas-majorfederal-parties-respond/?lang=en>.
- Degenhardt L., et al. HIV prevention for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are required. *The Lancet*, 2010, 376(9737):285-301.
- Des Jarlais, D.C., Casriel, C., Friedman, S.R. & Rosenblum, A., "AIDS and the transition to illicit drug injection: results of a randomized trial prevention program," *Addiction*, 1992, vol. 87, pp. 493-498
- EL VIH/SIDA y el abuso de drogas: dos epidemias entrelazadas. NIDA. Junio 2012. National Institute on Drug Abuse. 3 Sept, 2012: Web site <https://d14rmgrtwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_hiv_spanish_060412.pdf>.
- Epperson MW, Khan MR, El-Bassel N, Wu E, Gilbert L. A longitudinal study of incarceration and HIV risk among methadone maintained men and their primary female partners. *AIDS Behav* 2011; 15(2): 347-55.
- Grover, Anand, (2011). Reporte Informativo. Derechos Humanos y Política de Drogas. Reducción de daños. https://www.hri.global/files/2011/06/14/IHRA_BriefingSpanish_1.pdf
- Han, JK. et al., (2017). Naloxone Counseling for Harm Reduction and Patient Engagement. *Brief Reports. Family Medicine*. Vol. 49, No. 9. Octubre, 2017).
- Hunt, N., Preston, A. & Stillwell, G., "A Guide to Assessing 'Route Transitions' and Developing Interventions that Promote Safer Drug Use," 2005, Dorchester: Exchange Supplies.
- Hyshka et al. (2017). Harm reduction in name, but not substance: a comparative analysis of current Canadian provincial and territorial policy frameworks. *Harm Reduction Journal* (2017) 14:50 DOI 10.1186/s12954-017-0177-7
- Jenkins, E., Slemmon, A. and Haines-Saah, R. (2017). Developing harm reduction in the context of youth substance use: insights from a multi-site qualitative analysis of Young people's harm minimization strategies. *Jenkins et al. Harm Reduction Journal* (2017) 14:53
- Magis, C., Marín, R., García, I. (2019). A new challenge for the Mexican health system: hepatitis C in people who inject drugs. *Salud Mental*, Volume 42, July-August 2019.
- Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav.* 1996; 21:779–88.
- Midford R. Drug prevention programmes for young people: where have we been and where should we be going? *Addiction*. 2010; 105:1688–95.
- Oró, D. P. M., & Gómez, J. P. (2013). Riesgos, daños y placeres. In *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas* (p. 23). Editorial Milenio.
- Pizzey, R. & Hunt, N. (2008). Distributing foil from needle and syringe programmes (NSPs) to promote transitions from heroin injecting to chasing: an evaluation. *Harm Reduction Journal*, 5:24
- Rabani-Bavojdan M, Rabani-Bavojdan M, Rajabizadeh G, Kaviani N, Bahramnejad A, Ghaffari Z, et al. The Effectiveness of the Harm Reduction Group Therapy Based on Bandura's Self-Efficacy Theory on Risky Behaviors of Drug-Dependent Sex Worker Women. *Addict Health* 2017; 9(3): 175-82.
- Robertson AM, Garfein RS, Wagner KD, Mehta SR, Magis-Rodriguez C, Cuevas-Mota J, Moreno-Zuniga PG, Strathdee SA, Proyecto El Cuete IV, Stahr, II. Evaluating the impact of Mexico's drug policy reforms on people who inject drugs in Tijuana, B.C., Mexico, and San Diego, CA, United States: a binational mixed methods research agenda. *Harm Reduct J*. 2014; 11:4.
- Rodríguez, MJ., et al (2017). Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica.
- Sohn, M, Talbert, JC, Huang, Z., Lofwall, M.,4 and Patricia R. Freeman, PR.,

2019. Association of Naloxone Coprescription Laws With Naloxone Prescription Dispensing in the United States. *JAMA Netw Open*. 2019 Jun; 2(6): e196215.
- Southwell, M., "Transitions to and from injecting. In R. Pates, A. McBride & K. Arnold (Eds)," *Injecting Illicit Drugs*, (Oxford: Blackwell Publishing Ltd., 2005), pp.118- 134.
- Subcomisión del Modelo de Reducción de Daños (2017). *Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica*. San José, Costa Rica.
- Thomson, N. (2013). Harm reduction history, response, and current trends in Asia. *Journal of food and drug analysis*, 21 (2013) S113-S116.
- Thomas et al. (2017) Public attitudes towards gambling product harm and harm reduction strategies: an online study of 16–88 year olds in Victoria, Australia. *Short Report. Harm Reduction Journal* (2017) 14:49 DOI 10.1186/s12954-017-0173-y
- Tyndall MW, Craib KJ, Currie S, Li K, O'shaughnessy MV, Schechter MT. Impact of HIV infection on mortality in a cohort of injection drug users. *JAIDS*. 2001;28(4):351–7.
- Tuot et al., (2017). How understanding and application of drug-related legal instruments affects harm reduction interventions in Cambodia: a qualitative study. *Harm Reduction Journal* (2017) 14:39
- UNDP (2016). *Implementing Comprehensive HIV and STI Programmes with Transgender People. Practical Guidance for Collaborative Interventions*. En <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Supporting Access for Drug Users to Health and Social Care in Cambodia - Case studies of community-based services in Banteay Meanchey, Battambang and Stung Treng provinces*. Vienna: UNODC; 2015.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2016*. Vienna: UNODC; 2016.
- Valenzuela, M., Ponce, M., Ruíz, K., y López A. (2019). Impact of funding harm reduction programs for people who inject drugs in México.
- Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, ML., Oliva, N., Bretón, M., et al., (2011). *Tendencias del uso de Drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009*. *Salud Mental* 2011; 34(2):81-94.
- WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision. Geneva.
- World Health Organization (WHO). *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: an application of selected human rights principles*. Geneva: WHO; 2009.
- World Health Organization. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in nonspecialized health settings*. Geneva, Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, 2011.