

“Las partes del Estado tienen obligaciones bajo las leyes internacionales, en particular bajo el Artículo 12 de la Alianza Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) para prevenir epidemias. Por lo tanto, los Estados tienen la obligación bajo la ley internacional para llevar a cabo estrategias para la reducción de daños.”

— Anand Grover¹

Enviado especial de Naciones Unidas para el Derecho al Estándar Máximo de Salud

Contexto: El uso de drogas por inyección, VIH/SIDA y la “Guerra contra las Drogas”

Está estimado que 15.9 millones de gente se inyecta drogas² en 158 países y territorios de alrededor del mundo.³ La arrasadora mayoría vive en países de ingreso bajo-medio. Prácticas peligrosas ponen en alto riesgo a la gente que se inyecta drogas, de contraer el VIH. Fuera del Africa Subsahariana, más del 30% de las infecciones del VIH ocurren a través del uso de drogas. En algunos lugares, más del 80% de las personas que viven con VIH han sido probablemente contagiadas a través de la inyección hecha de manera insegura.⁴ La evidencia sugiere que más de tres millones de gente que se inyectan drogas viven con VIH.⁵

Qué es la reducción de daños?⁶

El enfoque de reducción de daños está basado en un fuerte compromiso con la salud pública y derechos humanos, con el fin de beneficiar tanto a las personas que utilizan drogas, como a sus familias y comunidad.

La reducción de daños, en esencia, se refiere a políticas, programas y prácticas que tratan de reducir los daños asociados con el uso de drogas psicoactivas sin el requerimiento necesario de la terminación de uso. Los enfoques complementarios de reducción de daños que pretenden prevenir o reducir el nivel en conjunto de consumo de drogas, aceptan que mucha gente que utiliza drogas son incapaces o no desean terminar con la adicción. Asimismo, acepta que algunas personas que utilizan drogas no necesitan tratamiento. Existe una necesidad de proveer a la gente que utiliza drogas con opciones que les ayuden a minimizar riesgos de continuar con el uso de drogas y de agredirse a ellos mismos u otros.

Ejemplos de intervenciones para la reducción de daños (ver también los reportes informativos no. 3 y 5)

- Aguja y Programas de Jeringa (NSPs)
- Prescripción de Medicamento Sustituto (por ejemplo terapia de sustitución de opiáceos)
- Prevención de sobredosis (e.g. Naloxone, entrenamiento de primera ayuda)
- Cuartos de consumo de drogas
- Intervenciones de rutas transitorias⁷
- Alcance y educación entre pares

ILs programas de aguja y jeringa y la terapia de sustitución de opiáceos (OST), ambos son componentes esenciales de la prevención comprensiva del VIH, así como el tratamiento y el paquete de ayuda para personas que se inyectan drogas, propiamente definidos por UNAIDS, UNODC y WHO.⁸

Reducción de daños en Política y Práctica alrededor del mundo⁹

A pesar de la evidencia abrumadora a favor de la reducción de daños como una estrategia de prevención efectiva del VIH, el estado global de la reducción de daños es pobre. Esto es especialmente cierto en países en donde los servicios de reducción de daños son necesitados de manera más urgente:

84 países apoyan la reducción de daños en política y práctica

74 poseen una referencia explícita de apoyo hacia los documentos sobre política nacional de reducción de daños

77 tienen intercambio aguja y jeringa

10 tienen intercambios de aguja y jeringa en prisiones

65 tienen terapia de sustitución de opiáceos

37 tienen terapia de sustitución de opiáceos en prisiones

8 tienen cuartos para el consumo de drogas

De acuerdo con una investigación llevada a cabo por IHRA, existen por lo menos 76 países en donde el uso de drogas por inyección ha sido documentado y en donde no existen servicios de reducción de daños disponibles. Así mismo, estas figuras hablan de ingresos brutos y realmente no reflejan los alcances, calidad o cubierta de servicios. En muchos países, intercambios de aguja y jeringa entre ONGs que, en el mejor de los casos, obtienen el apoyo del gobierno bajo presión, y, aunque son legales, son interceptados por la policía (ver reporte informativo 2). **De esta forma, los niveles de cobertura suficientes para evitar o revertir epidemias del VIH han sido sólo implementados en lugares de Europa del Oeste, Australia y Nueva Zelanda.**

En la región del **Sudeste Asiático**, sólo 3% de la gente que se inyecta drogas tiene acceso a programas de reducción de daños. En el este de Asia, estos datos son del 8%. Los programas de intercambio de aguja y jeringa, y lugares de terapia de sustitución de opiáceos (OST) son limitados para programas piloto en la mayoría de los países, los cuales alcanzan muy pequeños números.

El Centro y Este de Europa, y Asia Central fueron testigos del rápido crecimiento de epidemias de VIH en el mundo. Como una respuesta a la rápida expansión de epidemias del VIH, casi en todos los estados de la región tienen programas de aguja y jeringa, y en la mayoría de los estados (23 de 29) prescriben OST para la dependencia de droga. Rusia sin embargo, es hogar de casi dos millones de personas que se inyectan droga, pero el uso del OST is todavía prohibido.

Aún cuando las inyecciones no son frecuentes en el **Caribe**, recientes investigaciones enfatizan una relación de la ingestión de droga no inyectada y transmisión del VIH por transmisión sexual en algunos países caribeños, con una prevalencia del VIH en las que se estima que entre las poblaciones fuman cocaína *crack*. Esta relación no ha sido adecuadamente dirigida, así como las políticas de VIH y droga nacional permanecen sin relación alguna.

En **Latinoamérica**, los programas de aguja y jeringa están disponibles en cinco países, aunque la gran mayoría opera en Brazil y Argentina. México, posee una substancial diferencia en consumo de heroína, más que en otras naciones de Latinoamérica. De hecho es el único estado que prescribe OST, aunque la cobertura es baja.

En el **Medio Oriente y el Norte de Africa**, seis países, incluyendo Irán poseen programas de aguja y jeringa y tres de ellos tienen OST, aunque nadie ha tenido los efectos esperados para cubrir las necesidades. A través de la región existe una baja concientización de los riesgos asociados con la inyección de drogas. Algunas ONGs se encuentran trabajando en la reducción de daños en la región, aunque las restricciones existentes en ciertos países limitan la repuesta de la sociedad civil hacia el programa de reducción de daños.

Aunque los datos relacionados al uso de drogas son limitados, la inyección es existente en 31 de los 47 estados del **Africa Subsahariana**. En donde existen datos disponibles, se sugiere un alta prevalencia del VIH entre las personas que se inyectan drogas. Un estudio Kenyano, por ejemplo, encontró que seis de casa siete mujeres que se inyectan, vivían con VIH. Existen pocas respuestas en la región para las personas que adquieren VIH a través de su inyección. Mauritania, en donde se estima que de 17,000-18,000 personas se inyectan drogas, es el único país en donde los programas de aguja y la jeringa se encuentran operando.

Los fondos económicos destinados a la reducción de daños son muy bajos a nivel global, y no son suficientes ni para el

combate de la epidemia del VIH entre los usuarios de que se inyectan droga. Tampoco es proporcional entre la transmisión del VIH por inyección frente a los de por transmisión sexual.¹⁰

En muchos países, la reducción de daños es obstruida por las leyes criminales, porque las penas y el reforzamiento de las prácticas de ley son desproporcionadas y pueden alejar a la gente de los servicios salud y de reducción de daños que ya existe y puede llevar formas más riesgosas del uso de drogas. (ver Reporte Informativo no.2)

Cuando se capturan personas por delitos relacionados con drogas, a menudo se encuentra con que los servicios de reducción de daños no han estado disponibles para ellos. Sólo diez países cuentan con el servicio de intercambio de aguja y jeringa en prisiones, y sólo 37 tienen OST. Prisiones son consideradas como ambientes de riesgo concentrado para la transmisión del VIH. Como es regularmente señalado, la buena salud de un prisionero es salud pública. La ausencia de reducción de daños en muchas prisiones es muy preocupante (ver Reporte Informativo no.3).

Apoyo internacional¹¹

Además del apoyo que ha otorgado el vasto consenso científico,¹² la reducción de daños ha sido apoyada por la Asamblea General en el Consejo Social y Económico, y recientemente en el consejo de Derechos Humanos dentro del contexto de VIH/SIDA.¹³

Estas intervenciones son consideradas, por parte de cada relevante agencia de Naciones Unidas, como la mejor práctica con relación a la prevención del VIH entre los usuarios que se inyectan droga. Dichas agencias incluyen la oficina de las Naciones Unidas en Drogas y Crimen, WHO, Unicef, UNDP y UNAIDS.¹⁴ El Alto Comisionado para los Derechos Humanos, Navanethem Pillay, ha también expresado el apoyo de su oficina a la reducción de daños, expresando que *“Un enfoque de reducción de daños es la forma más efectiva de proteger los derechos, limitando el sufrimiento personal, y reduciendo la incidencia del VIH... No podemos negar que los sufrimientos derivados de la adicción requieren de cuidado médico.”*¹⁵

Reducción de daños y Derechos Humanos

El derecho a la salud

El comité de Derechos Económicos, Sociales y de Derechos Culturales, ha, en recientes sesiones, recomendado que las partes del estado incrementen sus programas de reducción de daños para llevar a cabo sus obligaciones reconocidas bajo el artículo 12 del Pacto. Con relación a Ucrania en 2007, el Comité indicó que estaba *“enormemente preocupado por el acceso limitado que tienen los usuarios de droga a la terapia de sustitución”*, y recomendó que las partes del Estado *“llevaran a cabo la terapia de sustitución de drogas y otros servicios de prevención más accesibles a éstos”*.¹⁶

En sus observaciones concluyentes sobre Tajikistán, el Comité recomendó *“que el partido de estado estableciera un límite de tiempo determinado para extender la provisión de los servicios de exámenes libres, libre tratamiento para el VIH y servicios de reducción de daños hacia todas las partes del país”*.¹⁷

Ambos, el actual y el anterior agente especial para el Derecho de los más altos Estándares de Salud Alcanzables se han inclinado fuertemente a favor de la reducción de daños, en ambos discursos y consecutivas misiones de Estado.¹⁸ Tan claro como lo establecido por el Agente Especial, Profesor Paul Hunt, *“cuando se busca reducir los daños que producen las drogas, sin juicio, y con respeto por la inherente dignidad de cada individuo, sin importar su tipo de vida, la reducción de daños es un claro ejemplo de la práctica de los derechos humanos. Lo que comenzó como una intervención de salud en respuesta al VIH debe ser reconocida como un componente esencial dentro del el Derecho de los más altos Estándares de Salud Alcanzables para las personas que se inyectan drogas.”*¹⁹

Libertad de tratamientos crueles, inhumanos y degradantes

El Agente Especial en Tortura ha hecho un llamado, especialmente, hacia la reducción de daños en los lugares de detención.²⁰ (Ver Reporte Informativo No. 3) El agente especial argumentó que *“no hay duda que los síntomas de abstinencia pueden causar daños severos y sufrimiento si no son curados por un tratamiento médico apropiado”*²¹ y concluyó que *“el negar un tratamiento médico y/o la ausencia del acceso a cuidados médicos en situaciones de custodia puede constituir un cruel, inhumano y degradante tratamiento o castigo, y por lo tanto está prohibido bajo la ley internacional de derechos humanos”*²² También recomendó que *“los programas de aguja y jeringa, en detención, deben de ser utilizados para reducir los riesgos de infección del VIH/SIDA”*.²³

El enviado especial insistió al Consejo de Derechos Humanos en poner especial atención entre los controles de drogas y obligaciones de derechos humanos.²⁴

Los derechos del niño

El artículo 33 de la Convención de los Derechos del Niño requiere que los partidos de Estado, “tomen las medidas más apropiadas, incluyendo medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales, para proteger a los niños del uso ilícito de narcóticos y de sustancias psicotrópicas. Como ya ha sido establecido en tratados internacionales relevantes”.

En su Comentario General No.3 sobre VIH/SIDA, el comité para los derechos del Niño dijo, “prácticas intravenosas con equipo inestéril tienen una mayor propensión a la transmisión del VIH. El comité ha señalado que es necesario un mayor entendimiento sobre los comportamientos de uso de sustancias entre niños, incluyendo el impacto que tiene cuando se niegan y violan los derechos de los niños. En la mayoría de países, los niños no se han beneficiado de programas aplicables para la prevención del VIH y su contagio a través del uso de sustancias, y aunque éstos existan, sólo han sido dirigidos mayoritariamente para los adultos.”²⁵

El Comité desde entonces, ha convocado hacia “la provisión de un apoyo basado en evidencias, servicios de reintegración y de recuperación de servicios para todos los niños afectados por el abuso de sustancias...con el objetivo de reducir las consecuencias dañinas de dicho abuso”.²⁶

1 Foreword, “Harm Reduction and Human Rights: The Global Response to Drug Related HIV Epidemics,” <http://www.ihra.net/GlobalResponse>.

2 Mathers B, Degenhardt L, Phillips B, Wiessing L, Hickman M, Strathdee S, Wodak A, Panda S, Tyndall M, Toufik A, Mattick RP and the Reference Group to the United Nations on HIV and injecting drug use, “The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review,” *The Lancet*, 2008, vol. 372.

3 Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the Response to Drug-Related HIV and Hepatitis C Epidemics, International Harm Reduction Association, 2008, p. 12

4 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, “AIDS epidemic update,” 2007.

5 “The global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review.”

6 <http://www.ihra.net/Whatisharmreduction>.

7 Route transition interventions aim to encourage people to move away from high-risk methods of drug use (such as injecting) to alternative methods which—while not safe—are much safer (such as intranasal or oral use). See 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; Hunt, N., Preston, A. & Stillwell, G., “A Guide to Assessing ‘Route Transitions’ and Developing Interventions that Promote Safer Drug Use,” 2005, Dorchester: Exchange Supplies; 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; 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.

8 <http://www.unaids.org/en/PolicyAndPractice/KeyPopulations/InjectDrugUsers/default.asp>.

9 <http://www.ihra.net/GlobalStateofHarmReduction>.

10 International Harm Reduction Association, “Three Cents a Day is Not Enough: Resourcing HIV harm reduction on a global basis,” (forthcoming) 2010.

11 See, further, Human Rights Watch and IHRA, “Building Consensus: A reference guide to drug policy and human rights,” 2008, <http://www.ihra.net/BookofAuthorities>.

12 See, for example, U.S. Institute of Medicine, “Preventing HIV Infection among Injecting Drug Users in High Risk Countries: An Assessment of the Evidence,” September 2006, http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=11731#toc; Hunt N, “A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use,” 2003, (Report commissioned by Forward Thinking on Drugs – A Release Initiative, London), <http://www.ihra.net/uploads/downloads/50best/HIVPrevention/HIVTop50Documents1.1.pdf>;

World Health Organization, “Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users,” (Geneva, World Health Organization, 2004); http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf; Canadian HIV-AIDS Legal Network, “Prison Needle Exchange: Lessons from a Comprehensive Review of International Evidence and Experience,” 2004, <http://www.ihra.net/uploads/downloads/50best/HIVPrevention/HIVTop50Documents8.5.pdf>;

World Health Organization, “Evidence for Action Technical Papers, Interventions to Address HIV in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies,” WHO/UNODC/UNAIDS, 2007, http://www.who.int/hiv/ids/oms_%20ea_nsp_df.pdf; World Health Organization, “Evidence for Action Technical Papers, Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatment’s” WHO/UNODC/UNAIDS, 2007 <http://www.who.int/hiv/ids/EADrugTreatment.pdf>.

13 See http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf (para 22); http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2009/20090724_e2009123_en.pdf (para 19); and Human Rights Council resolution 27/12, “The protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS),” UN Doc No A/HRC/RES/12/27 (para 5), <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G09/168/42/PDF/G0916842.pdf?OpenElement>.

14 See, for example, World Health Organization, “Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS among Injecting Drug Users,” (Geneva: World Health Organization, 2004), http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf; World Health Organization, “Evidence for Action Technical Papers: Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention,” (Geneva, World Health Organization: 2004), <http://www.emro.who.int/aiecf/web203.pdf>; World Health Organization, “Evidence for Action Technical Papers, Interventions to Address HIV in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies,” WHO/UNODC/UNAIDS, 2007, http://www.who.int/hiv/ids/oms_%20ea_nsp_df.pdf; World Health Organization, “Evidence for Action Technical Papers, Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments,” WHO/UNODC/UNAIDS, 2007.

15 High Commissioner calls for focus on human rights and harm reduction in international drug policy, Press release, 10 March 2009, <http://www.unhcr.ch/hurricane/hurricane.nsf/view01/3A5B668A4EE1BBC2C12575750055262E?opendocument>

16 UN Doc No E/C.12/UKR/CO/5 paras 28 and 51.

17 UN Doc No E/C.12/TJK/CO/1 para 70.

18 See for example, Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt, Mission to Sweden (28 February 2007) UN Doc No A/HRC/4/28/Add.2 para 60; Anand Grover, Foreword, “Harm Reduction and Human Rights, The Global Response to Drug Related HIV Epidemics, International Harm Reduction Association,” 2009.

19 Foreword, “Global State of Harm Reduction 2008: Mapping the Response to Drug-Related HIV and Hepatitis C Epidemics, International Harm Reduction Association,” 2008, <http://www.ihra.net/GlobalState2008>.

20 UN Doc No A/HRC/10/44 paras 55-62.

21 UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 57.

22 UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 71.

23 UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 74.

24 UN Human Rights Council, Report of the Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Manfred Nowak, 14 January 2009, A/HRC/10/44, para. 71.

25 UN Committee on the Rights of the Child (CRC), CRC General Comment No. 3: HIV/AIDS and the Rights of the Child, 17 March 2003, CRC/GC/2003/3, para. 35

26 UN Doc No CRC/C/SWE/CO/4 para 49.