

Panorama regional. 2.3 LATINOAMERICA Y EL CARIBE

TABLA 2.3.1:

Epidemiología del VIH y las hepatitis virales, y las respuestas de reducción de daños en América Latina y el Caribe.

País/ Territorio con uso Reportado de	Personas que se inyectan drogas	VIH Prevalencia entre personas que se inyectan drogas (%)	Hepatitis C Prevalencia entre personas que se inyectan drogas (%)	Hepatitis B Prevalencia entre personas que se inyectan drogas (%)	Respuesta de reducción de daños			
					PIJ ²	TAO ³	Distribución de naloxona entre pares	SCDs ⁴
Argentina	8,144 ^[2]	3.5 ^[3]	4.8 ^[4]	1.6 ^[4]	X	✓(M) ^[5]	X	X
Bahamas	0 ^[6]	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Bolivia	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Brasil	s/r ⁵	9.9 ^{[7]6}	s/r	s/r	X	X	X	X
Chile	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Colombia	14,893 ^[8]	5.5 ^[9]	31.6 ^[9]	s/r	✓ ^[10,11]	✓(M) ^[10,11]	X	X
Costa Rica	s/r ⁷	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
República Dominicana	<1,359 ^{[13]8}	3.2 ^{[13]9}	22.8 ^{[14]10}	s/r	✓ ^{2[15]}	X	X	X
Ecuador	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
El Salvador	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Guatemala	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Guyana	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Haiti	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Honduras	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Jamaica	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
México	164,157 ^{[18] 11}	4.4 ^{[19] 12}	96 ^{[20] 13}	0.2 ^[4]	✓ ^[17]	✓(M) ^[21]	✓ ^[21]	X ¹⁴
Nicaragua	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Panamá	5,714 ^[22]	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Paraguay	s/r	s/r	9.8 ^[23]	s/r	X	X	X	X
Perú	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Puerto Rico	28,000 ^[24]	11.3 ^{[25] 15}	78.4 - 89 ^{[27,28] 16}	s/r	✓ ^[29]	✓(M,B) ^[29]	✓ ^[29]	X
Suriname	s/r ^{[30] 17}	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Uruguay	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X
Venezuela	s/r	s/r	s/r	s/r	X	X	X	X

s/r= sin respuesta conocida

1 Países con consumo de drogas inyectables notificado según Lamey et al en 2017. El estudio no encontró informes de consumo de drogas inyectables en Antigua y Barbuda, Barbados, Belice, Cuba, Dominica, Granada, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas o Trinidad y Tobago. [1]

2 Todos los sitios con programas de intercambio de jeringas (PIJ), incluidos los sitios fijos, las máquinas expendedoras y los PAJ móviles que operan desde un vehículo o mediante operadores de campo.

3 Terapia con agonistas opioides (TAO), que incluye metadona (M), buprenorfina (B) y cualquier otra forma (O) como morfina y codeína.

4 Salas de consumo de drogas, también conocidas como lugares de inyección supervisada.

5 Los datos no publicados de una encuesta nacional de hogares coordinada por Francisco Bastos encontraron muy poca evidencia de consumo de drogas inyectables en Brasil.

6 Basado en datos recopilados en 2009 en ocho ciudades brasileñas.

7 Las organizaciones de la sociedad civil indican que el consumo de drogas inyectables es mínimo en Costa Rica [12].

8 Se estima que hay 56.632 personas que consumen drogas ilegales en la República Dominicana, de las cuales se informa que menos del 2,4% son personas que se inyectan drogas.

9 Estimación de 2012 para personas que consumen drogas.

10 Basado en datos de 2008.

11 Basado en datos de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2011. Puede haber limitaciones en la representatividad de estos datos, ya que se sabe que las encuestas de hogares excluyen a las personas que viven fuera de los hogares tradicionales, como las personas sin hogar o encarceladas [16]. Las organizaciones de la sociedad civil creen que esta cifra puede estar sobreestimada, siendo el número real de personas que se inyectan drogas en el país alrededor de 30.000 [17].

12 Basado en datos recopilados en 2006-2007.

13 Basado en datos recopilados en 2005.

14 Aunque un SCD opera en Mexicali, México, esto no está oficialmente aprobado por el estado. [21]

15 Basado en datos subnacionales de 2015.

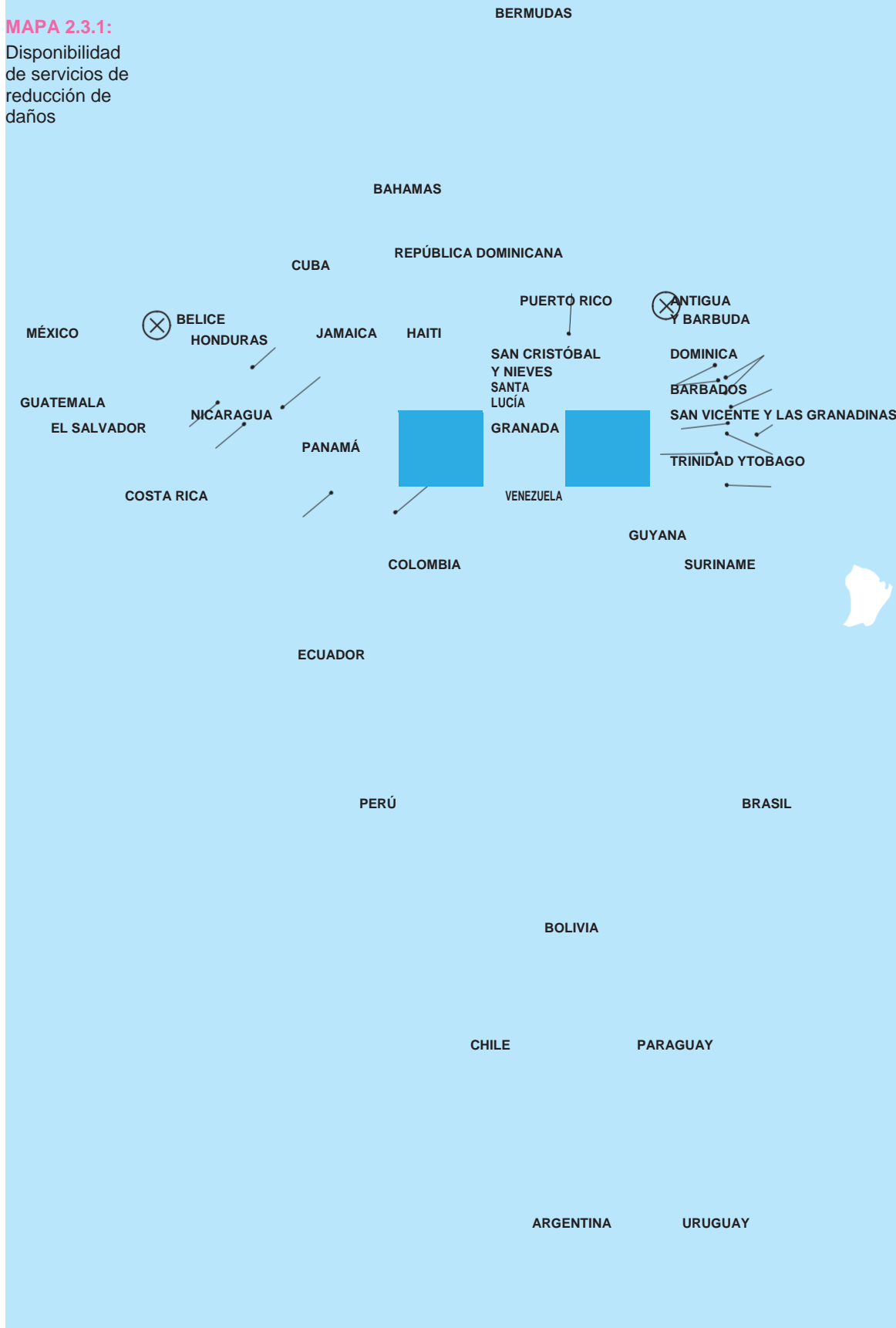
16 Basado en datos subnacionales de 2006-2015. Las organizaciones de la sociedad civil informan que no existe un sistema eficaz de seguimiento de la infección por hepatitis virales entre las personas que se inyectan drogas en

Puerto Rico. [26]

17 Un estudio del gobierno de 2008 estimó que el 0,3% de las 1.000 personas que se calcula que consumen drogas en Surinam son personas que se inyectan drogas.

MAPA 2.3.1:

Disponibilidad de servicios de reducción de daños



AMBOS PIJ Y TAO DISPONIBLES

SOLO TAO

SOLO PIJ

NINGUNO DISPONIBLE

NO CONOCIDO

SCD DISPONIBLE

DISTRIBUCIÓN DE NALOXONA ENTRE PARES



2.3

Reducción de daños en América Latina y el Caribe

Programas de agujas y jeringas (PAJs)



LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL ESTIMAN QUE MENOS DEL 5% DE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN MÉXICO ACCEDEN A PAJs.

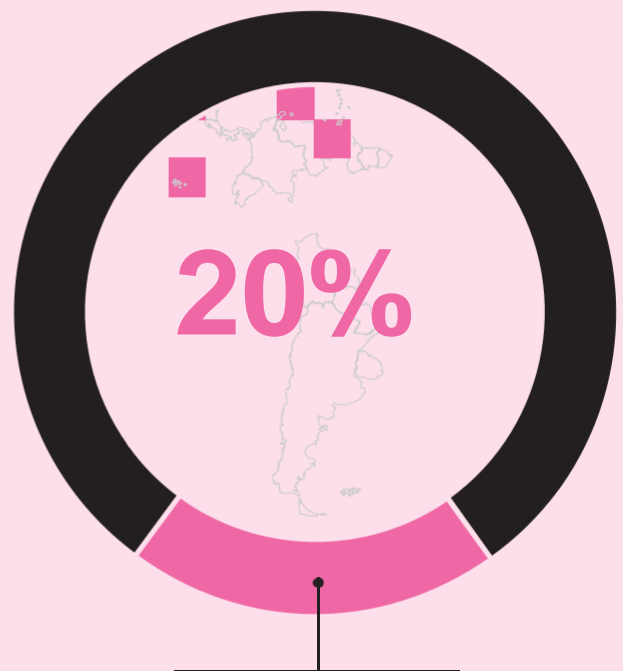


La transición al financiamiento nacional se aplica principalmente a los servicios para las personas que se inyectan drogas, y quedan pocas oportunidades de financiamiento para los servicios para la mayoría de las personas que consumen drogas en la región y que no se inyectan.



COCAÍNA

EN AMÉRICA LATINA APROXIMADAMENTE 40% DE PERSONAS EN CONTACTO CON EL SISTEMA PENAL HA SIDO ARRESTADO EN DELITOS RELACIONADOS CON LA COCAÍNA



APROXIMADAMENTE EL 20% DE LAS PERSONAS DE LAS PRISIONES EN AMÉRICA LATINA ESTÁN ACUSADAS CON UN DELITO DE DROGAS.

Autora:
Jorgelina Di Iorio
Intercambios



Autora:
Carolina Ahumada
Intercambios



Autor:
Sam Shirley-Beavan
Harm Reduction
International



1. PANORAMA

Hay aproximadamente 5.5 millones de personas que usan drogas ilegales no inyectables en Latinoamérica y el número de personas que se inyectan drogas es muy bajo comparado con otras regiones [31,32]. Esto se debe en gran medida al hecho que, actualmente, el uso de drogas inyectables es relativamente raro fuera de México y Colombia [33] y porque la tasa de consumo de cocaína y sus derivados (los cuales comúnmente no son inyectables) en la región está entre las más altas del mundo. [5, 31, 34]

La producción y el uso de cocaína y derivados de la coca prevalecen en América del Sur, específicamente en Bolivia, Colombia y Perú, que son responsables de prácticamente todo el cultivo de hoja de coca en el mundo. [35, 36] El uso de pasta base de cocaína fumable (un producto intermedio en la producción de cocaína conocido como basuco, paco, pasta base u oxi) es mayor que el uso de opiáceos en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay [5, 32, 37-39]. Es una alternativa más barata a la cocaína en Sudamérica y las personas que usan pasta base, como aquellos que consumen cocaína crack, son usualmente grupos socialmente marginalizados que son mucho más estigmatizados y enfrentan muchas más barreras de acceso a servicios de salud y programas de reducción de daños que otras personas [5,11, 12, 34].

La tasa de uso de opiáceos en Latinoamérica y el Caribe es más baja que la del uso de sustancias de tipo anfetamínico (STA) u otras nuevas sustancias psicoactivas (NSP). Sin embargo, el uso de opiáceos prevalece en Colombia, República Dominicana, México y Puerto Rico [11, 12, 21, 29, 31]. El uso de NSP está creciendo en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay. El MDMA es la sustancia más común entre las STA y las NSP como la ketamina, cannabinoides sintéticos y alucinógenos sintéticos son también usados en algunos países [11, 12, 21, 32, 37, 39-41].

Los programas de reducción de daños para personas que usan derivados de la cocaína no inyectables existen en varios países de la región, con un enfoque particular en el uso de formas fumables de crack y pasta base de cocaína. En algunos casos, son programas de base comunitaria que ofrecen servicios de atención primaria de la salud, comida e higiene personal, asesoramiento legal y tratamiento a personas que usan derivados de cocaína no inyectable y otras drogas [5, 42, 43]. Programas de reducción de daños enfocados en personas en situación de calle están establecidos en Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Uruguay [12,44].

Los programas de reducción de daños para las personas que se inyectan drogas, incluida la terapia con agonistas opioides (TAO) y los programas de agujas y jeringas (PAJ), operan en Colombia, República Dominicana, México y Puerto Rico. [11,15,21,29,45] En México,

principalmente en el norte cerca de la frontera con Estados Unidos, también funcionan como programas de prevención de sobredosis, distribuyendo naloxona y ofreciendo tiras de fentanilo. La Sala, un espacio de consumo seguro para mujeres que consumen drogas, es la primera sala de consumo de drogas (SCD) de la región, aunque no está autorizada por el gobierno mexicano [46].

Los programas de chequeo de sustancias (también conocidos como análisis de sustancias) han aumentado en la región desde 2018 y son administrados por organizaciones de la sociedad civil, incluyendo Colombia, México, Perú y Uruguay. [11,39,44] Hay otros proyectos de educación entre pares en clubes y festivales que ofrecen asistencia, información y puntos de hidratación para reducir el riesgo relacionado con el consumo de drogas recreativas [5,4].

Hay varios ejemplos de estos últimos años de regresión hacia políticas de drogas más punitivas en América Latina. Por ejemplo, los nuevos gobiernos de Brasil y Bolivia han rechazado explícitamente la reducción de daños como respuesta al uso de drogas ilegales y han cerrado programas exitosos, reemplazándolos por proyectos basados en la abstinencia, rehabilitación y aplicación de la ley. [36] En varios otros países como Costa Rica, República Dominicana, El Salvador, Guatemala y Honduras, la respuesta al consumo de drogas sigue estando dominada por programas centrados en la abstinencia. [12,15]

Con las reducciones en el financiamiento de donantes internacionales, el panorama de financiamiento para la reducción de daños en América Latina se está volviendo cada vez más difícil. Debido a la crisis socioeconómica en la región causada por la pandemia COVID-19, el financiamiento del gobierno nacional también ha disminuido. Muchos programas se financian únicamente con contribuciones privadas.

Sobre la base de los limitados datos disponibles, las tasas de prevalencia del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis (TB) son más altas entre las personas que se inyectan drogas y entre los usuarios de drogas no inyectables que en la población general. Sin embargo, las tasas de prevalencia varían considerablemente en la región.

2. DESARROLLOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REDUCCIÓN DE DAÑOS

2.1

PROGRAMAS DE INTERCAMBIOS DE JERINGAS (PIJ)

América Latina tiene una de las tasas más bajas de distribución de jeringas por persona que se inyecta drogas en el mundo [31]. Donde se ha identificado el uso de drogas inyectables, la distribución de jeringas por persona por año es menor que la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de 300 jeringas por persona por año para la eliminación de la hepatitis C [47]. Una relativa ausencia de uso inyectable de drogas puede hacer que la implementación de los PAJ sea una prioridad menor en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Perú. [5,12,38,39] En Argentina, Brasil y Uruguay, la inyección de cocaína es ahora mínima, por lo que los PAJ han reorientado los esfuerzos hacia la reducción de daños por consumo de drogas no inyectables [3].

Los PIJ continúan operando en Colombia y México, pero la falta de financiamiento y una regresión hacia políticas de drogas más punitivas en América Latina han provocado una disminución en la cobertura de los PAJ en ambos países [11,21,36]. Si bien los servicios

recientemente han sido incluidos oficialmente en la respuesta al VIH / TB en Colombia, la cobertura ha disminuido desde 2018 en Armería, Bogotá, Cúcuta y Bucaramanga [11]. En México, hubo seis PAJ activos en 2018, incluyendo las ciudades con el nivel más alto de consumo de heroína inyectada: Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez. Sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil estiman que menos del 5% de las personas que se inyectan drogas en México acceden a los PIJ [21]. En febrero de 2019, el gobierno mexicano dejó de financiar programas dirigidos por la sociedad civil, lo que obligó a algunos PIJ a reducir los servicios [48].

Incluso cuando hay PIJs en funcionamiento, la cobertura es insuficiente [11,21]. En México, hay escasez de jeringas y las personas que se inyectan drogas se muestran reacias a usar las proporcionadas por el gobierno debido a preocupaciones sobre la calidad y el diseño deficiente [21,49]. Existen barreras geográficas y organizativas para el acceso tanto en Colombia como en México, y las mujeres y las personas transgénero enfrentan barreras adicionales relacionadas con la estigmatización [11,21]. Por ejemplo, en Mexicali, Verter informa que solo uno de cada diez de sus usuarios de PIJ son mujeres[21].

Los cambios en la implementación de PIJ en el Caribe han sido limitados desde 2018, y la República Dominicana y Puerto Rico siguen siendo los únicos lugares donde operan los servicios de intercambios de jeringas [15,29]. Esto se debe en gran parte a la baja prevalencia registrada del uso de drogas inyectables en la región. Por ejemplo, en las Bahamas y San Cristóbal y Nieves, los gobiernos informan que no se consumen drogas inyectables y, por lo tanto, no hay PIJs en funcionamiento. [50,51] Sin embargo, tampoco hay n varios otros países del Caribe, a pesar de la prevalencia reconocida de pequeñas poblaciones de personas que se inyectan drogas, por ejemplo, en Dominica, Guyana y Jamaica. [52–55]

2.2

TERAPIA CON AGONISTAS OPIOIDES (TAO)

Ningún país de América Latina ha implementado TAO desde 2018. A pesar de que está disponible en Argentina, Colombia y México, se administra en gran medida de manera centrada en la abstinencia en lugar de para la reducción de daños. [5,11,21]

La TAO está disponible en Colombia en forma de píldoras de metadona. [10,11] Sin embargo, existen importantes barreras de acceso para las mujeres, las personas transgénero y las personas en situación de calle. Las barreras incluyen sobre demanda de servicios; servicios que no se ajustan a las necesidades de los grupos más vulnerables; el hecho de que la identificación formal es necesaria para acceder al programa estatal de seguro médico; largos tiempos de espera para citas con especialistas; e incluso, muchos médicos y usuarios siguen considerando la terapia con metadona como un caso de sustitución de una adicción por otra. [10]

En México, la TAO está disponible solo en clínicas privadas y clínicas gubernamentales pagas, a un alto costo para el usuario. Hay seis centros en las tres ciudades donde el consumo de drogas inyectables es más alto: Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez [21]. En Argentina, las TAO están disponibles en instituciones públicas y privadas en Buenos Aires [5]. En Costa Rica,

Ecuador y Perú, los opioides recetados se utilizan para pacientes de cuidados paliativos y solo para un pequeño número de personas que padecen abstinencia de opioides. [12,39]

El uso de opiáceos es relativamente poco común en el Caribe de habla inglesa, con una prevalencia del 0,2% en comparación con el 2% en las Américas en su conjunto. [56] Sin embargo, tanto Puerto Rico como la República Dominicana son el hogar de poblaciones significativas de personas que usan opioides. [15,29] Puerto Rico sigue siendo el único lugar en el Caribe donde la TAO está disponible, aunque los actores de la sociedad civil en Puerto Rico informan que hay menos programas funcionando en 2020 que en 2018 debido a la falta de financiación. [29] En la República Dominicana, no hay servicios TAO disponibles [15]. La Ley 50-88 (la principal ley de control de drogas en el país) prohíbe específicamente el uso de metadona, pero no prohíbe la buprenorfina. [57] El Consejo Nacional de Drogas es el órgano estatal responsable de los programas de drogas, pero solo financia TAO con fines de desintoxicación con requisitos de abstinencia. [15] En 2019 se llevó a cabo un programa piloto de TAO largamente esperado, que prestó servicios a 67 personas. Sin embargo, a pesar de los resultados positivos, ni el gobierno ni los donantes internacionales estuvieron dispuestos a financiar la continuación del programa. [15]

2.3

ESTIMULANTES DE TIPO ANFETAMÍNICOS (ETA) Y NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (NSP)

El uso de ETA, incluido el uso no médico de anfetamina, metanfetamina y estimulantes farmacéuticos, es menor en América Latina y el Caribe que en otras regiones. Sin embargo, América Central [18] tiene tasas de uso más altas que América del Sur. [32]

En América del Sur y Central, el uso no médico de estimulantes farmacéuticos es más común que el uso de otras anfetaminas. Según se informa, el uso no médico de las píldoras para bajar de peso es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, con píldoras como sibutramina clorhidrato monohidrato (vendido bajo las marcas Aderan e Ipomex) y fentermina (vendido bajo las marcas Duromine y Suprenza), junto con metilfenidato y anfetamina, que según se informa son los estimulantes farmacéuticos con usos no médicos más frecuentes en esas subregiones. [31] En la región existen pocos programas de reducción de daños que abordan el uso de ETA.

Los datos sobre estimulantes de tipo anfetamínico rara vez se recopilan sistemáticamente en el Caribe. [58] Según los limitados datos disponibles, la prevalencia de uso parece ser baja. Por ejemplo, la prevalencia de MDMA en el último año entre los estudiantes de secundaria se estima en 0,2% en la República Dominicana y 0,3% en Barbados. [58]

Aunque las tasas de uso de NSP en América Latina son más bajas que en otras regiones, el uso de las mismas ha aumentado en la región entre los jóvenes desde 2018. [31,32] El MDMA es el ETA más común en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, Costa Rica, México, Perú y Uruguay. En algunos países también se utilizan NSP como la ketamina, los cannabinoides sintéticos y los NBOMes (un grupo de alucinógenos sintéticos que se venden comúnmente como LSD). [10,11,21,32,40,41,43,59]

Los programas de reducción de daños para el uso de ETA y NSP en entornos de nocturnidad aumentaron en la región. En Colombia, Perú y Uruguay existen programas de análisis de sustancias gestionados por organizaciones de la sociedad civil, como Échele Cabeza en

Colombia, Imaginario 9 en Uruguay y América Latina por una Política Sensible de Drogas en Perú [11,39,44]. Hay otros proyectos de educación entre pares que ofrecen puntos de asistencia, información e hidratación para reducir el riesgo relacionado con el consumo de drogas recreativas como el Proyecto de Atención en Fiestas (PAF) en Argentina, Proyecto Respire en Brasil y otros servicios similares en Chile, Costa Rica y Ecuador. [5, 12,43]

“Los programas de chequeo de drogas (también conocidos como análisis de sustancias) han aumentado en la región desde 2018 y son administrados por organizaciones de la sociedad civil, incluyendo Colombia, México, Perú y Uruguay”.

Los gobiernos de Argentina, Chile, Colombia y Uruguay han establecido sistemas de alerta temprana sobre NSP a nivel nacional. [59,60] En 2019, estos sistemas se combinaron en el Sistema de Alerta Temprana para las Américas, a través del cual los países comparten información. [59,60] Los sistemas de alerta temprana proporcionan información específica sobre NSP, incluidos datos de tendencias, detalles químicos sobre sustancias individuales y documentación de respaldo sobre análisis de laboratorio a las instituciones de salud pública, incluso directamente a los trabajadores de salud de primera línea en los hospitales, para permitir mejores respuestas a las sobredosis. En muchos casos, incluyendo todas las alertas en Argentina, las alertas también se ponen a disposición del público para informar a las personas que consumen drogas y sus familias [59]. En Argentina, el sistema es operado por agencias gubernamentales y no obtiene datos o muestras de organizaciones que brindan servicios de reducción de daños. [5] Barbados, Brasil, Costa Rica, Jamaica, Paraguay, Perú y Trinidad y Tobago están desarrollando sistemas nacionales de alerta temprana en línea con las recomendaciones de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). [59]

2.4

COCAÍNA Y SUS DERIVADOS

El consumo de cocaína en Centroamérica (0,7% de la población) y Sudamérica (1,0%) es superior al promedio mundial del 0,4% de la población mundial de 15 a 64 años. [31,32] Según estimaciones nacionales, entre el 4% y el 6% de la población general alguna vez ha consumido cocaína en polvo en el Caribe de habla inglesa [19] y menos del 1% en la República Dominicana, Haití y Puerto Rico. [58] La prevalencia del consumo de crack es menor, pero todavía se estima entre el 1% y el 2% de las personas en el Caribe de habla inglesa. [58] Hay pruebas de que el consumo de crack ha aumentado en los últimos años en todo el Caribe [58], sobre todo en Barbados, Belice y Dominica. [61–63]

Con casi 1,5 millones de consumidores de cocaína y crack el año pasado, Brasil es el mercado de cocaína más grande de América del Sur. [31,43] La pasta base de cocaína, que antes se limitaba a los países donde se fabricaba la cocaína (Bolivia, Colombia y Perú), es la droga más consumida entre muchas personas desfavorecidas socioeconómicamente que consumen drogas en Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, Perú, Paraguay y Uruguay. [34,35] Sin embargo, ese uso es difícil de estimar ya que las personas que consumen pasta base de cocaína suelen pertenecer a grupos socialmente marginados que no están bien captados por las encuestas de hogares. [5,37,64]

En Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay existen programas de reducción de daños para las personas que consumen derivados no inyectables de cocaína, con un enfoque particular en el uso de las formas fumables de crack y pasta de cocaína. Los ejemplos incluyen las Casas de Atención y Acompañamiento Comunitario en Argentina, apoyadas por la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) e implementadas por organizaciones de la sociedad civil, y el Centro de Convivencia E de Lei en Brasil, coordinado por una organización de reducción de daños. Ambos son programas comunitarios que ofrecen servicios de atención primaria de salud, alimentación e higiene, asesoría legal y tratamiento a personas que consumen derivados no inyectables de cocaína y otras drogas legales e ilegales [42,43] Durante los últimos dos años, en Argentina, Colombia, Costa Rica y Uruguay han aparecido programas de reducción de daños centrados en personas en situación de calle [10,12,21,65].

En Puerto Rico, algunos programas de reducción de daños entregan equipos para fumar más seguros a las personas que fuman crack, pero estos proyectos son pequeños y no tienen una fuente constante de financiamiento. [29] Además, las organizaciones de reducción de daños distribuyen tiras de prueba de fentanilo a personas que consumen cocaína, así como a personas que consumen opioides, ya que se sabe que el fentanilo está presente en ambos. Esta sigue siendo la única forma de análisis de sustancias disponible en la isla, principalmente debido a la falta de financiación. [29]

Desde 2018, muchos servicios para reducir y mitigar las consecuencias del consumo de crack y pasta base de cocaína, han reducido su cobertura debido a la falta de apoyo financiero y una regresión hacia políticas de drogas más punitivas en la región (ver la sección de desarrollos de políticas). Las administraciones conservadoras en Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia y Ecuador reemplazaron el financiamiento de los programas de salud por el financiamiento de las medidas de seguridad enfocadas en los mercados de drogas. [5,12,36,43,66] Algunos de ellos exploraron las respuestas militares a los problemas relacionados con las drogas, por ejemplo, Argentina, Brasil, Colombia, México y Perú. [67] Las personas que consumen pasta base de cocaína a menudo están sujetas a marginación, estigmatización y violencia [34,64].

USO DE DROGAS NO INYECTABLES Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

En gran parte de América Latina y el Caribe, el consumo de drogas inyectables es poco común, y fumar es la vía de administración preferida para el crack y la pasta base de cocaína. [5,12,38,39] El consumo de drogas no inyectables está menos asociado con enfermedades de transmisión sanguínea y, en algunos casos, puede ser una alternativa a la inyección, lo que reduce los daños asociados con el uso de drogas inyectables, por ejemplo, en los programas "de aguja a pipa". [68] Sin embargo, siguen existiendo importantes riesgos para la salud asociados con las cocaínas fumables. Una intervención de reducción de daños que puede abordar estos riesgos es la provisión de equipos para fumar más seguros.

Si bien el riesgo es menor que al compartir jeringas, compartir el equipo para fumar sigue siendo una posible vía de transmisión del VIH y las hepatitis virales. [69,70] Este riesgo aumenta cuando las personas tienen quemaduras o cortes en la boca o los labios, a menudo asociados con el uso de equipo para fumar inapropiado o improvisado. [34,68] Además de las enfermedades infecciosas, las drogas fumables también pueden provocar complicaciones pulmonares, como trastorno pulmonar obstructivo crónico, enfisema y bronquitis. [34,71] Como se mencionó, esto se asocia con frecuencia con equipos improvisados para fumar y la

inhalación de humos tóxicos, particularmente cuando el plástico o el aluminio entintado se calientan a altas temperaturas. [34]

La distribución de kits para fumar más seguros puede reducir el uso compartido, las lesiones en la boca y los labios y el riesgo de daño a los pulmones. Estos kits pueden incluir tubos de vidrio y pipas, boquillas de goma y bálsamo labial. [34] Algunas organizaciones también incluyen condones para prevenir la transmisión sexual de enfermedades [34]. Estos kits también deben adaptarse a las necesidades de la población local. Por ejemplo, una organización en Colombia diseñó una pipa específicamente para personas que fuman pasta base de cocaína, modelando la pipa de las que ya están en uso, pero con materiales más seguros y partes removibles para facilitar la limpieza y evitar compartir. [72]

2.5

SALAS DE RESPUESTA A LA SOBREDOSIS Y CONSUMO DE DROGAS (SCD)

Desde el último informe del Estado Global de Reducción de Daños en 2018, la primera SCD oficial en América Latina abrió en Mexicali, Baja California, México. [21] Si bien la instalación, bajo el nombre de La Sala, operó brevemente con la aprobación de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), no ha sido reconocida formalmente por el gobierno local o nacional desde 2018. [21] Verter, una organización de reducción de daños que opera desde 2012, dirige La Sala, que atiende a mujeres que se inyectan drogas [46]. La SCD ofrece otros servicios de reducción de daños como salud sexual y reproductiva, apoyo legal, asesoramiento entre pares, análisis de drogas, respuesta a sobredosis, programas de prevención del VIH y hepatitis C y distribución de naloxona [20]. Sin embargo, con solo una SCD operativa en el país, la cobertura es insuficiente para las más de 100.000 personas que se inyectan drogas. Por esta razón, las organizaciones de la sociedad civil establecieron una red de distribución de naloxona entre pares en las áreas del norte de México donde prevalece el uso de opioides. [21] Sin embargo, el programa no recibe financiación gubernamental y estos esfuerzos permanecen sin ser oficializados por el Estado. [73]

No hay datos disponibles sobre el número de muertes por sobredosis de opioides que ocurren en Colombia, a pesar de que la evidencia sugiere que hay 15,000 personas que usan opioides en el país. [8,74] Las organizaciones de la sociedad civil destacan esta falta de datos como un desafío clave al brindar servicios y abogar por un mayor acceso a la prevención de sobredosis. [74] También plantean preocupaciones de que las muertes por sobredosis de opioides no se registran formalmente como tales, sino que comúnmente se las denomina muerte por paro cardíaco. [74] La naloxona sigue siendo muy limitada en Colombia, donde la principal barrera para la distribución es la legislación restrictiva. [10,11]

Un avance significativo en la respuesta a la sobredosis de opioides ha sido la mejora de la disponibilidad de naloxona en Puerto Rico. Este es el resultado de una larga campaña de incidencia de la sociedad civil, como se informa en el Estado Mundial de Reducción de Daños de 2018. La orden administrativa 412 del Departamento de Salud permite que las organizaciones no gubernamentales distribuyan naloxona sin receta, mientras que anteriormente los agentes de reducción de daños se habían visto obligados a actuar fuera del marco legal para garantizar que las personas que pudieran presenciar una sobredosis tuvieran acceso a la naloxona [29]. En consecuencia, los equipos de reducción de daños que entregan equipos de inyección estériles ahora distribuyen ampliamente naloxona a las personas que

probablemente presenciarán una sobredosis, además de brindar capacitación y educación sobre sobredosis. [29] Sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil informan que les preocupa que, al ser una orden administrativa sin legislación que la acompañe, este programa esté sujeto a cambios políticos y podría terminar abruptamente por un cambio de política o de gobierno [29].

La menor prevalencia del uso de opioides en la región es una de las razones de la ausencia de programas de naloxona en otros países. [5,12,32,38,39,44] Para los usuarios que no se inyectan, los departamentos de emergencia manejan la sobredosis y la prevención está basada en la abstinencia. [11,39]

2.6

VIH Y TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (TAR)

En América Latina hay aproximadamente 1,9 millones de personas que viven con VIH. En 2018, se estima que hubo 100.000 nuevas infecciones por el VIH en la región [75]. De 2010 a 2018, hubo una reducción del 16% de casos nuevos de VIH en el Caribe. Durante el mismo período, solo un país experimentó un aumento de nuevas infecciones (Belice) y en dos países la reducción fue de más del 20% (Cuba y las Bahamas). [76]

La prueba del VIH está disponible en todos los países de la región. [11,12,37,39,44,77] Existen programas públicos que brindan servicios de prevención del VIH en varios países, como Argentina, Brasil, República Dominicana, México y Perú. En varios países, el TAR está disponible, pero es muy limitado para las personas que actualmente consumen drogas. Los estudios en la región muestran que el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH persisten en combinación con el estigma basado en la orientación sexual, la identidad de género, el consumo de drogas o el trabajo sexual, y siguen siendo frecuentes en muchos entornos [78]. La discriminación contra las personas que viven con VIH en el Caribe es particularmente alta. Hasta dos tercios de las personas en Jamaica y Haití, y más de la mitad de las personas en Antigua y Barbuda, la República Dominicana, Granada, Haití y Guyana informan actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH [76,79–81].

En la República Dominicana, el TAR está disponible sin costo para las personas que usan drogas y, desde 2019, la agencia nacional de VIH CONAVIHSIDA se ha comprometido a aumentar el acceso a la atención del VIH para las poblaciones vulnerables, incluidas las personas en situación de calle y / o que usan drogas. [15] Sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil informan que, en la práctica, las personas que usan drogas no han sido priorizadas en la respuesta mientras que otras poblaciones clave sí lo han sido, y que continúan enfrentando el estigma y la discriminación, así como considerables gastos personales al acceder a los servicios [15,82]. De manera similar, en Puerto Rico, el acceso al tratamiento del VIH está cubierto por el programa estatal de seguros del territorio, La Reforma, [83] pero solo el 62,5% de todas las personas que viven con VIH reciben TAR y el 88,2% de ellas tienen supresión viral [84]. Las organizaciones de la sociedad civil informan que el acceso a las pruebas y al tratamiento es particularmente difícil para las personas que consumen drogas, ya que requiere la asistencia física a una clínica que puede estar lejos de su lugar de residencia y en la que pueden sufrir estigma y discriminación [29].

Desde el comienzo de la epidemia del VIH, el enfoque en la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre las personas que usan drogas se ha concentrado en las necesidades de las personas que se inyectan drogas, y principalmente en las que se inyectan opioides. En América Latina, los datos muestran que el uso de drogas estimulantes también se ha asociado con un mayor riesgo de transmisión del VIH a través de conductas sexuales inseguras. [85,86] Los programas de base comunitaria son una acción eficaz para reducir las barreras de diagnóstico y tratamiento de poblaciones clave, como personas que usan drogas, personas transgénero y personas en situación de calle. Sin embargo, no muchos países de la región cuentan con estos programas. Por ejemplo, en Brasil, los Consultorios de Rua (parte del sistema de salud brasileño) en Salvador de Bahía y Río de Janeiro ofrecen acceso a pruebas rápidas de VIH y otros servicios de reducción de daños a personas sin hogar. Sin embargo, estos servicios se han reducido bajo la administración del presidente Jair Bolsonaro. [87] Casa Trans en Buenos Aires, Argentina, ha brindado los mismos servicios para personas transgénero desde 2017. [5,43,88]

Abordar el VIH entre las personas que consumen drogas, incluido el trabajo entre pares, la provisión de TAR a quienes viven con el VIH y la implementación de nuevas herramientas de prevención como la profilaxis previa a la exposición (PrEP), sigue siendo un desafío en la región. [37,75,78].

MIGRACIÓN, CONSUMO DE DROGAS Y REDUCCIÓN DE DAÑOS

La migración es un fenómeno significativo en América Latina y el Caribe. En 2017, 37 millones de personas en la región vivían fuera de su país de nacimiento, lo que representa cerca del 15% del número mundial de migrantes internacionales [89]. La investigación sugiere que las personas migrantes que se inyectan drogas tienen experiencias únicas de consumo de drogas y enfrentan barreras a las prácticas y servicios de reducción de daños que no enfrentan quienes no tienen antecedentes de migración. [90]

Para las personas que usan drogas, la migración altera las redes sociales para la adquisición y el consumo de drogas, además de exponer a los migrantes a diferentes prácticas culturales, incluidas las relacionadas con el consumo de drogas [83]. Esto puede poner a las personas en mayor riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas (debido a cambios en las prácticas de uso de drogas) o sobredosis (debido a la falta de familiaridad con el suministro local de drogas). [83] Por ejemplo, la investigación en la frontera entre Guatemala y México ha encontrado que la migración reciente está asociada con prácticas de uso de drogas de mayor riesgo [91,92].

Los migrantes indocumentados enfrentan desafíos particulares [90], incluyendo barreras para acceder a la atención de salud, basadas tanto en políticas formales como en efectos sociales, como el estigma, la discriminación y el miedo a la deportación [93]. Los períodos de detención debido a la situación migratoria, sobre todo en los Estados Unidos antes de la deportación, están asociados con el inicio del uso de drogas inyectables tanto entre quienes consumieron drogas no inyectadas anteriormente como entre quienes no consumieron drogas antes de migrar [90]. Por lo tanto, la deportación de los Estados Unidos se asocia con prácticas de uso de drogas de mayor riesgo, ya sea aprendidas o iniciadas durante la detención, [94] y una mayor prevalencia del VIH y la hepatitis C. [95]

Es importante destacar que la interrupción de sus redes sociales de pertenencia también puede afectar la salud y las vulnerabilidades de los migrantes deportados, en particular aquellos que han pasado largos períodos de tiempo fuera de su país de nacimiento. La evidencia sugiere que las personas deportadas de los Estados Unidos a Tijuana, México, enfrentan problemas de integración social y dificultades financieras, que se asocian con una menor probabilidad de acceder a la prueba del VIH y otros servicios de salud. [90] Esto enfatiza la importancia de reconocer que la migración no es una calle de un solo sentido. Muchos migrantes, ya sea por elección o por deportación, pueden viajar numerosas veces entre países, y esto tiene implicaciones para los enfoques de reducción de daños, como la prescripción de medicamentos, la continuidad de la atención médica y las tendencias en las prácticas de uso de drogas [83].

2.7

REDUCCIÓN DE DAÑOS EN CÁRCELES

En 2018, había aproximadamente 1,6 millones de personas encarceladas en América Latina y el Caribe [96]. Aproximadamente el 20% de estas personas fueron acusadas de delitos relacionados con drogas, ya sea posesión de drogas para uso personal o tráfico de drogas. [97-99] Costa Rica, Chile y Ecuador tienen las tasas más altas de personas encarceladas por delitos de drogas en América Latina y el Caribe. [100] El cannabis es la droga por la que la mayoría de las personas entran en contacto con el sistema penal en el mundo, pero los delitos relacionados con la cocaína son particularmente frecuentes en toda la región (alrededor del 40% de los casos) [99].

Las leyes punitivas contra las drogas contribuyen al hacinamiento en las cárceles de América Latina y el Caribe. [97,101] El número de mujeres encarceladas por delitos relacionados con las drogas ha aumentado y las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de ser condenadas por delitos no violentos relacionados con las drogas [102]. En Argentina, Brasil y Costa Rica, más del 60% de la población reclusa femenina se encuentra detenida por delitos relacionados con las drogas [103]. En el ejemplo más extremo, la población carcelaria femenina de Brasil aumentó en un 342% entre 2000 y 2016 [104]. En América Latina, la mayoría de las mujeres son arrestadas por actividades relacionadas con drogas por primera vez, no violentas, de bajo nivel pero de alto riesgo, como la venta a pequeña escala o el transporte de drogas, o por uso simple de drogas. A menudo se involucran en actividades criminalizadas debido a la pobreza, la falta de oportunidades y / o la coacción. La mayoría ha sufrido alguna forma de violencia sexual antes y / o durante su encarcelamiento. Este puede tener consecuencias graves y duraderas no solo para ellas, sino también para sus familias y comunidades [104].

Las poblaciones carcelarias son más vulnerables a infecciones como el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis. [105] Las tasas de prevalencia son más altas en las poblaciones carcelarias en comparación con la población general, con mayores riesgos de amplificación y propagación de enfermedades infecciosas dentro y fuera de las cárceles [106]. Los datos sobre enfermedades de transmisión sanguínea en las cárceles de la región no están disponibles en gran medida, aunque un estudio estimó que la prevalencia del VIH en el sistema penitenciario cubano era del 26%, más de 100 veces mayor que la prevalencia en la población general (0,2%). [107] El riesgo es aún mayor para las personas encarceladas que consumen drogas [100].

La distribución de condones, la prueba de VIH y el TAR están disponibles en las cárceles de varios países de la región. Argentina, Paraguay, Perú y Uruguay cuentan con programas de hepatitis viral y tuberculosis en las cárceles. [21,37–39,44,77] Desde 2018, se han introducido servicios de pruebas de hepatitis C en las cárceles del norte de México. [21] Sin embargo, la cobertura aún es insuficiente en América Latina y el Caribe. Las pruebas de VIH, TAR y pruebas y tratamiento de TB están disponibles en prisiones de Argentina, Colombia, México y Perú. Los servicios especializados en salud mental en las cárceles brasileñas cerraron y aquellos contra la hepatitis C se redujeron en 2019 debido a la retirada del apoyo gubernamental [43]. En Paraguay, la organización de la sociedad civil Enfoque Territorial implementó un programa piloto de reducción de daños en la prisión de Asunción, pero cerró por falta de financiamiento [38].

Como se informó en 2018, los servicios de reducción de daños para las personas que usan drogas están ausentes en los entornos penitenciarios de América Latina y el Caribe. Ninguno de los países donde los PAJ y / o TAO están disponibles para la población general, los ofrece en las prisiones. [11,15,21,29]

Los modelos de tribunales de drogas han operado en la región desde 2012, teóricamente brindan alternativas al encarcelamiento y redirigen a las personas acusadas de delitos de drogas de bajo nivel a los servicios de salud en lugar de a las cárceles [108]. Sin embargo, los tribunales de drogas en América Latina brindan exclusivamente tratamiento basado en la abstinencia, lo que limita el potencial de reducción de daños de este tipo de programas. [5,108] En Chile, Costa Rica, Puerto Rico y México, el modelo está más establecido y se encuentra en una fase piloto en Argentina, Colombia, República Dominicana y Panamá. Ecuador y Perú también están considerando la implementación de programas de tribunales de drogas. Chile, Colombia y México también cuentan con tribunales de drogas de menores y otros países de la región tienen planes para su creación. [98]

3.

HACIA LA REFORMA DE POLITICAS DE DROGAS

El desarrollo de políticas de drogas en América Latina no es homogéneo. Desde el último informe sobre el Estado Mundial de la Reducción de Daños en 2018, las diferencias se han profundizado. Mientras que las políticas de drogas en Brasil, Bolivia y Ecuador se han vuelto más punitivas, Colombia está discutiendo la regulación del cannabis y la cocaína. [11] Uruguay extendió servicios y prácticas a favor de la reducción de daños y aprobó una nueva ley de salud mental que incluye una perspectiva de derechos humanos en el tratamiento de las drogas. [11,37,44,109] En Bolivia, el gobierno ha permitido a los agricultores cultivar una cantidad suficiente de coca con fines de subsistencia desde 2008, facilitando el acceso a un mercado legal nacional para los productos de la coca, así como mejorando el acceso al agua potable, la educación y otras fuentes de ingresos. Un nuevo gobierno no elegido democráticamente ha reducido estas políticas e impuso duras políticas de control de drogas que incluyeron la aplicación de la ley y la militarización [36,104].

Nuevos gobiernos en Brasil, Bolivia, Colombia y Ecuador implementaron estrategias de drogas que rechazan explícitamente el enfoque de reducción de daños. [36,37,109] Las penas por delitos relacionados con las drogas, tanto posesión como tráfico, han aumentado en Brasil y Ecuador. En 2018 se eliminó la Secretaría Técnica de Drogas en Ecuador y sus funciones se

dividieron entre el Ministerio de Seguridad y el Ministerio de Salud. Recientemente, la legislatura ecuatoriana aprobó una nueva ley que penaliza el uso de drogas en espacios públicos y otorga más facultades a la fuerza policial en delitos relacionados con drogas. [110]

En Brasil, los cambios en la Ley de Salud Mental excluyen explícitamente los enfoques de reducción de daños y se centran exclusivamente en el tratamiento basado en la abstinencia y el apoyo financiero del gobierno a las comunidades terapéuticas. A nivel local, varios servicios de reducción de daños para personas que consumen cocaína (principalmente cocaína crack) en São Paulo cerraron y los de Salvador y Pernambuco redujeron la cobertura debido a la disminución del apoyo financiero [43].

De los 17 países de la región del Caribe, Harm Reduction International ha identificado nueve planes nacionales de políticas de drogas y diez planes nacionales contra el VIH. De los planes de drogas, sólo dos contienen alguna referencia positiva a la reducción de daños (Bahamas [111] y República Dominicana [112]), aunque en ambos casos esto no ha ido acompañado de la aplicación práctica de programas de reducción de daños apoyados por el gobierno. Otros cuatro planes de políticas de drogas contienen referencias a la necesidad de abordar el VIH y la salud de las personas que consumen drogas (Barbados, [113] Granada, [114] Jamaica [115] y Surinam [116]), y tres no contienen ninguna referencia a la salud de las personas que consumen drogas (Antigua y Barbuda, [117] Guyana [118] y Trinidad y Tobago [119]). Entre los planes contra el VIH, ocho se refieren a personas que usan drogas como población clave [21], pero dos no contienen ninguna referencia a personas que consumen drogas (Granada [128] y San Vicente y las granadinas [129]).

El Caribe ha sido una región líder en la reforma de la ley del cannabis, con varios países despenalizando el cannabis para uso personal, incluyendo, desde 2018, Antigua y Barbuda [130]. Sin embargo, la criminalización sigue en vigor en gran parte de la región y en toda la región para todas las drogas excepto el cannabis. Algunos gobiernos siguen oponiéndose firmemente a cualquier reforma, por ejemplo, el gobierno cubano ha criticado a otros gobiernos caribeños por despenalizar o legalizar el cannabis, [131] y un informe encargado por el gobierno de las Bahamas recientemente no recomendó ninguna reforma a la ley de drogas [132]. De hecho, un informe reciente del gobierno de las Bahamas declaró que aumentar el estigma hacia las personas que consumen cannabis y alcohol hasta los niveles experimentados por las personas que consumen cocaína puede ser beneficioso [133].

Las políticas de control de drogas de América Latina todavía se basan en los principios generales de eliminar la producción, el comercio o el uso de cualquier sustancia psicoactiva ilegal. La “guerra contra las drogas” en América Latina no ha reducido el tráfico de drogas, pero ha generado más violencia y violaciones de derechos humanos [36,67,104].

Decreto 1844 y acción de la sociedad civil en Colombia

El cabildeo de la sociedad civil en Colombia ha tenido éxito en la lucha contra el enfoque cada vez más punitivo de la política de drogas del presidente Iván Duque. [73]

En 2018, Duque introdujo el Decreto Presidencial 1844, que otorga a los agentes del orden poderes adicionales para registrar y multar a quienes estén en posesión de pequeñas cantidades de drogas. Esto a pesar de que las sentencias constitucionales en Colombia han

despenalizado la posesión de pequeñas cantidades de cocaína y marihuana (conocidas como "dosis mínimas") desde la década de 1990 [134].

Temblores, una organización de la sociedad civil, llevó el caso a la corte constitucional, destacando la aplicación desproporcionada del decreto entre las minorías raciales y étnicas y el objetivo de las personas en situación de calle. En 2019, el tribunal dictaminó que la ejecución del decreto era inconstitucional [135-137].

Temblores, junto con el Colectivo de Abogados José Alvear y la miembro de la Cámara de Representantes Katherina Miranda, llevaron el caso al Consejo de Estado, el tribunal supremo de Colombia en materia administrativa. El 19 de julio de 2020, el Consejo de Estado anuló oficialmente los efectos del Decreto 1844, impidiendo a las fuerzas del orden multar o arrestar a las personas en posesión de drogas para uso personal [135-137].

4.

FINANCIAMIENTO PARA ACCIONES Y PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

A medida que los donantes internacionales como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial) se retiran de la región, la tendencia regional ha sido un aumento en la proporción de fondos para la reducción de daños proporcionados por los gobiernos nacionales. Sin embargo, el financiamiento nacional es sistemáticamente inferior al que los donantes internacionales han proporcionado anteriormente, lo que deja a los servicios sin una fuente de financiamiento sostenible y sin poder prestar servicios continuos a las poblaciones vulnerables. [5,11,21,43] Además, se aplica la transición al financiamiento nacional principalmente a los servicios para personas que se inyectan drogas, y quedan pocas oportunidades de financiamiento para los servicios para la mayoría de las personas que usan drogas en la región que no se inyectan [87]. Donde el Fondo Mundial continúa financiando la reducción de daños, ningún país tiene representación comunitaria en su Mecanismo de Coordinación de País. [87]

En el Caribe, la implementación de la reducción de daños se ve limitada por la falta de financiamiento y la ausencia de voluntad política. Ninguna organización de la sociedad civil que brinde intervenciones de reducción de daños recibe apoyo estatal para esos servicios. [15,29] El retiro del Fondo Mundial de muchos países de ingresos bajos y medios de la región ha afectado drásticamente el panorama financiero para la reducción de daños. [138]

Las barreras para acceder al financiamiento público nacional para las organizaciones de reducción de daños aumentaron durante este período en cada país, debido a la crisis socioeconómica en la región y la regresión hacia políticas de drogas más punitivas.

Existe una necesidad clara, urgente y demostrada de que las declaraciones de apoyo político a los programas latinoamericanos de reducción de daños vayan acompañadas de apoyo financiero.

REFERENCIAS

In this section, you should change "Available from" for "Disponible en" and "Global State of Harm Reduction 2020 survey response" for "Respuesta al cuestionario Estado Mundial de la Reducción de Daños 2020". The rest should stay as it is.