

**SIDA Y DROGAS**

**Reducción  
de daños  
en el Cono Sur**



Intercambios. Asociación Civil  
para el estudio y atención  
de problemas relacionados con las drogas.



**ONUSIDA**  
UNEP - UNICEF - UNCTAD - UNFPA - UNHCR - UNIFEM - UNWFP - UNWOMEN



Unidad Coordinadora  
Ejecutora VIH / SIDA y ETS

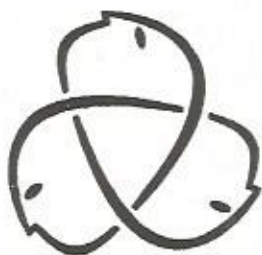
**SIDA Y DROGAS**

---

Reducción de daños  
en el Cono Sur

## SIDA Y DROGAS

# Reducción de daños en el Cono Sur



Intercambios. Asociación Civil  
para el estudio y atención  
de problemas relacionados con las drogas.



Unidad Coordinadora  
Ejecutora VIH / SIDA y ETS

Todos los derechos están reservados. No pueden ser vendidos o usados con propósitos comerciales sin aprobación por escrito de la *Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA y ETS - LUSIDA* del *Ministerio de Salud de la Nación*, de la *Asociación Civil Intercambios* y del *Programa Conjunto de Naciones Unidas para el Sida - ONUSIDA*

© Ministerio de Salud de la Nación  
Intercambios Asociación Civil  
ONUSIDA

Buenos Aires, 2000  
Argentina

Compiladora: *Diana Rossi*

1ª edición  
Julio de 2001

Desgrabación, composición, corrección  
de estilo y tipográfica: *Intercambios Asociación Civil*  
Armado: *Taller del Sur*

ISBN 987-98893-0-4

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723  
Impreso en Argentina - *Printed in Argentina*



# Seminario Regional sobre sida y drogas. Reducción de daños en el Cono Sur

*Organizado por:*

- UNIDAD COORDINADORA EJECUTORA DE VIH/SIDA Y ETS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN.
- INTERCAMBIOS. ASOCIACIÓN CIVIL PARA EL ESTUDIO Y ATENCIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DROGAS.

Con apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/sida (ONUSIDA)

Con la colaboración de GTZ Cooperación Alemana para el Desarrollo

Declarado de interés legislativo por la Honorable Cámara de Diputados de la Nación.

*Auspiciado por:*

- Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación (SEDRONAR)
- Secretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

- Subsecretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
  - Instituto Nacional contra la Discriminación del Ministerio del Interior (INADI)
- Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)
- Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)
  - Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen (UNODCCP)
    - International Harm Reduction Association (IHRA)
  - Red Latinoamericana de Reducción de Daños (RELARD)
  - Federación de ONGs de la Argentina para la Prevención y el Tratamiento del Abuso de Drogas (FONGA)
    - Sociedad Argentina de Sida (SAS)
  - Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD)

# Presentación

La presentación de un libro que recoge un hecho tan importante como fue el Seminario Regional sobre sida y drogas realizado en Buenos Aires los días 12 y 13 de octubre de 2000, requiere analizar la historia que dio lugar al hecho y las implicancias futuras que de él se desprenden.

Respecto de la historia, la región comenzó en 1997 con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/sida (ONUSIDA), un trabajo de articulación entre las áreas gubernamentales y no gubernamentales con el fin de conocer e intervenir en la epidemia del VIH/sida en usuarios de drogas inyectables del Cono Sur. Ello dio lugar al reconocimiento y al debate acerca de la estrategia de reducción de daños, que tenía un desarrollo incipiente en el área gubernamental y más extenso en el sector no gubernamental. Las experiencias locales e internacionales fueron útiles para la definición del Proyecto y sus acciones iniciales.

En esa primera etapa, reconocemos la contribución de la Dra. Mercedes Weissenbacher quien en su gestión como Asesora Interpaís del ONUSIDA, incentivó el diseño del Proyecto de Prevención de la Infección por VIH en usuarios de drogas inyectables en el Cono Sur y facilitó el desarrollo de los primeros proyectos nacionales. Reconocemos también el aporte de la Dra. Laura Astarloa, como Directora del Programa Nacional de sida de la Argentina y de la Dra. Raquel Child, como Directora de la Comisión Nacional de sida de Chile, quienes participaron activamente en la primera etapa del proyecto regional. También reconocemos al Dr. Pedro Chequer, actual Asesor Interpaís del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el sida, quien continuó e impulsó el desarrollo de la primera fase del Proyecto Regional; a la Dra. Mabel Bianco, Coordinadora de la Unidad Coordinadora Ejecutora VIH/sida y ITS del Ministerio de Salud ar-

gentino; y a la Dra. Anabella Arredondo, Directora de la Comisión Nacional de sida de Chile, que le dieron continuidad al trabajo iniciado.

Esta publicación recoge los avances de la primera fase del Proyecto Regional. Su realización permitió reunir por primera vez a los funcionarios encargados del tema sida y a los encargados de la política de drogas de la Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. En el debate estuvo integrado el sector no gubernamental representado por las ONGs que ejecutan las acciones en cada país. Otros actores fundamentales fueron los representantes de ONUSIDA y de la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen (UNODCCP), que se sumó al apoyo de la segunda fase del Proyecto Regional. Asimismo, el Seminario refleja el debate acerca del tema en los medios de comunicación social, y los avances en el campo legislativo, con la contribución de la experiencia brasileña, pionera en América Latina. En la segunda fase del proyecto que se iniciará en 2001, Brasil se incorporará al Proyecto Regional, ampliando el marco del conocimiento y las acciones.

Corresponde agradecer especialmente a toda la gente que dedicó tiempo y energía para que pudiéramos organizar el Seminario Regional. A todos los autores de esta publicación, que integra información y experiencias de organismos internacionales, gubernamentales y no gubernamentales.

A todo el equipo de Intercambios Asociación Civil, y especialmente a Adriana Nill, a Constanza Leone, a Damián Brat, a Sonia Ripsky, a María del Carmen Canel, a Verónica Granda y a Yanina Millansky, por todo el trabajo y la dedicación que pusieron para organizar este encuentro. Al estudio Levinson-Basevich por el diseño de todo el material del Seminario.

Del Programa Lusida del Ministerio de Salud, queremos agradecer especialmente a Claudio Bloch, a Rodolfo Kaufmann, a Adriana Procupet, del área de Salud; a Lilian Isler, del área de Comunicación; también a Clarisa Caciorgna, a Melisa Margaride, y a Antonio Gregoric.

De la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, agradecemos a Sonia Quiruelas su contribución para conseguir el Salón de Conferencias de la Cámara de Diputados de la Nación.

Agradecemos a la Diputada Nacional Irma Parentella su apoyo para la realización del Seminario. A todo el personal del Plan de Acrecentamiento de la Eficiencia Parlamentaria (PAEP) de la Cámara de Diputados, en las personas de Graciela Castillo y Susana Chela, y especialmente a Gloria Bancallari por encargarse de la locución del Seminario.

Agradecemos también al Dr. Peter Weis de GTZ, por la colaboración de la Cooperación Alemana para el Desarrollo, otorgada para la organización del Seminario.

Asimismo, agradecemos la participación de todos los panelistas, moderadores, y de los 400 asistentes al Seminario, quienes aportaron su punto de vista en el debate que integra este libro.

Esperamos que la inversión de energía y recursos económicos que implican estas reuniones, redunde en el desarrollo de diseños preventivos que alcancen a una mayor proporción de usuarios de drogas y a su entorno social, respetando sus derechos como ciudadanos.

DIANA ROSSI  
*Área de Investigación*  
*Intercambios Asociación Civil*



## Panel de Apertura

LIC. GRACIELA TOUZÉ. *Presidenta de Intercambios Asociación Civil.*

La epidemia de VIH/sida entre usuarios de drogas inyectables es preocupante en todo el mundo. Si bien comienza a controlarse en los países desarrollados, se mantiene en expansión en los países en desarrollo. Hay una explosión de la infección por VIH en usuarios de drogas inyectables en Europa del Este; en los países asiáticos la diseminación parece incontrolable y en América Latina, la situación es particularmente grave en Brasil y en el Cono Sur.

Los datos disponibles sobre el consumo de drogas en el Cono Sur permiten concluir que es un problema creciente y preocupante en los cuatro países, aunque tenga dimensiones distintas en cada uno de ellos.

Las políticas e instrumentos legales relacionados al uso de drogas en nuestra Región se han caracterizado por un grado de tolerancia muy bajo. Las sanciones legales son mecanismos adoptados frecuentemente para tratar el problema, y las estrategias implementadas se centran fundamentalmente en la represión, la prevención primaria, el tratamiento obligatorio y la abstinencia.

En los cuatro países, las acciones de intervención para la prevención del VIH/sida entre usuarios de drogas y sus parejas sexuales son todavía insuficientes. De igual modo, el conocimiento sobre las características epidemiológicas y las prácticas de estas personas es muy parcial. La articulación entre las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y universitarias que trabajan en los temas del VIH/sida, las drogas y su interacción, son también incipientes. No hay organizaciones de usuarios de drogas en estos países, principalmente como consecuencia del contexto de

criminalización de esta práctica. Las ONGs y agrupaciones de personas viviendo con VIH, son militantes importantes en la lucha contra la epidemia pero aún es escaso su trabajo en torno a la relación drogas/sida. Las posibilidades y alternativas para la intervención continúan en debate, especialmente las estrategias de reducción de daños que, con frecuencia, son comprendidas en forma equivocada como estímulo y facilitación del uso de drogas ilícitas.

A pesar de todas las dificultades referidas, se puede constatar una disposición creciente en los organismos oficiales para tratar el tema y buscar soluciones en forma coordinada con todas las instituciones interesadas, gubernamentales y no gubernamentales.

El desarrollo de proyectos relacionados con la prevención del VIH en usuarios de drogas recibió un fuerte impulso en el Cono Sur a partir de 1997. En septiembre de aquel año y gracias al apoyo del ONUSIDA, tuvo lugar en la ciudad de Buenos Aires, una reunión entre los Programas Nacionales de sida y organizaciones no gubernamentales (ONGs) de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, con la intención de buscar consenso respecto de estrategias eficaces para enfrentar el problema.

En esa oportunidad comenzaron a gestarse no sólo futuras líneas de investigación e intervención, sino también modos novedosos de gestión de las acciones de salud pública, en una construcción colectiva que asocia Estado, sociedad civil y agencias internacionales.

En 1998-99, ONUSIDA apoyó financieramente tres proyectos de investigación, capacitación y prevención en el área de VIH/sida y drogas, desarrollados en Buenos Aires (Argentina), Montevideo (Uruguay) y Asunción (Paraguay), que sentaron las bases para una perspectiva regional.

Finalmente, en el año 2000, se iniciaron las actividades del Proyecto Regional "Prevención de la Infección por VIH en usuarios de drogas inyectables en el Cono Sur", financiado por ONUSIDA y co-gestionado por los Programas Nacionales de sida de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay y por una ONG de cada país: INTERCAMBIOS de Argentina, PROGRAMA CALETA SUR de Chile, PREVER de Paraguay e IDES de Uruguay.

Este Proyecto, cuyos avances y primeros resultados serán presentados en este Seminario, está posibilitando intervenir en el problema y contribuir a la disminución de la transmisión del VIH por el uso compartido de los equipos de inyección, por la transmisión sexual entre usuarios de drogas y sus parejas sexuales y por la transmisión perinatal secundaria a estas prácticas. Asimismo, está permitiendo potenciar las acciones que se vienen desa-



trabajando aisladamente, buscando un enfoque global, interdisciplinario e intersectorial sobre esta problemática.

El Proyecto Regional se localiza en las ciudades capitales de cada país: Buenos Aires (Argentina), Santiago (Chile), Asunción (Paraguay) y Montevideo (Uruguay) y su primera fase concluye a fines del 2000.

Cuatro son los objetivos principales del Proyecto:

- Construir un enfoque común en el Cono Sur, para el abordaje de la epidemia de VIH/sida entre usuarios de drogas inyectables.
- Promover una respuesta ampliada al problema, a través de la participación de organizaciones e instituciones de la sociedad civil y diferentes sectores gubernamentales.
- Conocer las actitudes, representaciones sociales y prácticas de usuarios de drogas inyectables y sus parejas sexuales.
- Promover y desarrollar acciones que reduzcan los riesgos de infección por VIH en usuarios de drogas, sus parejas sexuales e hijos.

Las estrategias definidas para alcanzarlos contemplan la adopción de instrumentos legales que faciliten las acciones de prevención del VIH en usuarios de drogas inyectables; la sensibilización de los formadores de opinión e instancias de decisión política relacionadas a la temática del uso de drogas y la infección por VIH; la promoción de redes socio - sanitarias de referencia que faciliten el acceso a la atención integral de los usuarios de drogas inyectables; que la comunidad se involucre activamente, particularmente los usuarios de drogas y sus redes sociales; y la promoción de investigaciones que sirvan de base para el desarrollo y evaluación del proyecto, la formulación de políticas y estrategias futuras.

Con este marco general, cada país privilegió el desarrollo de actividades prioritarias, adecuando las intervenciones a las necesidades y posibilidades del contexto local. De esta forma, se está creando en la Región, una importante masa crítica de profesionales, líderes sociales y entre los propios usuarios de drogas, que podría apoyar e involucrarse en la multiplicación de iniciativas concretas para el control de la situación.

Es necesario y urgente poner atención y sostener las intervenciones para reducir la transmisión del VIH asociada al uso de drogas en los cuatro países de la Región. En otras palabras, para reducir la velocidad de expansión de la epidemia en Argentina y en Uruguay, es urgente ampliar la adop-

ción de medidas de intervención entre usuarios de drogas inyectables. Por otro lado, que este modo de transmisión sea todavía limitado en Chile y Paraguay, ofrece una excelente oportunidad para desarrollar acciones tempranas de prevención.

Además de la situación epidemiológica y geográfica, otros factores de orden político, legal y cultural comunes a nuestros países, indican que la acción regional coordinada con acciones específicas en cada uno de ellos, podrían alcanzar resultados positivos a mediano y largo plazo.

Dr. JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ MORALES. *Representante para el Brasil y el Cono Sur de la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen* (UNODCCP)

En nombre del Sr. Pino Arlacchi, Subsecretario General de las Naciones Unidas y Director Ejecutivo de la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen con sede en Viena, les doy la bienvenida a este importante Seminario y expreso nuestra confianza de que vamos a poder conseguir arribar a unos trabajos que se vislumbran bien positivos y próximos.

En primer lugar me gustaría hacer una presentación muy rápida del Programa que yo represento, en Brasil y ahora en el Mercosur y Chile, el UNODCCP, Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención del Crimen, fue creado en el año 90 por la Asamblea General y comenzó sus actividades en el año 91. Se le fundieron una serie de organismos que estaban trabajando en la materia dentro del sistema de Naciones Unidas. Tiene como rol principal dentro del sistema de Naciones Unidas todo lo relacionado al tema de las drogas, tanto en la parte de control como en la parte de prevención, tratamiento y rehabilitación de usuarios de drogas. Todo esto le viene conferido por el mandato de la Asamblea General y las Convenciones de Naciones Unidas, todas ellas anteriores a la creación del programa, y destacan la importancia de la cooperación internacional. Por eso para nosotros es muy satisfactorio y estimulante que una serie de países estén aquí reunidos para discutir sobre un problema común a todos, y buscar entre todos soluciones propias de la región, de cada uno de los países, considerando nuestras culturas y nuestros problemas locales, también regionales, en un problema tan serio como es el VIH/sida y

en lo que nosotros podamos aportar, su relación con el consumo indebido de drogas.

UNODCCP es miembro del ONUSIDA desde 1999 y esto permitásemo decir fruto de la experiencia que se ganó entre la cooperación del Ministerio de Salud de Brasil con la coordinación. El programa que yo represento en Brasilia, durante el año 1995 fue un programa pionero en relación con el sida y en la relación drogas y sida, y dentro de políticas generales de prevención. Se avanzó en aspectos muy controvertidos en ese momento, incluso dentro de mi organización, como es el tema de la reducción de daños. Hoy en día son conflictos que se pueden discutir abiertamente, no existen aquellos tabúes que había antes. Los resultados alcanzados en Brasil contribuyeron notablemente a formar parte de este esfuerzo conjunto de las Naciones Unidas que es ONUSIDA. También la experiencia adquirida en Brasil que en la segunda fase del acuerdo de préstamo entre el Gobierno de Brasil y el Banco Mundial se estableciese unas prioridades de cooperación internacional, no sólo a nivel subregional sino también con los países africanos especialmente países africanos de lengua portuguesa que, aparte de ser prioritarios para el gobierno brasileño, son también países con un problema de magnitud bien seria. Tal vez también contribuyó este proyecto a que la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas en la reunión de marzo del 2000 decidiera que la oficina nuestra en Brasil fuese la que en adelante tomase la responsabilidad del contacto diario con los gobiernos y con la sociedad civil de los demás países del Mercosur y Chile por cuanto todos los proyectos, no sólo los de cooperación con el Ministerio de Salud en la parte de prevención sino también otros proyectos en el área de control, todos ellos ya habían identificado un área de cooperación internacional.

Por último quisiera destacar que el proyecto del que estábamos hablando en este momento en relación con el sida en el Cono Sur se encuentra en un estado avanzado y combinamos con él en estos días tener un intercambio de información y de experiencias lo más profundo posible y avanzar en los últimos detalles de este proyecto. Por eso sólo me resta desear el mayor éxito a todos los trabajos que se van a desarrollar y espero poder tener contacto personal con ustedes durante estos días. Muchas gracias.



Para ONUSIDA este encuentro representa mucho, porque en verdad lo que vemos acá es un proceso que a pesar de ser de reciente comienzo, presenta resultados y presenta perspectivas concretas de cambio de la epidemia en el Cono Sur. Yo diría que estamos retrasados en ese proceso. Estamos retrasados en las acciones y estamos retrasados en las acciones políticas de hacer llegar a la población las acciones de prevención, pero por lo menos aunque retrasados y en eso incluyo no solamente al Cono Sur sino a todo el mundo, tenemos perspectiva de cambios. Ese proceso para ONUSIDA es estratégico porque en Cono Sur se empezó en marzo con el desarrollo del proyecto.

Tuvimos una reunión de evaluación y me quedé sorprendido con los resultados. Realmente hubo cambios, realmente poco a poco estamos cada vez más cerca al proceso de acción política. Hace aproximadamente dos meses acá en la Argentina con mucha alegría vimos al Secretario Nacional de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico, anunciando la nueva política de gobierno relativa al tema. Y eso representa mucho porque en situaciones como las que tenemos en algunos países del Cono Sur, la posición oficial del gobierno en cuanto responsable mayor por la salud de la población, es fundamental para los cambios. En la Argentina también se perciben más recientemente cambios con relación a la política oficial relativa al tema de prevención, aún problemática en los países. Y esto es importante, nosotros vemos con bastante esperanza la perspectiva futura.

¿Por qué es importante el proyecto para el Cono Sur? El Cono Sur representa la presencia masiva de usuarios de drogas. Si tomamos Cono Sur como sur de Brasil, Uruguay, Argentina y los demás países de la región es cercana al 40% la frecuencia relativa de casos de sida y seguramente también de infecciones debido al uso compartido de material de inyección. Y eso hoy toma un nuevo camino porque a medida que estamos ampliando las colaboraciones, estamos ampliando las intervenciones con los gobiernos que empiezan a tomar decisiones hacia el control de la epidemia en nuestros países, y UNODCCP que se torna el más reciente socio en el proyecto. La fase 1 del proyecto como veremos en los próximos dos días, avanzó básicamente en la legislación, en la capacitación, avanzó en algunas acciones directas con la población. La fase 2 amplía su perspectiva y empezamos a involucrar acciones de prevención del uso de drogas en

cuanto acciones de promoción a la salud. La perspectiva humanística es distinta muchas veces a lo que se hace en los países, porque es fundamental que el Estado hoy asuma en relación con el sida el tema del uso de drogas como amenaza concreta social, económica y también amenaza desde el punto de vista de la salud pública. Nosotros, desde el punto de vista de ONUSIDA agradecemos la receptividad y el apoyo del Programa Nacional, a Intercambios que viene trabajando en la Argentina desde hace tiempo con ganas de hacer cambios, y a los países aquí presentes, para que retomemos el proyecto en su nueva fase, con perspectiva segura de cambios, inserción bastante fuerte en la prevención de uso de drogas y también reducción de daños en los servicios de salud.

Existe un documento que yo considero de la mayor importancia política, recientemente elaborado por el sistema de las Naciones Unidas en la reunión del pasado mes de septiembre. La política formal de la ONU acerca del tema VIH/sida, y reducción de daños aparece por primera vez como una política formal oficial del sistema por su eficacia evaluada durante varios años.

*Dra. MABEL BIANCO. Coordinadora de la Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación*

Este es uno de los pocos placeres que uno tiene desde la función pública, y digo pocos porque entre las actividades que desarrollamos en el Programa son muchísimas más las dificultades, los problemas de mover los expedientes, de lograr mover la maquinaria pesada que es el Estado. Y estos son los momentos que nos reconfortan porque son los momentos en los que tenemos oportunidad de trabajar hacia el futuro desde el presente, con concreciones. Y creo que en ese sentido para mejorar mi ánimo y poder luchar contra la maquinaria burocrática es bueno que hoy hagamos algunos resúmenes sobre logros.

Cuando a fines de enero me invitó el Ministro de Salud a que lo acompañara haciéndome cargo de todas las actividades para VIH/sida, incluido Lusida, realmente era un desafío porque desde el lado de las ONGS había estado criticando fuertemente lo que se había hecho, y ahora me toca hacerlo y siento toda esa carga y todo ese peso sobre mí. Pero creo que estos son los momentos en los cuales, a pesar de las dificultades, tenemos

que abroquelarnos sociedad civil y gobiernos para superar las dificultades inmediatas en busca de logros que son las metas de más largo alcance. Y ahí es donde entramos en un proceso de desarrollar un plan estratégico para estas actividades, que no lo teníamos, pensando ya no meramente en este año, sino pensando a unos tres o cuatro años vista, estamos desarrollando este proceso para el periodo 2000-2003. Y tengo que decir que la mejor garantía de su éxito es que no lo estamos haciendo desde el Ministerio o desde el área Central en la Ciudad de Buenos Aires sino que lo estamos haciendo en las provincias con la participación de los distintos gobiernos provinciales, municipales y también de la sociedad civil. En este momento en Corrientes se está desarrollando uno de estos talleres sub-regionales. Entonces a nuestras tres prioridades y ejes para ese plan que son la prevención, el trabajo para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH y el fortalecimiento de los servicios, fundamentalmente de salud, es un aporte fundamental no olvidar el tema de la vinculación del uso de drogas y el VIH/sida. Ustedes saben que todos los aspectos del sida han sido muy difíciles de asumir en la sociedad porque están tocando con aspectos que tienen que ver con problemas privados muy importantes y de alguna manera muy mal catalogados por la sociedad. Entonces estamos luchando contra los prejuicios, contra lo que le ponemos nosotros subjetivamente de calificación y que nos requiere el trabajo de cada día de decir cuidado que por ahí viene lo que aquí llamamos el enano fascista, que todos en alguna medida lamentablemente tenemos adentro y con lo cual tenemos que hacer un ejercicio diario de control.

La asociación uso de drogas - sida es el gran ignorado y es tan ignorado que incluso necesitamos que ONUSIDA lo piense y le dé prioridad. Por eso saludamos y nos parece de gran importancia que se haya incorporado el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas en ONUSIDA, porque nos parece que es una parte que no puede estar ausente. Pero es tal la resistencia que a fines de mes en la reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, cuando discutimos el informe de la Secretaría sobre las actividades para el VIH de toda nuestra región, muy positivo, sin embargo, el tema de la vinculación con las drogas y los programas de prevención y de asistencia se perdía, y cuando leíamos la resolución no estaba y tuvimos que luchar Brasil y la Argentina, presentando cada uno una enmienda a esa resolución, y ahora tenemos una resolución que reconoce este problema y que además insta a los gobiernos y al Director de la OPS a que asuma compromisos y actividades concretas en esto.



Por eso me parece que va a ser un trabajo que tenemos que hacer permanentemente el de ir incorporando este tema, porque cuando nos descuidamos se olvida. Pero creo que concretar esto en la Argentina y en este lugar que es simbólico, y le quiero agradecer a la diputada Parentella, y es simbólico porque aquí es donde la representación de todos los ciudadanos discutimos las normas que van a generarnos las líneas en el país. Nosotros desde el Ejecutivo podemos hacer muchas cosas, pero necesitamos leyes que nos avalen. Necesitamos leyes que den la perspectiva de futuro. Y no fue este un lugar donde encontramos muchas veces el campo fértil para hablar de estos temas. Para hablar de sida y para hablar de uso de drogas. Y es simbólico entonces porque en estos ocho meses desde que nos hicimos cargo del Programa y el Doctor Cortese de la Secretaría de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico y empezamos a conversar de cómo podíamos enfrentar esto y dimos como logros en primer lugar la resolución de la Secretaría que la sigo agradeciendo, festejando y difundiendo.

En segundo lugar tenemos incorporado en nuestro plan estratégico como una de las acciones prioritarias la prevención y las acciones en todos los niveles tanto municipales, provinciales y el nivel nacional, para desarrollar políticas y programas. En tercer lugar el proyecto Lusida ha lanzado este concurso de nuevos proyectos de prevención para realizar y ha dado prioridad a este tema, por lo tanto estamos esperando que cuando se expida el comité tengamos por lo menos unos cinco, seis o más proyectos desarrollándose. Porque además vamos a lanzar muy prontamente una campaña de prevención focalizada donde con distintos organismos de la sociedad civil vamos a promover acciones dirigidas a usuarios de drogas en distintos lugares del país. Y también porque estamos comprometidos con el Dr. Cortese y con algunos gobiernos provinciales y municipales en desarrollar programas concretos en este sentido y no quedamos en estos buenos deseos. En ese sentido, creo que este taller en el marco de este proyecto es fundamental, porque además nos caracteriza en otro de nuestros objetivos que es que tenemos que trabajar juntos sociedad civil y gobiernos, y más en el tema del sida. Si seguimos enfrentándonos y creemos que unos podemos sin los otros, no vamos a llegar a ningún lado. Creo que esta es una lección que ya está vista. Entonces en la medida en que estamos trabajando conjuntamente, estamos desarrollando actividades en las cuales nos potenciamos en lo que cada uno puede; no es cuestión de que el gobierno trate de hacer lo que hacen las ONGs o los organismos de la socie-



dad civil, ni que la sociedad civil trate de hacer lo que hace el gobierno. Pero sí que encontremos la forma conjunta de desarrollo. Y esto creo que es algo novedoso en nuestro país porque esto también va a afianzar el ejercicio de la democracia. Ha sido un país con una tradición muy verticalista, autoritaria y le hemos puesto al gobierno y al Estado, sobre todo al nacional, toda la responsabilidad. Y no nos hemos engañado, el gobierno nacional tiene una responsabilidad, nos tienen que cobrar por ella. Pero no es la única. Si fuera la única por mal camino vamos porque desde Buenos Aires donde atiende Dios no se solucionan los problemas de la gente. Los problemas de la gente se solucionan inclusive en Buenos Aires, en los barrios, donde vive la gente, no aquí donde viene a hacer trámites, o donde viene a trabajar, donde sí tenemos que desarrollar algunas actividades. Esta lucha contra el centralismo, contra la modalidad de reclamar al otro y que otro lo haga, donde el otro dice si puede o no puede, o "se hace como yo digo", es algo que si no lo acabamos nos estrellamos los Argentinos. No va a tener ninguna solución.

Yo invito a que en estos días podamos todos los argentinos que tenemos la posibilidad de tener estos invitados tan importantes, que los aprovechen, que hablemos, porque es una oportunidad para generar ideas. Entonces intercambiamos, busquemos aquello en lo que podamos aprender mutuamente y empezar a desarrollar este camino conjunto. Yo lamentablemente no voy a poder acompañar todo el Seminario pero en todo lo que sea posible voy a estar y les digo a ustedes que aprovechen y gocen este intercambio que va a ser tan fructífero y en lo cual ponemos nuestras esperanzas. Y además les ofrezco que esto no sea el único momento de contacto. Con Graciela Touzé, con el Dr. Chequer, con el Dr. Cortese estamos permanentemente trabajando en esto y estamos abiertos para recibir ideas, para canalizarlas, y también vamos a venir a traerles algunas ideas a los legisladores como ya amenazamos hace unos meses, para ver si podemos conseguir que no solamente en el presupuesto nos consideren sino que también tengamos algunas ideas y concreciones de algunos cambios legislativos que nos permitan trabajar para los años futuros con un rumbo consensual entre todas las fuerzas políticas, porque este no es un tema de un sector político, es un tema de toda la sociedad. Espero que esto sea muy fructífero y que sea sólo el comienzo de lo que vamos a ir desarrollando y trabajando.

Dr. LORENZO CORTESE. *Secretario de Programación para la Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación*

Celebramos desde la Secretaría de Estado con entusiasmo y con euforia este encuentro, que va mucho más allá de una declaración de un auspicio a través de una resolución que quiero decir que en este caso, instrumenta con sentimiento lo que el acto oficial en la misma expresa. Quería decirles que me siento muy cómodo en esta casa, porque fue una casa que me albergó durante ocho años de mi vida donde en este mismo recinto pasé muchas horas, donde en el recinto de la deliberación, hace más de diez años, un día lográbamos después de algunos años de tratamiento, una nueva legislación en materia de drogas en la Argentina, que más allá de tratarse de una norma con prioridad en el aspecto penal, reconocía en el tratamiento y en las medidas de acción preventiva lo importante que significan las mismas en la consideración de los temas de drogas.

Estoy al frente de la Oficina del Poder Ejecutivo en materia de drogas y como debo ser sintético, debo decir entonces que las líneas de acción pasan por darle preeminencia al Estado en el reconocimiento por supuesto, de todos los organismos que tiene la sociedad trabajando en este tema. Pero lo que constituye específicamente función del Estado, es la definición de políticas. No pretendemos que el organismo que tengo que conducir sea un organismo burocrático, un organismo bobo. Debe ser un organismo austero, un organismo donde prime el concepto ético pero donde se definan políticas que interpreten la vocación internacional y el sentimiento y la acción de quienes tienen profesionalismo y en la sociedad trabajan por estos temas.

La Resolución N° 351 no es más que fijar una línea de acción política que ustedes, y nosotros por supuesto en la acción, tendremos que implementar. Abrir una puerta para que en definitivo comprendamos que hay aspectos de las drogas y de otros dramas de la sociedad que están relacionados y que lo que marca la comunidad internacional como un principio a reconocer, no puede encontrar un vallado en las políticas nacionales. Dice bien Mabel Bianco que algunos sectores de la sociedad resisten, y hay que romper esa resistencia, no romper el debate. Por supuesto que son sectores minoritarios, basta la nómina de quienes han adherido desde la función pública, privada, desde las actividades de organismos no gubernamentales, para señalar que este encuentro va en el correcto camino. Pero el debate no puede cerrarse. Habrá que darlo. Lamentablemente cuando esas

voces de resistencia se expresen, aunque sean pocas y minoritarias, a veces tienen mayor espacio de prensa que la actividad de militancia y oficial. Pero cuando esas voces se levantan, este encuentro es la mejor réplica.

Quizás la mejor réplica sea también manifestar que la comunidad internacional a través del Organismo de Naciones Unidas ha fijado una política, y la Argentina es miembro de ese Organismo y que la Argentina por supuesto con este gobierno, ha votado esa resolución. Ha votado las políticas anteriores también, en consecuencia no estamos haciendo más que reconocer en el ámbito interno lo que constituye una línea de pensamiento universal. No tenemos que quedarnos desde el Estado en una manifestación instrumentada ante una resolución que nos quede con la sensación de que cumplimos con esto lo que constituye nuestra obligación.

Por eso vamos a avanzar en conjunto en lo que podamos para que en los marcos de las responsabilidades provinciales, vaya poniéndose la idea en acción con nuestra instancia, para cubrir la geografía de todo el país a partir de los ámbitos territoriales donde el problema se exprese con mayor magnitud. En esto también se expresa un modo de trabajar en la Secretaría, que es la interrelación de distintos organismos del Estado con el nuestro en todo aquello que sea materia de compatibilidad funcional. No tengo este problema con Mabel Bianco y seguramente no lo tengo con casi todas las áreas, pero cuando hacemos interrelación, les digo a los funcionarios de los otros organismos y les digo a los funcionarios propios que les digan a los funcionarios de los otros organismos que nosotros tenemos dinámica en la acción, que hay un tren en marcha y que si quieren interrelación que se suban porque si no lo pierden. Porque no es cuestión de fijar una posición sino de tener multiplicidad de acciones. Por eso cuando hoy estamos aquí en este encuentro, profesionales de la Secretaría están desarrollando actividades en distintos ámbitos del país, de orden preventivo, asistencial, metidos en el marco de la pobreza de los grupos aborígenes tratando de dar las respuestas que la sociedad nos reclama más allá de las limitaciones presupuestarias que tenemos. Digo finalmente que cuando nos sumamos en esta acción lo hacemos con euforia pero convencidos de que esto forma parte de una acción de políticas que debe desarrollar el Estado.

A los que dicen que nos abrazamos al fenómeno del sida sin comprender la importancia del fenómeno de las drogas, se equivocan, porque nos inspira la propia Resolución 4313 de Naciones Unidas que hemos invocado para la resolución de la actividad en materia de reducción de daños. Y como reconocemos esa Resolución, queremos decir que ese es el



punto número dos, pero el punto número uno es el que señala la obligación del Estado y la sociedad para prevenir fuertemente el consumo de drogas y realizar todas las tareas de asistencia y recuperación que el Estado y la sociedad tienen que tener a su cargo en relación con aquellos que tienen el problema de las adicciones. Y lo otro es el remanente, reducir daños cuando ya los programas de asistencia fracasaron o cuando no se tuvo la posibilidad de desarrollar esos programas.

Vamos a cumplir todas las obligaciones del Estado como cumplimos ésta. Y no vamos a olvidar como obligación del Estado aunque sea un marco distinto, la que corresponda a luchar frontalmente, a controlar con claridad y con eficacia el tráfico de drogas en Argentina, que tiene la tremenda dificultad de la vecindad con países productores, ni vamos en este aspecto a declinar en las responsabilidades de conducción y liderazgo que tenemos en el Cono Sur en lo que constituye materia universal de este fenómeno. Pido disculpas porque vamos a tener que retornar a nuestra función y no podremos enriquecernos con la asistencia a esta deliberación, llegaré a mi oficina e instaré al organismo competente del Ministerio responsable de las relaciones internacionales, para que se convoque nuevamente al Mercosur, cuya presidencia ya no ejerzo, para analizar un aspecto muy importante del fenómeno del control de drogas como es la aplicación del Plan Colombia en aquel país, con las implicancias, la vulnerabilidad y las incidencias que pueda tener el mismo en los restantes países de América del Sur y en especial del Cono Sur. Vamos a hacer todo lo que esté a nuestro alcance en la medida de nuestras posibilidades. Como queremos hacer todo estamos haciendo esto y entonces celebramos que se comprenda la implicancia que tienen las drogas en el fenómeno del sida pero que la política de reducción de daños no se limita desde el aspecto de las drogas al sida. Porque cuando comprendemos que alguien soporta la dificultad, la gravedad y el peso de tener una adicción, uno de los riesgos es el sida, pero si actuamos con eficiencia podemos evitar tantos otros daños que constituyen en la vida de esa persona un riesgo complementario de su problema. Que tengan mucha suerte, será un encuentro fructífero, no tengo dudas, dejo en nombre del Presidente de la República un saludo para todos. Y decir finalmente que cuando digo que esta resolución la he suscrito, es porque tengo consulta con el Presidente de la República y esa resolución expresa el pensamiento de este gobierno al respecto.

## Conferencia: ¿Cómo generar el consenso para el desarrollo de estrategias de reducción de daños?

*Moderadora:* GRACIELA TOUZÉ:

El Dr. Wodak desarrolla desde hace muchos años un trabajo sostenido en su país de origen, Australia, donde dirige el Programa de Tratamiento de Drogas y Alcohol en el Hospital St. Vincent de Sydney. Decir Australia es hablar del país que desde 1985 adoptó como política oficial a la reducción de daños y decir esto es también decir que a partir de la adopción de esta política, Australia ha logrado controlar la epidemia de VIH/sida entre los usuarios de drogas. Estos 15 años de una política sostenida en reducción de daños ha mostrado en Australia sus frutos, y esta experiencia si bien en nuestros países es distinta ya que tardíamente con una epidemia ya declarada nos estamos acercando a la perspectiva de reducción de daños, la experiencia australiana que hoy nos trae el Dr. Wodak puede servirnos de muchísimo aprendizaje para poder evaluar las distintas estrategias de trabajo en este tema y quizás algo tan urgente en nuestros países como la necesidad de generar consenso en torno a la aplicación de estrategias de reducción de daños.

*Dr. ALEX WODAK* *Presidente de la Asociación Internacional de Reducción de Daños - IHRA*

Quisiera agradecer a la Asociación Civil Intercambios y a los otros colegas que organizaron este programa, por haberme invitado a participar en esta reunión tan importante, en este edificio tan importante. Voy a empezar concentrándome en los puntos en común que tenemos todos nosotros, que son muchos, siendo muy pocos los puntos en los que no estamos de acuerdo. En primer lugar, los continentes de los que nosotros provenimos fueron en una época un único continente en el hemisferio sur, que se llamaba Gondwana, y esa es la razón por la cual la costa oeste de América del Sur, Chile y Perú, estaba unida a la costa este de Australia, entonces mu-

chas plantas y muchos animales tienen orígenes comunes. En segundo lugar, nuestros países son eficientes en la producción agrícola y como resultado de ello sufrimos la discriminación de los países europeos y norteamericanos que no son tan buenos en esa producción. En tercer lugar, todos compartimos un compromiso común con respecto a instituciones similares, la norma de la ley, los tribunales y las leyes aprobadas por los parlamentos. Por supuesto, algunos países en América del Sur pasaron épocas muy difíciles y ahora este compromiso con la democracia es más fuerte, y me emociona mucho poder hablarles a ustedes sobre esto. Finalmente quisiera decirles que todos compartimos un compromiso para lograr resultados excelentes en el área de la salud pública. Todos nosotros queremos vivir en países en donde nuestros hijos, nuestros nietos, no sufran problemas derivados de la infección por VIH/sida. Nadie quiere vivir en un país donde sus hijos o nietos tienen un alto riesgo de ser infectados por el VIH.

Además todos somos conscientes de que las drogas ilegales constituyen un importante problema en nuestros tiempos. En todos los países del mundo hoy en día se están convirtiendo en más importantes de lo que eran hace unos pocos años inclusive, ya que la producción global de heroína y cocaína se está duplicando o triplicando cada diez años. Todos nosotros reconocemos que controlar la infección del VIH entre los usuarios de drogas es un punto crítico para lograr la salud, el bienestar, y una buena situación económica de todos nuestros países. Yo incluso diría que controlar la infección de VIH entre los usuarios de drogas inyectables es el núcleo, la tarea central del control del VIH de la población general de la mayor parte de los países.

También necesitamos responder a las drogas y la infección por VIH aprendiendo de los errores y éxitos de otros países, lamentablemente hubo muchos más errores que éxitos. Pero, también hubo éxitos y podemos aprender de ellos. Además debemos reconocer que los resultados de las políticas relacionadas con las drogas actualmente en términos de muerte, de enfermedades, delincuencia y corrupción son impresionantes y cada vez empeoran más. Finalmente debemos reconocer también que la reducción de daños es un componente crítico para lograr una buena respuesta en el área de la salud pública con respecto a las drogas ilegales. Pero en todos los países hay mucha confusión con respecto a qué significa realmente reducción de daños.

Ahora entonces voy a hablar con ustedes sobre diferentes definiciones de reducción de daños. La primera definición es la tradicional que consi-



dera a la reducción de daños como un intento por reducir principalmente las consecuencias adversas tanto económicas, como sociales y de la salud producidas por las drogas que alteran los estados de ánimo, no centrándose en la reducción del consumo. Por supuesto podemos intentar reducir el consumo, pero tenemos que reconocer cuales son las limitaciones que enfrentamos cuando se trata de reducir el consumo y la demanda de drogas. En muchos casos tenemos los mismos problemas cuando hablamos de situaciones individuales que cuando hablamos de comunidades. A veces las personas y las comunidades no pueden o no quieren o simplemente les resulta imposible reducir el consumo de drogas y en ese punto la reducción de daños se vuelve sumamente importante.

La definición tradicional de reducción de daños indica que se trata de reducir la cantidad de muertes producidas por el consumo de drogas aún cuando esto esté acompañado por un aumento en el consumo de drogas. El enfoque tradicional o convencional de esta área consiste en tratar de reducir el uso de drogas aún cuando esto produzca un aumento en la cantidad de muertes de usuarios de drogas. Por supuesto lo ideal sería reducir el uso de drogas y también la cantidad de muertes producidas por el uso de drogas pero a veces eso no es posible.

La segunda definición de reducción de daños es la definición empírica. Y esta definición considera a la reducción de daños como aquello que se produce solamente en aquellos casos donde realmente conseguimos medir una reducción de daños. Esta es una forma muy idealista de encarar este problema, porque no hay recursos ni tiempo suficiente para poder tomar todas las mediciones que hace falta tomar.

La tercera definición de reducción de daños la denominé definición revisionista. Dice que la reducción de daños requiere una reducción de las condiciones adversas de las drogas que alteran los estados de ánimo, reduciendo el consumo, reduciendo la demanda o reduciendo las complicaciones. Esta es una definición muy singular, y significa también que a veces estamos tratando de reducir los daños concentrándonos en tratar de reducir el consumo y lamentablemente a veces cuando nos concentramos en reducir el consumo de drogas, en realidad estamos aumentando los daños producidos por el consumo de drogas. Es muy importante que reconozcamos que este enfoque de reducción de daños con respecto al uso de drogas es muy común en la medicina clínica y en el área de la salud pública. En salud pública muchas veces se dice que lo mejor no sea enemigo de lo bueno. Creo que esto resume la reducción de daños ya que significa que



no tenemos que permitir que las ambiciones utópicas nos derroten y nos impidan obtener resultados prácticos que quizás no son los óptimos.

Como todos saben Sydney acaba de ser la anfitriona de los juegos olímpicos y espero que me disculpen si les doy un ejemplo que tomé en esa ocasión. La reducción de daños significa que cuando sabemos que no podemos llegar a la medalla dorada, tenemos que apuntar a la medalla de plata, porque si seguimos queriendo llegar a la medalla de oro, nuestro país quizás se quede afuera y no consiga ningún tipo de medalla en absoluto.

Otro elemento importante de la reducción de daños es que establezcamos pequeños avances para muchas personas en lugar de avances heroicos para muy pocas personas. Por supuesto, sería fantástico que pudiéramos lograr la abstinencia de algunos usuarios de drogas pero en la mayoría de los países esto es posible en el corto plazo para una minoría. Entonces, en lugar de concentrar toda nuestra atención en lograr un gran avance para una pequeña proporción de la población, lo que hacemos es tratar un progreso más pequeño pero para la mayoría de los usuarios de drogas.

Otro elemento importante de la reducción de daños consiste en apuntar a una jerarquía de resultados, desde el más deseable pero menos probable, como la abstinencia hasta el menos deseable pero más posible como decir a los usuarios de drogas que insisten en continuar utilizando drogas, que desinfecten las agujas y las jeringas con lavandina. Este es el resultado menos deseable pero es el más fácil de lograr. La abstinencia es el resultado más deseable pero el más difícil de lograr.

No debemos confundirnos respecto de la abstinencia. La abstinencia es sin duda la forma ideal de reducción de daños pero cuando tratamos de obligar a todo el mundo a la abstinencia, muchas veces obtenemos resultados terribles para todo el mundo. Otra fuente de confusión es la superposición que se produce entre reducción de daños y reforma de las leyes relacionadas con las drogas. No todo el mundo que apoya la reducción de daños apoya la reforma de las leyes. Para algunos la reducción de daños es muy importante pero la reforma de las leyes relacionadas con el uso de drogas quizás no es aceptable o no es importante en comparación con la necesidad urgente de controlar la infección por VIH. En algunas partes del mundo la reforma de las leyes de manera realista es algo que simplemente no se puede lograr. Para otras personas, y yo soy parte de este grupo, la reforma de las leyes relacionadas con el uso de las drogas es la extensión lógica de la reducción de daños.

Otro progreso importante en la reducción de daños es que involucra

a todas las drogas que alteran los estados de ánimo, entonces acá nos referimos también al alcohol, al tabaco, y también a las drogas recetadas, como también a las drogas ilegales.

La reducción de daños es un enfoque pragmático y empírico. La medición de los resultados es sumamente importante. Nosotros valoramos muchísimo la importancia de mejoras parciales. Por el contrario, la reducción del uso muchas veces es un enfoque más bien ideológico y no enfatiza la importancia de los enfoques empíricos, en otras palabras, la medición no es importante. Los objetivos intermedios no se consideran tan importantes, el único objetivo importante es dejar de utilizar drogas.

Hemos estado apoyando la reducción de daños en Australia desde hace mucho tiempo. ¿Cuáles son los antecedentes? Tuvimos una experiencia bastante temprana de infección por VIH entre homosexuales en mi ciudad, y esto alertó a las autoridades y a los profesionales de la salud pública con respecto a las amenazas provenientes de las infecciones por VIH a la población general. Y muy pronto se reconoció cuál fue la amenaza potencial de una epidemia de VIH entre y proveniente de usuarios de drogas inyectables. Muy pronto tuvimos noticias sobre el contagio epidémico de esta infección en Nueva York, Milán, Ginebra y otras ciudades en otras partes del mundo. Por suerte nosotros tradujimos esto a nuestra situación y nos dimos cuenta de que nos podíamos enfrentar con un problema realmente importante.

Mi país es el que está más cerca del "triángulo de oro" del Sudeste Asiático. Durante los últimos treinta años el "triángulo de oro" de Birmania, Laos y Tailandia ha sido el principal productor mundial de opio y heroína. En los últimos cinco años el "triángulo de oro" fue superado por el Sudoeste Asiático. Entonces, lamentablemente, tenemos una gran población de usuarios de drogas inyectables en Australia. Inmediatamente esto nos alertó con respecto a las graves amenazas para esta población y para la población en general en cuanto a infección por VIH. Muy pronto nos dimos cuenta de que el efecto multiplicador de la infección por VIH proveniente de usuarios de drogas inyectables y transmitida a la población general es mayor que la de cualquier otro grupo con prácticas de riesgo. Eso significa que si comparamos 100 infecciones por VIH entre homosexuales y 100 infecciones por VIH de consumidores de drogas inyectables, habrá más infecciones en la población general proveniente de estos últimos. Esto se debe a que la mayor parte de los usuarios de drogas inyectables son hombres y sus parejas sexuales en general no utilizan drogas. Las relaciones en-

tre estas personas duran poco tiempo, las mujeres quedan infectadas y la próxima pareja sexual de esta mujer también se va a contagiar con el VIH, por lo tanto el efecto multiplicador es muy importante. Quisiera destacar sin embargo, el hecho de que es importante que tratemos de controlar la infección del VIH entre los usuarios de drogas inyectables por el bien de los usuarios de drogas inyectables propiamente dichos, son tan seres humanos como todos los demás. Sus madres y sus padres, sus hermanos y hermanas los quieren tanto como a aquellos que no son usuarios de drogas.

Adoptamos muy pronto la reducción de daños como política nacional respecto del uso de drogas. De hecho en 1985 se notó esto en el nivel más alto posible. Participaron de ello nuestro primer ministro y los jefes de todos los estados. Muy pronto nos dimos cuenta que era necesario tener un enfoque estratégico para apoyar la reducción de daños y que necesitábamos establecer, expandir y mantener la reducción de daños, que es un enfoque de salud pública al uso de drogas ilegales.

¿Qué es este apoyo estratégico? El primer paso consiste en identificar las metas y objetivos clave. En otras palabras, qué es lo que queremos lograr y en qué fecha. El próximo paso consiste en tratar de desarrollar alianzas estratégicas con diferentes socios. Los socios inicialmente están dentro del área de la salud, es importante desarrollar asociaciones con los profesionales y los profesores de las universidades médicas, de las facultades de medicina, con asociaciones médicas y de otros profesionales del área de la salud. Posteriormente, hay que desarrollar también alianzas con los usuarios de drogas propiamente dichos, y con funcionarios gubernamentales para poder desarrollar un trabajo conjunto. Más adelante tenemos que desarrollar una asociación también con funcionarios de aplicación de la ley, y esta es una de las asociaciones más importantes. También es esencial ponerle una cara humana, si seguimos pensando que los usuarios de drogas son unas especies de monstruos, entonces es muy fácil negar este problema o apoyar estrategias que sabemos que no van a funcionar. Pero cuando incluimos a los usuarios de drogas en las discusiones, en los intercambios de ideas, en estas asociaciones, muy pronto nos damos cuenta de los beneficios de este enfoque de colaboración y nos damos cuenta que las dificultades de trabajar con los usuarios de drogas son muy pequeñas respecto de los beneficios. Por lo tanto, es muy importante que continuemos reconociendo el aspecto humano de los usuarios de drogas, y que no los consideremos como algo inferior sino que realmente tenemos que considerarlos como personas normales y tan seres humanos como todos nosotros. Tene-



mos que involucrar a los usuarios de drogas al diseñar e implementar políticas de prevención, no por una razón sentimental e ideológica, sino para realmente poder obtener los mejores resultados posibles al menor costo posible. También es importante involucrar a las familias de los usuarios de drogas, las familias pasan por momentos muy difíciles y en todos los países hemos tardado mucho en reconocer la importancia de apoyar a las familias de los usuarios de drogas.

Ya mencioné la colaboración con los funcionarios que se ocupan de la aplicación de la ley, pero quisiera destacarlo una vez más. Cuando empezamos con este enfoque de colaboración en Australia nos dimos cuenta que aquellos funcionarios de aplicación de la ley tenían que hacer concesiones para poder obtener éxitos en salud pública. Ahora nos damos cuenta que esas personas quieren expandir esta colaboración para poder cumplir sus propias metas. Se reúnen con la gente del área de salud y les dicen: ¿nos pueden ayudar a reducir la delincuencia o los delitos provocados por el uso de drogas? Si bien no podemos hacer esto, es importante que demostremos que la reducción de daños y el enfoque de salud pública ha permitido salvar muchas vidas, y hasta ha permitido ahorrar muchas camas de hospital y muchos gastos por parte del gobierno. En 1991 se estimó que Australia gastó 10 millones de dólares australianos en intercambio de agujas, y esto ahorró muchísimas infecciones por VIH, lo que a su vez produjo un ahorro de 270 millones de dólares australianos. Entonces la reducción de daños es también una muy buena inversión financiera porque les va a permitir a los países ahorrar mucho dinero.

Al apoyar la reducción de daños es importante que utilicemos los medios de comunicación para explicar este problema y este enfoque al resto de la comunidad. No podemos estar por delante de la comunidad, la comunidad nos tiene que acompañar, es importante que reconozcamos que vamos a tener que guiar a la comunidad a través de estos momentos difíciles. Es importante que reconozcamos la contribución especial de las madres en cuanto al apoyo de la reducción de daños, especialmente las madres de usuarios de drogas, pero todas las madres en general son aceptadas en nuestras comunidades como personas muy sinceras y muy positivas. Cuando los hombres tratan de dar el mismo tipo de apoyo la gente lo vive de distinta manera.

Ahora quisiera referirme a los resultados de la reducción de daños y el apoyo estratégico en Australia. Este apoyo estratégico fue crítico para el éxito de la reducción de daños en los primeros tiempos. Ultimamente nos di-

mos cuenta de lo importante que es seguir con este apoyo estratégico porque el apoyo político para la reducción de daños ha estado disminuyendo cuando pasamos por épocas difíciles. Entonces, aún si consiguiéramos la reducción de daños como política oficial en los países del Cono Sur, sería necesario que mantuviéramos un alto nivel de apoyo por parte de los medios de comunicación. No hay que cesar con esta presión.

Es importante enfatizar los beneficios y los ahorros de costos, no solamente para los usuarios de drogas y para sus familias, sino para el resto de la comunidad. Lamentablemente seguimos teniendo el problema de la prevención del VIH entre los usuarios de drogas que están en las cárceles, son muy pocas las personas que entienden y los que quieren trabajar con este problema, y sin embargo constituye una parte crítica del problema de salud pública con respecto a las drogas inyectables y a la infección transmitida por sangre.

Quisiera referirme a la Asociación Internacional para la Reducción de Daños y a la Red Asiática para la Reducción de Daños. Estas dos organizaciones se crearon hace solamente cuatro años así que siguen siendo organizaciones muy jóvenes, pero en pocos años lograron mucho. Hay indicaciones de la necesidad de desarrollar una estrategia organizada para la reducción de daños porque vamos a necesitar una organización muy eficiente en las próximas décadas. La red internacional de reducción de daños comenzó recién en 1990 cuando se celebraba una convención en Liverpool, Inglaterra, y a partir de esa fecha hace unos diez años, se hicieron muchísimas cosas. Nos dimos cuenta de la importancia de compartir estas experiencias, de averiguar qué funciona y qué no funciona. La Asociación Internacional para la Reducción de Daños ahora está pasando de ser una organización que dependía de una sola persona, a ser una organización totalmente democrática y transparente.

La Red Asiática de Reducción de Daños fue la primera de las redes regionales que se estableció en todo el mundo y ha tenido muchísimo éxito. Yo asistí a una reunión organizada por ellos en China hace dos años y esta red que en esa época solamente tenía dos años de antigüedad trabajó con China que tiene diez mil años de antigüedad y Vietnam que tiene quizás ocho mil años de antigüedad, y nos invitó a asistir a una reunión para hablar sobre la colaboración entre salud y aplicación de la ley. Fue la primera vez en esos dos países que se reunieron los sectores de salud pública y de aplicación de la ley para ver cómo mejorar el trabajo conjunto. Seguramente ustedes sabrán que la población de Asia es la población más grande

de cualquier región del mundo. Una de cada dos personas del mundo viven en Asia, y Asia tiene una gran población de usuarios de drogas inyectables. La epidemia de infecciones por VIH entre los usuarios de drogas inyectables, empezó en Tailandia en 1987 y se diseminó muy rápidamente entre la población general en Tailandia, esto sucedió en sólo cinco años, y también se diseminó muy rápidamente entre la población de usuarios de drogas inyectables en países vecinos. De Tailandia esta epidemia se expandió y pasó a China, India, Vietnam, Malasia y Birmania. Fue más allá de esos países también. Tuvimos un inicio bastante temprano con respecto a la reducción de daños en Asia, el primer intercambio de agujas se hizo en Nepal en 1991, y el programa de intercambio de agujas y metadona se inició en la parte tribal de Tailandia del Norte en 1992.

En los últimos 15 años de reducción de daños en Australia, hubo algunos puntos importantes, y algunas cosas que no han salido tan bien. La primera fortaleza es que la reducción de daños ha ayudado a Australia a mantener el VIH bien controlado entre los usuarios de drogas inyectables. Traje un documento que tiene todos los datos que existen sobre VIH, hepatitis C e infecciones de transmisión sexual en Australia, se puede bajar de Internet en la dirección <http://www.med.unsw.edu.au/ncheer>. Allí encuentran los resultados de la reducción de daños en Australia.

Entre las mujeres usuarias de drogas inyectables y los hombres heterosexuales usuarios de drogas inyectables, la prevalencia de la infección por VIH en Australia es actualmente menos de un 2%. En la página 71 de ese informe verán una tabla con los resultados de una encuesta que se hace todos los años desde 1995 hasta el año pasado y la prevalencia de VIH entre el grupo de usuarios de drogas inyectables fue de un 2% en 1995, 1,7% en 1996, 1,6% en 1997 y 1,4% en 1999. Este proyecto que aplica intercambio de agujas y jeringas en todo el país, el año pasado trabajó con usuarios de drogas de muchos lugares diferentes, entonces realmente pensamos que logramos controlar bien la infección por VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Los UDis que tienen sexo hombre - hombre tienen una prevalencia de VIH más alta que se considera que se debe a contacto sexual. Lamentablemente el problema de la hepatitis C no ha tenido resultados tan buenos. La prevalencia y la incidencia de la hepatitis C es demasiado alta, pero parecería estar cayendo.

¿Por qué tuvimos tanto éxito con el VIH y tan poco éxito con la hepatitis C? La respuesta es que la hepatitis C es diez veces más infecciosa en términos de contacto por sangre, además la epidemia de hepatitis C empezó



entre usuarios de drogas inyectables en Australia a principios de la década del 70, y hace 30 años la prevalencia de la hepatitis C ya era del 80 al 90%. De hecho nosotros pensamos que la prevalencia de la hepatitis C podría estar disminuyendo en los últimos años. La proporción de los usuarios de drogas inyectables que dicen que todavía están compartiendo el equipo de inyección ha estado bajando desde hace 15 años.

Estos logros en cuanto a la reducción de daños se obtuvieron a pesar de los niveles crecientes de uso de drogas. También logramos aplicar la reducción de daños al alcohol con resultados bastante alentadores. Pero también tuvimos algunos puntos débiles. La reducción de daños todavía es algo que no se entiende muy bien. Muchas personas están confundidas y no entienden bien qué significa este término. Otro problema importante ha sido el rápido aumento en la cantidad de usuarios de drogas inyectables en Australia. Hemos pasado por un período en los últimos 25 años, en el cual los niveles de desempleo juvenil han sido muy altos y muchas personas creen que este ha sido un factor importante. Además el hecho de que la producción de opio y heroína estén tan cerca de Australia, creemos que ha ocasionado el aumento en el uso de drogas y quizás también sea un reflejo de la globalización. Durante 20 ó 30 años en Australia estuvimos muy ocupados construyendo nuevos puertos, nuevos aeropuertos, autopistas, mejores teléfonos, sistemas bancarios computarizados, todas estas cosas que nos ayudan a desarrollar las actividades comerciales con el resto del mundo, pero lamentablemente también les facilita mucho las cosas a los narcotraficantes. Las muertes por sobredosis aumentaron de solamente 6 muertes en 1964 a 737 en 1998. Este es un gran problema en muchos países del mundo, y no solamente del mundo desarrollado. Hay muy pocos datos de los países en desarrollo pero al parecer muchos de ellos también han experimentado un gran aumento en las muertes por sobredosis. Hubo un aumento por muerte por sobredosis en Suecia, Estados Unidos de Norteamérica, Alemania, Reino Unido, Canadá.

Seguimos teniendo demasiadas infecciones por hepatitis C y los delitos relacionados con las drogas también son demasiado comunes. Lamentablemente también tenemos mucha corrupción oficial con respecto al tema del uso de drogas y de la delincuencia, y este es un importante problema para nosotros. En general la corrupción no se considera un gran problema en Australia aunque por supuesto tenemos un cierto nivel de corrupción, pero donde hay un mayor nivel de corrupción es en el área del narcotráfico.

Existen algunas amenazas para la reducción de daños. El apoyo de los



partidos políticos para tener un enfoque más concentrado de la salud pública, ha estado disminuyendo en los últimos años. Australia está pasando por un periodo en el cual se está volviendo más conservadora, y también tuvimos un gran problema por infecciones con VIH en usuarios de drogas inyectables provenientes de comunidades étnicas y también de poblaciones indígenas. En estas comunidades la vida es mucho más difícil que entre la mayoría de la población, y en este tipo de comunidades es también más difícil alentar la reducción de daños porque ellos ya están tan cerca del límite que no pueden considerar la posibilidad de que las cosas puedan empeorar siquiera.

También tenemos un problema bastante importante con las infecciones por VIH entre usuarios de drogas inyectables en las cárceles. La población de las cárceles es aproximadamente de 20 mil personas y un 10% de ellas utilizan drogas inyectables, quizás sean más. Aproximadamente 5.000 personas se inyectan drogas mientras están en las cárceles. Se inyectan con menos frecuencia en comparación con la población en general, quizás se inyecten drogas con un 5% de frecuencia en comparación con el resto de la comunidad, pero cuando se inyectan en las cárceles comparten las agujas con muchísimas personas, y cambian de compañeros para compartir las agujas, por tanto en esta población el riesgo es muy alto. En la población en general en Australia se comparten las agujas entre 2 o 3 personas, que son las mismas personas con las cuales comparten las agujas durante el resto del año. Pero en las cárceles una persona quizás comparta las agujas con 100 personas diferentes a lo largo del año, a pesar que quizás solamente se inyecte 25 veces durante todo el año.

El próximo problema que enfrentamos es el rápido incremento en la cantidad de usuarios de drogas inyectables, que socava las políticas de reducción de daños. Tenemos que encontrar la posibilidad de reducir la cantidad de personas que se inyectan drogas, y quizás una forma de lograr esto sea alentando a estas personas que quieren utilizar drogas ilegales que las utilicen de otras formas, ya sea aspirando o de alguna otra forma no inyectable.

La efectividad de la prevención de VIH entre usuarios de drogas inyectables ha hecho evidente la necesidad de tener un enfoque más moderno en las políticas relacionadas con las drogas en Australia. Me refiero a un enfoque que acepte la importancia de los factores económicos en el área de las drogas ilegales. No podemos continuar negando que es una gran industria, representa el 8% del comercio internacional. No podemos negar que

hay una ley de oferta y demanda, y siempre que hay mucha demanda por una droga, habrá la oferta necesaria. Por ello, tenemos que empezar a desarrollar políticas que reconozcan todos estos hechos.

Por otro lado, la prevención de VIH entre usuarios de drogas en Australia quizás resulte útil para otros países. Pero soy consciente que en todos los países la gente toma decisiones de acuerdo a las características del país. Pasamos la época en que un país le dictaba a todos los demás las políticas que había que adoptar, ya sea en el área de las drogas como en cualquier otra área. Por eso cuando digo que la experiencia de Australia podría ser útil a otros países, me refiero a que es una alternativa que ustedes tienen. Australia no es quien para decirle a los demás países qué tienen que hacer.

¿Cuál es el futuro de la reducción de daños? En primer lugar necesitamos mejorar la comprensión de la reducción de daños pues no vamos a obtener un mayor apoyo si no logramos que se entienda mejor qué significa esta filosofía. También necesitamos entender mejor cuál es la superposición y cuáles son las diferencias entre reducción de daños y reforma legislativa. Tenemos que entender mejor que la reducción de daños es el mismo enfoque que utilizamos para los problemas en el entorno clínico y de salud pública: es mejor lograr resultados buenos, que apuntar a resultados perfectos y no lograrlos. Necesitamos además explicarle a la comunidad que la reducción de daños es para el beneficio de los usuarios de drogas, pero es también para el beneficio de sus familias y de toda la comunidad.

Hemos de definir con precisión cuáles son nuestros objetivos y hay que darse un tiempo para llegar a donde queremos llegar. La elección para los países del Cono Sur es decidir si quieren que sus hijos y sus nietos vivan en países con mucho o con poco sida. Una vez que se ha tomado esta decisión, que para la mayoría de las personas no es una decisión difícil, se debe observar que no es muy difícil demostrar y mantener que en muchos países los usuarios de drogas inyectables son la población de riesgo principal o quizás la segunda población de riesgo más importante.

Quisiera hablar sobre la definición de los términos que estamos utilizando. En el último panel, el Dr. Horacio Cattani señaló que la reducción de daños no es simplemente un tema de salud. Esto es muy importante porque el sida no es solamente un tema de salud y las drogas tampoco son solamente un tema de salud. Por eso habrán visto que las definiciones de reducción de daños que di siempre se refieren a consecuencias sociales, económicas y consecuencias para la salud. Porque las tres áreas son importantes.

Creo que también resulta útil tener en cuenta que reducción de daños es un término que le molesta a muchas personas y tenemos que enfrentar este hecho. Al gobierno de los Estados Unidos no le gusta mucho este término "reducción de daños" y hay otras personas a las que no les gusta mucho este término. Una alternativa a estos términos sería hablar de "mantenimiento de la salud", entonces hablamos de políticas para el mantenimiento y la conservación de la salud. Este nombre tiene cosas buenas y cosas malas. Lo bueno de "mantenimiento de la salud" es que nos recuerda que una de las cosas más importantes que hacemos con la reducción de daños es conservar o mantener a las personas con vida. Si mantenemos con vida a los usuarios de drogas durante el tiempo suficiente, la mayoría o casi todos, terminan dejando las drogas. Cuanto más sanos estén, mayor es la posibilidad de que dejen de usar drogas cuando les llegue el momento. Cuanto mejor estén desde el punto de vista social y económico, mayor es la probabilidad de que dejen de utilizar drogas.

Muchas personas sobre estiman el riesgo de muerte relacionado con el uso ilegítimo de drogas, incluyendo las drogas inyectables. Cuando yo trabajo con mis estudiantes de medicina les pido que calculen el riesgo de muerte de 100 usuarios de drogas inyectables en el próximo año (personas que usan heroína) y el riesgo siempre es mucho menor de lo que calculan los alumnos de medicina. Ellos calculan que el valor es de 1 a 2% por año, en el período de diez años esto suma bastante, es 15 a 20% mayor que el riesgo de muerte de hombres y mujeres jóvenes que no usan drogas inyectables. Pero este riesgo de muerte es mucho más bajo en realidad que el que normalmente se supone. Entonces, usar palabras como "conservación" de la salud sirve para recordarnos que si mantenemos a las personas con vida durante tiempo suficiente van a dejar de consumir drogas y su vida todavía va a tener valor, porque en el resto de su vida están bien.

Hay algunos aspectos de este término de mantenimiento de la salud que no me gustan y es que no subraya lo que obtenemos en el campo social y económico, como beneficios sociales y económicos. Pero por lo menos es un término que vale la pena considerar. Creo que también debemos recordar que el abordaje de reducción de daños no está solamente disponible para las drogas ilegales. También es útil para la lucha contra el tabaquismo, el alcoholismo, las drogas recetadas y las drogas legales. En el caso del tabaquismo ahora sabemos que para todo el mundo es mucho mejor que los fumadores empiecen a utilizar sustitutos de nicotina en vez de seguir fumando tabaco, porque dejar el tabaco trae aparejado muchos bene-



ficios. Lo mismo pasa con el alcoholismo. Hay muchas medidas de reducción de daños que podemos utilizar en el área del alcoholismo. Por ejemplo, que en los lugares donde la gente bebe en público, las sillas estén atorilladas al suelo, que los vasos de los bares y confiterías estén hechos de un material que no permitan que se rompan y se los utilice como proyectiles o armas peligrosas. Estas son medidas de reducción de daños que son útiles. Con las drogas recetadas resulta útil lograr que las personas que usan barbitúricos pasen a utilizar benzodiazepinas, que no son drogas perfectas pero son mucho menos perjudiciales. Entonces, esta estrategia de reducción de daños sirve para diferentes tipos de drogas y es importante subrayar que los beneficios no son solamente los beneficios para los usuarios de drogas o sus familias sino que los beneficios llegan a toda la comunidad.

Otro aspecto importante de este debate es que debemos recordar siempre que los resultados que obtenemos de nuestras políticas en el área son resultados que nosotros elegimos. No es algo que sucede por casualidad. La bibliografía publicada en todo el mundo nos demuestra que las elecciones que hacemos en el área de políticas relacionadas con las drogas son las que determinan los resultados que obtenemos. Es cierto que en algunos países la epidemia del sida se ha desarrollado rápidamente mientras que en otros países apareció diez o quince años después, aún con políticas similares. Es decir, se trata de elegir el objetivo que queremos y no es una cuestión de azar el fin al que lleguemos, todo depende de los métodos elegidos. Una vez le preguntaron a una de las familias multimillonarias de los Estados Unidos, creo que los Rockefeller, cuál era el secreto, cómo habían ganado tanto dinero. El millonario respondió que el secreto de su éxito tenía que ver con comprar o vender tempranamente porque cuando la información está disponible para todo el mundo, si él compraba o vendía tardíamente perdía dinero. Esto nos recuerda que el tiempo es lo más importante, el momento en que se hacen las cosas es sumamente importante en el área de la política, y en el área de la salud pública también.

A veces los políticos, los que definen las políticas, tienen la oportunidad de elegir, inclusive políticas relacionadas con la drogadicción y a veces corren el riesgo de tomar una decisión demasiado precoz o muy tardía. Ya conocemos las consecuencias de tomar la decisión equivocada o actuar tardíamente en el área de políticas de prevención de sida. Así que yo alentaría, incluso a aquellos que viven en países donde estos problemas parecen tan remotos, que piensen en la posibilidad de "cometer el error" de introducir estas políticas precozmente. Realmente tienen que tener coraje cuan-



do se trata de tomar estas decisiones, porque todos los países en los que yo he estado han sufrido lo que se llama "el mito de la inmunidad nacional" que dice: "El país en el que yo vivo es inmune al riesgo del sida porque nuestra población no consume drogas, o en nuestra población no hay homosexuales, o en nuestra población los maridos no cometen adulterio o no hay trabajadoras sexuales". Pero en realidad, cuando miramos en todo el mundo vemos que los países son muy parecidos entre sí, ya sean países católicos, budistas, hindúes; hablen castellano, inglés o ruso. Cuanto más miramos alrededor del mundo, más similitudes vemos entre los países y cuanto más miramos a nuestro alrededor, vemos que las conductas relacionadas con el sida y la epidemia del sida, es muy parecida en todos los países.

En el 92, solo había 52 países en todo el mundo que informaban casos de infección por VIH entre consumidores de drogas inyectables. En 1999, ya había 114 países que hablaban de infección por VIH entre consumidores de drogas inyectables. La situación puede pasar de un cielo celeste sin nubes, a rayos, truenos y tormentas en solo 18 meses. Entonces los que toman las decisiones, los que deciden las políticas y los políticos tienen que tener coraje, tienen que ser valientes. Creo que en esta parte del mundo, diríamos que los políticos y los que definen las políticas tienen que tener cojones y ovarios. Una de las posibilidades que tienen es elegir entre hacer las cosas más o menos bien o totalmente mal. Los que hacen las cosas más o menos bien, toman la decisión adecuada sin tener todas las pruebas y las evidencias disponibles de que van a pasar cosas terribles en su país. Los otros son los que eligieron estar perfectamente equivocados. Tienen enorme cantidad de datos que documentan el desarrollo de la epidemia en ese país pero cuando deciden actuar ya es demasiado tarde.

También es importante pensar qué error es peor: si el error de actuar cuando no es necesario, introduciendo políticas de prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables en un país, o no haciéndolo. En el primer caso, tenemos una desventaja, eso cuesta dinero que podría haberse utilizado con otros fines. Pero la verdad es que las políticas de prevención del VIH entre usuarios de drogas no son muy caras, así que este es un error pequeño. Por otro lado, si un país comete el otro error y no introduce políticas de prevención de VIH entre usuarios de drogas cuando debería haberlas introducido, el problema para este país son los costos sociales y económicos relacionados con la salud. Y una epidemia que se desata entre los usuarios de drogas inyectables, después llega al resto de la población. Entonces habría que pensar qué error preferimos evitar en nuestros países. El

error de introducir innecesariamente legislación de VIH o el otro error de no introducir esta legislación y tener un desarrollo incontrolable de la epidemia.

Cuando vamos a los comercios o a los supermercados, como ciudadanos comunes y silvestres, tomamos decisiones respecto de los productos que queremos comprar teniendo en cuenta el precio, la relación entre precio y valor. No compramos necesariamente el producto Rolls Royce porque, aunque es mucho mejor que los demás, podemos comprar otros productos que cumplen el mismo fin pero que cuestan mucho menos. Entonces tenemos que analizar cuidadosamente la relación costo - beneficio. Uno de los mejores estudios sobre costo - efectividad respecto de las diferentes opciones en el área de las políticas de drogas, es un estudio realizado en Santa Mónica, California y este estudio fue publicado por la Rant Corporation en 1993 aproximadamente. El estudio fue encargado por el ejército de los Estados Unidos. Se compararon cuatro formas de aplicación de la ley relacionada con los tratamientos de drogas. Se calculaba que por cada dólar que los Estados Unidos invertían en estas cuatro opciones diferentes, los beneficios que se obtenían para los ciudadanos eran los siguientes: en el caso de los intentos de erradicar las plantaciones de coca de América del Sur el beneficio para los contribuyentes de los EE.UU. era solo de 17 centavos por cada dólar invertido; los beneficios por cada dólar invertido tratando de impedir que la cocaína llegue a América del Norte desde América del Sur, eran de 32 centavos por dólar invertido; el beneficio por cada dólar invertido en mejorar la policía, el sistema aduanero en los EE.UU. era de 52 centavos; y el beneficio por cada dólar invertido en el tratamiento para suspender el uso de drogas, de cocaína por ejemplo, era de 7 dólares. Aquí vemos que los legisladores pueden lograr lo mejor para los contribuyentes de los EE.UU.. Pero a pesar de estas cifras y de estos resultados, de todos los fondos asignados a los diferentes programas de cocaína, el gobierno de los EE.UU. invirtió el 93% en las primeras tres políticas que mencioné y solo el 7% en tratamientos contra la adicción.

Más adelante, los mismos autores ampliaron esta investigación analizando el tema de costo - eficacia de la educación respecto de la drogadicción, y vieron que el costo - eficacia en esta área tenía un beneficio de 2,60 dólares por cada dólar invertido en educación respecto de las drogas. Hace algunos años, yo estaba en un avión yendo de Río de Janeiro hacia Miami y le mencioné esta información a la señora que estaba sentada al lado mío en el avión, en este vuelo tan largo. Esta señora era una banquera que

venía a América del Sur varias veces por año para participar en la compra de plantas hidroeléctricas o plantas nucleares, y después de introducir algunos cambios en el área financiera, las vendía. Ella sabía como tomar decisiones lógicas en cuanto a grandes inversiones. Pensé entonces que le interesarían estas cifras. Cuando se las mencioné no me creía, se reía tanto que pensé que le iba a hacer mal. Sin embargo, los Estados Unidos siguen invirtiendo la mayor parte de su presupuesto en el área de drogas en esas tres primeras medidas que les mencioné, que traen aparejados muy pocos beneficios.

A veces, es difícil imaginarse por qué a algunas comunidades les cuesta tanto cambiar algunas políticas del área de las drogas, cuando al mirar los resultados vemos claramente que las políticas que tenemos en este momento cuestan mucho y producen muy poco beneficio y muchos daños. Yo creo que hay un paralelo muy claro entre los problemas que tenemos en el nivel individual y en el nivel de la sociedad. En ambos casos, los problemas del cambio tienen que ver con el corto plazo. En el corto plazo vemos todas las consecuencias negativas del cambio, y los beneficios de los cambios se ven más adelante, en el futuro. Por lo tanto no son muy atractivos en el corto plazo. En el área de la política, muchos de los beneficios de cambiar las políticas en el área de la drogadicción, lamentablemente se ven recién después de la siguiente elección, entonces al político que está en el cargo ya no le interesan demasiado. Entonces es muy difícil para alguien que está tratando de sobrevivir en el mundo de la política, introducir políticas que van a traer aparejado un gran beneficio para el país pero recién dentro de 10, 20, 30 o 40 años. Sin embargo, en el futuro, la población va a recordar con calidez a aquellos políticos que tuvieron el coraje de tomar estas decisiones, de hacer estos cambios.

Creo que todos sabemos que nunca vamos a ver ningún cambio en esta área hasta que podamos socavar las ganancias de los traficantes de drogas, porque son las ganancias de esta industria del tráfico de drogas las que hacen que este problema siga presente y evolucionando cada año. Si lo pensamos, hay una sola manera de socavar estas ganancias y es exactamente lo contrario de lo que hicimos hasta ahora. Paradójicamente, lo que hicimos hasta ahora ha ayudado a aumentar las ganancias de la industria de las drogas. Cada vez que aumentamos el escuadrón de lucha contra las drogas de la policía o aumentamos las penas, o construimos nuevas cárceles o aplicamos penas más duras ¿qué es lo que pasa? El precio de la droga sube en las calles, por lo tanto suben las ganancias de los traficantes. Lamentablemente



hay solo una manera de socavar la industria del tráfico de drogas y tiene que ver con que haya una especie de disponibilidad legal de las drogas ilegales, aunque sea solamente una legalidad parcial, sería un gran avance.

Hace un par de años Jonathan Mann me concedió el honor de pedirme que escribiera un artículo para su revista de Salud y Derechos Humanos, hablando de derechos humanos, sida y consumo de drogas inyectables. Yo sabía muy poco de derechos humanos en ese momento así que me conseguí las definiciones sobre derechos humanos que pude encontrar y me sorprendió ver, en primer lugar, cuántos elementos en común tenían todas las definiciones y en segundo lugar que establecían muy claramente que los derechos humanos les eran negados a los usuarios de drogas inyectables. Lo que vi después es que, negarles estos derechos humanos a los usuarios de drogas inyectables era algo que estaba relacionado con las consecuencias que esto tenía para su salud.

Algunos años después leí unos documentos publicados por el gobierno de Holanda relacionados con su política de drogas y me sorprendió ver que en este documento, cada vez que hablaban de usuarios de drogas holandeses, usaban el término de ciudadanos holandeses que consumen drogas. Me sorprendió cuando leí esta información. A ellos les resultaba muy fácil abordar este tema de política de drogas desde un punto de vista racional cuando uno empieza aceptando el hecho obvio: la gente que vive en los Países Bajos, que usa drogas, son ciudadanos holandeses. Muchas veces hablamos de este tema como si los consumidores de drogas fueran marciaños o gente de otro planeta y hasta que podamos entender y reconocer que son ciudadanos de nuestro país que tienen derecho a nuestros mismos derechos, recién entonces podremos avanzar en este tema. Es interesante cuando vemos los trabajos publicados en países donde se penaliza, donde lo que se hace con el consumo de drogas es penalizar. Vemos que en esos países incluso los escritores académicos hablan de abuso de drogas o incluso términos peores que éste. Estos son términos que ya no tienen lugar en la ciencia. La ciencia se supone que debe ser lo más objetiva posible. A los que fuman cigarrillos no los llamamos personas que hacen abuso del cigarrillo o a las personas que comen demasiado, personas que abusan de la comida. Pero la única vez que leí en un trabajo científico un término tan ofensivo respecto de un grupo de personas es cuando se habla de personas que abusan del consumo de drogas. Creo que esto refleja lo que se hace en esos países cuando se define el consumo de drogas como algo que hace un grupo de personas muy malas que no están en ese país. Pero los consumi-



dores de drogas viven en nuestros países así como nosotros vivimos en nuestros países. Creo que vamos a avanzar una vez que empecemos a hablar de ciudadanos australianos que consumen drogas, ciudadanos argentinos que consumen drogas, paraguayos, uruguayos, etc. Este es el término que tenemos que utilizar.

Resumiré entonces las conclusiones de mi presentación:

La primera conclusión es que lamentablemente nuestra capacidad para reducir la oferta de drogas ilegales ha sido hasta ahora solamente marginal. En todos los países del mundo hemos dedicado la mayor parte de nuestros esfuerzos y gastos a la reducción de la oferta de drogas ilegales y lamentablemente nos hemos dado cuenta que la oferta de drogas sigue aumentando.

En segundo lugar y lamentablemente, nuestra capacidad para reducir la demanda de drogas ilegales ha sido muy pequeña en términos de la educación, a pesar que tenemos más éxito en reducir la demanda cuando ofrecemos un tratamiento médico. La revisión internacional de todos los esfuerzos educativos para reducir la demanda de drogas ilegales demostró que solamente un 27% de las campañas lograron reducir la demanda de drogas ilegales, por lo tanto el 73% de las campañas educativas que se realizaron en todo el mundo no produjeron ningún tipo de beneficio; y de aquel pequeño porcentaje que sí obtuvo beneficios, la reducción del uso de drogas fue de solamente el 3,7%, porcentaje este que disminuyó con el tiempo. Por el contrario, a diferencia del poco éxito que se obtuvo al tratar de reducir la oferta y la demanda de drogas, tuvimos mucho éxito en la reducción de daños. Aquellos países que implementaron los programas de reducción de daños de manera temprana y vigorosa, con muy pocas excepciones, lograron controlar la infección por VIH entre los usuarios de drogas. Esto es cierto incluso en países que empezaron demasiado tarde, cuando ya se había desarrollado la epidemia. Aquellos países que enfatizaron la reducción del uso de drogas en general no lograron controlar la infección por VIH entre los usuarios de drogas inyectables.

En tercer lugar, yo diría que controlar la infección por VIH entre los usuarios de drogas inyectables es la intervención más efectiva en cuanto a prevención y tratamiento, de todo el repertorio VIH/sida. La principal dificultad que enfrentamos es convencer a los legisladores que acepten estas evidencias. Esto es algo que no hemos logrado hacer en ninguna parte del mundo.

En cuarto lugar, es más fácil controlar el VIH cuando la prevalencia es baja entre los usuarios de drogas inyectables, pero podemos controlar el

VIIH entre usuarios de drogas inyectables con una alta prevalencia, pero necesitamos un cambio más importante en la conducta que si empezamos de manera temprana.

Cuando yo hablo de reducción de daños para el control de VIIH entre UDIS, me refiero a cuatro elementos. El primero es educación explícita, y esto es óptimo si está basado en la gente del mismo grupo, es decir que los usuarios de drogas eduquen y capaciten a otros usuarios de drogas. En segundo lugar, necesitamos poder abastecer a los UDIS de todos los elementos estériles para inyectarse, y no me refiero solamente a tenerlo disponible para la venta, eso no va a ser suficiente para los UDIS de un nivel social más bajo. Italia tiene jeringas y agujas disponibles en los supermercados desde hace mucho tiempo, pero no tenía estos elementos de manera gratuita y no trataba de alentar a los usuarios de drogas a que utilizaran estos equipos de manera estéril. Tenemos que educar y capacitar a los UDIS para que utilicen estos elementos de manera estéril, y esto tiene que ser gratuito para la mayoría de los usuarios de drogas.

En tercer lugar, necesitamos tener un tratamiento atractivo y eficaz para la drogadicción. Me refiero a que sea atractivo para los consumidores, no solamente para aquellos que lo ofrecen. Si ofrecemos un tratamiento atractivo, los usuarios de drogas van a venir a nosotros en mayores cantidades. Si ofrecemos tratamientos que no son ni atractivos ni eficaces, no se van a acercar.

Finalmente, necesitamos un desarrollo comunitario, que los usuarios de drogas se organicen en grupos para que puedan desarrollar actividades educativas entre ellos, que puedan asistir a reuniones como esta, que puedan asesorar al Ministerio de Salud, que puedan colaborar incluso con el Departamento de Policía. Yo ya mencioné que tenemos una alta tasa de sobredosis de drogas en Australia. Trabajamos junto con la policía y los usuarios de drogas para que la policía no se vea alentada a aparecer en un caso de sobredosis no fatal. Si una persona cae desmayada en la calle por sobredosis, nos esforzamos mucho para que no se llame a la policía y empleamos a las organizaciones de usuarios de drogas para que se ocupen de esta parte educativa tan importante.

Espero que mis comentarios les hayan ayudado, les hayan resultado útiles y quisiera terminar subrayando que mis comentarios son sugerencias. Vienen de un ciudadano de otro país y los ofrezco con la esperanza de que les resulten útiles, pero por supuesto sé y entiendo que ustedes tienen derecho, como ciudadanos de países del Cono Sur, de tomar las decisiones

que ustedes consideren más adecuadas, teniendo en cuenta las opciones disponibles. Creo que las opciones están claras pero ustedes tienen que decidir cuál eligen. Creo que hay una bifurcación muy clara en el camino: un lado nos lleva a un país que tendrá mucho sida en el futuro, que invertirá muchísimo dinero, donde las condiciones sociales serán terribles, la tasa de delincuencia será muy alta, las familias serán muy infelices y el otro camino lleva a mejores resultados: menores tasas de sida, menores tasas de delincuencia, menos corrupción, pero quizás un par de años de inestabilidad e incertidumbre mientras se desarrollan las mejores políticas para llegar a los resultados que he mencionado. También espero que nos volvamos a reunir dentro de 10 o 20 años en algún lugar del mundo y que en todos nuestros países, el VIH ya no sea un problema ni entre los usuarios de drogas y ni en la población en general.

## Debate

*Sé que usted es gastroenterólogo. Quería saber cómo han hecho en Australia para conseguir que los médicos asistenciales tomaran la reducción de daños como un tema propio de su trabajo asistencial.*

ALEX WODAK: Mi propia experiencia fue cuestión de una serie de accidentes. En primer lugar, conocí a alguien en 1977 cuando yo vivía en Londres, un joven homosexual de Nueva York. En 1981 me enteré que esta persona había muerto por una enfermedad muy poco común y muy poco conocida. Por supuesto, después cuando empezamos a escuchar hablar de sida me di cuenta de cuál había sido su problema. Así que, desde muy temprano estuve en contacto con este problema. En segundo lugar, yo trabajé en un área, en la parte este de Sydney, donde existe la mayor concentración de hombres homosexuales y también la mayor concentración de usuarios de drogas de todo el país. Acá es donde empezó la epidemia de VIH entre hombres homosexuales en mi país y personalmente me ocupé de cuidar de algunos hombres homosexuales que sufrían de VIH. En Londres hice investigaciones sobre una enfermedad hepática producida por el alcohol y esta es la razón por la que empecé a trabajar en el área de la salud pública y después junté todo esto y me di cuenta de la importancia de controlar la infección del VIH entre los UDIS. Posteriormente trabajé con un grupo de otros trabajadores de la salud, pero también con UDIS para tratar de controlar este problema. Cuando yo presento mi experiencia es para que sepan que yo no hice esto solo o por mi cuenta, trabajé siempre como parte de un gran grupo de personas y los médicos desempeñaron siempre un papel de liderazgo importante porque la comunidad y el gobierno entendieron que éramos profesionales y entendieron que teníamos algo para ofrecer, pero no hubiésemos podido hacer esto por nuestra cuenta, simplemente como médicos. Fue una gran colaboración entre funcionarios del gobierno, médicos, investigadores y personas con prácticas de riesgo. Esta colaboración sigue existiendo hoy en día y cada uno de nosotros aporta puntos fuertes a la mesa de trabajo, pero también puntos débiles. No puedo dejar de subrayar la importancia de desarrollar este tipo de trabajo conjunto, con el que van a lograr resultados increíbles. Nos llevó un tiempo darnos cuenta de que teníamos que ampliar esta asociación e incluir también a los fun-



cionarios de aplicación de la ley. Por ejemplo, no podíamos tener buenos programas de intercambio de jeringas si la policía no reconocía la importancia de la discreción en el área del intercambio de agujas. Entonces, los médicos desempeñaron un papel crítico en un principio, y continuaron desempeñando un papel importante, pero nosotros fuimos solamente una parte de todo este esfuerzo conjunto.

*¿Cómo están trabajando las relaciones sexuales en cárceles y con los familiares? ¿Qué están haciendo en relación con las violaciones, nosotros sabemos que hay mujeres travestis que son violadas aproximadamente 14 veces en una semana en un pabellón, como también hay violaciones entre internos e internas. ¿Cómo están trabajando el tema de tatuajes caseros o "tumberos", los cortes con púas o con hojas de afeitar que son una de las formas de contagio que también existen en las cárceles?*

ALEX WODAK: No tuvimos mucho éxito en las cárceles y el poco éxito que tuvimos lo logramos después de un enorme esfuerzo. Hace dos o tres años logramos después de 10 o 12 años de insistir mucho, que se distribuyan condones en las cárceles de un estado del país. Ahora los condones se están distribuyendo poco a poco en cárceles de otros estados. También ahora nos estamos dando cuenta cada vez más de la importancia de que aquellos que utilicen drogas ilegales no vayan al sistema penal formal sino a lugares de tratamiento de la drogadicción. Pero debo decirles que esto se hace para conseguir ahorros y no por interés en la salud pública. A mí no me interesa cuál es la razón siempre y cuando se obtengan éxitos. Es difícil medir las cantidades de violaciones o abusos sexuales en las cárceles, pero los datos que nosotros tenemos no nos sugieren que los porcentajes sean demasiado altos, esta es una de las razones por las cuales finalmente se aceptó utilizar condones en el sistema carcelario. Entendimos rápidamente la necesidad de educar a la gente dentro del sistema carcelario e hicimos programas muy buenos y cuando digo que son muy buenos me refiero a que los presidiarios mismos ayudaron a diseñar estos programas, y tuvimos otros programas para el personal penitenciario, que fueron diseñados por personal penitenciario. Seguramente se sorprenderían ustedes si vieran algunas de las publicaciones que las autoridades permitieron que se distribuyeran dentro del sistema carcelario. Son casi pornográficas para algunas personas, pero para los presidiarios son parte de su cultura. Una educación muy conservadora no significaría nada para este grupo de personas. Se hi-

cieron muy buenos videos. Todavía no logramos trabajar el intercambio de jeringas en las cárceles, a pesar de que seguimos presionando. Hay tres países en el mundo, Alemania, Suiza y España, que tienen intercambio de jeringas en algunas cárceles, y nosotros seguimos esa experiencia con mucho interés. El principal cambio que logramos fue la introducción de los programas de metadona. En mi estado, New South Wales, tenemos un tercio de la población del país, aproximadamente 7.000 presidiarios de los que aproximadamente 1.000 reciben metadona en las cárceles, y este es el programa de metadona para cárceles más grande en todo el mundo. Probablemente tengamos menos de dos mil presidiarios en todo el mundo que reciben metadona, y mi estado tiene casi la mitad. Este sistema ahora está pasando a ser utilizado en los demás estados también. Los tatuajes son ilegales, no están permitidos en ninguna cárcel, pero por supuesto, continúan en el sistema carcelario. Nosotros continuamos hablando con las autoridades penitenciarias para decirles que se deberían permitir los tatuajes dentro de un entorno regulado, tal como se los permite en la comunidad en general. Espero que podamos ganar esa batalla pero creo que nos va a llevar dos o tres años lograrlo. En Australia se hizo una publicación sobre infección por hepatitis C que se produce como resultado de los tatuajes en el sistema carcelario. También lamentablemente tuvimos el único caso reportado en todo el mundo de un funcionario penitenciario al que un prisionero le clavó una aguja infectada con VIH, ese funcionario se contagió y murió. Todos los oficiales que trabajan en el sistema penitenciario en Australia saben eso, y esto ha hecho que cambiar las políticas haya sido más difícil.

*¿Cómo implementar un programa de reducción de daños sin promover indirectamente que aumente el consumo? ¿Hay otra parte del programa que se encargue de todos los efectos colaterales? ¿Los programas de reducción de daños se implementan de manera masiva o se hace una evaluación y se determina qué personas son aptas para este programa y qué personas deberían intentar primero con un programa que tenga como objetivo la abstinencia?*

ALEX WODAK: En todo el mundo existe la preocupación porque los programas de reducción de daños pudieran aumentar el uso de drogas y en todo el mundo hemos buscado evidencias que nos indiquen que eso ocurre, pero no hemos encontrado ninguna prueba. Yo mismo busqué este tipo de pruebas en 1987. Lanzamos el primer programa de intercambio de jeringas

en el país en 1986 y en febrero yo ya empecé a buscar este tipo de pruebas o evidencias. Comparé la cantidad de usuarios de drogas en un programa de metadona con intercambio de jeringas, con otro programa con metadona que se estaba haciendo a 20 kilómetros de distancia en donde no había intercambio de agujas. No encontramos ningún tipo de evidencia de algún cambio en el uso de drogas ilegales en ese grupo de la población como resultado de la introducción del intercambio de agujas y jeringas. El trabajo publicado fue utilizado por el funcionario principal de economía de los Estados Unidos como prueba que la reducción de daños no aumenta el uso de drogas ilegales. La efectividad de los programas de intercambio de jeringas ha sido revisada 7 veces por parte de las agencias del gobierno de los Estados Unidos o éstas le encargaron a otros departamentos que revisasen este tema. De estas revisiones resultó que bajan el contagio de la infección por VIH entre usuarios de drogas, y todos los estudios llegaron concluir que eran eficaces para controlar el VIH sin que esto llevara a un aumento en el uso de drogas. Creo que podemos estar seguros que los programas de intercambio de jeringas y otras acciones de reducción de daños no aumentan el uso de drogas ilegales. La esencia de la reducción de daños es que nos concentramos en las consecuencias adversas, y no en el uso de drogas. Entonces, si tenemos que elegir, la gente de reducción de daños prefiere controlar la infección por VIH aunque haya un aumento en el uso de drogas, en lugar de que se produzca una reducción en el uso de drogas pero aumente la proporción de VIH. A partir de los datos que hay hasta el momento parece ser que en este caso podemos cumplir las dos metas, lograr reducir la transmisión de VIH sin aumentar el uso de drogas ilegales.

Con respecto a su segunda pregunta, yo no conozco que haya un efecto colateral importante a la reducción de daños, el hecho de que pudiera aumentar el uso de drogas es lo que más tememos, pero no ha traído ninguna consecuencia adversa. Quizás el único efecto colateral negativo podría ser que ha hecho que muchas personas tomen conciencia de la desventaja de nuestras políticas tradicionales en el área de las drogas. En mi país, de acuerdo con datos oficiales presentados en el informe mundial de UNODCCP, el 84% del gasto del gobierno en Australia es asignado a la reducción de la oferta de drogas, sólo un 6% al tratamiento y un 10% a la prevención e investigación. Son porcentajes muy bajos los que van a reducción de daños, y viendo el costo - beneficio de estas intervenciones podemos ver que el costo - beneficio de los esfuerzos de aplicación de la ley no es muy alto, pero con la reducción de daños obtenemos muchos beneficios a un costo



muy bajo. Que la gente se dé cuenta de esto ha sido el efecto colateral más importante de la reducción de daños.

Con respecto a la tercer pregunta, nos hemos dado cuenta por la reducción de daños que es importante apuntar los programas en aquellas personas que tienen los problemas más graves. En gran parte del trabajo en el área de la salud pública tendemos a concentrarnos en la población más grande que tiene problemas más pequeños porque podemos lograr grandes mejoras en este tipo de personas. Pero en este caso yo creo que es importante darnos cuenta de lo crítico que es concentrarnos en personas que tienen hábitos muy graves de uso de drogas. Con respecto al alcohol, sabemos que el 20% de los principales bebedores de la comunidad representan el 70% del alcohol que se consume en esa comunidad. Si pudiéramos medir la distribución del consumo de drogas ilegales en la comunidad creo que probablemente la distribución sería parecida, y este grupo de personas que consumen muchas drogas ilegales representa la mayor parte de los problemas, estas personas probablemente representen el 80% de los delitos. Entonces aún si tenemos un pequeño impacto sobre este grupo, lograremos un mayor beneficio para toda la comunidad. En Australia estamos empezando a orientar nuestros esfuerzos para concentrarnos en ese grupo. Por ejemplo, si logramos trabajar con algunos del 20% que son los principales consumidores, y si logramos que algunas de estas personas participen en nuestros programas de prevención, vamos a reducir muchísimo los delitos y los problemas de la salud. Sabemos que la persona que se inyecta heroína en Australia en promedio se inyecta entre 40 y 50 veces por mes. Es decir no son ni dos inyecciones por día, pero la cantidad promedio de usuarios de heroína que luego van a las cárceles son las personas que generan la mayor cantidad de problemas en la comunidad general, entonces creo que tenemos que concentrarnos en estas personas que se inyectan la mayor cantidad de veces por día. Esta es la razón por la que muchos países están pensando en tener programas con heroína recetada, porque la mayor parte de las personas no se han podido beneficiar con los distintos programas existentes, entonces ahora estamos diseñando un programa especial para este grupo, para lograr atraerlos al tratamiento, y una vez que están en el programa de tratamiento, que lograron estabilizarse un poco, quizás podamos transferirlos a otros tipos de tratamiento, con la esperanza de que quizás algún día logramos que algunos o muchos de estos usuarios directamente dejen de utilizar todo tipo de drogas. Todas las preguntas que usted hizo son muy importantes, especialmente la última.



*Me gustaría que nos comentara acerca de la Red Asiática de Reducción de Daños, cuáles son los criterios para ser miembros de la red, y lo segundo que me parece lo más importante para nosotros en América Latina, es cómo asegurar los mecanismos de funcionamiento que permitan la participación democrática de sus miembros en la toma de decisiones.*

ALEX WODAK: Los criterios para ser miembros son muy simples, si ustedes les envían un e-mail y dicen que les gustaría asociarse, ellos les van a contestar muy rápidamente y los van a hacer miembros. Están en contacto por e-mail, que es una forma muy económica de estar en contacto con muchas personas, envían gacetillas. Y todas las redes regionales en todo el mundo también trabajan entre sí y comparten experiencias con respecto a qué funciona y qué no funciona. Si ustedes están interesados en asociarse a esta Red, Graciela Touzé o Diana Rossi, les pueden dar información. Ellos no exigen ningún proceso demasiado complicado, si a ustedes les interesa la reducción de daños, seguramente los van a aceptar como miembros con todo gusto. Usted también preguntó cómo hacer más democráticas a estas organizaciones. Hemos estado creciendo como movimiento regional y como movimiento internacional y debo decir que fue en respuesta a una epidemia y no como algo planificado. Primero existimos como respuesta, y después desarrollamos una estructura, en general las otras organizaciones lo hacen al revés, primero desarrollan la estructura y después desarrollan las actividades. Ahora estamos desarrollando una especie de constitución escrita, y vamos a presentar esta constitución en la próxima conferencia internacional sobre reducción de daños en Nueva Delhi, India, del 1 al 5 de abril. Allí la gente va a poder responder a esta constitución, porque la vamos a mandar por e-mail antes de la conferencia para que se la pueda leer con anticipación, puedan pensar y opinar. Esta constitución también va a incluir los procedimientos necesarios para la elección de todos los funcionarios de la institución. Tenemos que desarrollar una estructura democrática, no tenemos otra alternativa, pero es un momento difícil para nosotros una vez que tenemos una estructura no democrática es muy fácil continuar con esa estructura durante un tiempo, la transición es un período difícil, pero una vez que se llega a una estructura democrática ya no hay marcha atrás y nadie quiere dar marcha atrás. Hacer esta transición va a ser una tarea difícil y de riesgo, somos conscientes de la importancia que tienen estas asociaciones de reducción de daños para la salud pública, y debo decir que hay muchas instituciones interna-

cionales que nos alientan mucho, especialmente ONUSIDA, su director internacional, Peter Piot, ha estado alentándonos y dijo en la Conferencia de New Jersey de 2000, que apoya a la Asociación Internacional de Reducción de Daños en forma individual y que el ONUSIDA apoya a la Asociación Internacional desde el punto de vista formal y oficial, que fueron palabras muy alentadoras para nosotros.

GRACIELA TOUZÉ: Para complementar la respuesta del Dr. Wodak, tenemos la oportunidad en estos dos días del Seminario de tener en Buenos Aires, a cuatro de los diez miembros del Comité Ejecutivo de la Red Latinoamericana de Reducción de Daños, que son Manuel Fresco, Patricia Flores, María Luz Osimani y yo, así que podemos tener la oportunidad de un intercambio directo.

*Gracias Alex por su excelente presentación sobre reducción de daños en general y sobre la historia de éxitos australiana. Tengo dos preguntas que me surgieron durante la presentación. En primer lugar, me sorprendió que usted no mencionara específicamente la promoción y el uso de condones como un elemento clave en la reducción de daños, yo había entendido que era esta una intervención muy bien documentada y de demostrado costo - beneficio en la reducción de daños. Además usted mencionó dos veces que necesitamos mejorar la forma en que entendemos cómo funciona la reducción de daños, y esto me sorprendió porque yo pensé que el tema de reducción de daños era algo que se entendía muy bien desde el punto de vista de la salud, era algo que se aceptaba muy bien, y que lo que faltaba era más bien un consenso político.*

ALEX WODAK: Por supuesto que tratamos de promover el uso de condones entre los usuarios de drogas, pero las evidencias de cambios en la conducta sexual entre los usuarios de drogas son muy modestas. Es una de las cosas en las cuales no hemos tenido mucho éxito, a excepción de los usuarios de drogas inyectables que tienen sexo hombre - hombre, que sí cambiaron su conducta. Ello no nos detiene ni hace que dejemos de intentarlo, debemos promover el uso de condones y de hecho lo hacemos, pero las evidencias no son demasiado buenas en cuanto al efecto entre los usuarios de drogas. Pero es algo muy fácil porque el costo es muy bajo. Si fuera muy caro entonces quizás ni siquiera continuaríamos haciéndolo.

Con respecto a su segunda pregunta, aquellos que trabajan en reducción de daños entienden muy bien cuál es la efectividad de la reducción de daños y cómo funciona en el campo. El problema que tenemos es lograr un consenso, especialmente en el nivel internacional, en un entorno en el que se nos dice que sigamos un marco legislativo internacional que enfatiza un enfoque que está basado en la reducción del abastecimiento de drogas. Estos enfoques empezaron a principios del siglo 20 y cada vez hay más personas que llegan a concluir que este enfoque ha sido un fracaso total. De hecho la infección por VIH en usuarios de drogas en parte es resultado del énfasis en la reducción de la oferta, y digo énfasis porque los intentos por reducir la oferta de drogas siempre serán un elemento importante de todo enfoque con respecto a la reducción en el uso de drogas, no lo podemos abandonar totalmente pero creo que nos hemos apoyado demasiado en esto en el pasado. Este entorno internacional, ha sido sostenido en los últimos 20 o 30 años, quizás más, y ha sido apoyado por la gran actividad de unos pocos países: En Europa, Suecia ha sido una fuerza predominante, y anteriormente Alemania y Francia fueron países importantes que apoyaban este tipo de esfuerzos, ahora ya no apoyan tanto ese enfoque. En el hemisferio americano tenemos que aceptar que los Estados Unidos han sido una fuerza importante para mantener el énfasis en el control del abastecimiento de drogas, lo que ha hecho más difícil el trabajo y el consenso en cuanto a la reducción de daños. Seamos honestos, cada vez que tratamos de apoyar cualquier tipo de programa de reducción de daños el primer problema que enfrentamos es el de la prohibición. La gente está preocupada, tiene miedo de no poder hacer las dos cosas: prohibir las drogas y al mismo tiempo fomentar el intercambio de jeringas, u ofrecer agujas estériles, o tener organizaciones de usuarios de drogas, o tener programas atractivos para los usuarios de drogas, o tener capacitaciones ofrecidas por los usuarios de drogas. Nos hemos dado cuenta que sí se pueden hacer las dos cosas, aunque hay cierta tensión entre estos dos elementos, pero podemos vivir con esto, podemos con cierta dificultad explicarle a la gente que estos programas no son totalmente incompatibles.

*Entendí bien que la tarea de reducción de daños tiene que ver con una tarea comunitaria, de concientización, más que una tarea de apoyo legal, pero lo que quería saber es si en su país hay legislación que acompañe estos programas o si son programas que todavía no tienen un anclaje dentro de la legislación.*



ALEX WODAK: Logramos implementar todos los programas de reducción de daños bastante bien durante los últimos 15 años sin cambiar la legislación. En algunos estados se cambiaron las leyes un poco. En general se mantuvo la ley general pero en algún artículo se cambiaron algunas palabras, eso fue todo. Pero estamos llegando al punto en que el debate en torno a las políticas relacionadas con el uso de drogas se está volviendo más activo y el debate no solamente proviene de aquellos que trabajamos en reducción de daños, de los médicos y de las familias de los usuarios de drogas, sino también de los altos funcionarios de la policía que reconocen las limitaciones de lo que hemos estado haciendo hasta ahora, incluso los altos funcionarios y los intendentes de muchas ciudades están diciendo ahora que tenemos que volver a pensar toda esta política. Pero la política en general todavía no cambió. Todos los logros que se alcanzaron en Australia hasta ahora se alcanzaron sin haber cambiado la ley o quizás con cambios muy pequeños, de algunas palabras solamente. Esta es una pregunta muy técnica que los abogados y los parlamentarios que están acá seguramente entienden mejor que yo, pero creo que lo mismo pasa en todos los países, el principal obstáculo para la reducción de daños es político y no legal, el principal obstáculo para la reforma de las leyes relacionadas con las drogas también es político y no legal. De hecho los tratados internacionales, los tres que constituyen el marco para el enfoque internacional de las drogas ilegales, todos tienen un grado considerable de laxitud, si leemos los tratados de forma superficial parecería que son herméticos, no soy abogado y simplemente estoy repitiendo lo que dicen algunos expertos legales internacionales, muchos de los cuales dicen que hay ciertas brechas en estos tratados, y esto es muy importante en América del Sur. Los tratados dan excepciones especiales para poblaciones tradicionales, por supuesto no definen lo que es una población tradicional, por lo tanto podríamos decir que una población muy pobre que está en el sur de Buenos Aires es una población tradicional que vive en una situación de gran pobreza desde hace muchos años y con un gran uso de drogas. Otra excepción tiene que ver con la investigación y el tratamiento médico, sin definirlos exactamente, por lo tanto, si queremos hacer algo que no se hizo antes, podría ser definido como investigación o tratamiento médico. Además los tratados dicen específicamente que están subordinados a las leyes nacionales y a las constituciones de los países, entonces si su país quiere hacer algo diferente en el área de la salud pública, lo puede hacer si está permitido por las leyes o la constitución. Finalmente la única convención no dice que se tienen que



prohibir las drogas ilegales, dice que consideran que la salud pública o el bienestar de la comunidad, están mejor protegidos si se prohíbe la venta de drogas ilegales, y si para tu país eso no se protege de ese modo, no tiene que seguir prohibiéndolas. Quisiera destacar una vez más que no soy abogado y no me sorprendería que muchos de los que están aquí presentes sepan mucho más que yo acerca de este tema y puedan darle una interpretación diferente.

## Panel: Reducción de daños en los medios de comunicación social

MODERADOR: DR. CARLOS ANDRADA. *Profesor de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires*

La reducción de daños representa casi una asignatura pendiente en los medios periodísticos. Probablemente eso se deba, como dijo un periodista casi en secreto, a hurtadillas, a que la política oficial ha comenzado a recibir lo que Naciones Unidas ya señaló como una política a desarrollar en este difícil tema. Las asociaciones que trabajan desde hace muchos años en nuestro país, han desarrollado durante bastante tiempo una acción casi rayana en la clandestinidad, ya que las normas vigentes podían censurar o reprimir duramente una actitud de esa naturaleza. La reducción de daños no es un tema que tenga "buena prensa". Está atravesado por cuestiones religiosas, morales, médicas, políticas de muy distinta naturaleza, por lo tanto, es una tema de alta conflictividad. En otros países, hace ya bastante tiempo, se desarrollan políticas de reducción de daños con marcado éxito. No se trata de señalar estadísticas porque lamentablemente en estos dos temas estamos huérfanos de estadísticas confiables. En el tema drogas, porque al ser un artículo reprimido, se maneja en una cifra negra. En el tema sida, no hay prohibición, pero estamos ante una enfermedad que se ha usado para discriminar o avergonzar, con una difícil aceptación social. De estos espinosos temas y su relación con los medios de comunicación social tratará este calificado panel.

NORA BÄR, *periodista, editora de Ciencia y Salud del diario La Nación, Argentina.*

El tema del sida y las drogas es asignatura pendiente para los periodistas. Hace dos décadas que me dedico a la divulgación de la ciencia y hace unos cinco años que trabajo específicamente en el tema de salud, estoy acostumbrada a trabajar diariamente con enfermedades como la esclerosis múltiple o síndromes exóticos, y sintomáticamente el tema de sida y drogas, que es algo cercano y muy palpable, que es una epidemia, nunca llega a los escritorios de las mesas de redacción.

Como tenía que participar de este encuentro, opté por recordar un poco cual es el balance que se hace después de dos décadas de sida. A los ojos del periodista la epidemia de sida está en este momento en un estadio "alentador", porque contamos con drogas antirretrovirales, se anuncian nuevas terapéuticas, se ensayan vacunas, viene Robert Gallo al país y dice que están probando vacunas. Diría que los eslóganes cambiaron: en un momento fue la peste rosa -con todas las connotaciones que tiene la palabra peste-, y ahora el sida es una enfermedad crónica más. En estos 20 años el camino que recorrió la epidemia fue el de la inquietud, el miedo de la gente al otro eslogan que dice que ahora estamos todos tranquilos, tenemos todo bajo control. Diría que hay muchos datos que se difunden que son positivos: disminuyeron las internaciones y la mortalidad, hay países como Suiza donde la mortalidad por sida asciende solamente al 1,3%, en la Argentina las internaciones se redujeron un 70%, y se calcula que en los últimos dos años y medio las infecciones oportunistas disminuyeron un 80% y la cantidad de gente cuya enfermedad progresó se redujo cinco veces.

Tendríamos que estar todos muy contentos, pero a poco que uno empiece a investigar se da cuenta que hay otra cara de la epidemia. Por ejemplo, en la ciudad de Nueva York, las cifras del Departamento Estatal de Salud dicen que el 50% de todos los casos de sida corresponde a personas adictas a drogas. Entre las mujeres esa cantidad asciende al 61%. Ese estado de cosas llevó a los norteamericanos a promulgar una ley que permite la venta de agujas hipodérmicas sin prescripción, en un país donde todo lo que uno compra en la farmacia necesita una prescripción. En la Argentina, recién me informaron que el 40% de los casos de sida son de adictos a las drogas, en la Fundación Huésped me dijeron que el 42% de los casos se producen por compartir jeringas. Pero tengo otra cifra incluso peor, en Rusia la adicción a las drogas disparó la incidencia del sida, a tal punto que se calcula que en los últimos dos años en algunas ciudades aumentó el 358%, y el 90% de esos casos corresponde a personas drogadependientes.

Dos caras de una misma realidad, por un lado lo auspicioso, y por otro lado lo preocupante. Lo preocupante porque si el tema sida y drogas no existe en los medios, también es poco transparente para la sociedad. Siempre se dice que la tarea del periodismo en salud es la educación para la salud, la educación para la prevención, la búsqueda de cambios de actitud en el paciente, especialmente porque la desconfianza que existe en las personas hacia el sistema médico en general y hacia las instituciones ha he-

cho que muchos pacientes tomen la salud en sus manos, quieran estar informados y busquen esa información en los diarios. Sin embargo, en este caso hay un vacío informativo. ¿Por qué ese vacío informativo? Diría que se da por muchas razones. Hablando sobre el periodismo científico, un ex físico decía que las modas cambian, un día está de moda Chernobyl y otro día están de moda los anticuerpos monoclonales, pero hay algo que no pasa de moda, que una noticia para que sea noticia tiene que ser interesante a los ojos del público. Me pregunto por qué esta falta de interés. El sida y las drogas no es que tienen mala prensa, ocurre algo mucho peor: tienen prensa y pienso que algo de eso puede suceder porque a pesar de los avances imperan los prejuicios, y esos prejuicios son la principal vía de expansión del sida. Esto puede compararse a lo que ocurrió hace poco cuando se pusieron en funcionamiento los consultorios sobre salud reproductiva. Yendo en un taxi escuché al rector de una universidad católica diciendo que era una barbaridad porque la existencia de esos consultorios lo único que iba a provocar era el aumento de los abortos. Es una lógica un poco difícil de seguir y a mi modo de ver es una lógica muy hipócrita porque uno no deja que existan los consultorios de salud reproductiva y entonces en alguna forma está impulsando al aborto, que es justamente aquello que se quiere combatir.

Desgraciadamente creo que en la Argentina, o al menos en Buenos Aires, en la prensa de Buenos Aires, el drogadicto es un ser marginal, es un ser invisible y la sociedad no quiere pensar en él, porque se considera que ser adicto a las drogas es un defecto del carácter, por lo tanto en vez de ayuda requiere persecución, requiere encausarlo en las buenas normas de conducta. Desgraciadamente eso contribuye a preparar un cóctel peligrosísimo que es el del sida, el rechazo y la pobreza.

Como decíamos, el tema sida y drogas es una asignatura pendiente, por eso hoy yo vengo acá no a enseñar nada sino a aprender. Creo que en estos casos es realmente muy cierta una afirmación que hacía un estudioso de las epidemias y del poder que decía que a pesar que el conocimiento científico avanza año tras año, el personal médico continúa siendo parte de sistemas sociales más amplios y no puede evitar compartir sus valores subyacentes. Para curar -decía- hay que aceptar el valor igualitario y la dignidad de nuestros congéneres. Allí están las semillas de un futuro más humano, y yo diría que algo similar se puede aplicar a los periodistas.



MARTA DILLON, *periodista de los suplementos "Las 12" y "No" del diario Página/12, Argentina.*

Para completar mi presentación y para ser coherente con el trabajo que vengo desarrollando, voy a decir que yo vivo con VIH y que hace muchos años, desde el año 95 tengo una columna semanal en el suplemento joven de Página 12 donde cuento de qué se trata vivir con VIH en este país, en este momento histórico. Lo que me pasa a mí que soy una persona con trabajo, de clase media, contenida; lo que observo en el hospital donde me atienden, que es el Hospital Ramos Mejía, y también otras realidades a las que me he acercado, porque como bien se dijo en este Seminario, el sida tiene una connotación que lo convierte en una enfermedad social, más que en una enfermedad de las vísceras. Por eso he visitado cárceles y el tema de drogas aparece permanentemente, porque no solamente está muy íntimamente unido a la problemática del sida sino también a la problemática de mi generación.

En este sentido me parece valiosísimo poder empezar a hablar de reducción de daños. El primer contacto que tuve con esta estrategia se dio a través del último o del anteuúltimo congreso nacional de sida donde tomé contacto con algunas ONGs que estaban trabajando en Rosario. Y sentí que de alguna manera esto que planteaban como una estrategia armada con bibliografía, era algo que yo venía trabajando o se venía traduciendo a lo largo de este trabajo en las columnas, sin saber que tenía un título.

Me voy a permitir entonces algunas reflexiones en torno a esto. Creo que hablar de reducción de daños es asumir una realidad, por fuera de los prejuicios morales, por fuera de las propias elecciones, es asumir una realidad que en este momento involucra a la gente más marginada, menos escolarizada, a la gente que no ha tenido opciones. Porque cuando hablamos de este 43% de personas que viven con VIH y se han contagiado a través del uso de drogas endovenosas, estamos hablando de una población como la que acabo de describir, la mayoría mujeres, jóvenes, pobres, no escolarizados, que desde el momento en que nacen tienen su vida expropiada. Esta es la primera realidad que hay que asumir, el Estado que es quien tiene que dar respuestas, no da respuestas desde el inicio. En ese sentido, es difícil pensar que ese mismo Estado puede comprometerse con una política de reducción de daños, no quiero decir con esto que el trabajo sea en vano, digo que es difícil. Porque cuando se habla en contra lo que se plantea es "cómo vamos a entregar jeringas si esto sería fomentar el uso de drogas";

“cómo vamos a hablar de sexo, esto va a fomentar las relaciones sexuales”, a pesar que las experiencias educativas demuestran que es lo contrario. Creo que aceptar la realidad no quiere decir fomentar la realidad sino todo lo contrario. Aceptar la realidad es aceptar la existencia del otro, un otro que nos interpela permanentemente y a quien hay que mirar guardándose los prejuicios morales porque lo que se supone que el Estado protege por encima de todo es la vida. Sin embargo, este mismo Estado que es incapaz de aceptar otras elecciones, que es incapaz de darse cuenta que hay quien no tiene ninguna elección y que tal vez la única elección que ha tenido es sobre su cuerpo. De hecho el único bien que tiene la gente marginada es su propio cuerpo, a veces sus hijos, y ahí es donde se agrede, igual que los presos cuando se cortan los brazos o se agreden a sí mismos porque es lo único que les queda.

En este país donde la vida es apenas una variable de ajuste, donde se mata a los rehenes cada vez que hay un hecho delictivo, donde se interrumpe periódicamente la entrega de medicamentos a los pacientes con VIH, cada tanto tenemos que dar esa noticia y no hay espacio para darla. Este país que dejó impunes a los autores de los crímenes más horrendos de nuestra historia, a los responsables de la última dictadura militar, nos está enseñando que la vida no le importa. Hablar de estos temas es empezar a revertir por distintos costados qué es lo que nos importa a nosotros, qué es lo que les importa a las organizaciones intermedias, por más que no sea el papel de las ONGs suplir al Estado, pero de alguna manera se pueden instalar otros temas, por lo menos hacer visibles prácticas que son cotidianas, con las que convivimos y que al no reconocerlas lo único que hacemos es fomentarlas, como es la práctica de drogarse.

Hay muchos tipos de adicción, hay adicciones que son lícitas, pero sin embargo, cuando hablamos de drogas parece que estuviéramos hablando de tremendos fantasmas. Por eso creo que hablar de reducción de daños es justamente no favorecer determinadas prácticas sino aceptar que hay otras elecciones, aceptar que hay otras prácticas, y brindarles el máximo marco de seguridad posible, porque lo que nos interesa no es lo que hagan las personas, sino las personas, lo que nos interesa es la vida. Leía en algunas declaraciones del Secretario de la SEDRONAR, Lorenzo Cortese, que se ha avanzado un poco en el sentido de asistir a algunas personas con características muy particulares a las que se les podría aplicar esta estrategia de reducción de daños. Realmente me cuesta imaginar cómo los va a encontrar el Sr. Cortese, porque tiene que ser una persona que haya pasado por dis-

tintos servicios, y sabemos que la mayoría de las personas marginadas que se drogan no acceden a los servicios de salud, entonces es una entelequia. Pero lo que me interesaba resaltar es que el Sr. Cortese decía que darle más publicidad a estos temas para que los interesados se puedan enterar que están beneficiados de alguna manera, abriría una polémica para la que no estamos dispuestos. A mí me parece que sin polémica no hay ninguna posibilidad de avanzar. Tal vez los medios puedan colaborar de alguna manera, aunque se suele sobrevalorar el papel de los medios, especialmente cuando tenemos en cuenta mi caso que trabajo en medios gráficos y que los interesados no acceden a los medios gráficos.

Creo que habría que tomar conciencia que respetar la elección del otro es devolverle su categoría de prójimo, su categoría de próximo, el otro es una persona que aunque haga elecciones que a nosotros nos parecen tremendas, es un igual con el cual se puede dialogar. Cuando esta instancia de diálogo se abre y la categoría de persona se instala de igual a igual entre quien asiste y quien es asistido, ahí se abre la posibilidad para que cada uno haga una opción particular por la vida, que esta persona que se droga o que está expuesta a muchos riesgos, tome conciencia que hay una opción, que alguien lo respeta y lo ve como un igual, y que a partir de ahí empiece a generarse este sentimiento de sí o sentimiento vital, lo único que puede hacer que después pensemos en dejar las drogas. Personalmente no me importa demasiado si alguien se droga o no se droga mientras tenga un proyecto vital, creo que eso es lo que regula el consumo y las adicciones, las posibilidades de crecer, las posibilidades de relacionarse, las posibilidades de proyectar hacia adelante. Por eso creo que es fundamental empezar a hablar de reducción de daños porque lo que estamos haciendo es reconocer al otro, es empezar a hablar de políticas de convivencia, donde todos tengamos las mismas oportunidades.

GUILLERMO LOBOS, *periodista, conductor y productor de ciencia y tecnología de TN, Canal 13 de televisión, Argentina.*

Casi siento pudor al estar aquí, porque conozco a varios de ustedes, profesionales de la salud, asesores de legisladores, legisladores también, y son ustedes las fuentes de las cuales uno se nutre desde el medio de comunicación. Apenas puedo decirles qué es la cocina del medio de comunicación electrónico, yo trabajo en televisión, porque en cuanto a cifras, cono-



cimiento de la incidencia de estos flagelos, los tienen ustedes y lo tengo yo como actor de esta sociedad.

Desde los medios de comunicación electrónicos ustedes verán hoy en Telenoche, que dura una hora pero sacándole la publicidad dura 43 minutos, de los cuales la crisis en Medio Oriente después de que las fuerzas armadas israelíes hayan atacado el búnker de Arafat y que un grupo suicida haya destruido un buque de la armada norteamericana en un puerto de Yemen, casi guerra abierta entre Israel y Palestina; de esos 43 minutos la crisis en Medio Oriente comerá mucho, ni qué hablar de la crisis institucional. Cuánto queda para la reducción de daños. ¿Alguien se anima a decir una cifra?. Les voy a dar una pista, para explicar el genoma humano tuve que hacerlo en un minuto diez segundos. Con lo cual los que han dicho nada están más cerca de la realidad.

El sida era una enfermedad cruel, lenta, y de la cual se sabía muy poco. Tenía todos los condimentos para ser interesantísima. Una enfermedad que mataba, no se sabía por qué. Peste rosa se la había llamado en un tiempo, en forma discriminatoria. Rock Hudson, Freddy Mercury, Miguel Abuelo, más cercano a nosotros. Comenzaron a morir famosos. Aparte famosos de un país poderoso. Además, iera una enfermedad relacionada con el sexo!

La drogadicción. Ya no era noticia. Estuvo con el hombre desde siempre. Ya estaba con nosotros: los egipcios, los romanos, el imperio azteca, maya. No era noticia salvo que se produzca una sobredosis en casos como el de Elvis Presley.

Volvemos a nuestros días. Ha disminuido muchísimo la atención en torno a las drogas. De esos 43 minutos, si tenía dos minutos con Rock Hudson, ahora tendré 40 segundos. Vamos a empezar ahora con el tema de las drogas: Por qué ha disminuido tanto la atención en torno a esto. Las drogas eran un tema tabú cuando yo era chico Yo nací en Jujuy, en Huai-ca, un pueblito muy chiquito. No se hablaba mucho, el que se drogaba era peligroso. En cambio ahora, en la ciudad, está más aceptado el tema de la drogadicción. Ya no me importa si te drogas o no, lo escucho todos los días. Las drogas están asociadas con el rendimiento, debemos rendir el 150 por ciento. Entonces, se droga para resistir. Es más, ¿recuerdan el "nariguetazo" de Roberto Lestelle? (El ex Secretario de Drogas que dijo que había legisladores nuestros que se pegaban un "nariguetazo" para aguantar un discurso). Hay un ex gobernador de Catamarca que dijo que hasta nuestro ex presidente Carlos Menem se pegaba "nariguetazos". No lo dijo tan así,



dijo en realidad que había que hacerle una rinoscopia. Entonces las drogas están más aceptadas, ya no son noticia. Hay una película muy buena, *American Beauty*, que habla de esto.

El sida ha entrado en una meseta informativa para nosotros. No digo que haya desaparecido, está ahí. Siempre que aparece un cable respecto al sida paramos la antena, pero si no es muy fuerte no le prestamos mucha atención. Porque hubo un cúmulo de información aceptada pero no aplicada. ¿Qué significa esto? El uso de preservativo, las relaciones sexuales seguras, las jeringas. Se habla más del preservativo o el sexo seguro que de las jeringas. Pero como decía Nora Bär, la terapia de drogas combinadas o el mal llamado cóctel de drogas: Ritonavir, Saquinavir, Indinavir, inhibidores de transcriptasa reversa, inhibidores de la proteasa; han hecho que la gente baje la guardia. Ya tiene "cura". Cuando podés tirar 15 años con eso, más o menos ya tiene cura. Por eso ha entrado en una meseta informativa.

En cuanto a la reducción de daños Canal 13 hizo hace 4 años un trabajo con Sergio Elgezabal, y Héctor Pérez como camarógrafo, en Holanda, donde el gobierno provee de jeringas, le da un plato de comida caliente al drogadicto, al indigente, le da abrigo, porque es más económico asistirlo que dejarlo morir. Antes de entrar a este recinto estábamos hablando entre nosotros que todos sabemos que es mejor la prevención que el tratamiento, pero entonces ¿por qué no se aplica? Un paso adelante es esta reunión. Pero ¿por qué no se aplica?. Hay miles de factores y si nos pusiéramos a discutir no llegaríamos a una conclusión única. Pero uno de los factores es que este es un país pobre, subdesarrollado: qué vamos a hablar de reducción de daños cuando en este momento un jijeño se está muriendo de hambre, un chaqueño se está muriendo de hambre, cuando están vendiendo bebés en la provincia de Formosa. Hay tantos temas. Uno de ellos, importante, es la reducción de daños. Pero este es un país pobre y no sólo es pobre, es un país hipócrita. Hubo una mini polémica con una pastilla abortiva, RU 486, salieron varios sectores y el tema empezó a frenarse hasta no llegar a nada.

Necesitamos: años, mucho tiempo, muchísimos años más. Legisladores, funcionarios, agentes responsables del área de salud, periodistas especializados, muchos más que los que estamos. Los que estamos cubrimos la noticia, pero urgente: "escribime algo de sida en 10 minutos tenés cabina para editar". Y es mentira, eso no se hace así. "Escribime un artículo de treinta líneas y ya tiene que salir". Y no es así. Con esa urgencia y poco espacio, no podemos informar. No tenemos tiempo. Los medios de comuni-

cación en la Argentina también son subdesarrollados y hasta que eso no cambie, la esperanza solamente está en esto, en ustedes en nosotros, en discutirlo y poner a rodar la pelota.

DRA. ISABEL VILLAR. *Abogada, periodista y editora del Suplemento "La República de las Mujeres" del diario La República, Uruguay*

Ya es habitual que en los foros donde se tratan temas de interés social, se prevean espacios dedicados a los medios de comunicación. Activistas y técnicos los inauguraron para exponer sus dificultades de comunicación con los medios, y denunciar la escasa atención que a su juicio estos prestaban a los temas vinculados con el efectivo ejercicio de la ciudadanía, relacionados con derechos humanos, salud, educación, medio ambiente, etc.

Hoy estamos en otra etapa: son los activistas y técnicos quienes convocan a los periodistas para que expongan su propia visión sobre la presencia de esos temas en los medios. ¿Cómo y por qué se produjo el pasaje de ajenos a distantes más o menos hostiles primero, y luego a necesarios y posibles aliados?

La respuesta implica hablar en primer lugar del protagonismo de los medios en las sociedades actuales, y de su responsabilidad por el poder que detentan. La industria de la comunicación es hoy uno de los sectores de la economía con más alto crecimiento y mayor concentración del poder, propiciada por la globalización y facilitada por la revolución tecnológica. El alcance del periodismo moderno y sus posibilidades de incidencia se multiplica hasta el infinito en brazos de la virtualidad.

Los medios, sobre todo los audiovisuales, son omnipresentes: están en todos los hogares, incluso en los de la población excluida. En la sociedad de mercado, el derecho ciudadano a estar informado ha ido transformándose en la obligación de consumir información -cada vez más indiferenciada del espectáculo- que se multiplica y desagrega a ritmo vertiginoso.

La pérdida de liderazgo de otros actores sociales, como partidos políticos, organizaciones sindicales, sistema educativo, familia, redes comunitarias, genera espacios rápidamente ocupados por los medios, que con su enorme poder de penetración han pasado de influenciar la dinámica social a ser parte constitutiva de ella.

Prácticamente nada del conjunto de interacciones sociales, culturales, políticas y económicas escapa a la influencia de los medios, que en tanto

establecen el orden del día de los asuntos "importantes", decretan la inexistencia de lo que no está incluido.

La globalización, que supone centros de decisión demasiado ajenos y distantes como para influir en los contenidos, diluye los límites de confianza en las comunicaciones. Pero en Latinoamérica, las democracias devaluadas que sucedieron a las dictaduras militares, con sus fallas, omisiones y corrupciones a todo nivel (político, judicial, policial, empresarial y hasta sindical, religioso y deportivo) han fomentado una confianza inusual en alguna prensa y particularmente en algunos periodistas, tanto para conocer la verdad de los hechos como para resolver problemas cotidianos de la ciudadanía.

Todo esto ha influido en el imaginario colectivo para darle a los medios y a los periodistas una presencia desmesurada aunque no necesariamente genuina, porque deriva más de dimisiones ajenas que de méritos propios.

Por otra parte, no hay duda que el acceso al conocimiento y a la información es estratégico para las interacciones individuales y colectivas, y que el derecho a la comunicación -en esencia un proceso de ida y vuelta que incluye estar informado e informar- es requisito para la construcción de la democracia, y para alcanzar los cambios que requieran las metas de cualquier intervención social. Los medios son formadores de opinión pública por excelencia.

Entonces, no es de extrañar que hoy los periodistas, operadores de medios, estemos incluidos en los foros donde se analizan preocupaciones sociales. La cuestión es ver cómo se puede establecer un diálogo fecundo entre científicos, técnicos, activistas y periodistas, fundado en el respeto, superando desconfianzas mutuas y compatibilizando lenguajes, tiempos y lógicas.

Con la modernización de los medios se abrieron brechas para temas de la agenda social de los segmentos organizados, incluyendo mecanismos de interlocución con las audiencias. Razones de mercado inspiraron muchas veces esas aperturas, pero esto no excusa de aprovecharlas y procurar ampliarlas. Sin embargo, todavía se está lejos de espacios para el debate público que induzcan a conceptualizar y reflexionar con la mira puesta en cambios que contribuyan a dignificar la condición humana en cualquier circunstancia. Los intereses comerciales demasiado a menudo se imponen a los sociales. La industria del entretenimiento genera más ganancias que el intercambio constructivo de ideas, y el mercado es cada vez más compe-



tivo. Amén de las presiones de otro tipo, políticas entre ellas. Los medios no solo venden bienes: también producen ideología.

Todo esto da fragilidad al propósito de servicio público, que debería ser el norte de todos los medios, particularmente los de alcance masivo. La comunicación globalizada prefiere presentar una imagen del mundo sin fisuras, donde hasta la miseria es espectáculo. Los temas conflictivos, como las drogas, la homosexualidad o el aborto, por ejemplo, se mantienen a distancia o son objeto de simplificaciones reduccionistas de alto impacto, pero el debate público es otra cosa. De ahí a fomentar estilos de vida donde no quepan las diferencias, actitudes intolerantes que alientan la criminalización y la represión de las conductas que no encajan en el modelo hegemónico, hay solo un paso. La morbosa atracción por el dolor y la muerte, distancia de los riesgos propios a fuerza de depositarlos en minorías culpabilizadas de todos los males. Falta de solidaridad que al cabo erosiona el tejido social.

Si en la formación de los comunicadores no es una prioridad el respeto a los derechos humanos y otras circunstancias que determinan las exclusiones sociales, eso se refleja luego en dificultades para identificarse con perspectivas que incluyan plenamente los derechos de la ciudadanía. Además, quienes elaboran la noticia no son precisamente los que tienen el poder de decisión en la agenda del medio. Conservar el lugar de trabajo pasa también por moverse dentro de las reglas del juego, que incluyen las presiones del poder económico y, en su caso, político que sustenten al medio.

Activistas, investigadores, científicos y otros actores en temas sociales, desconfían de los medios. Temen la distorsión o que muestren sus informaciones como banales, lo que conspiraría contra los objetivos de sus actividades. Seguramente más de una vez las han sufrido, o tomaron iniciativas que solo concitaron el olímpico desprecio de la media por falta de "interés" periodístico. Pero tampoco saben cómo generar hechos que susciten ese interés, es decir, que puedan convertirse en noticia. En la mayoría de los casos carecen de políticas de comunicación.

Los lenguajes son diferentes. No es lo mismo una ponencia para un encuentro científico que una nota periodística. Justamente a los periodistas les corresponde convertir el contenido de la primera en material de difusión masiva, y la traducción no es automática.

Además, habitualmente los periodistas no son expertos en la materia que tienen que tratar. El éxito de la comunicación dependerá de la honestidad y habilidad del comunicador, pero también de la claridad de ideas



con que los científicos y técnicos expongan lo que quieren transmitir. Los actores públicos pueden caer en la tentación de ocultar o dar información parcial por intereses políticos, transgrediendo el principio de transparencia en la gestión, esencial a la democracia.

Para la labor periodística siempre resulta atractiva la información estadística. No se llevan registros oficiales sobre muchos aspectos del desarrollo, o los que hay no están actualizados o no son accesibles, y esto dificulta, quita estímulo para la investigación.

Estar disponible para la prensa es parte de la tarea y responsabilidad funcional y del activismo social, pero a menudo no se considera incluido en ellas, o se es reticente a su práctica.

Las organizaciones no gubernamentales suelen esperar que los periodistas se conviertan en activistas de sus causas, cosa que atenta contra el profesionalismo y no beneficia una comunicación responsable. Pasar de la crítica a los medios industrializados a valorarlos como aliados indispensables, es un proceso en el que habría que evitar confundir distancia con hostilidad.

Los tiempos son diferentes. La prensa siempre está urgida de respuestas inmediatas así como de información de contexto breve y precisa. Las postergaciones pueden significar el entierro del interés periodístico.

Estos son solo ejemplos de desencuentros, ni los únicos ni los principales, pero generan una serie de "ruidos" que dificultan el objetivo de alianza estratégica. Conocimiento y respeto son ingredientes fundamentales de la confianza que se construye, no viene dada. Periodistas, técnicos y activistas tienen necesidades propias: hace falta escucharse sin jerarquizar.

La estrategia de reducción de daños todavía es una novedad por estos lares. La mayoría de la gente, incluidos los operadores de medios, no han oído hablar de ella y carecen de insumos y alicientes para profundizar.

Por estar vinculada a consumo de drogas y a sida, su tratamiento puede adolecer de los vicios y prejuicios que se advierten todavía en el abordaje de esos temas.

Hay columnistas, preocupados por la seguridad pública, que pontifican sobre la incidencia de las drogas llamadas ilícitas en el aumento de la criminalidad, centrandó la responsabilidad en el consumo antes que en las condicionantes sociales que empujan a él. Reducida la cuestión a estigmatizar a los consumidores, no queda mucho espacio para introducir la idea de que también son personas con derecho a la protección de su salud, y que asistirles redundará en disminución de riesgos para la sociedad que se

dice defender. Los intereses económicos y políticos que mueven el mundo del tráfico de drogas gozarán de buena salud mientras que se siga "satanizando" a las sustancias y a quienes las consumen.

Un "golpe mediático" como el que supone dar en cuerpo o tono castrofe la noticia de la fuga de un preso, aderezada con la aclaración que es usuario de drogas inyectables y portador de VIH, y que además se presume que anda "armado" con una jeringa, tampoco contribuye en nada a la reflexión sobre estrategias para impedir que las personas en esas situaciones se dañen más a sí mismas y a su entorno. El miedo paraliza, distancia, y prohija deshumanizaciones generalizadas.

Enfatizar en la condición de drogodependiente y/o portadora de VIH/sida de la persona que comete un delito, así sea una rapiña, abona el pensamiento que sólo ellas provocan trastornos a la sociedad. Luego, facilitarles la obtención de jeringas estériles resultaría más fácil de asociar con la promoción de conductas inconvenientes que con la prevención de daños individuales y colectivos.

No son matices, son aristas peligrosas. El periodista es responsable de sus palabras, del enfoque que elija para la noticia. Erigirse en juez de todo el resto, sin rendir cuentas a nadie, no es el camino para una profesión de la que se demanda un comportamiento ético muy cuidadoso, precisamente por el gran poder que detenta.

La tecnología, que potencia hasta el infinito la posibilidad de informar, también lo hace con el posible daño social que puede provocarse. ¿Cómo podemos contribuir eficazmente los periodistas en el tema que hoy nos ocupa?. Entre otras cosas, instalándolo en la opinión pública por supuesto, contextualizado en el marco de derechos humanos y salud; recabando y difundiendo opiniones expertas; ofreciendo la mayor cantidad de información para que se conozcan los problemas que se pretenden minimizar con la estrategia de reducción de daños; haciendo seguimiento de las experiencias y reflejando fielmente sus dificultades al tiempo que sus resultados positivos; inquiriendo a los que deciden políticas públicas sobre sus iniciativas al respecto; dando la voz no solo a los expertos sino también a quienes son asistidos por ellos o merecerían serlo; comparando logros entre poblaciones donde se ha aplicado la estrategia y donde no. Promoviendo en definitiva un debate amplio, que busque comprometer a los diferentes actores sociales con la situación de los usuarios de drogas inyectables y las alternativas de intervención en favor de su salud y de la salud colectiva. Ese compromiso es esencial, porque por más que tengan responsabilidad

en los efectos que provoca la orientación que impriman a la información, los medios no "inventan" la indiferencia o el rechazo social: reflejan lo que realmente sucede.

Contribuir de esta manera, no supone para los periodistas tomar partido: El partido se juega en la cancha del profesionalismo, a partir de una relación fluida entre quienes deciden, investigan, asisten, y quienes informamos a la población lo que ellos piensan, hacen u omiten.

## Debate

*Sabiendo de las limitaciones que tienen los periodistas con la fenomenal concentración de medios que se ha dado en la Argentina, respecto de cierta libertad para expresar o para comunicar distintas opiniones, ¿cómo ven ustedes la posibilidad, ante un debate como el que se avecina de la ley de radiodifusión, de impulsar un código de ética que firmen los empresarios de los medios privados y los responsables de los medios públicos? ¿Es posible que acuerden en respetar y promover los tratados internacionales contra la discriminación? Porque creo que de la misma manera que algunas cosas van cambiando en la democracia, en los medios de comunicación tiene que darse un cambio respecto al interés y la difusión de determinados temas, para que no pase lo que se decía recién respecto al poco espacio que hay para la noticia que no es espectacular.*

GUILLERMO LOBOS: Cuando se habla de un código de ética en periodismo, al menos en la experiencia que yo tengo, hay un hilo muy delgado. Siempre estamos bordeando lo que es ético, y lo que no lo es, lo que es para difundir, y lo que no lo es, lo que es censurable. Si es para adherir a códigos internacionales de respeto y más libertad, bienvenido sea. Eso significa que estamos atrasados en nombrarlo. No quisiera hablar de códigos de ética, preferiría que se haga un compromiso por el respeto, más que un código con artículo 1, artículo 2. No - discriminación, mucha más libertad

Yo no lo pienso como limitativo de la libertad de prensa sino de promoción de los temas que no aparecen en los medios, el poco espacio que tienen noticias que son muy importantes para promover la salud, u otras cosas.

MARTA DILLON: Solamente quería agregar que, como decía Guillermo Lobos, me parece que los códigos generalmente son algo rígidos y que suelen servir a los intereses de aquellos que tienen más poder como para promover los códigos. Me parece que lo que estás planteando es un consenso que se construye por fuera de los medios y que se tiene que dar desde todos los órdenes y que los medios también darán su propio debate, pero es una construcción paralela, no una decisión de dar voz a los que no tienen voz, dar voz a las minorías, a las mujeres que son la única mayoría discriminada, pero ese es un consenso que se construye, no es un código.



## Debate

*Sabiendo de las limitaciones que tienen los periodistas con la fenomenal concentración de medios que se ha dado en la Argentina, respecto de cierta libertad para expresar o para comunicar distintas opiniones, ¿cómo ven ustedes la posibilidad, ante un debate como el que se avecina de la ley de radiodifusión, de impulsar un código de ética que firmen los empresarios de los medios privados y los responsables de los medios públicos? ¿Es posible que acuerden en respetar y promover los tratados internacionales contra la discriminación? Porque creo que de la misma manera que algunas cosas van cambiando en la democracia, en los medios de comunicación tiene que darse un cambio respecto al interés y la difusión de determinados temas, para que no pase lo que se decía recién respecto al poco espacio que hay para la noticia que no es espectacular.*

GUILLERMO LOBOS: Cuando se habla de un código de ética en periodismo, al menos en la experiencia que yo tengo, hay un hilo muy delgado. Siempre estamos bordeando lo que es ético, y lo que no lo es, lo que es para difundir, y lo que no lo es, lo que es censurable. Si es para adherir a códigos internacionales de respeto y más libertad, bienvenido sea. Eso significa que estamos atrasados en nombrarlo. No quisiera hablar de códigos de ética, preferiría que se haga un compromiso por el respeto, más que un código con artículo 1, artículo 2. No - discriminación, mucha más libertad

Yo no lo pienso como limitativo de la libertad de prensa sino de promoción de los temas que no aparecen en los medios, el poco espacio que tienen noticias que son muy importantes para promover la salud, u otras cosas.

MARTA DILLON: Solamente quería agregar que, como decía Guillermo Lobos, me parece que los códigos generalmente son algo rígidos y que suelen servir a los intereses de aquellos que tienen más poder como para promover los códigos. Me parece que lo que estás planteando es un consenso que se construye por fuera de los medios y que se tiene que dar desde todos los órdenes y que los medios también darán su propio debate, pero es una construcción paralela, no una decisión de dar voz a los que no tienen voz, dar voz a las minorías, a las mujeres que son la única mayoría discriminada, pero ese es un consenso que se construye, no es un código.

*Comparto que hay mucha cantidad de información pero poca prevención. Respecto de los jóvenes, yo me pregunto: de acá a 10 años los chicos de diez a veinte años que se están drogando, que están repartiendo desgraciadamente esa enfermedad, dónde van a estar y cómo vamos a estar nosotros frente a esa situación de salud y frente a esa situación de educación. ¿Qué les estamos preparando para ellos en ese futuro, qué les vamos a dar en el ámbito informativo y preventivo?*

MARTA DILLON: Qué les estamos dejando es una pregunta para contestar desde muchos aspectos. Creo que no es nuestra tarea responder a esto. Lo que querría agregar respecto de la prevención, es que la reducción de daños que parece una estrategia asistencialista, creo que se puede aplicar a muchos otros órdenes para construir una prevención distinta. Llamar a las cosas por su nombre, saber que hay muchos jóvenes que se están drogando y que esos jóvenes no esperan algo que les dejemos, sino que se les abra un espacio en el que ellos puedan convertirse en actores, porque si no los estamos victimizando permanentemente, por excluidos, por drogadictos. Cuando hablamos de reducción de daños hablamos de tender una mano, de crear un igual del otro lado. Lo mismo sucede en otros temas de la prevención, fundamentales como es el tema de la sexualidad, donde no solamente estamos previniendo la transmisión de enfermedades, sino también la posibilidad de una sexualidad sana que incluya el goce como un valor, que incluya la planificación familiar, o sea la salud integral de las mujeres. Cuando fueron los debates en torno a la ley de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires, fue muy interesante porque finalmente se discutió, hubo un proyecto de ley que tuvo media sanción en diputados y murió en el senado, casualmente en un senado en el que hay solamente dos mujeres. Hablar de estas cosas, tener conciencia que los adolescentes ejercen una sexualidad activa que no se puede mencionar, es lo que colabora a la prevención, abrir un espacio donde las preguntas se puedan plantear, donde además sea lícito hablar de las elecciones de cada uno, sean homosexuales o bisexuales. Esto es lo que plantea la reducción de daños, en un caso como es el de la adicción a las drogas endovenosas, pero también se puede aplicar a la sexualidad y también a muchos otros órdenes.

*¿Qué saben ustedes periodistas acerca de la reducción de daños? Utilizando el mínimo tiempo que tienen como medio de comunicación, por qué no apuntar hacia otra estrategia, porque ya que esto es una estrategia, suena a un juego, vamos a jugar con*

*esto un tiempo y vamos a ver cómo nos va. Otros países jugaron y les fue bien, pero ellos son los que tienen el poder y que manejan perfectamente todo este juego. Estamos perteneciendo a su juego y nos atrevemos a meternos a jugar con ellos, y no planeamos una estrategia propia para nuestro país.*

GUILLERMO LOBOS: Más que pregunta, vos estabas fijando tu posición, que está bien, yo la comparto en casi todo. Yo quiero que mi productora ejecutiva tenga la misma idea que vos o que yo, y recordando que también hay otros temas gigantes pero no darle cero segundos a esto, darle algo.

ISABEL VILLAR: La intervención comenzó preguntando qué es lo que sabemos nosotros de la reducción de daños, cómo la conocemos. Creo que muchos no sabemos lo suficiente, tenemos que estar en contacto con ustedes, establecer diálogo, tenemos que aprender. Hay otra cosa, estemos hablando de drogas, de sida o de la estrategia específica de reducción de daños o de otro tipo de intervenciones que tienen que ver con la salud, yo creo que el marco es el de la salud pero también es el de los derechos humanos, que tiene que estar dándole el gran paraguas a todo lo que hacemos nosotros, y otros en los tratamientos de estos temas.

*Dado que ustedes son formadores de opinión pública, ¿son conscientes de que a veces cuando se dice algo es importante ubicarlo en el contexto en el cual se dice? Para los que estamos trabajando en la salud pública, empezar a tomar conocimiento qué es esto de la reducción de daños, cómo se está aplicando en otros países, es conocer una modalidad terapéutica que está ubicada en un contexto, porque solamente con la reducción del daño no potenciamos la capacidad creadora del sujeto que es lo que en algún punto los va a llevar a abandonar el consumo. Creo que en la transmisión que ustedes hacen de esto sería importante que fueran conscientes de cuál es el contexto, cuáles son las otras modalidades que vienen a acompañar esta política de reducción del daño. Si no estamos parcializando. Yo no quiero que en mi país pase lo que pasa en Amsterdam, por ejemplo. Donde simplemente se trabaja desde una cuestión de las leyes del mercado.*

NORA BÄR: Coincido con lo que dijo Marta Dillon, nosotros somos periodistas, por supuesto que para hacer nuestro trabajo tenemos que estar bien formados, y cuanto más sepamos vamos a ser mejores periodistas. Pero no depende de nosotros que en nuestro país pase lo que pasa en Amsterdam.

Ese título de formadores de opinión que nos dan, creo que tiene sus límites. Somos formadores de opinión en el sentido que uno tiene la posibilidad de dar a conocer cosas, pero no es que porque se hagan artículos de reducción de daños, o se alabe la realidad de Amsterdam. Es algo que está muy lejos, ojalá que estuviéramos un poquito más cerca de lo que hacen ellos, no digo trasladarlo así directamente, sería muy utópico e inocente pensar que simplemente porque hacemos artículos en los diarios nosotros podríamos dar vuelta como una tortilla la realidad argentina. La nuestra es una realidad que está justamente en el extremo opuesto. Tenemos la posibilidad de dar a conocer cosas, pero los lectores son mucho más astutos que lo que mucha gente cree. Creo que el poder que tenemos nosotros es muchísimo menor que ese.

MARTA DILLON: Quería dar nada más que un dato respecto de trasladar la realidad de Amsterdam. La Argentina está a la cabeza en Latinoamérica en el número de contagio por drogas endovenosas, y Brasil, que tiene el doble de población y otra idiosincrasia, ha logrado reducir sus niveles de contagio en esta área en forma bastante impresionante, como la experiencia de Bahía de bajar del 40% al 5% esta vía de contagio. Es útil aprender de otras experiencias, las realidades no se trasladan pero sí hay que valorar esas experiencias.



# Panel: Experiencia de prevención del VIH/sida en usuarios de drogas en Uruguay

MODERADOR: DR. FRANCISCO MAGLIO. *Presidente de la Comisión de Bioética de la Sociedad Argentina de sida.*

Agradezco a mi amiga, la Lic. Graciela Touzé, por permitirme estar en este ámbito y además poder moderar una mesa tan distinguida con dos colegas y hermanas uruguayas. Un río que nos une y solamente nos separa algún partido de fútbol.

## Estados de situación en sida y drogas en Uruguay

Dra. JAHEL VIDAL. *Programa Nacional de sida del Ministerio de Salud Pública de Uruguay.*

### Introducción:

"PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN DEL VIH/sida EN USUARIOS DE DROGAS INTRAVENOSAS EN URUGUAY"

*Instituto de Investigación y Desarrollo (IDES)  
Programa Nacional de sida. Ministerio de Salud Pública*

*Coordinación General:  
Socióloga MARÍA LUZ OSIMANI  
Doctora JAHEL VIDAL*

*Técnicos participantes:*

Doctor JORGE BASSO  
Trabajadora Social ROSA DI BONO  
Doctor ALVARO FERNÁNDEZ  
Bachiller JOSÉ VIÑOLES

*Responsable:*

Doctora MARGARITA SERRA

Dado que resultaba fundamental para realizar un diagnóstico de sida y drogas en Uruguay conocer las características de las propuestas asistenciales existentes en materia de atención a los pacientes con drogodependencias en nuestro medio, se entendió conveniente comenzar el proyecto con una investigación que contemplara:

- El número y tipo de sustancias psicotrópicas consumidas por los usuarios de drogas asistidos en los distintos centros, y cuáles de ellos eran consumidores por vía inyectable.
- Tratamiento realizado en caso de ser usuarios de drogas inyectables.
- Número de personas VIH/sida asistidos en estos centros y las alternativas asistenciales ofrecidas a los afectados por VIH/sida, en el contexto del tratamiento por drogodependencias.

Este trabajo se desarrolló durante los meses de marzo - abril - mayo - junio del 2000, trabajando en forma conjunta técnicos del Programa Nacional de sida/MPS y del Area de Salud de IDES.

**Metodología:**

Para realizar este diagnóstico se emplearon cuatro fuentes de relevamiento de información:

1. - Datos Epidemiológicos del Programa Nacional de sida del Ministerio de Salud Pública, en especial los relativos a la transmisión sanguínea.
2. - Entrevistas a informantes calificados de diecinueve instituciones públicas y privadas vinculadas con el tratamiento de usuarios de drogas. Para la realización de las mismas se elaboró un breve cuestionario surgido de la Coordinación del Proyecto.

3. - Recopilación del material de prensa escrita en el Uruguay relacionado con la temática de drogas, editado en la capital del país, Montevideo, y de distribución nacional desde setiembre de 1999 a junio del 2000.
  4. - Revisión de historias clínicas de las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico del Ministerio de Salud Pública (Hospital Vilardebó) en los meses mayo y junio del 2000 por motivos vinculados al consumo de drogas legales e ilegales.
- 
1. Consumo de drogas en Uruguay y datos epidemiológicos de VIH/sida en UDIs

#### Historia:

En los años 80 comienza a difundirse el consumo de sustancias ilegales en el país; relacionándose con la condición de Uruguay como vía alternativa para el tránsito de sustancias a Europa fundamentalmente.

En la década de los 80, la problemática se vinculó más directamente a la represión del tráfico de sustancias ilícitas. También en esta época algunos centros asistenciales para drogodependientes de carácter privado, comienzan a organizarse, captando un pequeño número de usuarios.

Las primeras sistematizaciones de datos, así como investigaciones específicas sobre consumo, se dan en la década de los 90; inaugurándose el primer centro asistencial público específico para la atención de esta problemática de consumo abusivo.

#### Datos de prevalencia de consumo y tipos de consumo

La tendencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas (CPS) en el ámbito nacional, que surge de la comparación de las Encuestas Nacionales de Prevalencia de 1994 y 1998, presentadas por la Junta Nacional de Drogas (JND), indican una disminución del consumo de alcohol y tabaco, un aumento del uso de tranquilizantes automedicados y cifras estables en el consumo de sustancias ilegales.

En el Registro Continuo de Casos Notificados por Centros de Tratamiento a la JND, se verifica la característica de policonsumo. Las drogas de inicio en orden decreciente son: alcohol (41%), tabaco (31,2%), marihua-

na (16,6%), inhalantes (5,7%), cocaína (2,3%), anfetaminas (1,1%) y tranquilizantes (0,9%).

En cuanto a la edad de inicio se concentran en edades de 10 a 14 años (56,5%) seguido por el grupo de 15 a 19 años (27,6%). El 76% son del sexo masculino. En cuanto a las sustancias que se consumen en ese momento en el total de casos estudiados (439) se encuentra: 73,3% marihuana; 67,9% alcohol, 63,3% cocaína; 39,6% tabaco; 19,4% inhalantes; 8,7% alucinógenos; 7,1% tranquilizantes; 5% anfetaminas; 0,9% morfina; 0,9% antidepressivos; 0,2% heroína.

El uso de droga inyectable fue de 25,5% de los casos registrados, corresponden casi la totalidad a usuarios de cocaína.

El consumo de drogas ilegales se presentó 2 y 3 veces más en los varones que en las mujeres.

Datos obtenidos en un estudio (218 personas) del Centro de Referencia del CSP del Ministerio de Salud Pública realizado en 1995-96, mostró que un 29,2% había utilizado la vía inyectable alguna vez en la vida, y entre ellos el 42,9% había compartido alguna vez el material de inyección.<sup>1</sup>

El Estudio realizado en la Población General (18-65 años) de un barrio urbano de Montevideo, por el Área de Salud de IDES (Investigación sida y Drogas: diagnóstico y propuestas, 1998/99), indica que a una de cada cuatro personas le han ofrecido alguna vez usar drogas. Siendo que uno de cada seis consumió alguna vez sustancias psicoactivas.

No existen en este momento datos oficiales que nos permitan inferir el número de usuarios de droga y usuarios de droga inyectable en la población general en el nivel nacional. Tampoco el número de usuarios en tratamiento que tiene la vía inyectable como vía de consumo prioritaria, ni la calidad de las sustancias disponibles en la calle.

## Consumo de drogas inyectables y su incidencia en VIH/sida

La epidemia del sida en Uruguay comienza en 1983. La evolución de la epidemia del sida en el Uruguay en el periodo 1983 hasta el 31 de junio

<sup>1</sup> Bustelo, P." Resultados de Vigilancia Epidemiológica en Puntos clave del País, sobre Uso de Drogas Ilícitas" en "VIH-SIDA Prevención y Tratamiento: Una Esperanza"; organizado por M.L. Osimani-IDES; Uruguay, Ed. Acquarela, set.1997.



del 2000 está signada por la permanencia de un claro predominio de la transmisión sexual (68%) de los casos, sobre la transmisión sanguínea (28%) seguida luego por la transmisión perinatal (4%). Esta situación se ha mantenido sin cambios a lo largo de la epidemia. Desagregando la información correspondiente al mecanismo de transmisión sanguínea, los UDIs han tenido siempre un claro predominio, alcanzando a fines de junio del 2000 un 95%.

En cuanto al total de los casos de infección por VIH, casi la totalidad de la transmisión por esta vía está vinculada al uso de drogas intravenosas (98.3%), ubicando a los UDIs como el grupo más afectado por la propagación sanguínea de la epidemia.

La epidemia del VIH/sida ha tenido, de acuerdo a los "estudios centinela" realizados, una disminución de su velocidad de crecimiento, con una tendencia clara a la concentración de nuevos casos en la población joven (de 15-24 años), donde la Tasa de Prevalencia alcanza al 0.26% frente al 0.24% correspondiente a la población general.

Si analizamos la distribución etaria de los enfermos vinculados al mecanismo de transmisión responsable, identificamos que en la misma población joven de 15 a 24 años el porcentaje de transmisión por UDI alcanza al 57.5% de los casos frente al 42.5% del mecanismo de transmisión sexual. Si desagregamos el rango etario a jóvenes entre 15 y 19 años, el porcentaje de enfermos de sida por UDI notificados al PNS llega al 81%.

El Programa Nacional de sida, a través de la Vigilancia Epidemiológica de notificación de casos, viene observando desde 1987 que una de cada cuatro infecciones VIH son UDIs. Los primeros casos de VIH asociado al uso de drogas ocurrieron en 1988 y los primeros casos de sida asociado a drogas en 1989.

Según la distribución de UDIs infectados por el VIH, por sexo y Departamento, en Montevideo como en todo el interior del país predomina el sexo masculino (72% del sexo masculino en la capital del país y 65% para el interior). En cuanto a la distribución geográfica predominan los casos en el área Metropolitana (Montevideo y Canelones), zonas fronterizas (Rívera y Artigas) y Maldonado (donde se encuentra el balneario Punta del Este).

El sida pediátrico representa hoy el 3.9% de los casos acumulados. Se estima que el 60% de las madres infectadas habrían contraído el virus por transmisión sexual, el 40% restante representaría a madres consumidoras o parejas consumidoras de drogas inyectables. El aumento de los casos en mujeres es preocupante constituyendo casi un tercio de los casos de infección VIH.

a.- Disponibilidad del Equipo de Inyección Estéril para UDIs:

La venta del equipo de inyección es legal, se comercializa en farmacias y es de bajo costo. La jeringa de insulina, la más usada cuesta 2 pesos uruguayos (0,16 centavos de dólar).

No existen programas relacionados a la entrega o intercambio de jeringas.

b.- Difusión de Técnicas de Limpieza del Material con Hipoclorito de Sodio.

En el nivel oficial, el Programa Nacional de sida del Ministerio de Salud Pública, la Junta Nacional de Drogas, bajo la órbita de la Presidencia de la República, insisten en el USO DE MATERIAL DESCARTABLE Y EN NO COMPARTIR AGUJAS Y JERINGAS.

En el nivel de las ONGs, el Instituto IDES ha desarrollado alguna estrategia de desinfección e incorporar la técnica de reutilización del material con jóvenes más vulnerables desde el punto de vista social y de consumo de drogas.

### Promoción y uso de condones en el país

El Uruguay es un país que en los últimos años no ha presentado barreras culturales, religiosas, ni económicas para la promoción del uso del preservativo. El costo del condón es de 0,5 centavos de dólar americano. Pero, es importante destacar que hasta ahora se carece en el país de estudios entre los UDIs, en cuanto al comportamiento y práctica en el uso del condón. La investigación en curso intentará aportar elementos para comprender esta realidad.

### Red de usuarios de drogas inyectables en el país

No existe red de usuarios de drogas y menos aún específicas de UDIs. En el país la única asociación más cercana es la de ex usuarios, nucleados en Narcóticos Anónimos.

## Situación de uso de drogas y VIH en las prisiones del país

Las cárceles están bajo la órbita del Ministerio del Interior. No se puede precisar si existe consumo de drogas dentro de ellas y se carece de investigaciones oficiales al respecto.

El registro de datos que el PNS del MSP dispone es de 1993 donde se les realizaba el análisis diagnóstico del VIH al ingreso a cárceles, observándose un 6% de casos positivos.

### 2. Aspectos relevantes obtenidos en la encuesta a Centros de Tratamiento en drogodependencias

Como consideración previa al presente análisis de datos es necesario explicar que en la mayoría de los centros no existe un registro sistemático de los casos asistidos y sus características.

Distribución geográfica en el país de centros de tratamiento:

Se relevaron diecinueve Instituciones públicas y privadas de Montevideo e Interior.

La mayoría de la oferta asistencial se concentra en Montevideo. Sólo 3 instituciones trabajan exclusivamente en departamentos del Interior; una trabaja en Montevideo e Interior

Del total de instituciones contactadas:

- 12 son Centros Privados de Tratamiento a Drogodependientes exclusivamente: Convivir, Com. Rafael, Cocué, Jellineck, Dyanova Uruguay, Grupo Cavia, Castalia, Puente, Encare, Por la Vida, Renacer, Fundación Manantiales.

- 2 son Instituciones de Asistencia Médica Mutua (privados), que asisten drogodependientes en policlínicas semi específicas: CASMU (Departamento de Medicina Preventiva) y La Española (TUIDAL).

- 1 es el Centro de Referencia Público en Farmacodependencia: Policlínica de Farmacodependencia del Hospital Maciel - MSP.

- 1 Policlínica del Centro de Información y Atención Toxicológica (CIAT).

- 1 Centro Privado de Asistencia a Drogodependientes en convenio con el MSP (carácter mixto): IZCALI (SRL).

- 1 es el único Hospital Psiquiátrico Público: Hospital Vilardebó - MSP.
- 1 es el Centro de Referencia público en VIH/sida: Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas (SEIC) MSP.

Sin considerar el Servicio de Enfermedades Infecto Contagiosas (SEIC) MSP; el 77.8% son Instituciones Privadas; el 16.7% son Instituciones Públicas; y el 5.5% es de carácter mixto (institución privada con convenio con el Ministerio de Salud para prestación de servicios).

- Del total de instituciones contactadas, el 83% son instituciones nacionales, y el 17% son de carácter internacional.

- 94% de ellas declaran ser laicas, y el 6% restante declaran ser confesionales.

- Cuentan entre su personal exclusivamente con un equipo de profesionales de la salud el 50%; la mitad restante tiene entre su personal técnicos y/o profesionales de la salud, y un equipo de voluntarios (en general ex - adictos).

- Del total de instituciones contactadas de carácter privado y/o mixto que asisten exclusivamente drogodependencias (13 en total), 46% son Comunidades Terapéuticas Residenciales.

- En relación con las prestaciones de Salud brindadas al drogodependiente por las instituciones, se recoge una multiplicidad de actividades de atención en cada uno de dichos Centros.

- Centro de Acogida: el 39%
- Desintoxicación: el 50%
- Hospital/Internación: 50%
- Hospital de Día o Parcial: 33%
- Ambulatorio: 89%
- Reinserción: 55%
- Terapia Familiar: 100%
- Asistencia legal: 11%
- Prevención: 83%

En cuanto al tiempo promedio de tratamiento, la respuesta incluye según el tipo de institución, el periodo de tratamiento propiamente dicho, el de seguimiento, y el de reinserción. Así, para el total de las instituciones



que asisten a drogodependientes, el 11% ofrece tratamiento de menos de un año; el 72% de 1 a 2 años, y el 17% de 3 años o más

Se caracterizó la modalidad de ingreso en relación con la forma en que se hizo efectiva. Se presentaron 5 opciones que podían tener varias respuestas afirmativas en cada institución consultada:

- Hay un promedio de 8,47% de usuarios que ingresaron por Orden Judicial/policial, en 7 Instituciones. No sabe/No contesta 1 Institución.
- Hay un promedio de 64,9% de usuarios que ingresaron por Indicación Familiar en 15 Instituciones. No sabe /no contesta 1 Institución.
- Hay un promedio de 15,43% de usuarios que ingresaron por Indicación Médica, en 9 Instituciones. No sabe/no contesta 1 Institución.
- Hay un promedio de 17,2% de usuarios de ingresaron por su propia voluntad en 14 Instituciones.
- Y por último, hay un promedio de 12,75% por otras razones en 2 instituciones.

Una Institución declara que los pacientes ingresados son todos por decisión familiar o voluntad propia, pero que no puede discriminar los porcentajes de cada categoría, por lo que no fue considerado en la información precedente. En varias instituciones se ha señalado que el ingreso de pacientes siempre exige la voluntad del usuario de drogas, aunque haya llegado por diferentes vías.

En relación con la forma en que se financia el tratamiento de los pacientes en estos Centros públicos y privados, surgen distintas modalidades:

- Convenios con Instituciones Estatales: el 40% de las instituciones.
- Becas de la Institución (en forma parcial o total): el 34%.
- Atención en forma gratuita: el 16%.
- Pago de Arancel Institucional: 58%.
- Sin Datos o No se Responde: 16%

Perfil de los Usuarios en Tratamiento (Incluye Tratamiento, Reinserción, Seguimiento) en los Centros relevados:

- En el momento del relevamiento de datos, habían en tratamiento un total de 1.384 personas en las instituciones estudiadas (excepto una institución sin datos/sin respuesta).

- De ellos, el 80% eran hombres y el 20% mujeres.

- El rango etario de las personas que estaban en tratamiento era entre los 14 y 40 años. En el caso de la Policlínica de Farmacodependencia del Hospital Maciel, por ejemplo, por tomar la Policlínica de Referencia en Drogodependencia, el 43% de los casos se ubica entre los 14 y los 18 años; el 24% se ubica entre los 19 y los 23 años, y un 18% se ubica entre los 24 y los 28 años.

### Modalidad de tratamiento

Gran parte de estas instituciones (83%) señalaron que el tratamiento se centraba en trabajar la abstinencia del usuario o "consumo cero", aunque varias señalaron que existía tolerancia durante el tratamiento para el consumo esporádico y para las recaídas en el consumo que pueden suceder en su transcurso.

En tres instituciones se señaló que se utilizaban dos modalidades de tratamiento, aunque las acciones prioritarias están orientadas a procurar la abstinencia del paciente. En un caso (CIAT), si bien se procura la abstinencia del paciente al consumo de sustancias psicotrópicas, se fomenta la sustitución de la sustancia y de la vía de consumo.

En el caso de personas adictas a morfina inyectable (en muchos casos consumo iniciado por indicación médica), se promueve el pasaje al consumo de Licor de Brompton por vía oral. En otra institución, ante la presencia de consumo inyectable en personas afectadas por VIH/sida, se les promueve el consumo por vía oral (CASMU).

La tercera institución (Policlínica de Farmacodependencia), trabaja con el criterio de alcanzar la abstinencia del paciente y en determinadas situaciones, solamente se realiza la desintoxicación y se procura cierto control del consumo por parte del paciente para que pueda continuar trabajando y/o mantener la relación familiar que se está viendo afectada.

Sólo una institución privada (Grupo Cavia) plantea claramente en su modelo de atención a usuarios de drogas, opciones de tratamiento que van desde la abstinencia hasta la reducción del daño.

Personas usuarias de drogas portadoras de VIH.

El número de usuarios de drogas portadores de VIH que actualmente están en tratamiento en las Instituciones representan el 2.9% del total de pacientes atendidos.

14 Instituciones declaran solicitar el test del VIH a sus pacientes, con consejería.

Tratamiento con antirretrovirales para el VIH/sida.

El 100% de las Instituciones declara que continúa el tratamiento en el Servicio de Salud donde lo hacía previamente.

### Aspectos Relevantes y Conclusiones:

En los últimos diez años, el fenómeno del abuso de sustancias se ha extendido en nuestro país, configurando una problemática sanitaria para la cual se carece de una política de carácter integral que incluya suficientes y oportunos canales asistenciales. La estrategia de Reducción de Daños se presenta como alternativa terapéutica válida en este marco de aporte frente los datos epidemiológicos presentados.

La mayoría de los recursos se concentran en Montevideo (sólo tres de los citados recursos funcionan en el interior), y en la mayoría de los casos funcionan con recursos propios, lo que implica el cobro de honorarios a los asistidos y/o sus familias para sustentar su funcionamiento.

Las estrategias para reducir la transmisión del VIH, se asocian al suministro de medicación específica con la particularidad de alto grado de abandono o intermitencia en esta población.

El tratamiento de VIH se hace en el Centro de Referencia del Ministerio de Salud Pública (SEIC) o en caso de contar con asistencia privada, (IAMCs) en su institución de salud. Estos tratamientos se hacen generalmente por separado, no existiendo necesariamente conexión entre ellos, salvo la coordinación informal que puedan establecer los profesionales de una u otra institución a cargo (Drogas/VIH).

Una próxima etapa en este accionar, podría constituirse en fomentar espacios de coordinación con la capacitación de los recursos humanos participantes, de forma de potenciar los elementos relevados como carencias del sistema integral de salud.

## Conclusiones con relación a los datos relevantes obtenidos en la aplicación del cuestionario:

Existe una mayoría absoluta de oferta de tratamiento que tienen como meta la abstinencia al consumo de drogas tanto en el sector público como en el privado.

Cuando se refieren a la estrategia de reducción del daño en el consumo de drogas, se entiende por un conjunto de instituciones, como vinculada a facilitar cierta tolerancia frente a las "recaídas" durante el tratamiento con apoyo psicosocial. Sólo en una Institución se percibe esta estrategia como parte de una alternativa en el tratamiento a los drogodependientes, estableciéndose que si el paciente lo exige, se tolera el consumo controlado y sin riesgos. Se concluye que la estrategia de Reducción de Daños debería ser mejor conceptualizada y en la medida que se asuma como una alternativa terapéutica, debería tener el rigor de la protocolización.

El ingreso al tratamiento es en el 58% de los casos por arancel de la institución; sólo un 16% se atiende con el Carnet de Asistencia del Ministerio de Salud Pública.

El 89% de la oferta de tratamiento de estas Instituciones es de carácter ambulatorio; desintoxicación, internación y programas de reinserción sólo tienen un 50% de ellas.

Como Centro de Acogida sólo el 39% de ellas cuenta con un Programa de estas características.

El 64,9% de los ingresos a tratamiento se realizan por Indicación Familiar.

Actualmente hay 1.384 personas en tratamiento en estos Centros para Drogodependientes, de los cuales el 80% son hombres.

Sus edades oscilan entre los 14 y 40 años en su gran mayoría. Pero se concentran en promedio en los 20-22 años.

El 9,4% de los usuarios de drogas son UDIS.

No existe una diferenciación en las percepciones de los Informantes calificados con respecto a si ha aumentado, permanece igual o ha bajado el consumo de drogas inyectables.

El 2,9% de las personas atendidas están afectadas de VIH/sida.

Las Instituciones de Atención a los Drogodependientes declaran derivar a tratamiento y/o coordinar la atención con el médico tratante ante los pacientes portadores y/o enfermos de sida.

No se percibe que se conozcan los riesgos de la interacción medica-



mentosa, por lo que sería de interés trabajar esta temática en una capacitación con los profesionales de la salud de estas Instituciones, reafirmando el tema de la necesidad de la protocolización.

### 3. Análisis de la Información Desarrollada en la Prensa Escrita sobre la Problemática del Consumo de Drogas y UDIs.

El reconocimiento público del abuso de drogas y de la existencia de personas con consumo problemático es reciente y hasta el momento no ha logrado ser vinculado directamente a una problemática del área de salud.

Un análisis de la presencia de temas vinculados a los UDIs en los principales medios de comunicación escrita editados en la Capital del País y de distribución nacional desde setiembre de 1999 a junio del año 2000 permite llegar a las siguientes conclusiones:

Existe un tratamiento que podemos calificar de una presencia constante en todos los periódicos de distribución nacional. La frecuencia es al menos semanal en alguno de esos medios.

Las notas se refieren en orden de frecuencia a:

- Información epidemiológica referente a datos surgidos de informes oficiales, encuestas etc. Dichos informes responden principalmente a datos emanados del Programa Nacional de sida, vinculados entre otros a los mecanismos de transmisión.
- Entrevistas a representantes de Organizaciones No Gubernamentales, particularmente sobre el tema de la condición de género referido a riesgos de salud en la mujer.
- Un tema que surge como conclusión es el referido a los Derechos Humanos de todas las personas, inclusive la de aquellos sectores excluidos (ejemplo algunos UDIs en donde sus derechos ciudadanos suelen estar en discusión).
- También se registran testimonios, en su gran mayoría vinculados a pacientes VIH/sida usuarios de drogas intravenosas. En dichos testimonios se hace referencia al impacto de la notificación, a la soledad, a la angustia; al personal de salud, que frente a determinadas situaciones, como puede ser un parto por ejemplo, no es-

tán preparados para afrontar de acuerdo a las medidas de bioseguridad o precauciones standard, el manejo de la sangre y hemoderivados.

- Información internacional referente a eventos, encuentros, actividades académicas y experiencias vinculadas al explosivo auge de las denominadas drogas sintéticas.
- Merece un especial énfasis el tratamiento que comienza a tener la estrategia de Reducción de Daños, fundamentalmente basados en la atención integral de la drogodependencia, también sobre los Derechos Sociales y Civiles de los usuarios de drogas en particular el derecho a la salud. Se han mencionado en varios de estos artículos la existencia de Redes Regionales de Reducción del Daño en particular la Red Latinoamericana de Reducción de Daños (RELARD).
- Se hace muy poca referencia a la vinculación entre el consumo de drogas intravenosas y otras afecciones médicas, en particular la problemática de la hepatitis B y C no aparece.
- Hay algunas referencias al consumo en Uruguay fundamentalmente adictos a temprana edad acompañando a noticias de carácter médico legal.
- Análisis de los posibles fracasos de las denominadas campañas de prevención del uso de drogas.
- Temas referentes a iniciativas Legislativas y Proyectos de despenalización aparecen también registradas. En algunos casos vinculados a informes de juristas destacados del medio, y en otra oportunidad relativo al Derecho comparado.

#### 4. Revisión de historias clínicas del hospital Vilardebó vinculadas al consumo de drogas:

Utilizando una metodología descriptiva y transversal, se utilizaron las historias clínicas como documentos de recolección de datos, de los pacientes que presentan un registro de vinculación con el consumo de drogas legales e ilegales. Historias clínicas, de las personas internadas en el Hospital

Psiquiátrico de Referencia Nacional, Vilardebó en el período de mayo a junio del 2000.

Del análisis de 56 historias en ese período, se consignó que la edad promedio de las personas internadas consumidoras de drogas es de 31 años con un mínimo de 18 años y un máximo de 59 años, un modo de 21.

En cuanto a la ocupación de los pacientes, el 100% están desocupados.

En relación con el nivel educativo el 39% cursó primaria completa, 11% no la completó, el 17.5% cursó secundaria incompleta, un 8.5% finalizó secundaria. En un 24% no se registraron datos.

En cuanto a la modalidad de ingreso al Servicio, el 45% lo hace por imposición judicial, un 41% por indicación médica, por decisión familiar el 11% y un 3% en forma voluntaria.

De los datos consignados surge que empiezan a consumir a partir de los 11 años con un modo de 14 años. El promedio de tiempo de consumo es de 14 años.

De acuerdo al tipo de drogas consumidas y tiempo de consumo, se puede concluir que el alcohol está presente en el 65% de los casos. En forma aislada el alcohol es consumido en el 28%, en el 37% restante el alcohol aparece asociado a otras drogas, de las cuales se destaca la combinación con marihuana y cocaína; seguida de la asociación alcohol y marihuana.

El policonsumo de drogas está presente en el 68%. Participando fundamentalmente la cocaína, marihuana, pero también son consumidas otras drogas como: cemento, crack, LSD, psicofármacos.

En cuanto a las vías de consumo utilizadas, en un 72.5% no hay datos, en un 15% se consigna la vía intravenosa y en un 12.5% por inhalación.

En un 4% de las historias analizadas, se registró que el paciente era VIH positivo, en otro 4% está pendiente el resultado del test para VIH solicitado, un 28% están registrados como VIH negativos, y en un 68% de los casos no hay datos. En relación con la realización de tratamientos por su VIH/sida, no hay datos.

En conclusión: como aspectos relevantes, considerando las limitaciones surgidas por una muestra pequeña y en donde no se consignan en todas las historias el mismo nivel de información, surge:

- la participación del alcohol en más de la mitad de los usuarios;
- el consumo de drogas ilegales se asocia en el tiempo con el policonsumo;

- los casos de VIH positivos consignados se vinculan al policonsumo.

Sería recomendable poder realizar un estudio con carácter prospectivo de manera de poder comparar la fortaleza de los resultados y las tendencias surgidas.

## Develando la realidad oculta: los usuarios de drogas inyectables de Montevideo

Lic. MARÍA LUZ OSIMANI. *Coordinadora del Área de Salud del Instituto de Investigación y Desarrollo (IDES) de Uruguay.*<sup>2</sup>

### Introducción:

Abordar la prevención del VIH/sida en Uruguay, en los usuarios de drogas inyectables plantea una gran dificultad: No se cuenta con información que permita visualizar acciones focalizadas. Las estrategias preventivas en población general o para otros grupos específicos no responden a las representaciones sociales y a las prácticas de los usuarios de drogas inyectables.

Al desconocer esta realidad sólo es posible improvisar, o bien trasladar mecánicamente intervenciones que se vienen desarrollando, con esta población en el nivel internacional, que no siempre se adecuan a nuestro país, sea por el tipo y modalidad de consumo, sea por el perfil cultural y social de esta población.

En el Uruguay, con el apoyo de ONUSIDA, el Programa Nacional de sida del Ministerio de Salud Pública y el Área de Salud del Instituto de Investigación y Desarrollo IDES, vienen implementando desde marzo del 2000, una investigación cualitativa con usuarios de drogas inyectables. Esta investigación, ejecutada por el Área de Salud del IDES, con certeza aportará elementos para diseñar estrategias preventivas focalizadas a la vez que contri-

<sup>2</sup> Equipo de Investigación: Dr. P.Capuccio, Soc. L.Latorre, Ps. R.Chiappa, Ps. A.Latorre, Ps. L.Scarlatta, Soc. M. L. Osimani.



buirá a contar con elementos relevantes para trabajar con las personas y grupos sociales que de una manera u otra inciden en la salud de los UDIs.

Este estudio tiene como objetivos: describir el perfil social de los UDIs, las prácticas de consumo inyectable y de gestión de riesgos; indagar sobre las representaciones que tienen los consumidores, e identificar las condiciones del contexto social que favorecen o limitan las prácticas de gestión del riesgo en la salud de los UDIs.

Como técnica de recolección de datos, se utiliza la entrevista en profundidad y un cuestionario breve con algunos datos del perfil social del entrevistado. Siendo la entrevista un espacio privilegiado de intercambio y escucha, se procuró aprovecharlo para la realización de consejería entorno al VIH/sida, hepatitis B y C, así como de reducción de los daños en relación con la vía de consumo. Se distribuyen folletos y condones, se informa sobre lugares de atención cuando así lo requieren.

La selección de los UDIs se restringe al área metropolitana de Montevideo. Se combinan las técnicas de muestreo de red y de área.

Esta investigación cualitativa, se fue desarrollando paralelamente a la realización del "Diagnóstico de Situación sida y drogas" llevado adelante por técnicos del PNS/MSP y del Área de Salud de IDES, iniciándose el trabajo de campo de la investigación cualitativa, una vez terminado este estudio preliminar, de manera de contar con elementos para las pautas de la entrevista en profundidad.

### Caracterización de los UDIs entrevistados:

El grupo mayor (50%) está comprendido entre los 25 y 30 años; el 29% entre los 18 y 24 años y el 21% mayores de 30 años.

El 73% son hombres. En relación con el nivel socio económico, la gran mayoría pertenece a sectores medios y bajos.

Considerando que el grupo de entrevistados es aún reducido, es interesante señalar que la mayoría no estaba estudiando (62%). Pero un porcentaje alto desarrollaba algún trabajo (46%), aunque más no sea informal. El 69% tenía secundaria completa o terciaria incompleta, lo que nos refiere a un nivel educativo relativamente elevado.

El inicio del consumo de drogas se da en edades tempranas 11 y 15 años (69%). Siendo el 31% entre 16 y 20 años. En relación con el consumo inyectable, el 69% se inicia entre los 16 y 18 años.

Con respecto a su relación con el sistema judicial, un 27% relatan prisión y procesamientos por diferentes motivos, pero en relación todos ellos a su consumo. Un 30% refiere a su detención por "razzias" policiales.

El 67% de los entrevistados se auto identifican como portadores del VIH.

Un porcentaje muy elevado (53%) relata que nunca estuvo en tratamiento por drogadependencia.

Un porcentaje de un 40% no se ha asistido en el sistema de salud, aún ante situaciones de riesgo.

Analizando las biografías de los UDIS entrevistados vemos que se pueden diferenciar dos grupos de consumidores:

A). Aquellos que tienen ahora más de 30 años

B). Los de 30 y menos.

A). El primer grupo (más de 30 años) son personas que se iniciaron en el consumo en forma tardía (después de los 18 años) y más tarde aún en la modalidad inyectable. En estos casos aparece la inyección de barbitúricos y anfetaminas en forma exclusiva en algún período. Tienen trayectorias de consumo mayores (10 años y más) que las del otro grupo. Señalan su desconocimiento del sida al inicio de su historia de consumo, comparten jeringas y prácticamente no utilizan preservativos.

B). El grupo más joven se inicia en el consumo en forma temprana (entre los 12 y los 14) y en la modalidad inyectable lo hacen entre los 15 y los 18 años, entre 2 y 3 años después de comenzar el consumo de cocaína. Entre ellos la cocaína es la sustancia inyectada en forma más habitual combinada con agua o alcohol, en pocas ocasiones utilizan otras drogas como ácido y anfetaminas. Tienen trayectorias de consumo más cortas, entre los 4 y 8 años.

La visualización del consumo inyectable en las mujeres aparece en segundo plano, lo cual puede ser un indicador de la menor frecuencia de esta modalidad en este grupo. De hecho sólo el 27% del total de entrevistados son mujeres. Entre los UDIS hombres entrevistados hay poca referencia a mujeres que se inyecten, en general, cuando aparecen nombradas se relaciona a que son sus parejas. Entre las mujeres entrevistadas es frecuente el iniciarse con la pareja sexual o cuando ya se han iniciado inciden en el pasaje del uso ocasional al continuo o al uso inyectable.

"En el momento que yo conocí a mi mujer no consumía. Después de estar un año y medio viviendo conmigo sí, empezó a consumir."

Por otra parte hay una percepción diferente cuando la que se inyecta es mujer. Los entrevistados hombres, refieren como que es más violento, "da lástima" o declaran es "lo peor".

### Práctica de iniciación en el consumo inyectable

El cambio a la modalidad inyectable se vincula a la necesidad de buscar una práctica más efectiva para disfrutar los efectos de la droga o bien al deseo de probar una sensación nueva, muchas veces planteado como desafío.

"Yo nunca había visto sin ser en las películas. En la casa de un pibe, vi que los locos se inyectaban y me pareció rarísimo todo eso pero dije ¡pa! Me gustaría saber cómo es".

Aparecen dos modalidades de iniciación, una en forma solitaria y otra en la cual un consumidor con experiencia enseña la técnica.

La iniciación solitaria se vincula por una parte a la intención de mantener oculto el consumo y por otra a las dificultades para acceder a alguien que acepte la iniciación. Parte de las normas de funcionamiento de los "pinchetos" (como ellos se autodefinen), implican el distanciamiento con aquellos que no se consideran de la interna, hay que lograr la confianza y la aceptación para ser iniciado. Una barrera que se presenta es la edad, los muy jóvenes son rechazados al buscar iniciarse en el consumo inyectable.

Entre los solitarios el aprendizaje de la técnica se hace por la observación de otros. En estos casos aparecen más lesiones al inicio del consumo, relacionadas a infiltraciones, daños en la piel, las venas y sobredosis.

Los que cuentan con otra persona que les enseña la técnica en general este otro es quién los inyecta por primera vez. En algunos casos permanecen en esta modalidad y los entrevistados nunca son ellos quienes se inyectan ni aprenden la técnica. La transmisión de enseñanzas sobre el consumo es muy fuerte en este grupo. Hay un aprendizaje de la forma de preparación de la droga, de la forma de inyección, de la gestión de algunos riesgos y de los procedimientos en caso de sobredosis. Asimismo hay una transmisión de máximas y mitos del consumo que estructuran las reglas de funcionamiento de los UDIs.

El primer consumo inyectable sucede a partir de la sugerencia del otro. Es el otro quién decide iniciarlos en la modalidad inyectable. En el primer momento de consumo aparece un cuidado por la jeringa, que esta sea nueva y que no se comparta. En general la primera vez cuentan con su jeringa.

Es frecuente que no puedan identificar una razón específica por la que cambiaron de modalidad de consumo. Parte de la dificultad se relaciona al conocimiento de los riesgos y al que con anterioridad ya estuvieran vinculados con gente que se inyectara pero no pensaban hacerlo como algo cercano.

"Sabía dentro de todo que estaba en riesgo de agarrarme el sida, lo tenía claro que te rompía todo pero no se porqué cambie la mentalidad hasta el día de hoy. (...) No sé, no lo entiendo".

El primer uso inyectable establece un momento de corte en la biografía de los UDis, a partir de ese momento, éstos re definen su identidad.

En general el inicio en la modalidad inyectable se establece después de unos dos años de consumo de cocaína. Sin embargo aparecen casos donde el contacto con la cocaína es directamente inyectable habiendo antes consumido marihuana o fármacos.

### Sustancias y diluyentes

La cocaína es la sustancia más utilizada en el consumo inyectable, incluso aquellos que han probado otras sólo lo hacen en forma ocasional manteniendo en primer lugar la cocaína. Sólo en el caso de personas de más de 30 años aparece el consumo de otras sustancias, barbitúricos y anfetaminas, como exclusivo en algún período de su vida. Ellos señalan que la cocaína no estaba disponible durante ese tiempo.

Entre las otras sustancias utilizadas en la vía inyectable se mencionan ácido, anfetaminas, barbitúricos, morfina, heroína, pasta base de cocaína.

Los diluyentes utilizados, en general con cocaína, son: agua, alcohol, alquitrán, sangre y algunos fármacos. En el caso del agua en general se extrae de la red de suministro "agua de la canilla", sus condiciones de potabilidad dependen de la instalación local. El consumo de mayor riesgo es el que se realiza en la calle. En estos casos se opta por pedir agua en algún comercio, tomarla de la canilla de un jardín o espacio público, o bien de la propia calle. Algunos entrevistados comentan que aprovechaban los días



de lluvia para extraer el agua del cordón de la vereda. El uso de instalaciones con poco uso o de agua de la calle ha sido mencionado como causa de infecciones en la región utilizada para la inyección. El alquitrán utilizado para la inyección es el recolectado en la calle (parte del pavimento).

“Los días de lluvia era ya una cosa normal. Salir en el auto, picarse tomando alcohol.”

La combinación de alcohol con cocaína es una práctica muy frecuente, se menciona en estos casos whisky, cerveza o vino. En estos casos la búsqueda es de diluyentes que potencien los efectos de la cocaína.

“Podía ser con alcohol, con whisky, o sino muchas veces lo hacía con el alquitrán de la calle. Ponia el alquitrán en la cuchara, el alquitrán no se derrite pero se calienta. Se le pone la cocaína arriba, se le pone alcohol y cuando vos aspiras con la jeringa sustraes todo el carbón.”

La mención de fármacos como diluyentes es menos frecuente, en los casos que aparece se trata de gotas para los ojos.

El uso combinado de drogas o de diluyentes es mencionado en referencia a maximizar los efectos buscados, pero los UDis entrevistados no puntualizan en los riesgos que se puedan generar. La percepción del riesgo con los diluyentes aparece una vez ocurrido el daño. Por ejemplo, luego de una infección por agua contaminada. No suele asociarse sin embargo a daños, como sobredosis.

El consumo de alcohol está siempre presente. Algunos entrevistados lo mencionan especialmente como la droga de inicio en su carrera de consumo, asignándole una relevancia especial.

La disponibilidad de la cocaína u otras drogas no parece tener restricciones. En general dicen que para quien está en el ambiente es fácil conseguir, hay en cualquier lugar. En muchos casos los UDis entrevistados eran quienes revendían o quienes la guardaban (tenencia). Asimismo, se menciona que la calidad de la cocaína suele ser superior para quienes se inyectan. Por una lado, porque es un requisito para que no se tape la jeringa y para mejorar los efectos, pero por otro lado, pareciera que quienes suministran consideran el hecho de que se use para inyectarse al momento de ofrecer mejor calidad. Es frecuente que aquellos que estuvieron en Brasil mencionen que la calidad de la cocaína en ese país es superior a la recibida en Uruguay.

## Práctica de inyección

El aprendizaje de la técnica de inyección es por la transmisión de un inyector experimentado, éste describe el procedimiento de preparación de la droga, de las jeringas, de localización de las venas y de inyección. En el caso de quienes se inician solos, estos se basan en la observación de otros inyectores.

Los brazos son los lugares de abordaje más frecuentes. En los casos que se mencionan otros sitios esto se vincula a la necesidad de ocultar las marcas, en general ante la policía. Así se menciona la inyección en las manos, muñeca, tobillo, piernas, cabeza y pene.

La muerte aparece como el gran temor al momento de inyectarse por primera vez, planteado por el riesgo de inyectarse aire o de sufrir una sobredosis.

La rutina de preparación de la sustancia y los materiales requeridos dependen del tipo de sustancia inyectada.

La práctica más frecuente es la inyección de cocaína. Esta se diluye con agua o alcohol en una cuchara, en una tapa (de refresco por ejemplo). En general se mencionan algunos cuidados para que esté limpia, pero estos parecen ser relativos cuando el consumo es en la calle. En este caso el pote utilizado es recogido muchas veces de la calle, o utilizado sin limpieza específica.

"Tenés un vaso limpio, un vaso con agua. Ponés adentro del vaso, con un cuchillo o una cuchara, lo que tengas a mano, separás un poco de sustancia y la tirás adentro del vaso. Le tirás el agua que la tenés medida, la tenés adentro de la jeringa. La tirás se disuelve y tá, la volvés a filtrar con la jeringa y queda pronta."

También se utiliza como diluyente el alquitrán como se dijo anteriormente.

Las anfetaminas o tranquilizantes son primero trituradas y se mezclan con agua en una tapa. En este caso, es fundamental el uso de un filtro para evitar que se tape la jeringa con trozos mayores de las pastillas. Los filtros utilizados suelen ser filtros de cigarrillos, medias de malla de nylon o bien se menciona un "buzo de lana" o la ropa disponible. En estos casos se suele sustituir las jeringas y agujas de insulina por otras más gruesas que permitan pasar con mayor facilidad las sustancias.

Es usual utilizar filtro cuando se utiliza cocaína porque muchas veces la calidad es deficiente y tiene muchos cortes. En estos casos la práctica es similar.

“Le ponés un papel secante, un filtro de cigarro o algo al vaso, entonces le tirás el agua y la chupás con el filtro. Entonces sale si, pero a veces se te tapa. Todos esos pormenores le ocurran a todo el que se va a inyectar.”

El ácido en tanto se pone dentro del agua y se carga directo con la jeringa. En el caso de morfina se menciona la utilización de dosis de  $\frac{1}{4}$  ampolla y en ocasiones algo más. Los usos de ácido o de morfina son prácticas muy esporádicas entre los UDIS entrevistados.

El consumo en el hogar o en casa de amigos es el más frecuente. En general todos prefieren consumir en lugares tranquilos, cerrados, en especial para evitar la “paranoia” y para evitar que otros interfieran con el consumo. En ocasiones se menciona el contar con un lugar destinado exclusivamente para el consumo inyectable:

“Si estarían cómodos que alquilaban un apartamento, un bulin, para inyectarse”.

En ocasiones estos lugares son referencia de venta y consumo.

“Era una casa abandonada, le decían la ‘casa blanca’, eran ocho o diez inyectándose”.

El inyectarse en la calle, bares o en el auto aparece con frecuencia, sin embargo en estos casos es algo ocasional en tanto lo habitual es el consumo en un lugar cerrado. El lugar donde se realiza la inyección determina sus condiciones. El consumo en la calle implica condiciones precarias para la preparación de la droga y para conseguir los materiales requeridos para ello como ser agua o recipientes donde diluirla.

La búsqueda de lugar privado aparece en forma constante, relacionada especialmente como forma de evitar la paranoia y la sensibilidad a los ruidos y distorsiones. El baño parece ser un lugar que cumple con estas condiciones. Es mencionado el baño de la propia casa si es que se busca ocultar el consumo o no ser interrumpido y también cuando se inyectan en bares, el baño aparece como un lugar de preferencia.

El ritual de preparación de la droga adquiere un status particular para los UDIS. En general hay relatos exhaustivos de la preparación, el hecho de

pensar los diferentes pasos de la preparación y luego el inyectarse es pensado por ellos/as como algo ya placentero. Hay entonces, un tiempo de pensar en la preparación.

Esto existe en especial en la iniciación al consumo inyectable pero también cuando se organiza y se inicia el momento del consumo. Esto implica que la atención a la gestión de los riesgos se debilite junto con el incremento del tiempo de consumo y a lo largo de la sesión de consumo.

Este pensar la preparación facilita la integración de pautas menos riesgosas pero siempre dentro de la dinámica del consumo inyectable.

Por otra parte, es frecuente que se mencionen las instancias de preparación del consumo inyectable como tema de conversación con otros consumidores. Esto es mencionado como instancia placentera porque en parte recrea el momento de inyectarse, es como si lo fuera. En un sentido similar funciona el hecho mencionado que por "fisura" haya gente que se inyecte agua o alcohol, ya que el inyectarse reproduce ese momento aunque no sea con cocaína. Esto forma parte del proceso de aprendizaje de la técnica y de otras pautas culturales asociadas al consumo inyectable. Un ejemplo de ello lo constituyen las máximas, las reglas que rigen entre los UDis, esto es:

"La ley es que si te pasas (sobredosis) no se llama una ambulancia porque delatas al resto"; En caso de sobredosis el procedimiento es "si el otro sabe lo que hacer, tiene que cortar los dedos y dejar que sangre".

Estos elementos nos hablan de las dificultades de los consumidores de acceder al sistema de salud en emergencias por el temor de ser contactados por la policía. Pero también nos dicen que la transmisión de información entre consumidores tiene una relevancia particular y esto resulta de mucho interés para el trabajo con grupos de pares, focalizado. Desde las teorías de cambio y formación de actitudes.

## Las jeringas

En general al inicio reparan en la necesidad del uso de jeringas nuevas descartables. La utilización de jeringas de insulina descartables es la más frecuente. La popularidad de estas está asociada a su disponibilidad. Los UDis mencionan que consiguen las jeringas en las farmacias o en algunas ocasio-



nes en los servicios médicos (en general robadas). Si bien se plantea que algunos farmacéuticos establecen barreras para obstaculizar la venta de jeringas (pidiendo datos personales o no queriendo suministrarlas) en general estos las proporcionan. Los entrevistados mencionan que conocen algunas farmacias en las cuales no tienen problemas y recurren a ellas. Asimismo, se emplean sistemas de coerción en caso de la negativa del comerciante, vinculados al robo o violencia. La compra de preservativos junto con las jeringas se menciona como previsión cuando se va a tener sexo con homosexuales.

La práctica de compartir jeringas no aparece asociada a la imposibilidad de comprarlas. La primera vez que se comparte existe un problema de disponibilidad puntual, la necesidad de inyectarse en forma inmediata impide la postergación que implica el conseguir nuevas jeringas, incluso cuando quién se inyecta hubiera optado por no compartir y tuviese presentes los riesgos de infección por VIH. A medida que aumenta el tiempo en que se ha consumido en forma inyectable disminuye el control sobre el compartir las jeringas. Por lo que la práctica de compartir muy excepcionalmente aparece al inicio del consumo por esta vía.

Otros factores aparecen vinculados al compartir jeringas, por una parte, entre los consumidores de más edad se menciona el desconocimiento del VIH y del riesgo de compartir jeringas. Por otra parte, entre los que saben que de su condición de portadores la práctica de compartir es más habitual, desconociendo la posibilidad de re infección por VIH.

Ahora bien, entre los consumidores más jóvenes, la práctica de compartir jeringas es una preocupación. En especial al inicio del consumo buscan utilizar su propia jeringa y claro está que entre los consumidores solitarios esto resulta más fácil de mantener. Sin embargo, esta preocupación por evitar la infección de VIH a través de la jeringa no tiene un correlato en el uso del preservativo. Varios entrevistados mencionan no haberse infectado por la jeringa sino por mantener relaciones sexuales sin protección con portadores, incluso sabiendo que estos lo eran.

Este status particular que adquiere el cuidado por la jeringa parece asociarse a la importancia asignada al ritual de inyección, en particular entre los principiantes y al inicio de las sesiones. Sobre este punto se ha observado que las instancias previas a inyectarse, esto es comprar las jeringas, ir a buscar la droga, prepararla, cargar la jeringa, preparar el lugar de inyección y registrar tienen un valor particular. Esto se desdibuja en el resto de la sesión de consumo. Parte de esta valoración se expresa en que estos relatos adquieren un peso especial en las narrativas de consumo entre los

UDIS. Como se relataba anteriormente, algunos mencionan que es frecuente hablar de este tema y que el solo hecho de hacerlo implica una instancia de placer asociada al momento de consumo real.

"Los locos traían jeringas para ellos, nomás y tá, primero me dieron con una de las que traían para ellos y yo fui a buscar a la farmacia y traje más. Con la gente con la que yo empecé a ver esto, siempre había mucha profilaxis, onda, los locos lo hacían como algo especial, como algo ritual. No es la imagen del loco que está por la calle. Aunque te voy a decir una cosa, si son más de uno que se están inyectando, a la media hora ya nadie sabe de quién es la jeringa que está ahí, son iguales las jeringas, por más profilaxis que se pretenda tener, si vos te picás ya con otra persona, yo creo que las garantías de que no se esté usando de la misma agua y todo, se pierde, por la locura misma que te agarrás."

La limpieza de las jeringas es una práctica frecuente. Hay una preocupación al momento de utilizar una jeringa ya usada de limpiarla. Esto se realiza en un lavado con "agua de la canilla"<sup>3</sup> Un usuario describe el procedimiento de este modo:

"En un vaso o en la pileta con agua bien caliente no hirviendo, con la punta de la jeringa sacas la sangre que hay adentro, registras, cargas el agua y la tiras, registras de nuevo y así todas las veces que sea necesario hasta que veas que queda limpia y luego esperas unos segundos hasta que veas que quedó desinfectada".

No hemos registrado la utilización de desinfectantes en este procedimiento.

Las jeringas son utilizadas como promedio entre 4 y 7 veces. Aparecen algunos relatos en que se cambian las agujas pero esto está más bien vinculado a la necesidad de agujas más gruesas para el consumo de anfetaminas o barbitúricos.

<sup>3</sup> En Uruguay en Montevideo, el agua de la canilla es normalmente agua potable. La calidad de esta depende del estado de la red de distribución en la vivienda.

## Desecho de las jeringas

Se realiza en general, en la basura, en tanto otros materiales como la cuchara o recipientes para preparar la cocaína son lavados y se guardan. Los entrevistados mencionan que saben de UDIS que tiran las jeringas en la calle pero que ellos no lo realizan. En este sentido aparece una fuerte sanción asociado al hecho de exponer a otros, en especial se refieren a los niños, a la infección del VIH.

"Hay gente que la tira en la calle, pero si sos consciente la tirás en un tacho de basura por los niños".

El lugar donde se desechan las jeringas esta asociado al lugar de consumo. Así el desecho en la calle aparece cuando el consumo es en la calle y de hecho este es menos frecuente que el consumo en un lugar cerrado. Asimismo cuando se consume en la calle se menciona que las jeringas se tiran en algún basurero o en las bocas de tormenta.

## Compañía

En la valoración del otro que acompaña el momento de inyectarse aparece el "control de los riesgos" La "paranoia", el sentir voces, los temblores aparecen como razones para el consumo junto a otra persona. El inyectarse con alguien que pueda resolver situaciones límites como una sobredosis es un aspecto valorado que se encuadra en mecanismos de reducción de riesgos. En esta selección de la compañía está involucrada una versión de seguridad y confianza hacia el otro.

"Vos no te podes picar con cualquiera, yo estuve tres veces mal, cuando me picaba en el piso y mi compañero me agarraba y me cortaba, cuando vos volvés, no te das cuenta que te fuiste, pedís otro, 'dame que me voy a hacer otro' y tá, el que es consciente no te deja".

Los efectos propios de la cocaína y la continuidad del consumo restringen la vivencia del consumo como algo grupal. El intercambio de jeringas como un compartir algo más aparece sólo con vínculos muy cercanos, esto es la pareja sexual o los amigos mencionados como "hermanos". Incluso cuando consume con otras personas la vivencia es individual.

"Al principio yo me inyectaba con estos locos, vi como era la mano.

Ellos dejaron de hacerlo y yo después me seguí mandando solo. Es un estado en el que quedas que es muy poco sociable. A mi no me gusta estar con nadie, si me voy a inyectar prefiero estar solo. Los que te rodean, si se están inyectando es una cagada. Vos quedás hecho un bicho, y el otro, otro bicho. Es una situación inquietante, por lo tanto si vos estás así y hay alguien que no está así, le llamas tanto la atención que no puedes soportarlo, el tipo te está mirando y no lo puede creer o de repente se asusta. Entonces yo opté siempre por si lo iba a hacer, lo iba a hacer solo.”

El incremento del consumo por otro lado, en la frecuencia y en el tiempo, implica en muchos casos el abandono de los grupos de referencia anteriores y su mayor compromiso con pares consumidores. En principio se busca mantener oculto el consumo, esto es más fácil de continuar cuando el grupo de consumo es muy diferente al grupo de origen.

En estas situaciones el distanciamiento de los consumidores inyectables es posible en forma radical y ello puede facilitar el abandono del consumo por esta vía. Esta pérdida de vinculación con los grupos anteriores, de distanciamiento con la familia, la pareja y los amigos, sumado al incremento del consumo, donde éste pasa a conformar la centralidad de la vida, lleva a la búsqueda del igual y se van construyendo grupos cerrados. Por lo cual con el tiempo, hay un refuerzo del aislamiento generando mayores dificultades en la introducción de prácticas menos riesgosas

## Prácticas sexuales

En las relaciones sexuales aparece menor gestión de los riesgos que en la práctica de inyección. Más allá de que conozcan el VIH y de la posibilidad de utilizar preservativos estos no son muy populares. El uso de preservativos es casi nulo cuando se trata de mayores de 30 que manifiestan haber comenzado a tener relaciones sexuales y a consumir en forma inyectable en una época en que no había difusión sobre el sida. En el caso de las parejas estables el no uso de preservativo es mayor y esto no aparece vinculado al ser UDIs, sino que se presenta como una práctica más general (incluso cuando no consumían no lo utilizaban). Pero más allá de la pareja estable el uso del preservativo aparece como algo eventual, discontinuo, en muchos casos asociado a quién es la persona con que se tiene sexo.



"¿Si usábamos condón y eso? Y no, porque teníamos una estabilidad de pareja. Al principio sí, con todas las mujeres usás condón. Pero después si vas a estar con la mina te cuidás con anticonceptivos, si descansa, vos te cuidás."

Finalmente, el uso del preservativo se hace presente cuando se trata de sexo vinculado a la prostitución. Pero cuando se prevén estas situaciones hay una dedicación particular para lograr estar previstos

"En la farmacia comprábamos jeringas y preservativos juntos, era algo automático".

En cuanto a las relaciones sexuales durante las sesiones se menciona como habitual y en general sin preservativos. En ocasiones el sexo se usa para bajar el efecto del consumo de drogas, como forma de producir desgaste físico. La percepción es que la actividad sexual es más intensa cuando se inyectan, sin embargo algunos dan relatividad esto a las primeras épocas de consumo. Entonces mencionan que más adelante les resulta más indiferente el sexo y se concentran en el consumo inyectable.

La práctica de la prostitución no aparece entre las mujeres entrevistadas, si en el caso de los hombres. En estos casos se menciona el proxenetismo y la prostitución personal en algunas épocas. Hay referencias a que el consumo inyectable es alto en el ambiente de la prostitución.

## Dejar el consumo

La percepción de efectos negativos en el consumo es una de las motivaciones para abandonar la vía inyectable. En este sentido la "paranoia" o la pérdida de control sobre la vida son aspectos mencionados:

"Pararon... Lo que pasa que mirá que el pico mete miedo. Hay que tener una locura bárbara. Es algo que, si vos tenés una vida normal digamos y si tu centro no es eso, si vos no estás en la calle, si vos tenés otras cosas que hacer, otras motivaciones y todo eso, te empieza a molestar, es una interferencia. Pero entonces te puede ganar muchas veces la costumbre, el deseo."

La vivencia de experiencias de sobredosis, reafirmadas por muertes entre conocidos actúa en el mismo sentido.

"Era un sábado, me empecé a picar, a picar y lo único que me acuerdo es que me despertó mi hermana. Me estaba saliendo sangre por la nariz y por los oídos. Tuvieron que llamar una ambulancia y me internaron. Desde ese día me dije, nunca más. Fue la última vez que me piqué. Ya anteriormente había muerto un amigo por sobredosis y después cuando me pasó a mí dije, tá."

En otros casos los hijos/as parecen ser otro factor que los puede llevar a procurar el control de su consumo o incluso el abandono del uso.

### Con relación al cuidado de su salud:

El 53% de los entrevistados no estuvieron nunca en tratamiento por su consumo de drogas y el 13% sólo estuvo algún mes o par de meses, pero luego abandonó. En general concurren muy poco al sistema de salud (40% nunca lo hizo), aún en situaciones de riesgo por infecciones, sobredosis, ya que temen ser denunciados a la policía y que ahí se les interroge sobre su consumo o sobre quien les vendió las sustancias.

Con relación a la información, si bien refieren a una información con respecto al VIH con relación al uso compartido de jeringas, no manejan una información con relación al resto del equipo, ni tampoco con relación a la re infección tanto es que una vez infectados, declaran que "ya están jugados y no se cuidan más".

El temor a la muerte por VIH aparece, sobre todo cuando hacen referencia al número elevado de amigos/as que han muerto por esta enfermedad. Incluso en algún caso les ha llevado a separarse del resto del grupo y procurar algunas gestiones de prevención para no infectarse. Tampoco hacen referencia al cuidado de hepatitis B y C; siendo que incluso un 13% está o tiene sospecha de estar afectado de hepatitis C.

Con relación a los riesgos por el mismo consumo, un 46% ha concurrido al sistema de salud en casos de sobredosis, abscesos y "corazón que latía muy agitado" Pero en la mayor parte de casos describen algunas prácticas como "cortar los dedos y dejar sangrar, para bajar el nivel del efecto" cuando procuran resolverlo solos o en grupo. Describen también varios episodios de taquicardias y dolor en el pecho, dificultad de respiración, desmayo, pero desconocen en general la consecuencia de endocarditis que pueden llegar a padecer con el consumo de cocaína.

Realizan una serie de gestiones de riesgo como "quitar el aire de la jeringa", "registrar" la vena; ver la calidad de la sustancia: Probarla o al tacto y al disolverla ver su color, confianza en el lugar donde la compran. El cuidado que tienen en relación con quién consumen, como se hacía referencia anteriormente, es otra forma de protegerse de situaciones de riesgo.

En general cada uno tiene la aguja y jeringa propia, y no parece ser una práctica pensada la de compartir ("como un pacto de sangre") el material; sino que ello sucede después de estar consumiendo un buen tiempo y no hay capacidad de discernir cual es la mía o bien cuando se han acabado, o se ha tapado la personal. Inclusive algunas entrevistas refieren a la "limpieza de las agujas y jeringas de sangre" con agua caliente o con agua simplemente, indicándonos el cuidado en no compartir la sangre.

No hacen nunca referencia al cuidado en la desinfección de la zona, o al uso no compartido de cuchara o tapa de refrescos, filtros. En cuanto a las relaciones sexuales, su gestión de riesgo refiere al cuidado con parejas que no sean "las estables". Similar a lo que sucede con la población general. El 67% de los entrevistados se identifican como VIH (+).

### Con relación a la familia

Pareciera como constante que está ausente, es permisiva, abandonica y en algunos casos se plantea la complicidad (sobre todo materna) con relación a la procura de dinero, ocultan su consumo, etc. Dejan la casa paterna/materna cuando adolescentes y se van a deambular o a vivir a otro lado. Reconstruyen relaciones de tipo familiar, fratrias, y allí sí se percibe muchas veces "el consumo compartido y la relación de hermanos". Pero en algún momento difícil o situación de riesgo, vuelven al hogar y la figura paterna/materna y en algunos casos de abuelos, aparecen como referentes importantes

### Conclusiones preliminares

- Inicio del consumo de drogas a edades tempranas.
- Inicio del consumo inyectable tres o cuatro años después.

- El consumo inyectable en las mujeres es menos visualizado (27% de los entrevistados). Entre las mujeres entrevistadas es frecuente la iniciación de esta vía de consumo por su pareja sexual.
- El primer consumo inyectable establece un corte en la biografía de los usuarios de drogas, y a partir de ese momento pareciera existir una re significación de su identidad.
- La sustancia más consumida por vía inyectable es la cocaína.
- Se da el poli-consumo en general asociado al alcohol.
- Pareciera que se prefieren los lugares cerrados para el consumo inyectable. Cuando el consumo se da en la calle, es de mayor riesgo (por el equipo de inyección, diluyentes utilizados, etc.)
- Los diluyentes más utilizados: agua (no siempre potable) alcohol, alquitrán, sangre y algún fármaco.
- Si bien se procura no compartir la jeringa y cada uno/a tiene la suya al inicio de la sesión, cuando se tapa la aguja, ha sido ya muy usada y su punta está doblada o están ya muy "fisurados" terminan compartiendo jeringas.
- Las jeringas y agujas en general son de insulina (para el consumo de cocaína) son descartables y las compran casi sin dificultad en las farmacias.
- Con relación al resto del equipo de inyección (cuchara, pote para diluirla, filtro, etc.) desconocen que no deben compartirlo por el riesgo de transmisión de infecciones y/o enfermedades.
- No refieren a técnicas de desinfección de la zona de inyección.
- Existe un "ritual en la preparación" de la vía inyectable: se habla entre los UDIS, se organiza en forma planificada, por lo que tal vez sea un momento privilegiado para incidir en la prevención.
- La iniciación se realiza en solitario o compartida, y se da un aprendizaje por observación o por un "experimentado consumidor inyectable". En el primer caso, relatan mayores situaciones de riesgo porque desconocen cantidad a inyectar, y tienen dificultad de realizar la técnica. Esta información transmitida entre los UDIS de técnicas y gestión de riesgos será, sin lugar a dudas, un elemento a considerar en la prevención y trabajo con el grupo de pares de los UDIS.



- Información general sobre el VIH/sida parece que tienen. Pero desconocen la posibilidad de re infección, así como la posibilidad de su transmisión por vía sexual y de otras infecciones posibles de ser transmitidas por estas dos vías: hepatitis B y C.
- Escaso uso del preservativo en sus relaciones sexuales. Siendo más frecuente su uso, cuando relatan relaciones sexuales en la prostitución o con homosexuales.
- Un 67% de los entrevistados se identifican como afectados por el VIH.
- En la decisión de abandonar el consumo de drogas aparece la motivación y proyecto de vida, el apoyo familiar o de amigos, y situaciones de extremo riesgo a la salud, así como el elevado número de amigos/as que murieron por VIH/sida.
- El 53% no estuvo nunca en tratamiento por drogadependencia, señalan en algunos casos en que han asistido a alguna institución para hacerse un tratamiento, que no soportaron las reglas o dinámica interna de esa institución, o que no "podían o querían dejar de consumir".
- Un 40% nunca se acercó al sistema de salud durante su consumo, aún ante situaciones de riesgo.
- Por las declaraciones de los entrevistados se percibe que el sistema de salud no realizaría consejería de prevención en referencia al VIH, hepatitis B y C, ni con relación a los mínimos aspectos de riesgos por consumo inyectables: infecciones, abscesos, sobredosis, endocarditis. Tampoco se realizan derivaciones.
- El usuario de drogas inyectable, encuentra que la asistencia al sistema de salud es de riesgo por su posible derivación a la policía, motivo que los aleja de la atención médica.
- Por su parte parecería que el sistema de salud no percibe el consumo de drogas como un problema de salud. Se resuelve el tema puntual por lo que consulta el paciente y se le da el alta. ¿Será el desconocimiento del problema? ¿Serán las representaciones sociales criminalizadoras que impiden percibir la problemática desde la salud? ¿Será la falta de información que dificulta el abordaje de estas situaciones?

Existen algunos elementos donde poder apoyarnos en los diseños preventivos focalizados:

- La propia experiencia y el intercambio de información en el grupo primario son los mecanismos más relevantes para la generación o modificación de actitudes. El que se hable entre ellos del tema asegura la difusión de la información y el cambio de actitudes, en tanto esto esté respaldado por hechos reales
- Si queremos modificar actitudes en referencia al sistema de salud debemos contemplar dos aspectos, por una parte que la atención a los UDIs no este vinculada a la denuncia policial y por otro, que se pueda incorporar al sistema de creencias que la población UDI tiene.
- La relevancia otorgada al ritual del consumo inyectable (preparación y sesiones de consumo) en las conversaciones, puede asegurarnos que la introducción de información sobre técnicas adecuadas de inyección o riesgos particulares en esta instancia sea absorbida y difundida por los UDIs.
- Por otro lado, aspectos que no adquieren esta relevancia en las conversaciones como ser las relaciones sexuales implican mayores dificultades en la adopción de practicas más seguras. El uso del preservativo en estos grupos es muy bajo a pesar de que ellos saben que por ello pueden ser infectados por VIH, pero lo consideran más lejano, menos probable.

Paradójicamente el temor a la infección del VIH es lo primero que mencionan cuando procuran no intercambiar jeringas. El valor otorgado y el reconocimiento del riesgo frente al VIH son diferentes en estas dos instancias: sexual y uso compartido de jeringas en el consumo inyectable. Al mismo tiempo desconocen los riesgos en el compartir el resto del equipo de inyección. En definitiva carecen de información focalizada, en los riesgos específicos a los cuales se enfrentan en el consumo de drogas inyectable y en sus relaciones sexuales.

## Recomendaciones preliminares

- ◆ Necesidad de utilizar los espacios de acercamiento al sistema de salud y/o a tratamiento por el consumo de drogas para medidas de reducción de riesgos, ya que son momentos privilegiados sea porque han llegado a una situación de riesgo que les preocupa o porque padecen una afección específica por no uso de determinadas medidas sanitarias.
- ◆ Incorporar en los equipos de prevención con esta población a usuarios de drogas inyectables comprometidos con estas medidas de reducción de daño, de manera de que puedan difundir medidas preventivas. Urge contar con un material accesible en lenguaje y códigos de los UDI, para que puedan distribuirlo entre sus pares, con pautas preventivas focalizadas.
- ◆ Mejorar la capacitación de los profesionales de la salud, en especial de los servicios de emergencia, salud mental y los que trabajan en el tratamiento y/o prevención del VIH/sida y en Drogadependencia.
- ◆ Necesidad de conocer una estimativa de la población UDI en el país así como conocer la prevalencia e incidencia del VIH, hepatitis B y C en esta población.
- ◆ Necesidad de sensibilizar a las esferas judicial, parlamentaria y policial con relación a las normas jurídicas que obstaculizan el acercamiento de esta población al sistema de salud.

## Debate

*En la presentación que hiciste sobre el estudio de pacientes en centros de atención, mencionaste que el 9.4% eran usuarios de drogas inyectables, pero a su vez dijiste que no se acercan a los centros de atención. Pregunto esto porque un estudio hecho el año pasado por SEDRONAR encontró que entre los usuarios de cocaína de la Argentina, la prevalencia de usuarios inyectables es del 9.5%, similar a la cifra que encontraron ustedes. ¿En cuánto estiman la prevalencia de usuarios inyectables en Uruguay?*

MARÍA LUZ OSIMANI: La Dra. Magri puede intentar responderlo, pero no existen datos oficiales. Hay una carencia de estudios que permitan saber este dato. Vemos el iceberg en el Programa Nacional de sida. Hay un 29% de UDIS en el perfil epidemiológico, que se acercaron a hacerse el análisis de VIH, pero en el trabajo de calle encontramos un 53% de usuarios de drogas que nunca asistió al sistema de tratamiento por drogas y un 40% que nunca se acercó al sistema de salud, y hay un subregistro muy importante. En algunos centros de atención no se consulta a la persona que ingresa por tratamiento de drogas su situación respecto del VIH. Muchos de ellos no están pensando en los problemas asociados al uso de drogas. Por ello creemos que también hay subregistro en los centros de tratamiento. Sólo un centro planteó que no aceptaba personas con VIH entre sus pacientes. Muchos solicitaron capacitación luego de hacer las entrevistas con nosotros. Esto es una apelación a las diferentes esferas: la Secretaría de drogas, el Programa Nacional de sida, las ONGs que trabajamos en esto para que se analice en forma urgente.

*¿Cuál es el principal obstáculo para el trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y el área no gubernamental, en el sentido de poder realizar intervenciones preventivas pronta y extensamente en los usuarios inyectables del Uruguay?*

MARÍA LUZ OSIMANI: Desde la sociedad civil puedo decir que en el país hubo un cambio de autoridades. Respecto del proyecto regional que existe desde 1997, en camino de desarrollar intervenciones en UDIS, ese cambio implicó dificultades para trabajar en relación directa con la población. Fue



difícil trabajar en la investigación, para nosotros fue muy bueno recibir el apoyo de la Secretaría de Drogas. Había objeción al trabajo en la calle por ser el área de acción de jueces y policías y se pretendía trabajar sólo con los médicos tratantes. Fue importante que la Secretaría de Drogas opinara por escrito que no se puede hacer intervención sin un buen diagnóstico. El problema principal es la necesidad de expresión de la voluntad política para verlo como un problema de salud y un problema de derechos humanos.

**JAHEL VIDAL:** Los cambios de autoridades a veces hacen los procesos más lentos, pero también es una oportunidad de poder incidir en las propuestas de poder mostrar lo que está pasando. El Ministerio de Salud tiene una Dirección General de Salud que se ha involucrado mucho en estos temas por primera vez y esto es una ventaja, pero hace el proceso más lento.

**FRANCISCO MAGLIO:** Quisiera hacer una reflexión final como moderador. En los seminarios de Antropología Médica de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, con la Dra. Grimberg y colaboradores, aprendí que la estrategia de reducción de daños como cualquier programa de prevención en salud, necesita un encuadre ideológico con el reconocimiento crítico de cuatro cosas: En primer lugar, de la construcción social de la normatividad con sentidos morales de control y de estigmatización. En segundo lugar, el reconocimiento crítico de las relaciones de poder de esa construcción social. En tercer lugar, el reconocimiento crítico que las poblaciones en riesgo no son "grupos de riesgo", sino que son modelos de fragilidad social. Esto va a permitir estrategias solidarias de redes solidarias, no de redadas policiales, con participación activa y sustantiva de los propios involucrados, fundamentalmente en la toma de decisiones. En cuarto lugar, es necesario el reconocimiento crítico de sus derechos humanos como personas, más allá del riesgo, digo personas en el sentido Kantiano, independientemente de su condición de vida o de su estilo de vida, al ser personas tienen dignidad y no precio. Son fines en sí mismos y no medios, son sujetos y no objetos. Pongámonos en la tarea, no vaya a ser cosa que en el día de mañana estos chicos de 10, 15 o 20 años, nos recriminen con aquel dictum "pudiendo tanto, hicieron tan poco".

## Panel: Experiencia de prevención del VIH/sida en usuarios de drogas en Chile.

MODERADORA: Dña. SONIA QUIRUELAS. *Comisionada de Asistencia de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico de la Presidencia de la Nación.*

Part. Natalia Meta. *Comisión Nacional del sida (CONASIDA) Ministerio de Salud de Chile*

La primera parte de esta presentación compartida con Patricia Flores Gallardo, tiene que ver con cómo desde la gestión de la Comisión Nacional de sida del Ministerio de Salud, se piensa en una política pública que tiene que ver con la prevención del VIH/sida en usuarios de drogas inyectables.

Como primer marco de referencia la Comisión Nacional del sida ha definido su misión en promover y facilitar procesos para que la sociedad asuma la prevención y para la disminución del impacto psicosocial de la epidemia, por medio de la reflexión y el diálogo, del respeto a la dignidad humana y del desarrollo de la autonomía, que son aspectos fundamentales en el tema de la prevención. Un aspecto importante en la elaboración y aplicación de políticas públicas tiene que ver con la disposición y el uso de la información para la gestión de los programas. Es así como primer elemento de análisis de situación y para las respuestas frente a la epidemia, hay un proceso de planificación, un proceso de ejecución, en este proceso de planificación y ejecución hay aprendizajes, procesos de evaluación, y luego se vuelven a reestructurar la estrategia y los programas.

Les quiero enmarcar un poco el tema del consumo de drogas en Chile que será expuesto en forma más extensa por nuestro representante del Consejo Nacional para el Control de Estupeficientes (CONACE). Nos pareció pertinente hacer un marco para que ustedes comprendan cuál ha sido el desarrollo de nuestras acciones. En relación con la situación del consumo de drogas, el CONACE, dependiente del Ministerio del Interior, ha implementado en los años 94, 96 y 98 una encuesta nacional sobre consumo de drogas. El estudio ha sido realizado en población de 12 a 64 años y con-

sidera las 13 regiones del país. Solamente me voy a referir a los resultados del último año. En el año 98, 17 de cada 100 chilenos había consumido alguna vez en la vida alguna de las tres drogas ilícitas de mayor uso en el país: marihuana con un 16,7%, pasta base 2,27% y clorhidrato de cocaína 4,7%.

El consumo de drogas ilícitas es más frecuente en los hombres que en las mujeres y entre los 19 y 25 años. En los niveles socioeconómicos más altos es más frecuente el uso de drogas ilícitas y en los niveles más bajos el consumo de drogas lícitas. De las drogas ilícitas, más de la mitad de los consumidores iniciaron el consumo de marihuana antes de los 17 años, el de pasta base y el de clorhidrato de cocaína antes de los 21 años. El consumo de drogas lícitas e ilícitas es más frecuente en las comunas del área metropolitana donde se encuentra la ciudad de Santiago, en donde mucho sobrepasa los parámetros de prevalencia nacional. Las regiones con mayor consumo corresponden a la primera, la tercera, la cuarta, la quinta y la octava, y por supuesto la región metropolitana.

En relación con el tema del sida, el primer caso en Chile se notificó en el año 84, y hasta diciembre del 99 se han notificado 3.450 casos de sida, y 4.053 personas VIH positivas asintomáticas en todo el país. La incidencia acumulada alcanza el 25,2 por cien mil habitantes, y las tasas más altas se concentran en las regiones de mayor desarrollo urbano: la región metropolitana, la quinta, la primera y la segunda, es decir las mismas regiones de mayor consumo de droga. El mayor número de casos es en hombres y se observa que el crecimiento en mujeres es más rápido que en hombres. Las edades más afectadas se ubican entre los 20 y los 49 años, donde están el 85% de los casos. Para nosotros el tema del consumo intravenoso y la prevención del VIH en este marco epidemiológico es una oportunidad de abordaje. En Chile la transmisión del VIH es fundamentalmente sexual, con el 93% de los casos, el 2% es vertical, y sanguíneo un 5%, en donde desde el año 87 hasta ahora los casos que se han notificado por esta vía corresponden a personas que han adquirido el VIH a través del uso compartido de jeringas.

Respecto de las personas VIH positivas que adquirieron el VIH por compartir jeringas, el 76,6% son de la región metropolitana y el 10,5% de la quinta región que es donde se encuentra Valparaíso. Al interior de la región metropolitana, el 24% reside en la comuna de Santiago y el 22% en Conchaelí, área norte de la región metropolitana.

La Comisión Nacional del sida ha definido dos ejes sobre los cuales ha trabajado las intervenciones en prevención, uno tiene que ver con la gestión del riesgo, que hemos definido como un conjunto de fenómenos



emocionales e intelectuales involucrados en la toma de decisiones, y la aplicación de estrategias de auto cuidado, que tienen que ver con las conductas individuales. Es decir, todas las estrategias de prevención están orientadas a trabajar estos dos aspectos, y un segundo elemento que tiene que ver con la vulnerabilidad. Acá está Mercedes Weissenbacher a quien en algún momento yo "plagie" esta definición de una de sus presentaciones. La vulnerabilidad está determinada por el insuficiente o nulo control sobre el propio riesgo de adquirir el VIH/sida, o por los problemas de acceso a una atención adecuada, y está dada por un tema de la inequidad y la desigualdad social.

La gestión del riesgo es un proceso que aquí se ve ordenado en diferentes etapas secuenciales, pero es un proceso bastante complejo de promover. Todas las estrategias van orientadas a generar en las personas y grupos este proceso de gestión del riesgo frente al VIH. Como primer momento, es el diagnóstico del riesgo desde la persona y los grupos, la situación que expone a la adquisición del VIH. Un segundo momento, en el contexto de vida de esa persona y la identificación de ese riesgo, qué es posible de implementar desde esa persona como estrategia preventiva. Un tercer momento, es un proceso de decisión de llevar a cabo estos aspectos mencionados previamente. Muchas veces las personas pueden tener la disposición de tener una conducta preventiva, sin embargo, no tienen las habilidades. Los diversos estudios que hemos hecho, fundamentalmente en el tema del comportamiento sexual, indican que las personas definen dificultades por ejemplo, en el área de las habilidades de comunicación, para enfrentar la prevención. Este es un tema muy claro en las mujeres, por ejemplo, con las dificultades de género para plantear el uso del preservativo. En este momento se trata de facilitar el desarrollo de habilidades de comunicación y destrezas por ejemplo en el uso del preservativo.

Un momento posterior es el de enfrentar esta decisión y practicarla. Hemos desarrollado tres estrategias fundamentales en el Programa que son la participación, la intersectorialidad y la descentralización. La participación es importante porque no es hacer para otros sino hacer con. La intersectorialidad tiene el sentido de potenciar las experiencias, los enfoques y los recursos, humanos y financieros. La descentralización tiene que ver con la adaptación de ciertos lineamientos generales a realidades locales, pero con la entrega de herramientas técnicas y financieras, si no la descentralización no sirve.

Nuevamente entonces, las estrategias de prevención están orientadas



a la gestión del riesgo y a la disminución de la vulnerabilidad. Hemos definido tres niveles de intervención que corresponden a un nivel individual, que está orientado hacia acciones de consejería, concretamente existe una red nacional de consejeros en el sistema de salud que se coordina con otras instancias como las ONGs, y hay un servicio telefónico gratuito, un número 0800 que es nacional y también presta servicios de consejería. El nivel grupal comunitario que es donde se inserta este proyecto, tiene como objetivo generar ambientes sociales que valoren en el nivel de comunidad, de la prevención, y del trabajo focalizado con poblaciones vulnerables. Hay un nivel masivo que tiene que ver con mantener el alerta social y la percepción de riesgo en la población, siendo aquí las acciones fundamentales las campañas de comunicación masiva, el trabajo con los medios de comunicación y con los comunicadores sociales de tal manera que cuando periodistas y editores aborden el tema en los medios sea de una manera que aporte a la prevención y a la no - discriminación.

Podemos decir que en la sociedad chilena encontramos situaciones de personas con cambio de conducta, con intenciones de cambio, personas que están lejanas al cambio, y otros con insuficiente o sin información y habilidades para el cambio de conductas. Esto también nos guía para la definición de estrategias específicas. En el caso de las personas que ya han adoptado conductas preventivas el tema es reafirmar la manutención de estas conductas. Nuevamente los tres niveles y las diversas líneas de trabajo: en lo individual, la formación y orientación personalizada; los proyectos con población vulnerable; los proyectos intersectoriales que se elaboran de manera participativa; y los medios de comunicación.

Hemos definido que el rol en la prevención es como facilitar el proceso de aprendizaje de la gestión del riesgo en cada persona o grupos de personas, compartiendo los conocimientos necesarios y apoyando el desarrollo de capacidades y habilidades de cada una de ellas para que lleven a cabo el proceso en plena libertad.

En relación con los avances de las estrategias de prevención con usuarios de drogas existen dos líneas, una que tiene que ver con un estudio cualitativo sobre usuarios de drogas y VIH, situación de prácticas de uso, actitudes y representaciones, que fue un proyecto financiado por el Consejo Nacional de Estupefacientes, y que es un estudio exploratorio, cualitativo. La segunda línea de trabajo tiene que ver con el proyecto que hoy día nos convoca.

El estudio contempló entrevistas en profundidad a informantes clave

en personas expertas y del ámbito de las decisiones en el tema de sida y drogas, y por otro lado, entrevistas a usuarios o ex - usuarios de drogas inyectables seropositivos, con serología desconocida y seronegativos. Encontramos muchas evidencias que concuerdan con lo que relataba María Luz hace un momento. En el caso de los tomadores de decisiones, encontramos que existe un insuficiente conocimiento del complejo sida/drogas. Por otro lado, existen muchos mitos, creencias y prejuicios en torno a los usuarios y en torno al uso intravenoso. Existe un reconocimiento del fenómeno como emergente, una necesidad de abordarlo pero no se sabe cómo. Existe mucho desconocimiento y mucha mitología en torno a la estrategia de reducción de daños. Un tema muy importante es que existe una insuficiencia en la coordinación entre los programas de sida y drogas en los niveles más locales.

En los usuarios encontramos dificultad en el acceso para poder entrevistarlos. Los resultados están sesgados porque muchas de las personas estaban ligadas a lo institucional, entonces muchos de los discursos están cruzados por el tema de la institución. Una de las cuestiones que encontramos es que existen prácticas grupales, pero también existe consumo intravenoso en un contexto individual. En un primer momento habíamos planteado como metodología los grupos de discusión, pero rápidamente tuvimos que re diseñar el estudio porque no existía una dinámica de conversación en torno al consumo intravenoso en los grupos. Otro aspecto importante es que el género y el nivel socioeconómico inciden en la gestión del riesgo frente al VIH, es decir ser mujer y ser pobre te hace mucho más vulnerable. En la práctica inyectable se introducen por probar nuevas experiencias, o por un experto o experimentado. Los riesgos se ven asociados a la muerte por sobredosis y no al sida. La información sobre sida es valorada como inoportuna y no pertinente. El consumo inyectable es percibido como una situación de máximo atrevimiento y también muy ocultada por esto. Es contradictorio: ser super experimentado me hace ocultarlo.

Por último, las proyecciones del trabajo tienen que ver con mejorar la capacitación en los equipos de sida y drogas, mejorar también la coordinación en el nivel local de estos programas, no sólo de los que tienen que ver con el sector salud, sino con las instancias no gubernamentales y organizaciones sociales que trabajan en la temática. Otro espacio tiene que ver con la promoción de espacios de reflexión sobre estrategias de intervención desde un enfoque sociocultural, no desde una mirada represiva. El desarrollo de estrategias de investigación acción nos permite mejorar el conoci-

miento y los elementos para pensar en estrategias focalizadas, la potenciación y optimización de las experiencias del Cono Sur y la profundización del trabajo entre la Comisión Nacional del sida y el Consejo para el Control de Estupefacientes.

Educ. PATRICIA FLORES GALLARDO. *Directora del Programa. Caleta Sur de Chile.*

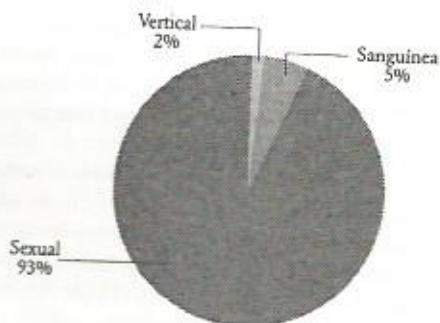
El proyecto en Chile definió cuatro líneas de acción. La primera es la intervención territorial, la otra es investigación, sensibilización y capacitación de los equipos de salud. Hay dos etapas que van avanzando más rápidamente que son las de intervención territorial y la de investigación.

Quisiera contextualizar las condiciones en que este proyecto se desarrolla en Chile como la primera experiencia concreta de reducción de daños en el país. Un eje sumamente importante que hemos tomado en cuenta a la hora de definir las estrategias de intervención, es una condición cultural que es favorable y potencia el trabajo en estas líneas de desarrollo, me estoy refiriendo a una larga y rica tradición de trabajo comunitario particularmente en los sectores populares. Durante el siglo XX en Chile se desarrolló una experiencia para enfrentar las problemáticas sociales desde los sectores urbanos populares, desde sus propias iniciativas y visiones. Consideramos que ese es un elemento fundamental a la hora de definir una estrategia de trabajo, porque esta rica experiencia acumulada ha servido para afrontar diversas problemáticas sociales y hoy en día ayuda con mucha sabiduría a conformar experiencias a nivel micro social. Desde ese punto de vista nosotros consideramos que el desarrollo de cualquier iniciativa en este campo tiene que considerar lo que es la experiencia desarrollada en el nivel social. Ese es un elemento que nosotros consideramos como eje a la hora de intervenir en el nivel territorial.

En términos del contexto nacional, al igual que Uruguay, hemos vivido recientemente un cambio de gobierno y en lo que corresponde a la temática de drogas este cambio ha significado una interrupción del proceso desarrollado durante los últimos 10 años en los que se había alcanzado una posibilidad de poner al nivel de las políticas públicas la mirada y el enfoque del trabajo comunitario. Desde la sociedad civil hemos evaluado esto como una dificultad porque este cambio de autoridades ha implicado un cambio de visiones y de estrategias, volviendo a un enfoque mucho más "drogocéntrico".

Una demostración de este cambio de estrategia implica la campaña nacional con que se inaugura esta nueva etapa, que vuelve al tema de la droga como amenaza, y que incluso incorpora algunos símbolos bélicos en algunos afiches difundidos en el nivel nacional. Creemos que hay que recurrir a un proceso de diálogo que permita recuperar dos cosas: el proceso

### Casos de Sida por categoría de exposición declarada. Chile 1984-1999

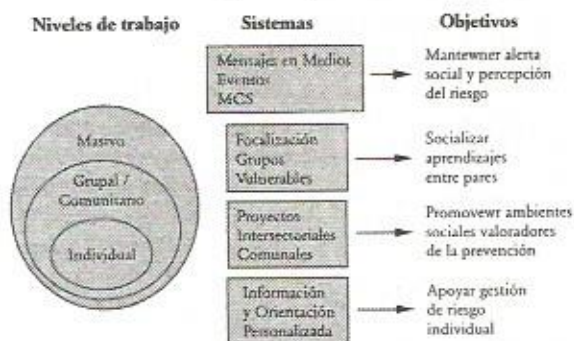


### VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectables por año diagnóstico. Chile, 1984-1999





## Estrategia de prevención



realizado durante los últimos años, pero fundamentalmente la experiencia acumulada en el ámbito de las comunidades, que es muy rica y que ha tomado la iniciativa, más allá de las políticas de estado, en acciones concretas en el ámbito comunitario.

Una situación similar con otros componentes, es la posibilidad de desarrollar políticas de prevención en el tema del VIH/sida, porque intervienen fuertemente en el nivel de los medios de comunicación las visiones conservadoras que dificultan el desarrollo de políticas de prevención más amplias. Lo que estoy señalando son componentes que dan cuenta que a en Chile se vive una situación muy compleja ya que tenemos una postura extremadamente abierta, extremadamente liberal en el plano económico, pero extremadamente conservadora en el plano moral. Esto hace que se dé una contradicción fuerte entre estos dos discursos presentes en la sociedad. Esos dos discursos hacen que en este tipo de problemáticas sida/drogas y también de otras, la percepción social en general sea una mirada de un sector de la población que se siente amenazado y otro sector que sería amenazante. Las políticas de seguridad ciudadana que se difunden hoy ampliamente son expresión de esa mirada. Eso implica una fuerte estigmatización de algunos sectores que contravienen los parámetros sobre los cuales se está fijando esta mirada.

Respecto al desarrollo de políticas de reducción de daños, particularmente en Chile, ésta es la primera experiencia práctica concreta. Pero so-

bre el tema se ha hablado en los años 90, a partir de lo que fue el otro proyecto Cono Sur en el que estuvimos los mismos países que ahora participamos de este proyecto. Ese fue un proyecto de capacitación donde por primera vez se empezó a hablar a nivel un poco más público sobre reducción de daños, y posteriormente en distintos espacios se ha ido intentando abrir el debate respecto de este enfoque.

También para entender un poco más el contexto en el que este proyecto se inserta en Chile, les cuento el tipo de consumo que existe. No tenemos una alta incidencia de uso inyectable de drogas, por el tipo de droga que está masificado en Chile: las dos drogas ilegales más importantes son la marihuana que se fuma, y la pasta base de cocaína, que se masificó en la década del 90, que también se fuma. En un tercer lugar viene la cocaína, que estuvo durante mucho tiempo radicada en sectores de altos ingresos, y desafortunadamente ha ido bajando mucho de precio en estos últimos años, lo que ha hecho que ya circule al nivel de los sectores más populares, lo que implica también un riesgo bastante alto. Por el tipo de drogas y las vías de consumo más frecuentes, la práctica de uso inyectable no se ha masificado, lo que permite entender la estrategia que nosotros estamos desarrollando, que apunta en estos momentos a prevenir el uso inyectable de drogas y a prevenir la infección por VIH, respecto de las conductas sexuales.

El proyecto en la línea de intervención, está radicado en la Comuna Lo Espejo, en la zona sur de Santiago, que tiene 119.000 habitantes según el censo de 1992 y que es una de las comunas más pobres en el nivel nacional. Según la Encuesta que mide el nivel de pobreza, está bajo la línea nacional que es de 29,8%. Eso tiene una serie de consecuencias educacionales y en la situación de salud de sus habitantes. Un dato expresivo de esto es la atención de salud: existe un médico por cada 10.000 habitantes, siendo la media nacional un médico por cada 900 habitantes.

Respecto al consumo de drogas, el último estudio CONACE sitúa a Lo Espejo como la comuna de mayor consumo de drogas en el nivel nacional. Las condiciones de pobreza de la comuna de Lo Espejo y su situación de consumo, implica el desarrollo de diversas estrategias para conseguir la droga. Estrategias que son de carácter marginal, y que fundamentalmente están relacionadas con fenómenos como el de la mendicidad, el comercio sexual y el robo.

Dentro de la Comuna Lo Espejo hemos focalizado el proyecto en una población que tiene 43.000 habitantes, que se llama José María Caro. Los

sectores D y F de la población José María Caro en su mayoría tienen trabajo informal o precario, casas de pequeño tamaño.

Como cuestión importante para el desarrollo del proyecto, se observó una subcultura histórica, marcada por una importante cuota de violencia a raíz de una historia de delincuencia que se ha intensificado fuertemente en los últimos años por la instalación del fenómeno del narcotráfico, que como poder desconocido se instala en la población, y establece nuevos códigos de relaciones sociales. Esta realidad implicó que elaboráramos una estrategia de inserción que nos permitiera ganar la confianza de la población con la instalación del proyecto en términos territoriales, y por otra parte intentar bajar las barreras de desconfianza tanto de los sectores vinculados al narcotráfico como de la población general para quienes podría significar un riesgo a su propia seguridad. De acuerdo a esa estrategia fuimos haciendo distintas aproximaciones para hacernos visibles y conocidos por la población en un campo específico que no significara una amenaza a su seguridad. La inserción ha contemplado la toma de confianza, y en una primera etapa hemos tomado relación con las organizaciones sociales existentes en los distintos sectores. Hemos comunicado los propósitos de la propuesta de trabajo, logrando el compromiso de estas organizaciones en las acciones a desarrollar.

Igualmente hemos instalado la temática de prevención de sida y drogas en las redes sociales de la comuna. Una vez alcanzado el compromiso de las organizaciones contactadas, hemos desarrollado en conjunto con ellas y con algunos líderes una serie de actividades masivas de carácter recreativo - cultural en diversos lugares de la población y paralelamente hemos implementado talleres, tanto de formación como de desarrollo de actividades artístico - culturales con distintos grupos. Hemos logrado por medio de estas aproximaciones sucesivas, hacernos conocidos por la población, particularmente el equipo de intervención territorial, y hemos captado el compromiso de un grupo de pobladores usuarios y no usuarios de droga que alcanza a 105 personas que están comprometidas en el ámbito de formarse como reductores, o con disposición a apoyar las acciones comunitarias del proyecto.

Las actividades concretas de la línea de intervención han sido la constitución del equipo de trabajo, la presentación de los equipos Caleta Sur y CONASIDA, conocimiento y discusión del proyecto. Es un equipo que funciona regularmente una vez por semana, y que desarrolló en esta primera etapa de sensibilización, el contacto con la población. Se presentó el pro-



yecto de organizaciones y grupos naturales, hemos tomado contacto con grupos de portadores, de organizaciones de personas viviendo con VIH, y hemos participado la invitación abierta a la comunidad para sesiones de presentación del proyecto y motivación a participar en él. Hemos desarrollado coordinación de distintas organizaciones del sector, y participamos con el proyecto en la mesa comunal de prevención que es una instancia que elabora el plan comunal de prevención con organizaciones sociales e instituciones. Hemos desarrollado talleres de formación y artístico - culturales con distintos grupos y hemos elaborado un plan de formación de reductores de daños. También hemos enfrentado la tarea de elaborar material propio, de información y difusión, tales como un afiche para difusión masiva del proyecto y del enfoque de reducción de daños, un tríptico para la difusión del proyecto en el nivel institucional, y un manual con caricaturas de prevención droga - sida para los usuarios y para la población en general. Estos materiales están en etapa de validación. Hemos elaborado trípticos de difusión de talleres, registro fotográfico de actividades, apoyo de boletines locales y la conformación de un primer equipo de monitores reductores en sectores de la comunidad José María Caro con la participación de las distintas redes de la comuna, una de las cuales es la red de drogas.

En estos momentos estamos desarrollando este ciclo de talleres que tiene como finalidad fundamental allegar el proyecto a grupos juveniles no organizados. Anteriormente les estaba planteado todo el contacto con el nivel organizado de la comuna. Llegar a los grupos organizados, a la vez que respondemos a las motivaciones que ellos mismos tienen, los incorporamos al espíritu del proyecto, entregando el material y discutiendo los temas que tienen que ver con el proyecto en general.

La otra línea que está hoy día en pleno desarrollo es la línea de investigación, se constituyó un equipo, se construyó un instrumento para realizar la consulta inicial, se realizó esta consulta, se desarrolló una coordinación con un equipo motor de la red de prevención de drogas de la comuna para realizar la entrevista local, y después de esto el diseño de estudio y la definición de técnicas de investigación. Se desarrolló el diseño de las pautas de entrevista, la elaboración con diagnóstico sobre situación estructural de la comuna, una cartografía de vulnerabilidad articulando variables sociales de consumo de droga y prevalencia de VIH/sida, hemos tenido el apoyo de estudiantes de geografía, y la construcción de muestras para la aplicación de entrevistas con usuarios de droga. Hemos construido los instrumentos para la recolección de información y está concertada toda la se-



rie de entrevistas, ya entramos de lleno al tema de las entrevistas en los distintos niveles, el nivel institucional, el nivel comunitario, y el nivel de usuarios de droga.

Un último aspecto que quería compartir con ustedes es que desde el proyecto y también desde la realización del Seminario LATS en Chile, se ha logrado dar curso a una red nacional de reducción de daños que, hasta el momento, cuenta con la participación de alrededor de 60 personas de distintos ámbitos institucionales, del sector estatal y también del sector no gubernamental, que ha posibilitado un proceso de reflexión y de favorecer la puesta pública del enfoque de reducción de daños en el país.

NATALIA META: Quería agregar que hay otras dos líneas de trabajo del proyecto, una que tiene que ver con capacitación de equipos de sida y drogas que está planificado realizar de aquí a enero del año 2001, y un seminario de sensibilización para colocar el tema de reducción de daños, que está planificado para marzo - abril del año 2001.

## Panel: Experiencia de prevención de VIH/sida en usuarios de drogas de Paraguay

Moderadora: Lic. CARLOTA RODRÍGUEZ. *Asesora del Programa Lusida del Ministerio de Salud de la Argentina.*

Dr. NICOLÁS AGUAYO. *Director del Programa Nacional de sida y ETS del Ministerio de Salud de Paraguay*

Es importante no perder de vista que es este un proyecto regional, con cuatro capítulos, el capítulo de Argentina, el de Paraguay, el de Uruguay y el de Chile, y que es un proyecto que sin dudas traerá enormes beneficios para los cuatro países ya que esta vía de transmisión del VIH es una vía bastante común en la mayoría de los países, y si nosotros utilizamos estrategias comunes, las posibilidades de éxito son mayores.

Quisiera presentar la situación del sida en Paraguay, haciendo énfasis en los UDI. En el año 1985, aparece el primer caso de sida en nuestro país, y tenemos una prevalencia bastante baja hasta ahora. El número total de casos de sida del Paraguay es de 550 personas, sabemos sin duda que hay subregistro. El número de infectados, porque nosotros también tenemos portadores asintomáticos, era de 1.367, hasta agosto del 2000. Nuestras estimaciones están alrededor de 3.600 a 4.000 personas que se han infectado en 15 años de epidemia en el Paraguay.

La razón hombre - mujer: siguen siendo los hombres los que predominan en la infección, sin embargo la razón hombre - mujer ha caído mucho en los últimos años, si en el año 90 manejábamos una razón de 29/1, en este momento está en 3/1, lo cual nos habla que en este momento la mujer está jugando un rol demasiado importante en la transmisión del VIH. Lógicamente podría jugar, como ya está jugando, un rol muy importante en la transmisión vertical. Como hemos planteado hace ya 3 o 4 años, también podría la mujer jugar un rol muy importante en la prevención.

Los casos de sida muestran como grupo de edad más frecuente el de los 20 a 39 años. Esto también ha cambiado un poco entre el 90 y el 99. Las edades de infección son más precoces. En los hombres el promedio de edad de infección era de aproximadamente 37 años, en este momento es

tamos en 31 años. En la mujer que era de 35 años, actualmente es de 27 años.

El 71% de los casos de sida en Paraguay se han infectado por la vía sexual, y son jóvenes entre los 20 y los 35 años. Tenemos un 10% de infectados que son jóvenes adolescentes, entre los 14 y los 19 años, esto significa que estábamos llegando tarde con nuestra educación, por lo tanto, cambiamos las estrategias de educación del sida a los jóvenes y empezamos a trabajar con niños a partir de los 6 años de edad. Hemos trabajado con el Ministerio de Educación, con fuertes tareas de capacitación dirigidas a los maestros de escuelas primarias y secundarias, hemos capacitado más de 5.000 niños desde 6 años, entrenados en la prevención del sida. En ese contexto hemos involucrado a diferentes fuerzas de la comunidad, estamos trabajando muy fuertemente con las fuerzas armadas, y también principalmente con la Iglesia Católica, con quien compartimos la mayoría de los talleres de prevención dirigidos a jóvenes, adolescentes y niños. En la Iglesia les pedimos que trabajen fuertemente lo que es la abstinencia y la fidelidad, mientras que el Programa contra el sida completa esa tarea colocando una tercera opción que es el uso del preservativo.

Del 13,2% de transmisión sanguínea, el 11% corresponde a UDIS. Si bien no es todavía un número muy importante, ya que es más importante la vía sexual, para nosotros es de tremenda importancia que hace dos años este porcentaje estaba en torno del 7%, lo que nos indica que tenemos que empezar a trabajar fuertemente en prevención y también en programas de reducción de daños.

Con relación a las mujeres, el porcentaje de las usuarias de drogas inyectables es de alrededor del 9%, siendo también parejas de UDIS en un 4%. El 62% de los casos de sida/UDI, tienen parejas múltiples. Al mismo tiempo el 12% de ellos tienen una pareja VIH positiva y el 14% tiene una pareja UDI.

Confirma la importancia de este proyecto regional, que los casos de sida que hemos detectado en el Paraguay vienen de toda la región, específicamente de los países del Cono Sur, y Brasil. Por eso mencionaba la importancia de elaborar estrategias comunes de prevención, y nos hemos involucrado fuertemente en este proyecto regional porque queremos evitar que el número de infectados por esta vía siga avanzando.

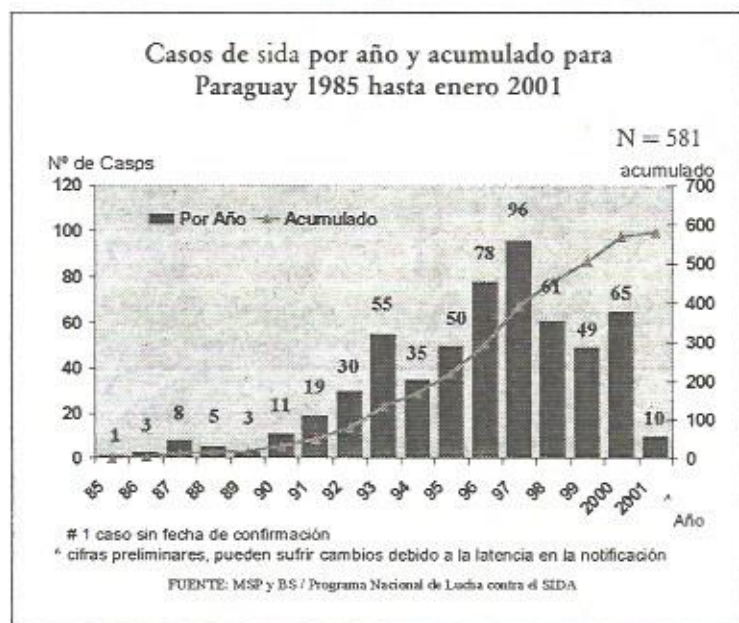
Finalmente quisiera hablar del proyecto y decirles que hemos trabajado muy bien con la ONG Prever. Tenemos trabajos en conjunto desde el año 1992. Paraguay ha realizado tareas de prevención muy fuertemente a

partir del año 92 y siempre estuvo involucrada la ONG Prever en el trabajo, de modo que no hemos tenido inconvenientes en el lenguaje utilizado. Hemos desarrollado tareas específicas relacionadas con la población usuaria de drogas desde 1997, cuando hicimos un diagnóstico de situación, y luego nos adentramos en el Proyecto Regional, del que les va a hablar específicamente Manuel Fresco.



Dr. MANUEL FRESCO. *Director de la Asociación Civil Prever de Paraguay.*

La primera vez que compartimos el concepto Reducción del Daño fue en el año 90 en el marco de un proyecto también regional y también denominado Cono Sur, que estaba propiciado por la organización no gubernamental española IGIA, que está organizando un encuentro latino de re-

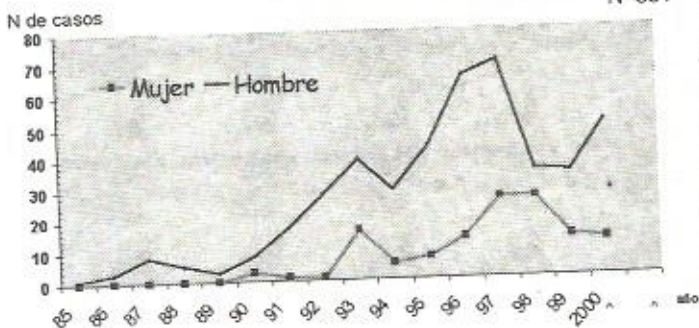


ducción del daño para el 2001. Fue la primera vez que un grupo de latinos "colisionamos" con el concepto. La mayoría provenía del campo de la salud, y tuvimos una colisión en el sentido de la violencia que generó en nuestras cabezas encontramos con una idea que era absolutamente diferente a lo que el imperativo médico de la formación sanitaria nos imponía como curación y como atención de los pacientes, y en especial, al manejo de esta problemática de la farmacodependencia.

A partir del 90-91, el tema circuló con mayor o menor intensidad en el Paraguay, hemos mantenido contacto con literatura, hasta que en el 97 aparece de nuevo, no ligado a drogas directamente sino ligado a sida. La

**Casos de SIDA por sexo según año  
Paraguay 1985 hasta diciembre 2000**

N=581

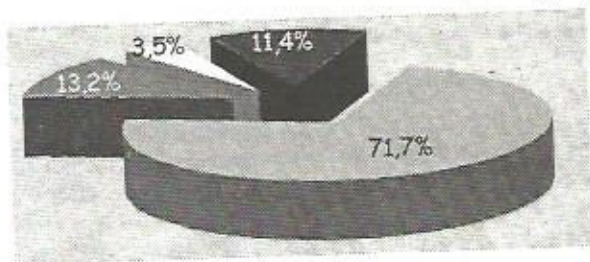


# 8 casos de sexo desconocido  
\*datos sujetos a cambios debido a la latencia en la notificación

FUENTE: MSP y BS / Programa Nacional de Lucha contra el SIDA

**Casos de SIDA según categorías de exposición  
Paraguay 1985 - enero 2001**

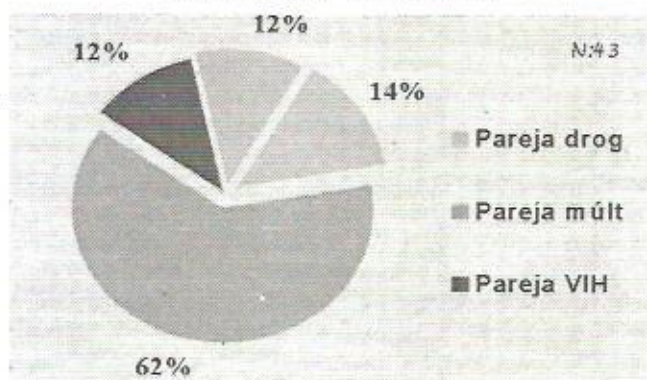
N = 581



■ SEXUAL    ■ SANGUINEA    ■ PERINATAL    ■ DESCONOCIDA

FUENTE: MSP y BS / Programa Nacional de Lucha contra el SIDA

Comportamiento de pareja en UDIs y SIDA  
Paraguay 1985 - octubre 2000



12% es de causa desconocida

FUENTE: MSP y BS / Programa Nacional de Lucha contra el SIDA

intervención que mencionaba Nicolás Aguayo, entre el 97 y el 98, la hemos realizado también con la Dra. Mercedes Weissenbacher, que propició una primera fase del proyecto, que posteriormente se convirtió en este proyecto regional. Trabajamos con el interrogante si el consumo de drogas por vía inyectable era o no una situación real en el Paraguay. Provengo del área de la psiquiatría, y teníamos la hipótesis que había muy pocos usuarios de drogas por vía parenteral. Hay una incidencia muy baja de consumo de drogas ilegales en el país, más o menos compartimos el patrón chileno. Entonces nos propusimos hacer una investigación epidemiológica que nos diera una información somera sobre la situación del uso por vía parenteral. No hemos encontrado gran cosa en esa investigación, y ésta ha dado lugar al seguimiento, que es lo que vamos a presentar.

La primera etapa nacional, que desde el año 2000 estamos llevando a cabo en el Paraguay, tiene como antecedentes el proyecto, del 98-99 denominado "Prevención de la transmisión de VIH/sida en poblaciones vulnerables". Se tenía pensado que finalizaría en mayo - junio de 1999, y se pro-

ponía para junio - julio el desarrollo de este proyecto, que se demoró hasta comenzar el 2000. El objetivo general del proyecto es prevenir la transmisión de VIH entre usuarios de drogas inyectables, sus parejas sexuales e hijos en el Cono Sur. Es interesante resaltar que la elaboración de este proyecto nos llevó a representantes de todos los países una semana de trabajo intenso en la oficina de OPS en Montevideo. Cada uno de los países asumió alguna de las estrategias para desarrollarla en el año 2000. Es por eso, que las diferentes presentaciones muestran una diversidad de intervenciones.

Se definieron cinco estrategias básicamente: propiciar la adopción de instrumentos legales relacionados con reducción del daño, sensibilizar a formadores de opinión e instancias de decisión políticas relacionadas a la temática del uso de drogas, promover redes socio - sanitarias de referencia de usuarios de drogas inyectables para facilitar el acceso a la atención integral, involucrar activamente a la comunidad, particularmente a los usuarios de drogas y sus redes, y promover investigaciones. De estas estrategias, en discusiones entre la ONG y el Programa, hemos resuelto tomar tres:

1. Promover redes socio - sanitarias de referencia UDI que faciliten el acceso a la atención

Las actividades definidas fueron jornadas de capacitación e intervención para la red socio - sanitaria. Para esta estrategia se definen eventos de tipo seminario - taller dirigido al personal socio - sanitario sobre sida - drogas, y se tomaron las siguientes ciudades: Asunción, Ciudad del Este, Encarnación y Pedro Juan Caballero. Estas tres últimas ciudades son limítrofes que tienen importancia desde el punto de vista de la transmisión, algunas son frontera con Argentina, otras con Brasil. Creo que es importante que nosotros nos apropiamos de este proyecto con la idea de hacer circular el concepto de reducción de daños con el personal sanitario, más que con la idea de desarrollar actividades específicas de intervención tipo intercambio de jeringas, etc., teniendo en cuenta la situación epidemiológica y teniendo en cuenta que nosotros vendemos este proyecto con la idea que tenemos que empezar a discutir el concepto de reducción del daño antes de que tengamos un problema difícil de controlar posteriormente.

2. Involucrar a la comunidad, particularmente a usuarios de drogas y sus redes.



Para esta estrategia hemos resuelto trabajar sobre el sistema penitenciario nacional. Porque el Paraguay es un país bastante peculiar en algunas cosas. Hemos tenido un acceso muy fácil al sistema penitenciario del país, el Programa Nacional de Lucha contra el sida está trabajando hace mucho tiempo en las cárceles. Por otro lado, hemos contactado directamente con la propuesta de reducción del daño a las autoridades en momentos en que estaban ejerciendo en el Ministerio de Justicia, personas interesadas en hacer un trabajo y abrieron las puertas sin cuestionar demasiado. Les explicamos de qué se trataba, cuáles eran los riesgos políticos que se corrían, y cuales eran las ventajas y desventajas. Después del cambio de gobierno la situación no varió, y nosotros seguimos trabajando sin dificultad. Las actividades para las cárceles también son jornadas de información, sensibilización y adiestramiento de la población, y ahí trabajamos con los reclusos y también con las autoridades. Siempre con los dos niveles: formar monitores entre los reclusos y trabajar sensibilizando e informando a las autoridades del penal.

3. Sensibilización de formadores de opinión e instancias de acción política, para lo cual se tiene pensado un taller nacional: "El desafío a las drogas y el sida en el nuevo milenio", programado para el mes de diciembre de 2000. Este taller va a ser el cierre de la fase de actividades del año 2000, y vamos a trabajar con todas las personas con las cuales hemos desarrollado algún tipo de actividad en las diferentes ciudades, sería un encuentro final que servirá para reflexión, para evaluar si el concepto ha sido trabajado, la experiencia de ellos, etcétera.

Se tiene pensada también la reedición de materiales audiovisuales. Hemos discutido mucho en el equipo, y también en una reunión con los demás miembros del equipo regional en la OPS. Discutimos lo mismo que hemos discutido en nuestro país, la pertinencia de hacer un énfasis muy marcado en la reducción del daño o utilizar el concepto de prevención del uso de drogas e incluir como una estrategia más la reducción del daño. Teniendo en cuenta nuestra situación epidemiológica particular, pensamos que era importante mechar las actividades de prevención con este aspecto de reducción del daño y no hacer algo exclusivamente centrado en la reducción del daño.

Esta es una pequeña síntesis de las actividades. En los objetivos de

sensibilización a formadores de opinión, las actividades eran reuniones de sensibilización e información, previas a los talleres de capacitación. En estas primeras reuniones se invitaba a todas las autoridades, los líderes, las personas importantes de la comunidad y se trabajaba el concepto, se le daba un perfil epidemiológico a la situación y se bajaba el concepto de reducción del daño como un elemento más dentro de todas las actividades de prevención relacionadas a los problemas vinculados con el uso de drogas.

Los resultados esperados son: que las autoridades y líderes de opinión vinculados con la temática muestren una actitud favorable a la estrategia planteada. Nos propusimos como meta 80 autoridades y representantes, y en este momento se ha llegado a un 80%. Se superó la meta esperada porque en algunas ciudades la convocatoria se ha realizado con tanta capacidad que ha superado nuestras expectativas de trabajar con 35 o 40 personas, y tuvimos 60 o más personas en algunas actividades.

La dificultad fue la concurrencia de las autoridades departamentales. Ese es un fenómeno bastante común, eran actividades específicamente dirigidas para discutir con ellos este tipo de políticas y en algunas oportunidades hemos tenido dificultades, pero en general ha tenido buena aceptación.

Para promover la creación de redes socio - comunitarias, se pensó hacer una red nacional, nosotros no estamos organizando una red de reducción del daño, pero tenemos que aprovechar la ocasión para conformar una red de diferentes zonas del país. Nuestro país es pequeño, pero tiene muy poca comunicación, y este proyecto nos sirvió para re flotar redes y se está re formulando la circulación de estas redes.

Los talleres de capacitación fueron dirigidos a personal de instituciones que componen redes que no todas están trabajando en el campo de las drogas, son redes sanitarias. Tenemos las redes sanitarias divididas en centros de salud, entonces incorporamos eso como centros de atención primaria futuros.

Formamos líderes internos en los penales en prevención de sida y drogas con énfasis en la reducción del daño. Nuestra experiencia en las cárceles ha sido importante porque hemos tenido aceptación de las autoridades y entusiasmo y participación de los internos. Aunque reflexionando a posteriori, creo que no hemos capacitado sino que hemos sensibilizado. Dudo que jornadas puntuales sirvan para capacitar realmente monitores, pienso que tendríamos que pensar en una inserción más estable en las cárceles para, en un segundo momento, montar algún tipo de dispositivo que per-

mita una permanencia del sector salud trabajando específicamente en el tema de reducción del daño.

Se han reimpreso materiales dando un nuevo énfasis al aspecto de reducción del daño y se han copiado 160 videos que es un conglomerado de material de prevención que tenemos y que se distribuye en los talleres.

De todo esto el objetivo básico en el año 2000 es hacer circular el concepto de reducción del daño, y entonces después de cada actividad cuando se discute con los presentes se les propone la firma de un documento, del cual la parte más importante es que las políticas de reducción del daño constituyen alternativas válidas para la confrontación del problema VIH/drogas, en el contexto de abordaje integral y cobertura educativa, preventiva y de rehabilitación para usuarios de drogas inyectables. Este documento va a ser firmado nuevamente en el taller nacional, lo que queremos es que las autoridades presentes que queden hasta el final firmen este documento, por lo cual estamos logrando un buen respaldo político a la posibilidad futura eventual de implementar políticas de reducción del daño.

Por último, y también por una situación coyuntural, hace un par de meses la Secretaría Nacional Antidrogas convocó a todos los sectores del país para elaborar el Plan Nacional sobre Drogas. En un seminario - taller que fue propiciado por la OEA CICAD, que tiene a su cargo el manejo del tema drogas. Dentro de la documentación que la OEA distribuyó para el trabajo, las estrategias de reducción del daño figuraban como uno de los elementos. El plan nacional tiene varios capítulos pero lo que me interesa es mostrar que el Plan que será lanzado oficialmente a fines de este año, incluye formalmente en las políticas para tratamiento y rehabilitación, la reducción de daños asociados al uso de drogas. Esto ha sido un éxito del lobby, porque en el momento en que se estaba escribiendo no se había incluido la reducción de daños, porque se pensaba que al hablar de reducción de la demanda ya estaba incluido. Junto con el Dr. Aguayo, hemos discutido con los directivos, con el Secretario Ejecutivo de la Secretaría, la importancia política que en el documento esté explícitamente manifestada la aprobación de la Secretaría de Drogas a este tipo de estrategia. Creo que esto es inicial, me parece que va a haber necesidad de un largo trabajo todavía, porque si bien se acepta nominalmente, todavía se piensa que promueve el consumo de drogas, pero por lo menos si queda en los papeles hay una herramienta formal como para empezar a discutir, y trabajar racionalmente un concepto que sin duda tiene que ser pensado.

## Debate

*Me quedó claro que no se elaboran nuevos materiales sino que se reeditan. Luego del Taller Nacional, ¿se piensa hacer alguna sistematización, alguna publicación, alguna recomendación de lo que surge de allí?*

MANUEL FRESCO: Se está pensando en un documento que sintetice la experiencia de este año.

*Tengo la sensación que hay más una cuestión semántica, de aceptación, de ir abriendo caminos, sensibilización, capacitación, pero en concreto ni siquiera la definición de estrategias, acciones concretas de lo que implica reducción del daño, como intercambio de jeringas.*

MANUEL FRESCO: Ocurre que nuestra población de UDIS sigue siendo para mí un enigma. Estrategias concretas de intercambio de jeringas, pueden pensarse en este momento sólo en el nivel de cárceles, y estamos trabajando porque ahí no hay ninguna duda, y todos los indicadores apuntan que el uso de droga inyectable se da abiertamente en las cárceles. Pero en el nivel comunitario, no hemos logrado detectar la gente. En una exposición se decía que el que usa drogas inyectables se sobre valora por un aspecto transgresor, pero al mismo tiempo se oculta. En mi país lo que ocurre es que aquel que comienza a inyectarse es segregado dentro de la comunidad de usuarios, entonces hay un fenómeno de exclusión, el que se pica es más marginado porque está muy loco, entonces es muy difícil acceder a esa población. Creo que vamos a tener muchas dificultades si es que nos proponemos intercambiar jeringas. Pero lo que hemos logrado es plantear a las autoridades del penal la introducción de lavandina, enseñar a limpiar las jeringas, esas alternativas no han tenido resistencia y se enseñan delante de las autoridades.

NICOLÁS AGUAYO: Quisiera completar. Pasamos por diferentes etapas: en 1997 quisimos hacer un diagnóstico de situación que nos muestra que la prevalencia en el uso de drogas todavía es baja, y nos da cierto tiempo para prepararnos, y especialmente para preparar a las poblaciones que consideramos vulnerables. En ese sentido, recuerden que del total de casos de



sida en Paraguay, hemos individualizado solamente 44 casos de UDIs en números absolutos. En segundo lugar, estamos haciendo primero sensibilización y capacitación para que en la segunda parte del proyecto podamos implementar con mayor éxito estrategias de reducción de daños. Una vez que las autoridades estén sensibilizadas y no tengamos el rechazo que podríamos haber tenido si no lo hubiéramos hecho. Estamos preparando la segunda parte del proyecto y ahí sí estamos pensando trabajar con intercambio de jeringas en los penales.

MANUEL FRESCO: Quiero aclarar que a mi criterio la importancia de esta experiencia no pasa por las jeringas, pasa por un cambio en la forma en que uno está pensando el problema droga y creo que se hace reducción del daño aunque uno no intercambie jeringas. Ha traspasado el tema de las jeringas y yo creo que hay gente que está trabajando con el concepto de reducción del daño en el campo del uso inhalado de cocaína, haciendo cambio de vías de administración, sin hacer intercambio de jeringas. Creo que en la medicina se trabaja con este esquema aunque uno no le ponga ese nombre.

*Con respecto a la prevención que hacen con los niños, ¿cómo acceden al espacio escolar, y cómo implementan la prevención con niños de tan baja edad?*

NICOLÁS AGUAYO: Esta política de prevención con los niños la implementamos desde finales de 1995, y la hemos pensado utilizando el famoso triángulo: profesor o maestro - padres - niños. Elaboramos manuales especiales, uno de ellos es la guía para docentes, diferentes guías para primaria y secundaria, y el profesor previamente capacitado en talleres, entrenados por el equipo técnico del Programa Nacional, lleva este manual para capacitar a sus niños en diferentes escuelas. Hemos capacitado directamente al niño, pero la política que llevamos a cabo en este momento no es llegar directamente al niño sino al profesor, para que desarrolle talleres de capacitación en sus escuelas. Ha dado tanto éxito que las escuelas piden al Programa Nacional capacitaciones a través de talleres a sus alumnos. Directamente entramos en contacto con los profesores del Ministerio de Educación capacitados.

MARÍA LUZ OSIMANI: Llama la atención de este Proyecto Regional, cómo se fue produciendo en forma muy creativa. Pienso en Uruguay, nosotros jamás podríamos entrar a las cárceles, es más, no sabemos cuántos usuarios de dro-

gas hay en las cárceles. Sabemos que se consume porque en las entrevistas cuentan que salieron peor que cuando entraron porque consumieron en la forma más precaria, pero el dato que tenemos es un dato que ni siquiera puede ser controlado por el Ministerio de Salud. Son datos del Ministerio del Interior. Curiosamente, Paraguay pudo entrar y desarrollar hasta intercambio de jeringas en las cárceles. Creo que para Argentina y seguramente para Chile, es algo inédito. La segunda cosa es comenzar ya con tiempo a reflexionar sobre reducción del daño antes de avanzada la epidemia. Lo que me parece que a la larga va a ser necesario acercarse al usuario de drogas también, para conocer realmente cuál es la realidad en Paraguay. Pero este proyecto va mostrando maneras de ingresar, en muchos casos imposibles para otro país, y muy creativas que en definitiva están intentando poner el tema de la reducción del daño sobre la mesa, y adaptarlo a la realidad.

*Volviendo al tema de las jeringas en las cárceles ¿no es más simple intercambiar jeringas que enseñar a lavarlas? Es una pregunta desde la medicina, porque resulta un poco inseguro el enjuague de la jeringa por el efecto tóxico de la lavandina.*

MANUEL FRESCO: El proyecto tiene fases y lo que se definió inicialmente es sensibilización y capacitación. El proyecto global tiene una parte que es trabajar con monitores, hay rubros para comprar insumos, distribuir jeringas está pensado. Pienso que si nosotros íbamos con la propuesta directa de intercambiar jeringas, como hemos hecho en épocas juveniles cuando éramos más osados, hubiera sido más difícil. En el año 92 el director de la cárcel nos dijo: "Ustedes están locos, acá no hay drogas, si yo les dejo a ustedes meter jeringas, estoy reconociendo que en mi penal entra drogas". No iban a dejar hacer si lo planteábamos de entrada, hay que hacer lo posible.

NICOLÁS AGUAYO: Ya lo hemos conversado con las autoridades de los penales, y si hay necesidad nos han dicho, no va a haber inconvenientes en hacer intercambio de jeringas.

NATALIA META: El proyecto ha representado una oportunidad para conocer más acerca del problema, y eso es fundamental para pensar estrategias para implementar políticas públicas. Desde la investigación - acción, incorporando una estrategia de trabajo adaptada a realidades diferentes, a contextos legales y sociales diferentes. Hay que mirar esto como una oportunidad creativa y adaptada a cada realidad nacional.

*Quería saber cómo está Paraguay en cuanto a lo legal respecto de las drogas y otra pregunta, ¿qué sucede con las mujeres violadas en los hospitales, tienen acceso a recibir AZT?*

NICOLÁS AGUAYO: Paraguay suministra terapia antirretroviral gratuita. Esto que aparece como normal para argentinos, brasileños, y hasta chilenos y uruguayos, parecería normal, pero no es normal en Paraguay porque la salud pública no es gratuita. Ningún medicamento es gratuito para ningún ciudadano paraguayo. Si se interna en un hospital tiene que pagar un arancel y pagarse sus medicamentos. A través del Programa Nacional de sida todo lo que es atención a pacientes a partir del test de Elisa y posteriormente atención médica con suministro de medicación antirretroviral, inclusive con carga viral y conteo de linfocitos CD4, es totalmente gratuito. Fue un gran logro desde el punto de vista moral, para nuestros pacientes. Entonces las mujeres violadas también tienen acceso a terapia siempre que el servicio que la atiende lo solicite.

MANUEL FRESCO: Con relación al marco jurídico, en el artículo 71 de la Constitución dice que el Estado se va a hacer cargo de la represión al tráfico y producción de drogas, y de asistencia al fármacodependiente, y también de desarrollar actividades de prevención con las organizaciones no gubernamentales. Es una curiosidad porque en la Constitución aparece explícitamente el tema drogadicción. Por otro lado, tenemos una legislación específica para drogas, la ley 1.340 y que tiene 40 o 50 artículos para la producción, para el tráfico, para el expendio de medicamentos, es una ley muy completa como todos nuestros países tienen, y tienen una matriz similar, todas son excesivamente represivas, todas son desproporcionadas en las penas que tienen, es decir tienen penas muy altas. Falsificar una receta, tiene más años de cárcel que un homicidio simple, por ejemplo. Hay ese tipo de desproporción en las penas. Todas contemplan el tratamiento compulsivo del fármacodependiente. Hay una diferencia respecto de la cantidad permitida. En nuestro país uno puede tener hasta dos gramos de cocaína y 10 gramos de marihuana sin problemas en el sentido que no es traficante. Pero si pasa esa cantidad, ya es calificado como tal, y si es considerado consumidor, es sometido a peritajes con peritos de parte y después es obligado a un tratamiento con internación.

## Panel: Experiencia de prevención del VIH/sida en usuarios de drogas en Argentina. Indicadores epidemiológicos.

MODERADORA: Dra. LILIANA MARTÍNEZ PERALTA. *Coordinadora del Centro Nacional de Referencia para el SIDA, Profesora de Microbiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.*

Ante todo, agradezco la invitación a este Foro. Realmente para nosotros, la gente de laboratorio, es fundamental la colaboración con los muy importantes estudios y las acciones que se están haciendo a este nivel. Esperamos tener todavía mayor interacción. Realmente después de tantos años de una falta total en nuestro país de acciones en este sentido, vemos con mucha alegría que haya organizaciones que tienen la valentía de emprenderlas.

Desde el año pasado, cuando vimos por primera vez los resultados de Intercambios, sentimos que era importante hacer algún trabajo en colaboración desde nuestro lugar del laboratorio. Felizmente estamos empezando a hacerlo, por la importancia que tienen las enfermedades transmitidas por sangre en estas poblaciones.

Dr. CLAUDIO BLOCH. *Consultor del Área Salud del Lusida del Ministerio de Salud de la Argentina.*

Cuando uno empieza, tiene que agradecer. Acá es un poco difícil, porque de alguna manera, hemos sido coparticipes en la organización, pero cuando pensaba en los agradecimientos pensaba que hace muy poquito tiempo, en agosto en otra dependencia estatal se planteó el tema de sida y drogas y el tema reducción de daños en las jornadas de la Secretaría de Drogas local (SEDRONAR). Pensaba: voy a decir casi lo mismo que en SEDRONAR e iba a empezar pidiendo disculpas, pero en realidad pensaba también, si no vivimos en parte en un nuevo país.

A nosotros en general nos gusta el tango y decimos que estamos mal. Por eso hay dos cosas que, en principio, me parecen centrales: la primera,



que creo que parte este país al medio, es que el viernes pasado renunció un vicepresidente, planteando que en este país en los altos estamentos políticos, hay corrupción. Por lo menos, es uno de los elementos y me parece que esto plantea una situación de pararnos a mirar hacia adentro, a mirarnos en qué estamos y cómo estamos.

El otro tema, que no debe ser casualidad, que esté ocurriendo al mismo tiempo, es que, en menos de dos meses, en dos altas instancias estatales, la Cámara de Diputados y la SEDRONAR, que depende de Presidencia de la Nación, se está planteando un tema que estuvo vedado a la sociedad durante todos estos años y se está planteando incluso en una línea de discusión que también había sido vista como casi delictiva: la estrategia de la reducción de daños.

Ayer decía en la apertura el Dr. Pedro Chequer, que estamos muy atrasados. Es cierto, porque, como vamos a ver ahora en algunas cifras, efectivamente estamos muy atrasados. Pero me parece que es muy interesante la incorporación, la "parceria", dirían los brasileños, de las ONGs y el Estado en temas como éste, y en otros temas también. Me parece que secretarios de las Secretarías de drogas del Cono Sur o diputados de América del Sur, puedan discutir una estrategia como ésta ya en sí mismo está planteando un nuevo camino.

El panel es el del tema de los indicadores epidemiológicos y uno tiene una historia, para qué sirven los números, cuál es el sentido de los números. A todos nos gusta dar números. Cada vez este mundo es más "numerado" y cada vez, a veces, se entiende menos de la situación real. Creemos que el tema de los indicadores epidemiológicos sirve en tanto y en cuanto nos apoye para estrategias de acción. Si no, como decía un viejo amigo, uno cuenta vacas, cuenta ganado, y eso no le sirve a nadie. Le servirá a algunos para publicar un trabajo pero, en término de las acciones, es importante tener indicadores, números, situaciones para poder saber hacia donde vamos a dirigir las acciones.

Para plantear cuál es la situación, un panorama muy general, en qué estamos en términos de la enfermedad del sida en la Argentina, vamos a dar muchas cifras sobre "enfermos de sida", porque la notificación obligatoria es de los enfermos, no así las personas viviendo con VIH. Con lo cual la información que tenemos es vieja en términos de una situación que ocurrió hace 5, 7 o 10 años atrás. De todas maneras, algo de esto nos puede servir para ver por donde empezamos.

El número de casos registrados, a fines de mayo era de un poco mas

de 17.000 y sigue incrementándose día a día. Pero uno tiene que pensar que además existe un retraso en la llegada de la información y un subregistro. Uno podría decir a partir del año 1982, que el número acumulado de pacientes es de cerca de 20.000.

El 75% son hombres, el 18% mujeres. Así como la Argentina tiene el mal gusto de ser uno de los países, casi del mundo, con mayor incidencia de personas usuarias de drogas, con sida (en términos porcentuales); también es uno de los países en América con la mayor prevalencia en niños. Básicamente por transmisión madre a hijo. Tenemos un 7% que es superado sólo por Jamaica (que está en 9%) y el resto de los países tienen datos mucho menores. Con lo cual, esto es también una vergüenza nacional.

Cuadro N° 1.

Proporción de las principales vías de transmisión según región.  
Total enfermos acumulados en América Latina hasta Mayo 2000.

<i>Región</i>	<i>Sanguínea*</i>	<i>Heterosexual</i>	<i>H.S.H.</i>	<i>Perinatal</i>	<i>U.D.I.</i>
Andina	1.4	40.8	42.3	2.0	0.2
Brasil	1.9	23.6	28.7	2.7	19.3
Caribe†	3.4	44.9	8.1	1.1	1.6
Central	1.1	72.8	11.8	4.8	0.6
Cono Sur	2.0	22.4	32.3	5.9	33.4
México	1.8	25.0	35.1	2.0	0.5

† Las cifras corresponden solamente al Caribe Latino.

\* Incluye hemofílicos y transfusiones de sangre.

La relación de 3 hombres por mujer, este 3 a 1, en realidad también es un promedio de país. Porque hay algunos lugares en que está 2 a 1, en lugares del conurbano bonaerense, y lugares del sur del país donde está en 1,8 a 1. Es decir, que en algunas zonas casi nos parecemos a África.

El porcentaje de usuarios de drogas inyectables por compartir jeringas está en un poco más del 40%, hombres que tienen sexo con hombres el 25%, heterosexual el 22%, y esto es lo que más ha incrementado. Hay que

tener en cuenta que, cuando hablamos de transmisión heterosexual, también tenemos un porcentaje que está vinculado a los usuarios de drogas inyectables. Es decir que si uno toma este de porcentaje estamos planteando que el problema de los usuarios de drogas inyectables es todavía mayor al 40%.

La edad mediana de los hombres es 32 años, y de las mujeres es un poco menor de 26 años.

¿Cuál es el número estimado de personas viviendo con VIH? Tenemos una estimación aproximada de 120.000 personas viviendo con VIH en la Argentina. De esos, sólo una pequeña porción ocupan los que efectivamente han sido notificados. De los 120.000, un importante número desconoce su serología. Con lo cual una de las estrategias centrales que nosotros planteamos para tener acceso rápido a los tratamientos, y a una mejor calidad de vida son el examen precoz, el examen lo antes posible.

Respecto de la mortalidad es un problema grave en términos de salud pública porque es la tercer causa de muerte entre 15 y 44 años para todo el país. La primera en la ciudad de Buenos Aires, la segunda en la Provincia de Buenos Aires.

Si durante tantos años el sida fue un problema que aparecía en los medios con visiones tremendistas, nunca aparecía la asociación usuario de drogas y sida como un problema. Si ustedes recuerdan las campañas más fuertes hasta el año pasado, el problema estaba vinculado al tema de la transmisión vertical. Pero es un problema y es una vergüenza sin embargo, casi la mitad de los casos de nuestro país por esa vía de transmisión no aparecía como un problema. La primera reflexión que uno debe hacer y acen-tuar es si la asociación UDI/sida es un problema para la Argentina. Si tomamos los enfermos mayores de doce años -dejando de lado a los que tuvieron transmisión madre/hijo-, son 16.000 personas. De éstas, el 43% son usuarios de drogas y fijense, el 25%, casi uno de cada cuatro, refiere la vía heterosexual. Parte de lo que está diagnosticado en términos de heterosexual está vinculado a ser pareja de usuarios. Con lo cual tenemos que casi la mitad de los enfermos de sida de nuestro país tienen vinculación con el tema de la adicción endovenosa.

Cuando sabemos que la razón hombre - mujer en el total del país es tres a uno, para los usuarios de drogas es seis a uno. Entonces, cuando se mira el tema vemos que en los hombres, el 46% es usuario de drogas. En las mujeres, el 61% es heterosexual y el 32% es usuaria de drogas directa. Pero en ese 61%, hay un buen porcentaje que es pareja de usuarios.

Gráfico N° 1  
 Proporción de las vías de transmisión en enfermos de SIDA > 12 años en Argentina

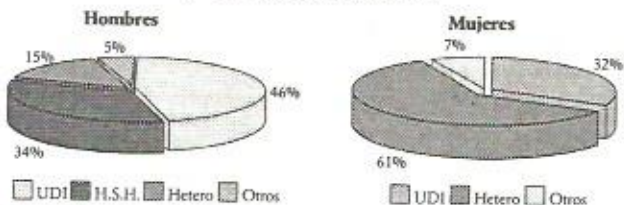
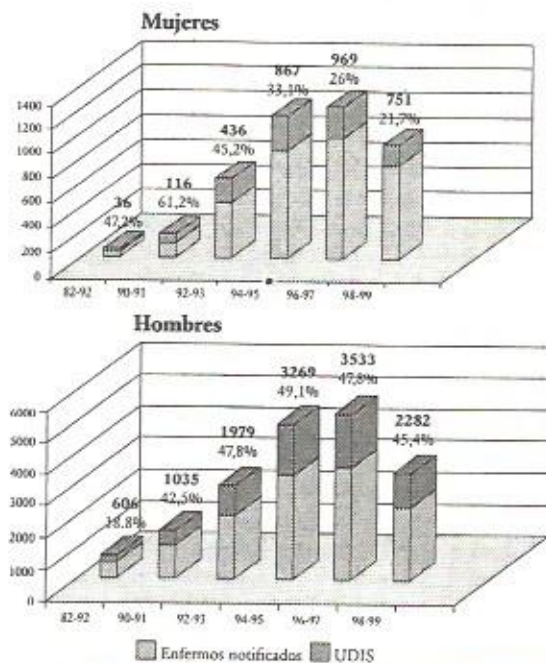


Gráfico N° 2  
 Tendencia anual de los enfermos de SIDA > 12 años y UDIs Argentina 1982 - 1999





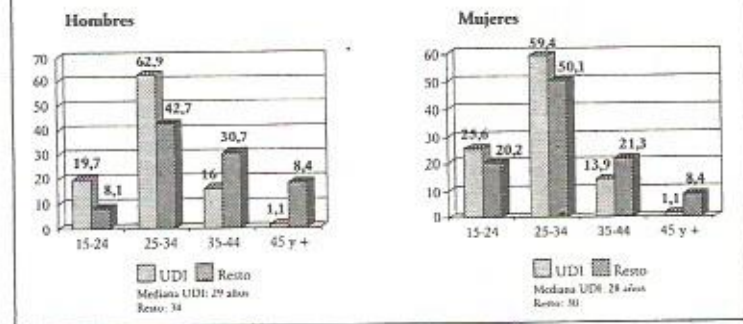
El cuadro anterior muestra una tendencia de crecimiento de los enfermos de sida a lo largo de los años. La caída existente en el año '98 '99 está vinculada a dos razones: primero a que hay un retraso en la llegada de la información y segundo a la aparición de la terapia, los famosos cócteles, que también está disminuyendo el número de los enfermos de sida.

Pero lo que es importante mirar es cómo es la proporción de usuarios de drogas a lo largo del tiempo. En el primer periodo, desde el año '82 al '89, lo que podríamos llamar: el primer perfil de nuestra epidemia, sólo el 19% eran pacientes usuarios de drogas y después nunca ha bajado del 40%. En el próximo periodo: 42% - 47% - 49% - 48% - 46%. Es decir, por encima del 45% de los casos en todos los años. Estamos haciendo hoy una jornada de reducción de daños con financiamiento externo, podemos ver que este problema no es de hoy. En los años '90 '91, también el 43% de los pacientes eran usuarios de drogas inyectables.

Pensar si los usuarios de drogas tienen un perfil diferente sirve para saber si hay que pensar una estrategia distinta, otra forma de acercarnos que al resto de los pacientes con otras vías de transmisión.

El primer punto, cuando uno mira la edad de los enfermos de sida, ve que la mediana en los pacientes hombres usuarios de drogas es 29 años. En el resto es 34 años. En las mujeres es 28 años para las usuarias de drogas y 30 años para el resto. Ya nos está diciendo entonces que nuestros pacientes usuarios de drogas con sida son más jóvenes que el resto.

Gráfico N° 3  
Edad de los enfermos de SIDA mayores de 12 años  
en Argentina



Cuando uno ve el nivel de escolaridad y compara por ejemplo la primaria incompleta, uno ve que entre los usuarios de drogas el 16% tiene primaria incompleta mientras que en el resto es el 9%. Respecto de la secundaria completa, uno ve que el 44% de las personas con sida, por cualquier vía, han completado su colegio secundario. En cambio cuando uno mira sólo a los usuarios de drogas, sólo el 17% ha completado el colegio secundario. Desde los primeros años hasta ahora, el nivel de escolaridad va disminuyendo. Para nosotros primaria incompleta es en realidad, casi analfabetismo funcional. Aquellos que trabajan en educación, saben que un importante número de primaria incompleta son aquellos que abandonan antes del cuarto grado. Esto significa que de hecho, se transforman en analfabetos funcionales. Con lo cual tenemos casi un 25% de los nuevos casos de los años '98 '99 que no han terminado ni siquiera el colegio primario.

Gráfico N° 5  
Nivel de escolaridad de los enfermos de SIDA > 12 años y UDIs  
Argentina 1982 - 1999

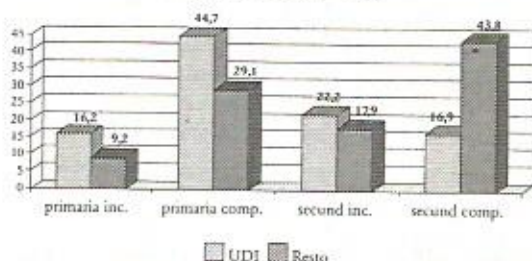
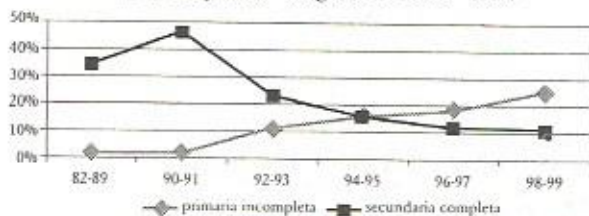
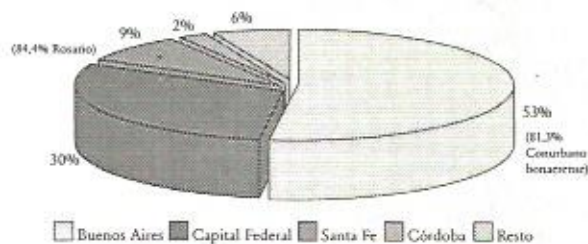


Gráfico N° 6  
Evolución del nivel de escolaridad de los enfermos de SIDA  
> 12 años y UDIs - Argentina 1982 - 1999



Tampoco la distribución es homogénea, por ejemplo el 53% de las personas UDI con sida se encuentran en la provincia de Buenos Aires y de esos, el 81%, es decir ocho de cada diez, en el conurbano bonaerense. Otro dato interesante: 30% en la Ciudad de Buenos Aires, 9% en la Provincia de Santa Fe, de los cuales el 85%, es decir, casi nueve de cada diez, son de la Ciudad de Rosario. Con lo cual tampoco hay una distribución homogénea en todo el país. Esto significa también que no podemos pensar estrategias nacionales únicas. Tenemos que pensar estrategias focalizadas porque ya vemos que la población es distinta en términos de la edad, el nivel de instrucción y dónde vive. Cuando miramos el conurbano bonaerense también vemos que no es homogéneo: el 45% está en la zona sur, el 38% en la zona oeste y un 17% en la zona norte.

Gráfico N° 4  
Residencia de los enfermos de SIDA > de 12 años UDIs  
Argentina 1982 - 1999



Un dato que a nosotros nos pareció importante es cómo se recupera la información que realmente existe en el país. Porque una de nuestras quejas mayores siempre es: no hay información. Nosotros decimos, tal vez no hay información óptima, pero información se obtiene. Esto me hace acordar que hace un año y medio atrás, hablábamos con el doctor Marcelo Vila y decíamos, cuántos usuarios hay, cuál es la prevalencia en usuarios, cómo imaginamos estrategias también para hacer un diagnóstico de situación de cómo estaba la epidemia en usuarios de drogas. Y se ha avanzado un montón.

El tema es que a fines del año pasado, la SEDRONAR publica una encuesta planteada en el ámbito nacional de donde nosotros obtuvimos algunos

datos. El primer dato que plantea es que la prevalencia del uso de cocaína era prácticamente el 6% en hombres y el 2% en mujeres. Que la prevalencia de uso de jeringas y de uso inyectable para los usuarios de cocaína era aproximadamente 9,6% (casi el 10% de los usuarios usaban la vía inyectable). Sobre la base de estos datos de la SEDRONAR nosotros tomamos datos publicados por varios de los que están hoy aquí sentados, de cuáles eran los estudios de prevalencia en usuarios de drogas durante la década del '90.

Hicimos lo que ahora tiene un nombre rimbombante: meta - análisis, que en realidad fue mirar cuáles eran los datos y tomar un 53% que podía ser la prevalencia en usuarios de drogas. Estos eran estudios publicados. Tomamos esto como límite superior y tomamos un límite inferior de aquellos datos que Lusida ha obtenido bajo la vigilancia centinela de un 19%. Es decir, por un lado, una prevalencia en un grupo de usuarios del 19% (pensando esto como un piso) y tomando un 50% como un techo. Entre estos dos elementos nosotros decimos cuántas personas viviendo con VIH de esas 120 mil que mostramos antes son usuarias de drogas. Estamos planteando que de mínima había por lo menos 12 mil y de máxima, esto es a discutir, 35 mil usuarios de drogas inyectables viviendo con VIH para fines

Cuadro N° 2  
Estimación de PVVIH y UDI - Argentina 1998

Población 15-49 años <sup>1</sup>	Prevalencia del consumo de cocaína <sup>2</sup>	Consumo de cocaína inyectada <sup>2</sup>	Número mínimo de UDI viviendo con VIH/SIDA <sup>3</sup>	Número máximo de UDI viviendo con VIH/SIDA <sup>4</sup>
Hombres 8.947.800	5.82 %	9.6 %	9.399	26.746
Mujeres 8.977.200	1.69 %	9.6 %	2.738	7.792
<b>Total</b> 17.925.000			<b>12.137</b>	<b>34.538</b>

1 Estimación Instituto Nacional De Estadísticas y Censos.

2 Fuente: "Estudio Nacional sobre sustancias adictivas". SEDRONAR. Noviembre 1999. Argentina

3 Estimación para 1998 sobre la base de sitios centinela, Lusida 1999: prevalencia de VIH en UDI: 18.8 %.

4 Estimación sobre la base de estudios realizados en UDIs en la década del 90: prevalencia de VIH: 53.5 %.



del '98. Es un avance plantear sobre qué universo estamos trabajando, sobre qué universo estamos haciendo prevención y a qué universo estamos dedicando recursos. Porque este es el otro tema: cuando tenemos que justificar los recursos, que son escasos y cada vez lo son más en nuestro país, el tema a discutir es sobre qué población estamos trabajando y cómo vamos a dedicar tal cantidad de recursos.

Para cerrar, quería plantear a modo de resumen, que en la Argentina la vía de transmisión de VIH/sida entre los UDis presenta proporciones apenas inferiores de la transmisión sexual, tanto la heterosexual como los hombres que tienen sexo con hombres, (esto significa relaciones homosexuales y bisexuales). Que la población usuaria de drogas inyectables enferma de sida es más joven, con menor escolaridad que el resto y en las zonas urbanas más empobrecidas, lo que amerita una política prioritaria y específica para este colectivo así como estrategias de alta focalización.

Sr. LUIS E. VIVAS. *Director de la Asociación Civil ACCRAD/ El Retoño*

Antes de pasar a los detalles sobre lo que esta experiencia está significando para nosotros, quisiera presentarme, contarles brevemente quiénes somos y cómo llegamos a la reducción de daños y a partir de eso a formar parte de este equipo.

El Retoño es una organización no gubernamental cristiana que trabaja desde 1985 en la atención integral de usuarios de drogas de los sectores más pobres del Gran Buenos Aires.

Nuestra acción con los usuarios/as de drogas consiste en: a) brindarles un tratamiento integral para el abandono del consumo y b) ayudarles a disminuir los daños ocasionados por el uso de drogas.

Como ven, dentro de los servicios que brindamos a los usuarios de drogas está contemplado el tratamiento para el abandono del consumo y no sólo las acciones de reducción de daños. Esto se debe a que durante muchos años todos los servicios que se brindaron desde El Retoño tuvieron como meta acompañar a los usuarios de drogas en el abandono de cualquier sustancia psicoactiva. Sin resignar este servicio, que responde a la necesidad sentida de muchos usuarios, nuestra organización evaluó necesario implementar otro tipo de acciones destinadas a aquellos que no podían o no querían dejar de usar drogas.

A partir de 1997 decidimos extender nuestro trabajo más allá de los

servicios de tratamiento del consumo y comenzar el Programa de Prevención de VIH/sida y Promoción de la Salud entre Usuarios/as de Drogas de sectores pobres del Gran Buenos Aires. Este programa fue una de las primeras experiencias de trabajo basada en estrategias de reducción de daños que se realizó en el país.

El programa se realizó en el barrio Bajo Boulogne, Partido de San Isidro, por el plazo de un año. Allí se procedió a un diagnóstico comunitario sobre la situación de VIH/sida y uso de drogas, se distribuyeron preservativos y folletos de prevención especialmente diseñados para sectores populares, se realizaron talleres comunitarios sobre sexo seguro y uso de preservativo, e incluso se desataron procesos de alfabetización y capacitación de líderes comunitarios como promotores de salud.

A partir de allí, vimos que todavía necesitábamos conocer más profundamente la situación de estos usuarios. Por esta razón, en 1999 iniciamos una investigación para conocer en profundidad la situación de los usuarios/as de drogas de sectores populares no institucionalizados.

Para el relevamiento, ordenamiento y análisis de la información se combinaron dos propuestas metodológicas: el Método de Evaluación y Respuesta Rápida/ ERR (recomendado por la OMS para determinar la extensión y naturaleza de los problemas sociales y de salud y sugerir maneras para intentar reducirlos) y técnicas de investigación acción (para propiciar la participación de los destinatarios en todas las etapas del proceso)

La particularidad de esta investigación, además de su carácter altamente participativo, consistió en que no se limitó a la caracterización y comprensión de la situación sino también a la realización simultánea de acciones de prevención y a la exploración de las condiciones de viabilidad y factibilidad de intervenciones futuras. La Asociación Intercambios nos ayudó muchísimo. Pusieron a disposición nuestra toda su experiencia y los instrumentos que habían construido para el relevamiento de información en estudios previos. Ese fue un gesto que agradeceremos siempre.

Si bien, El Retoño venía trabajando con usuarios desde hace unos 15 años, esta investigación supuso una nueva forma de vincularnos con algunos usuarios. Me refiero a la creación de la figura de los operadores de campo. Dado que la técnica utilizada para contactar a los entrevistados era la técnica de bola de nieve – es decir, un entrevistado, trae a otro y así sucesivamente – los operadores de campo, encargados de hacer que esta bola de nieve crezca y se mantenga en permanente movimiento, se constituyeron en un eje fundamental de todo nuestro trabajo en materia de reduc-

ción de daños. Y no solamente porque fueran los responsables de contactar nuevos usuarios para la realización de entrevistas. Los operadores de campo trabajaron con nosotros en el diseño definitivo de la entrevista, y han ido asumiendo con el tiempo una serie de responsabilidades: algunos se han formado para hacer entrevistas; se han capacitado para brindar información a los usuarios sobre VIH y hepatitis B y C.; han asumido la tarea de aconsejar y acompañar a otros usuarios en el inicio de un tratamiento y nos han ayudado a interpretar ciertos datos que la investigación nos fue planteando.

En este marco, fue que a mediados de julio, Intercambios nos propuso participar de esta investigación sobre seroprevalencia de HIV, HBV y HCV que hoy estamos haciendo juntos. Para nosotros fue una gran alegría porque era justo la investigación que estábamos necesitando.

La estábamos necesitando porque:

1. La investigación anterior nos marcaba que había que seguir profundizando el conocimiento sobre enfermedades asociadas al consumo.
2. Como resultado de nuestro trabajo en los barrios, cada vez más personas nos venían a decir que querían hacerse los análisis. Como muchos de ellos carecían de los medios económicos para trasladarse o estaban en muy malas condiciones de salud para moverse de sus casas esto implicaba que nosotros tuviéramos que ir a buscarlos, llevarlos al hospital, acompañarlos durante la consulta y luego llevarlos a sus casas nuevamente. Esta investigación nos ofrecía la posibilidad de llevar el sistema de salud al barrio.
3. Habíamos comenzado a armar un equipo de operadores de campo que estaba creciendo y este desafío podía fortalecerlo.
4. La investigación anterior nos hacía pensar que la seroprevalencia podía ser alta. Observamos que los usuarios habían recibido cierta información sobre las vías de transmisión del VIH pero de una manera caótica, contradictoria y parcial. Todo nos decía que las acciones previas de información preventiva no habían logrado comunicar a los usuarios mensajes claros de los que pudieran apropiarse y aplicar fácilmente. La información sobre el tratamiento de VIH era casi nula. Estar infectado estaba directamente asociado a una muerte próxima. La gran mayoría de los usuarios no sabían que había un tratamiento gratuito y los que lo sabían



tenían la percepción de que su eficacia era mínima. Asociaban la presencia del VIH con la presencia o no de síntomas. Como ni ellos ni sus parejas sexuales presentaban síntomas se consideraban sanos y prescindían del uso del preservativo. La información sobre hepatitis B y C era prácticamente inexistente o en el mejor de los casos muy vaga y contradictoria.

Imaginen que con este panorama era urgente hacer una investigación para establecer la seroprevalencia mediante la realización de estudios y simultáneamente dar información sobre el tratamiento y favorecer que los afectados hicieran el tratamiento.

Por otro lado, esta investigación nos permitió consolidar los lazos que ya habíamos iniciado en los tres barrios en los que hoy trabajamos: Trujuy en San Miguel, Bajo Boulogne en el Partido de San Isidro y Villa Diamante en Lanús.

Además, este trabajo se constituyó en un valioso espacio de aprendizaje con las otras organizaciones que participan del proyecto. Los respetamos muchísimo y nos sentimos respetados. Hemos aprendido mucho compartiendo una mesa de trabajo con sociólogos, epidemiólogos, trabajadores sociales, infectólogos, hepatólogos, etc. Gracias por habernos invitado a participar de este espacio de aprendizaje de todos.

También nos permitió crear un espacio en el que el trabajo con los operadores se fortaleció y creció. Quisiera referirme especialmente al equipo de operadores de campo, usuarios y ex usuarios que trabajan en cada barrio, algunos están hoy presentes en esta sala: Chofi, Chango, Cristina, Laura, Pedro, Cachi, Mabel, Karina y José. Si no fuera por ellos esto realmente no sería posible, porque son los que contactan a los usuarios para que se acerquen a esta experiencia. También es por el clima que hemos creado con ellos que los usuarios vuelven por su propia voluntad a buscar los resultados y luego se quedan a tomar mate, y vuelven cada semana para compartir un tiempo con nosotros.

Son también los operadores de campo los que nos plantean nuevos desafíos como por ejemplo, el reclamo de Cristiana y de Laura de crear grupos de usuarias y usuarios afectados por el VIH para la contención afectiva y emocional, para tener más información y conocimiento sobre la enfermedad.

Gracias a la repercusión que este trabajo está teniendo en Villa Diamante, el Centro Urbano Nueva Parroquia (dependiente de la Iglesia Me-



todista) ha decidido cedernos una casa para seguir trabajando todo el año próximo. Estamos a la espera de respuesta del Programa Lusida para saber si contamos con el subsidio que nos permitirá desarrollar una serie de acciones de prevención utilizando como centro de operaciones esa casa.

Estos son sólo algunos de los logros del proceso pero es importante tener en cuenta que implementar estrategias de reducción de daños en contextos de tanta exclusión tiene una complejidad que va más allá del uso de drogas y los daños que pudiera ocasionar para la salud. En contextos de extrema exclusión, la mayor complejidad está dada por una serie de necesidades básicas insatisfechas históricamente. Por ejemplo, muchos de los usuarios que a partir de esta investigación supieron que tenían VIH y que quisieron iniciar el tratamiento se encuentran con la dificultad de que no tienen documentos para hacer los trámites, o no tienen plata para ir al hospital. Para que tengan una idea del perfil de usuarios con el que estamos tratando, a partir de nuestra primera investigación, vimos que sólo el 9% tenía secundario completo, la mitad de los entrevistados nunca lo había empezado y el 15% tenía la primaria incompleta. Estamos hablando de hombres y mujeres en su mayoría entre 18 y 40 años. La mitad de ellos sin trabajo y la otra mitad viviendo de changas. El 70% no recibe ninguna asistencia estatal o privada y el que recibe sólo recibe alimentos. Y el contacto con el sistema de salud es prácticamente nulo.

Nuestra experiencia de trabajo con usuarios nos reafirma en algunos de nuestros principios:

1. Nunca hay que olvidar que el usuario/a es una persona responsable y debe ser sujeto de las acciones preventivas.
2. Hay que aceptarlos y respetarlos como ciudadanos con derechos y necesidades, especialmente con relación al derecho a la salud.
3. Hay que entender que son personas plenamente capaces de cambiar comportamientos que impliquen riesgo para su propia salud y para terceros.
4. Hay que ir a su encuentro, sobretodo de los más excluidos, y no esperar a que ellos se acerquen a los servicios socio-sanitarios porque todo indica que las condiciones no están dadas para que lo hagan.

Quisiera finalizar esta ponencia con una frase de un voluntario de nuestra organización Eduardo Nuñez. Eduardo se sumó a El Retoño para

acompañar a los usuarios afectados por el VIH y la hepatitis B y C en el inicio del tratamiento médico. En una charla informal en la que evaluábamos el proceso, él nos dijo:

“Fijate que en sólo meses de trabajo se armó una red de cuidado. Los usuarios se cuidan entre ellos, se han empezado a cuidar a sí mismos y por lo tanto hay algunos que incluso se han empezado a plantear la posibilidad de no consumir más y hacer otras cosas”. En la medida en que se cree comunidad la gente va a empezar a sentirse contenida y a encontrar lo que necesita: amor y aceptación. Una de las cosas importantes de este trabajo es que en ningún momento a la gente se la quiere convertir en algo que se presupone que tiene que ser. Se la quiere y punto.

Por último quiero señalar que El Retoño ya entrevistó a 90 UDIS a los que además se le hicieron los estudios de VIH, hepatitis B y C. Algunos de ellos han hecho participar de la investigación a sus parejas e hijos. También hemos suministrado unas 50 vacunas contra la hepatitis B. Quisiera decir algo más, algo que está en la base de nuestro trabajo y que tiene que ver con cierto criterio que se ha ido consolidando con la experiencia.

Nos comunicamos con los usuarios no desde la distancian de los “expertos” sino buscando un mutuo aprendizaje. Aprendizaje entendido como la construcción de conocimientos y de espacios en los cuales podamos desarrollarnos juntos como personas y como ciudadanos. Para nosotros estos 90 usuarios y sus parejas que participan de la experiencia, son 90 seres humanos que tomaron contacto con esa red de cuidado de la que hablaba Eduardo y que esperamos que crezca y se fortalezca gracias al esfuerzo y compromiso de todos.

## Seroprevalencia de VIH, HTVL, HBV y HCV en usuarios de drogas inyectables, sus parejas y sus hijos

Dr. MARCELO VILA. *Intercambios Asociación Civil.*

En la Argentina, el proyecto “Prevención de la infección por VIH en usuarios de drogas inyectables en el Cono Sur” está a cargo de Intercambios en consenso con la Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación y cuenta con el apoyo financiero del ONUSIDA.

Los objetivos de este proyecto se centran en tres áreas en el periodo mayo a diciembre del 2000, que son:

1. Promover redes socio-sanitarias de referencia que faciliten el acceso a la atención integral de los usuarios de drogas inyectables.
2. Involucrar activamente a la comunidad, particularmente a los usuarios de drogas y sus redes sociales.
3. Promover investigaciones que sirvan de base para el desarrollo y evaluación del proyecto y la formulación de políticas y estrategias futuras.

Presentaremos el proceso de desarrollo del tercer objetivo, que involucró un estudio de seroprevalencia de VIH, hepatitis B, C y HTLV en usuarios de drogas inyectables (UDIS), sus parejas y sus hijos.

El estudio cuyo proceso describió Enrique Vivas desde la perspectiva de la Asociación El Retoño está siendo ejecutado en forma conjunta por:

- El Centro Nacional de Referencia para el sida de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires con la participación de la Dra. Mercedes Weissenbacher, el Dr. Horacio Salomón, la Dra. María Avila, la Dra. Liliana Martínez Peralta y el Dr. Sergio Sosa Estani.
- El Servicio de Hemoterapia e Inmunohematología del Hospital de Clínicas "José de San Martín" a través del Dr. Jorge Rey.
- La Asociación Civil El Retoño y
- la Asociación Civil Intercambios

### Objetivos del estudio

El estudio tiene por finalidad conocer la prevalencia de los mencionados virus en usuarios de drogas inyectables que no estuvieran internados en instituciones, también prevé llegar a saber más de la situación de sus parejas sexuales y sus hijos, así como también conocer las prácticas de uso de drogas y las prácticas sexuales referidas por las personas entrevistadas. Ese conocimiento está orientado a tener una mejor comprensión del fenómeno y por ende una posibilidad mayor de desarrollar intervenciones de prevención y asistencia más adecuadas y eficaces para esta población.

Sabemos que la prevalencia de VIH es muy alta entre usuarios de drogas inyectables en todo el mundo. A mediados de 1999, 114 países habían identificado la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables, en comparación con los 52 países que lo reportaban sólo siete años antes, según el último reporte de ONUSIDA.<sup>1</sup> En nuestro país como hizo evidente la exposición del Dr. Claudio Bloch, el 40% de los casos de sida diagnosticados a mayo de 2000 tiene como factor de riesgo el uso de drogas por vía inyectable.

El otro problema de salud asociado al uso de drogas inyectables que tiene una alta prevalencia y del cual todavía no hemos tomado conciencia de su dimensión para la salud pública es la alta prevalencia de hepatitis C en UDIs. Esta es muy alta en todo el mundo, como lo pone en evidencia un relevamiento aparecido hace muy poco en la bibliografía sobre la situación en algunas ciudades del mundo.<sup>2</sup>

Prevalencia de Anti-HCV+ en UDIs en algunas ciudades		
% Anti-HCV+	Ciudad	Estudio
70%	Barcelona	Esteban 1989
74%	Amsterdam	van den Hoek 1990
85%	Baltimore	Donahue 1991
72%	San Francisco/Davis	Zeldis 1992
76.9%	Baltimore	Garfein 1996
91.6%	Ginebra	Broers 1998
90% (solo mujeres)	Chicago	Hershow 1998

<sup>1</sup> UNAIDS "Report on the global HIV/AIDS epidemic" 13E, junio de 2000.

<sup>2</sup> Marco, Michael y Schouten, Jeffrey, "The hepatitis report: A critical Review of the Research and Treatment of hepatitis C virus (HCV) and hepatitis & HIV Coinfección" En: <http://www.treatmentactiongroup.org> Acceso 13/9/00.



En nuestro país se ha reportado prevalencia de hepatitis C en UDIS que van del 33% a 67%, según estudios recopilados en el Consenso Argentino de hepatitis C.<sup>3</sup>

## Diseño y planificación

Para el diseño y planificación del estudio se realizaron reuniones semanales de todas las instituciones involucradas en el proyecto donde hubo un intenso intercambio de saberes y experiencias disciplinarias e institucionales para lograr el consenso en diversos puntos que hacían a la ejecución del proyecto, tales como:

- El tamaño de la muestra se definió en 200 UDIS, las parejas sexuales de las personas positivas para cualquiera de los virus y los hijos de las mujeres positivas para cualquiera de los virus.
- El estudio comenzó en junio y culminará en noviembre de 2000. Buscamos UDIS de ambos sexos que estuvieran o no desarrollando actualmente la práctica inyectable y que no estuvieran institucionalizados en el momento del estudio.
- Los criterios de inclusión incluyeron la aceptación voluntaria de UDIS mayores de 18 años a realizar el estudio, con o sin antecedentes de infección de alguno de los virus en estudio.
- Las consideraciones éticas que se discutieron incluyeron la confidencialidad y el consentimiento informado, siguiendo la normativa nacional e internacional al respecto.
- La selección de UDIS se hace usando la técnica de la "bola de nieve" que consiste en pedir a cada sujeto que presente una o más personas que deseen realizar el estudio, lo que significa invitar a los UDIS a participar, informarles verbalmente sobre los alcances del estudio, leerles y firmar con ellos el consentimiento informado del cual quedan con una copia. Se realiza una entrevista en la que se interroga sobre hábi-

<sup>3</sup> Consenso Argentino de hepatitis C. Buenos Aires 7 y 8 de septiembre de 2000. Asociación Argentina para el estudio de las enfermedades del hígado. Mimeo.

tos de uso de drogas y prácticas sexuales. Luego de la extracción de sangre, se realiza una consejería en la que se consideran cuestiones respondidas en la entrevista previamente realizada.

- Se extraen 10ml de sangre que se analizan mediante técnicas de tamizaje (Elisa y aglutinación de partículas) para VIH, HTVL, hepatitis B y C y las muestras positivas se confirman con Western Blot o RIBA.
- A todas aquellas personas que no tienen anticuerpos específicos para hepatitis B, se les ofrecen y se les aplica a quien lo desee las tres dosis de la vacuna, que fueron provistas para el estudio por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.
- Todos los instrumentos que se emplean en el estudio fueron previamente probados antes de su aplicación definitiva.

## Desarrollo del trabajo

En Intercambios se conformó un equipo integrado por mí como supervisor de campo, dos consejeras **Susana Vázquez** que es médica y **Aida Perugino** que es psicóloga (responsables del aconsejamiento pre y post examen, y de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos) y un extraccionista **Sergio de Jesús** (responsable de la extracción y transporte de las muestras de sangre y de la vacunación) que se articulan con los otros equipos que trabajan en el proyecto.

Antes de iniciar el trabajo se realizó una capacitación que incluyó las características conceptuales y éticas que debía tener la consejería pre y post test respecto de los diferentes virus incluidos en el estudio. Luego de la discusión se confeccionó una guía de consejería que incluía tres ejes:

### Información sobre los virus y sus vías de transmisión

1. Consejos sobre reducción de daños.
2. Soporte emocional

Estos tres ejes tenían diferente incidencia relativa en el pre y post examen. En el pre test es donde la persona puede tener una actitud reflexiva y de escucha, por lo que en este momento se hace énfasis en la información y en los consejos sobre reducción de daños. En el pos test luego de

escuchar el resultado de los análisis la persona se encuentra en un momento de gran movilización afectiva por lo que aquí debemos poner énfasis en el soporte emocional y, si es posible, recordar los consejos sobre prevención y reducción de daños.

Respecto de las pautas y normas de bioseguridad para la recolección y transporte de la muestra se confeccionó una guía con los siguientes puntos:

- Bioseguridad de los extraccionistas.
- Bioseguridad de las muestras y su transporte.
- Descarte de material.
- Rotulación y registro de las muestras.

Para la recolección de datos acerca de las prácticas sexuales y de uso de drogas, se empleó una guía de entrevista derivada de las entrevistas hechas por Intercambios y por la Asociación El Retoño en estudios previos que desarrollaron ambas instituciones entre 1998 y el 2000. La mayor parte de las preguntas son cerradas y el procesamiento está a cargo de los sociólogos Ignacio Irazuzta y Diego Casaravilla.

## El trabajo de campo

El trabajo se realiza en el lugar donde las personas que entrevistamos viven. Comenzó el 1 de junio de 2000 y se realiza dos veces por semana en el horario de 17 a 20 horas. El horario, es uno de los puntos que tienen que ver con la facilitación del acceso a los servicios de los usuarios de drogas (uno de los principios de la reducción de daños), pues en las zonas en que trabajamos y por las características de las personas sería impensable ofrecer servicios en horarios "hospitalarios".

Nosotros trabajamos en tres zonas con características muy diversas entre sí, tanto en la infraestructura con la que contamos como por la forma de contactarnos con los usuarios de drogas.

La primera zona está en el partido de Avellaneda. Allí Intercambios viene realizando un trabajo de intervención desde hace 1 año y medio. A partir de este trabajo en terreno y gracias a la colaboración activa de los usuarios de drogas instalamos nuestro puesto de trabajo. Los lugares de rea-

lización del estudio estuvieron fuera de la red de salud, la concepción fue encontrar aquellos lugares que hicieran más fácil el acercamiento de la población que buscábamos.

En Villa Luján trabajamos en un comedor comunitario donde el Sr. Miguel Pizarro nos facilitó un pequeño cuarto donde se realizaban las entrevistas y la extracción de sangre. El lugar requirió un trabajo de acondicionamiento por ejemplo, tuvimos que tapar una ventana que daba a la calle con nylon para mantener la privacidad de las personas que iban a realizar el estudio.

En Villa Corina trabajamos en un lugar cedido por el Movimiento de Trabajadores Desocupados gracias a la predisposición de la señora Alicia. Allí las condiciones edilicias eran mejores, pero Susana, Aída y Sergio tuvieron que recurrir muchas veces a la imaginación para resolver situaciones que permitieran garantizar de la mejor forma posible la confidencialidad y la privacidad necesarias para su tarea.

En el mes de agosto llevamos el estudio de seroprevalencia al Barrio Hipólito Irigoyen en Rafael Castillo. En ese lugar tenemos relación desde hace un tiempo con Carlos Magno, el farmacéutico del barrio que es un verdadero agente sanitario y reductor de daños que trabaja respondiendo a las necesidades de un grupo de usuarios de drogas. Carlos era quien los contactaba y los invitaba a hacer el estudio. Allí nos instalamos en la unidad sanitaria Eva Perón que pertenece a la sociedad de fomento del barrio.

A pesar del trabajo de mucho tiempo de Carlos en el barrio al principio hubo dificultades para que las personas tuvieran confianza en nosotros. Se preguntaban quienes éramos y si no éramos policías. Tanto que luego de algunas semanas de trabajo, y habiendo tenido una convocatoria mucho menor a la que pensábamos, decidimos suspenderlo hasta tanto se resolviera esa desconfianza. Luego de tres semanas, Carlos nos avisó que hay 5 "chicos", como él llama a los usuarios, que querían hacerse el análisis. Esto nos demuestra una vez más que trabajar en terreno con usuarios de drogas requiere de una premisa fundamental: paciencia para ganarse la confianza de las personas. Estamos trabajando con personas estigmatizadas en el lugar de quien no tiene derecho a nada en tanto y en cuanto no deje de consumir. Cuando se les ofrece algo que no tenga que ver directamente con dejar el consumo ellos siempre se preguntan cuáles serán nuestras segundas intenciones.

Por último, en el mes de septiembre comenzamos a ofrecer el estudio en Monte Grande. Aquí nos instalamos en la casa de un promotor de salud del barrio, que forma parte del grupo Convivencia, que está inte-



grado por personas que viven con VIH. Este grupo trabaja en conjunto con el Centro de Orientación y Prevención del sida de Esteban Echeverría que integran la Dra. Marisa Milesi y la Lic. Susana Lambrechts quienes coordinan a un grupo de gente que está trabajando en la problemática del VIH/sida. En este barrio nuestra relación con los usuarios es a partir del trabajo de prevención sobre VIH/sida que viene realizando este grupo de personas, y que incluye a usuarios de drogas.

Otra cuestión que trabajamos en las tres zonas fue el acceso al sistema de salud de las personas que se hicieron los análisis y tuvieron resultados positivos que requieren atención médica, sea para hepatitis y/o para VIH/sida, que requirió un trabajo de relación con las instituciones de la zona, en el caso de Avellaneda, que será desarrollado por Pablo Cymerman en la próxima mesa.

En el caso de Monte Grande y Rafael Castillo esto correspondió a las personas que ya estaban trabajando en la zona, quienes ponen en contacto al que lo necesite con los recursos zonales. Debemos hacer especial mención de la colaboración de la Dra. Lucrecia Raffo del Hospital Posadas, tanto para la asistencia como para ayudarnos a establecer contactos con otros referentes hospitalarios en la zona.

Con independencia de los resultados de seroprevalencia y de lo que nos pueda decir el estudio de prácticas sexuales y de uso de drogas, que será nuestra tarea luego de finalizar la recolección de información en el mes de noviembre, creemos que esta experiencia inédita en el país nos puede ofrecer algunas cuestiones para reflexionar.

En primer lugar, respecto de las posibilidades que hay para hacer este tipo de trabajo que implica necesariamente dos momentos sucesivos: el de la investigación para conocer, pero conocer para inmediatamente intervenir a fin de hacer más accesible la información preventiva y los servicios de salud, reconociendo a los usuarios de drogas como sujetos de derecho, independientemente de que mantengan el consumo de drogas. Debemos tener muy claro desde la salud pública que las personas tienen derecho a la atención independientemente de las características de sus prácticas. No podemos seguir diciendo sólo te "ayudamos si dejas de consumir", pues esto se parece cada día más a un "chantaje".

Claro que la tarea tiene sus dificultades, y como decía antes, la mayor dificultad cruzada por todos los estereotipos y prejuicios sociales alrededor del uso de drogas, es poder generar confianza en los usuarios de drogas. Lo viví como una experiencia personal cuando me encontré un día conversan-

do y tomando mate en la casa de un usuario de drogas. Allí sentado a la mesa con esta persona y su mujer, con sus hijos dando vuelta alrededor, fue para mí casi un rito de iniciación donde el discurso anti-estereotipos y anti-prejuicios en el cual creo desde hace muchos años, se hizo carne en mi cotidianeidad. Esa persona no era "UN ADICTO", sino UNA PERSONA, que entre otras cosas que le pasan es un usuario de drogas y esto es lo que nos hace falta a muchos profesionales, vivenciar, ponernos en el lugar del otro, pensar que lo que hacemos debe ser en función del otro que tiene necesidades. Esto mismo es lo que debemos propugnar para nuestros servicios institucionales: salir de las paredes protectoras y defensivas de nuestros consultorios y trabajar en prevención donde se desarrolla la vida todos los días.

En este punto es donde debemos insertarnos en el trabajo con personas próximas a los usuarios de drogas y también contar con ellos para el trabajo de calle, herramienta fundamental en el proceso de toma de confianza mutua entre los usuarios de drogas y el sistema de salud.

LILIANA MARTÍNEZ PERALTA:

Quería cerrar esta mesa tratando de que tengamos un mensaje de optimismo frente a toda esta realidad que nos abruma en nuestros países. Yo ayer, escuchando los relatos de los distintos países hermanos de la zona, realmente me preocupaba al ver las distintas dificultades que tienen, pero lo importante es que estamos caminando juntos a pesar de que empezamos tarde. Como bien lo dijo ayer el Dr. Pedro Chequer, a pesar de que empezamos tarde creo que tenemos derecho a unimos al que yo pienso que es el segundo gran éxito dentro de las medidas de prevención de la transmisión de la enfermedad del VIH que también va a ayudar a la no-transmisión de otros virus por sangre. El primer gran éxito lo constituyó la campaña exitosa de los hombres que tienen sexo con hombres, que a través de sus muchas organizaciones, disminuyendo la promiscuidad y promoviendo el uso del preservativo, lograron una reducción notable en la transmisión. Creo que se puede decir que las acciones de reducción de daños, y creo no ser demasiado atrevida en esto, constituyen el segundo gran éxito en las campañas de prevención. Hablaba ayer con el Dr. Alex Wodak y frente a las cifras maravillosas que vemos en Australia, el 1% de infección por VIH que en algún momento quisiéramos alcanzar, lo importante es que estamos marchando por el camino correcto.

## Debate

*¿Cómo se autofinancia esta investigación y a quiénes abarcan las condiciones de bioseguridad?*

MARCELO VILA: El estudio de seroprevalencia es una de las partes del trabajo de prevención de VIH/sida en el Cono Sur, que está financiado por ONUSIDA. Otra parte es todo el trabajo de prevención y de intervención en campo, que se va a contar en la próxima mesa. Por parte de nuestro país, el gobierno nacional, a través del Centro Nacional de Referencia y del Hospital de Clínicas (que pone los reactivos), hay otra parte de la financiación. Otra parte del estudio está financiado por OPS, que es el estudio de seroprevalencia que está haciendo El Retoño.

Las medidas de bioseguridad son las universales. El extraccionista va a campo con sus guantes, su antiparra y su guardapolvo protector. Tenemos una heladera de transporte que responde a todas las normas internacionales de transporte de material peligroso. Ahí van todos los elementos punzocortantes y en esa misma heladera rígida vuelve el material infectado (guantes, agujas). El transporte de retorno por una cuestión de seguridad se hace en auto, no se viaja en transporte público a la vuelta y además tiene el logo de sustancia peligrosa con los teléfonos de la doctora Martínez Peralta y el de Marcelo Vila, por si hay cualquier accidente o un robo en el auto, para bajar la cuestión de la bioseguridad.

*Las estadísticas: ¿hasta donde son fiables y cómo manejamos esto?*

CLAUDIO BLOCH: En principio, lo que tenemos que plantear es donde se originan los números que nosotros mostramos. Los números que nosotros mostramos los originan los médicos en los consultorios atendiendo a los pacientes y preguntándoles cuál fue su vía de transmisión. Esto es: toda la verdad que tiene esa cifra está dada por la confianza que un paciente le da al médico cuando le dice: mi vía de transmisión es tal. Y este es el límite. Lo que hacemos es devolver esta información. Este es un punto. Lo otro que me parece más importante, es para qué mostramos las cifras. Cuando planteamos que los usuarios de drogas son el problema sólo lo que tendríamos que hacer en una política de reducción de daños es que cada uno se

pique con su propia jeringa, que no comparta. Pero también sabemos, y esta es otra información, que además los usuarios de drogas tienen sexo. Y no necesariamente con uso de preservativo.

Más allá de las estadísticas que nos plantean cuál es la vía biológicamente más plausible, es más probable que si alguien que se pica comparte jeringa y también tiene sexo y no usa preservativo, que la vía sea por transmisión sanguínea y sobre todo si usando cocaína se pica varias veces en el día.

Todas estas cosas plantean una plausibilidad biológica pero, me parece, que lo que nos están enseñando las ONGs es que las acciones no son sólo en términos de no compartir o usar su propia jeringa. También hemos visto entrega de preservativos. Entonces me parece que hay que pensar la unidad de cada sujeto en términos de que hay varias prácticas de riesgo en un sujeto. En este caso compartir jeringas, pero además tener sexo sin usar preservativo. En este caso el tema de la transmisión sexual nos está planteando que hay que hacer políticas vinculadas a los usuarios. Pero, efectivamente hay que trabajar en términos de las relaciones heterosexuales.

LILIANA MARTÍNEZ PERALTA: Quería hacer un comentario desde el punto de vista de los que trabajamos con virus. Ya está estudiado en el nivel internacional que la transmisión sanguínea es la más eficiente. Si nosotros comparamos, la transfusión sanguínea tiene una eficiencia del 99% mientras que la transmisión heterosexual llega a un nivel de efectividad del 1% o del 2%, en promedio por supuesto. De todos modos yo creo que nadie tiene la intención de descartar o disminuir la importancia de la transmisión heterosexual.

En nuestros resultados preliminares con este estudio de seroprevalencia tenemos cifras realmente escalofriantes en este grupo que estaban comentando Enrique Vivas y Marcelo Vila. Tenemos un 50% de prevalencia de VIH, tenemos un 60% de prevalencia de hepatitis C y aproximadamente un 48% de virus de hepatitis B. Pero también quisiera parafrasear un poco al Dr. Horacio López (pediatra e infectólogo), lo que le escuché decir muy atinadamente el año pasado. Él dijo: "la epidemia de sida que estamos teniendo en nuestros niños es una epidemia que viene de la droga, y eso es lo que nosotros comprobamos diariamente en nuestro laboratorio. Porque cuando les preguntamos a las mamás que traen a sus hijos a examen cómo se contagiaron el VIH dicen: bueno por vía sexual. Cuando le preguntamos a las parejas de estas madres, el 80% de los hombres, digamos que han tenido prácticas de drogadicción endovenosa". Quiere decir que estamos su-



friendo las consecuencias de acciones que se deberían haber tomado mucho más temprano.

En Estados Unidos, si bien tienen muchas cosas discutibles, tienen una cosa muy interesante que es el tener estadísticas de todo. Y en el último reporte sobre estadísticas de VIH/sida tienen el 30% de casos de sida relacionados con uso de drogas inyectables, en hombres. Pero tienen estudiado que el 34% de casos de sida en mujeres tienen que ver con mujeres que han tenido sexo con hombres usuarios de drogas.

## Panel: Experiencia de prevención del VIH/sida en usuarios de drogas en la Argentina. Intervenciones comunitarias y perspectiva de los usuarios

MODERADOR: DR. RODOLFO KAUFMANN, *Consultor del Area de Salud del Lusa - Ministerio de Salud.*

Recién estaba hablando con la señora Gloria Bancallari, que es la maestra de ceremonias de la Cámara de Diputados desde hace más de 11 años. Me comentaba el fuerte impacto que le produjo la mesa anterior y por otra parte el significado relativamente trascendente que ella le da justamente al abordaje de este tema en este lugar. La presentación que se va a desarrollar ahora tuvo un punto de inicio en una presentación anterior, en el mes de septiembre del año 1999. En esta continuidad me parecen significativo los avances logrados desde ese momento hasta la actualidad. Particularmente algunos hechos que me parecieron significativos para esa primera presentación y la actual. No solamente por el desarrollo del proyecto sino también por la fuerza y la capacidad de proponer alternativas dentro de la misma experiencia y fuera de la experiencia tratando de generalizar y buscando procurar una imagen mucho menos distorsionada con respecto al uso de las drogas. Por otra parte la capacidad de poder fomentar una reflexión y un debate que involucre tanto a las organizaciones no gubernamentales como a las organizaciones del Estado y muy especial y activamente a los usuarios de drogas.

En este caso también me parece relevante la trascendencia dada a la intervención y a la búsqueda de construcción de redes de servicios y en el desarrollo de una participación más significativa de los sistemas locales de salud y de las áreas municipales que constituyen verdaderamente la estrategia más trascendente para vincular al sistema formal de salud con las instituciones que ya están trabajando en este tema desde hace bastante tiempo. En el área de salud, particularmente en el ámbito local, en el ámbito de los municipios, en las intervenciones locales la trascendencia de los Centros de Salud, de los equipos de salud dentro de su trabajo cotidiano y

la vinculación formal e informal con el desarrollo que ya vienen ejecutando, desarrollando y planteando las instituciones con respecto al tema de reducción de daños.

Dr. CARMELO MACRINO. *Subsecretario de Salud de la Municipalidad de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires*

En primer lugar quiero pedirles disculpas ya que todavía estamos convalcientes de un problema respiratorio así que entre la disnea, la tos que pueda aparecer en cualquier momento y los antiestamínicos que me tienen un poco planchado no sé cuán inteligibles vamos a ser. Pero si quisiéramos estar acá para traer el apoyo, no sólo de la Secretaría de Salud sino de nuestro Intendente el contador Oscar Laborde a esta estrategia de reducción de daños y fundamentalmente a la ideología que subyace detrás de ella.

Cuando nosotros asumimos el gobierno de la Municipalidad de Avellaneda nos encontramos con una situación realmente explosiva desde el punto de vista de las drogas y del sida. Y, cosa extraña en este país, encontramos estadísticas que quizás en otros lugares del mundo serían antiquísimas pero acá son relativamente nuevas. Nos encontramos con estadísticas del período 93-97 que nos decían, por ejemplo, que Avellaneda es la quinta ciudad del país en el número total de casos diagnosticados de HIV/sida. Esto significa, por ejemplo, que nosotros con 350.000 habitantes tenemos más casos diagnosticados de HIV/sida que La Matanza con un millón y pico. Aquellos que son de Capital o el conurbano, y que saben lo que es La Matanza, probablemente coincidan conmigo en que este es un dato que no responde a la realidad y que quizás tenga que ver con la capacidad de diagnóstico de cada una de las ciudades.

Por ejemplo, por delante de nosotros, más casos que nosotros tiene nuestro vecino Lanús que tiene unos 600.000 habitantes con un hospital que es centro de referencia. Nosotros tenemos dos hospitales provinciales así que es probable que de alguna manera estemos sobrevaluados en el ranking. Pero no quita que las cifras sean preocupantes, aunque terminemos estando en el décimo lugar. Por otro lado, lo que también nos dicen las estadísticas es que, tomando el mismo período 93-97 el número de muertes por sida se triplicó. Si uno ve en estos últimos años la aparición de los cócteles, hay una serie de cosas que han empezado a prolongar la vida de los pacientes. Nuestros vecinos triplicaron el número de

muerdos. Este era un tema que nos resultó preocupante y tratamos de implementar distintos tipos de estrategias.

También lo que teníamos era un alto incremento de hepatitis, las distintas enfermedades de transmisión sexual que también en los últimos años tuvieron un gran repunte. Entonces empezamos una serie de actividades. Ya había un trabajo previamente semi elaborado entre Provincia y Nación con el Lusida a partir del cual estaba la posibilidad de dotar a Avellaneda con una serie de servicios. En un trabajo conjunto, Provincia - Municipalidad, en el cual nosotros poníamos el predio para que se realizara un centro de diagnóstico de resolución rápida. Además adecuábamos especialmente a tres de nuestras 25 unidades sanitarias para tratar el tema sida. Lusida nos daba el equipamiento para las cuatro cosas.

El hospital Fiorito daba el primer piso de sus consultorios externos para transformarlo en un hospital de día para pacientes con VIH. Lo último que sabemos del Lusida es que está para licitación así que es muy probable que pronto lo podamos tener, por lo menos la parte municipal.

Por el otro lado, por el tema de la drogadependencia, nosotros teníamos un centro de asistencia a adictos, ambulatorio, que estaba desde hacía bastante tiempo con un sistema que hasta el momento en los últimos diez años había sido de asistencia individual, de terapia individual. Una relación psicólogo-paciente y punto, lo cual nos ponía una serie de techos. Había ido mejorando con el correr del tiempo. Estábamos teniendo mayor retención de pacientes. Si hace 5 años los pacientes duraban un mes y medio, ahora ya estaban pasando el año, teniendo en cuenta que era ambulatorio.

Quiero darles una idea de las distintas cosas que estuvimos haciendo para enfocar en su totalidad a la problemática. Este centro que no dependía de nada, lo transformamos en un Instituto Municipal de Prevención y Asistencia, a partir de lo cual ya en este momento tiene una existencia dentro del organigrama municipal. Quienes trabajan en él, están dentro de la carrera profesional hospitalaria, tienen la posibilidad de concursar por los distintos cargos: jefatura, sub jefatura, etc. Le hemos dado una existencia real a algo que no dejaba de ser una cosa de existencia virtual. Durante estos años cada administración que venía ponía amigos, sacaba amigos, se manejaba directamente desde la Secretaría. Entonces, creíamos que no permitía el desarrollo autónomo.

Al mismo tiempo, hemos lanzado distintas campañas de prevención. Ustedes saben que hay una cosa que se llama "Plan Trabajar" (Planes de



Emergencia Laboral), y la provincia de Buenos Aires tiene su equivalente que es el Plan Barrios Bonaerenses, que en realidad es una especie de mini seguro de desempleo. Se le da a gente que no tiene otra forma de vivir, por lo menos \$120 o \$160 por mes, algo que les sirva a ellos y algo que pueda mover la economía del barrio. Hemos desarrollado una serie de grupos que tienen como objetivo la prevención, tanto en el tema sida como en el tema adicciones. Los hemos formado, hemos puesto tutores de la Secretaría y en principio ya hace seis meses que están en la calle. Esto nos ha permitido armar un equipo de alrededor de 80 personas, 80 vecinos que están caminando su barrio exclusivamente haciendo relaciones con entidades del barrio a las que ellos conocen, estableciendo la situación de poder realizar talleres para discutir, analizar con la gente cuáles son los problemas del barrio sobre la base que sostiene el municipio que hablar de prevención en adicciones es hacer prevención inespecífica, en definitiva es hacer prevención por una mejor calidad de vida. No es ir a decirle a la gente "no te drogues que hace mal" sino que es establecer otro tipo de cosa. Desde lo preventivo estamos trabajando en eso. Creemos que estos dos lineamientos de trabajo pueden llegar a darnos un buen resultado.

Pero por supuesto, también sabemos que hay todo un trabajo que uno puede hacer pero que necesita una apoyatura legal. Desde el 17 de Diciembre en que asumimos, queremos implementar una serie de cosas apuntando a esto de la disminución del daño. Se hace difícil porque hay determinados factores de poder muy fuertes, que quizás se manejan con criterios que más que relacionados, (como dice una psiquiatra allá) con la situación social actual, lo están con una serie de valores que parecen una rémora de la Edad Media por momentos, pero que son fuertes y hay que convivir con ellos.

Para nosotros por ejemplo fue muy importante la reunión que se hizo en SEDRONAR. Mas allá de que esté o no esté todavía la cosa legal. Cuando de pronto la Secretaría baja una postura a nosotros nos refuerza y nos permite realizar ciertos avances y empezar a trabajar en el tema. Por ejemplo, en el ámbito local una cosa, que puede no ser muy importante pero que hasta ahora no se había logrado durante todos estos años, es que sacamos una ordenanza obligando a que exista venta de preservativos en todos los bares y todos los lugares de diversión. Hoy no hay un bar o un lugar de diversión donde uno no pueda acceder a la compra de un preservativo. Nos llevó un tiempo, discutimos con los concejales por las má-

quinas. Ahí nos enteramos que había solo dos fábricas de máquinas, lo cual era meternos en un negocio medio raro, así que dijimos: que el cajero tenga los preservativos, no importa, pero todo kiosco, todo bar, todo boliche para bailar tiene que tener preservativos a la venta, y un cartel que dice: "preservativos por la caja". Es lo que hemos podido hacer desde una ordenanza, una legislación municipal.

Privilegiamos el tratamiento, privilegiamos que la gente no se drogue, privilegiamos que la gente no se enferme, vamos a hacer lo posible porque no se drogue, no se enferme. Después, en una segunda instancia vamos a tratar de mejorarlos, curarlos, pero también tenemos muy claro que hay todo un grupo de pacientes que no tiene interés o no está en una etapa propicia para iniciar un tratamiento y ese paciente, aparte de ser peligroso para él es peligroso para terceros, es peligroso para el resto de la sociedad y a ese paciente por una cuestión, como dirían los chicos, de puro careta o de decir que eso no existe no lo podemos dejar abandonado. Les decía de las dificultades legales, las dificultades sociales o aquellos actores sociales que se pueden oponer a esto, por lo que trabajamos todo lo que sea la reducción del daño conjuntamente con las entidades de la sociedad civil que ya están trabajando en esto. Apoyamos mutuamente, damos una mano mutuamente.

Tenemos la suerte que hace un año y pico estaban trabajando los muchachos de Intercambios, que aparentemente no habían tenido tanto apoyo. La intención es darle todo el apoyo que podamos, dentro de lo posible ver cómo podemos empezar a trabajar en conjunto y darle para adelante. Nosotros realmente respetamos mucho el trabajo que están haciendo y si me permiten voy a cerrar con unas palabras de un filósofo florentino del renacimiento, que decía con respecto a situaciones como ésta, como ustedes que están empezando en una nueva línea "no existe nada más difícil de interpretar, más peligroso de realizar o más incierto en cuanto al éxito que conducir la introducción de un nuevo orden de cosas, porque el innovador tiene por enemigos a quienes triunfaron bajo las antiguas condiciones y tiene por tibios defensores a aquellos que pueden triunfar bajo las nuevas". Mucha suerte y esperemos que el año que viene scamos muchos más.

## Acciones en comunidad y en redes de usuarios de drogas. Segundo año

Lic. PAULA GOLTZMAN. *Coordinadora de Prevención de Intercambios Asociación Civil.*

" El mundo es un misterio.  
Esto, lo que estás mirando, no es todo lo que hay.  
El mundo tiene muchas cosas, tantas que es inacabable ".

DON JUAN

Esta presentación está relacionada con un trabajo que comenzó en el año 1998, y que se inició en gran medida como parte de un sueño colectivo, demostrar que era posible hacer reducción de daños en la Argentina.

Ya caminamos un trayecto en donde hubo aciertos y errores, donde a veces dudamos sobre el camino a seguir pero nunca dudamos de las convicciones que el equipo tiene en la Reducción de Daños y en la necesidad de intentar maneras más humanas de abordar los problemas relacionados con las drogas.

Luego de un año de trabajo se diseñaron algunas líneas de acción que me gustaría precisar, nos propusimos ampliar el número de UDis a quienes contactábamos y ampliar paralelamente el campo geográfico donde el proyecto estaba actuando.

Nos propusimos trabajar en el armado de una red inter institucional que atendiera las demandas de los usuarios de drogas en forma más efectiva, dando prioridad al acercamiento al sistema de salud. Queremos trabajar para lograr que las jeringas que estamos entregando vuelvan al proyecto.

Todos estos objetivos propuestos para este año y en el marco de este proyecto regional, se montaron básicamente en el trabajo realizado desde finales del '98, donde comenzamos un trabajo preguntándonos acerca de las prácticas de uso de drogas por vía inyectable, es decir las preguntas que nos interesaban acerca de esta vía de uso se convirtieron en una investigación que nos permitió acercarnos a una red de usuarios de drogas y establecer allí las intervenciones.

En un proyecto de reducción de daños es necesario pensar la investigación como una instancia que nos permite acercarnos a las intervenciones evitando fórmulas directivas que estén alejadas de la vida de los sujetos. La

investigación articulada con la intervención facilitó el proceso de trabajo que desarrollamos en Avellaneda.

Haré un relato de las intervenciones en este año y algunas modificaciones respecto del año anterior. Cuento con que algunos de ustedes habrán escuchado la presentación el año pasado, sino confío en que lo hecho este año tiene suficiente entidad propia para entender cómo es que venimos trabajando en intervenciones comunitarias continuas desde inicios de 1999.

Este año hubo un cambio importante en el desarrollo de las intervenciones, la incorporación de nuevos agentes al trabajo en reducción de daños. Si hasta el año pasado el trabajo venía siendo desarrollado por los investigadores, que habían estado vinculados al proyecto desde sus primeros borradores, este año se inició con la incorporación de nuevos operadores, y esto implicó también el pensar nuevas instancias de capacitación y de formación.

Para algunos de nosotros significó retirarnos del trabajo en campo para pasar a supervisar las acciones o coordinar otras líneas en el proyecto y esto tuvo su impacto. Porque el trabajo comunitario es un trabajo que desgasta pero que también abre la posibilidad de muchos aprendizajes y alegrías si uno está dispuesto a abrir los oídos para escuchar al otro, si uno tiene buena mirada para ver al otro, y sobre todo si uno es capaz de respetar a todas las personas.

También fue un cambio para los operadores comunitarios que tenían vínculos armados con los operadores originales del proyecto y con ellos hubo que ir elaborando la idea de que el proyecto es importante más allá de las personas que puedan encarar una acción en terreno. Los vínculos eran posibles de ser restablecidos para seguir trabajando en esta idea de que nos moldeamos mutuamente y aprendemos mutuamente junto con las intervenciones.

Hasta el año pasado trabajamos con dos modelos de intervención, uno se basaba, en la distribución móvil de material y otro en las intervenciones comunitarias localizadas. Hoy las acciones se organizan en torno a equipos de trabajo. Tenemos dos equipos formados cada uno de ellos por un operador comunitario y otro técnico, Sergio Gufanti y Juan José González forman uno de los equipos, Gustavo López Arrojo e Irma Villa, el otro. Las tareas en ambos casos se caracterizan por intervenciones comunitarias, y cada espacio de campo desarrolla en cierta medida una lógica propia pero siendo los dos parte de un mismo proyecto.



Me gustaría detenerme en este punto para explicar cómo hemos definido la conformación de los equipos de trabajo y cómo hemos pensado funciones complementarias para cada uno de los integrantes.

El operador comunitario es el mayor conocedor del lugar donde se trabaja, es el responsable de establecer los contactos con la población, su tarea se centra principalmente en la toma de contacto y vinculación con los usuarios de drogas, la identificación de espacios de concentración y circulación de usuarios de drogas, la distribución de los materiales de difusión, de preservativos y jeringas y el registro del trabajo de campo.

Su palabra, cumple un papel fundamental a la hora de pensar intervenciones y vuelve a hacernos reflexionar sobre un punto que ya habíamos esbozado el año anterior, referido a la transmisión de información y a la necesidad de transferir capacidades técnicas a los operadores comunitarios. Es parte de un difícil proceso de construcción de habilidades y conocimientos, de saberes diferentes y experiencias de vida diferentes, pero que en un proyecto de reducción de daños tienen necesariamente que buscarse y construirse en un espacio común.

El operador técnico es responsable de la ejecución de las intervenciones. Su tarea se centra principalmente en la vinculación con los usuarios de drogas en sus contextos, el desarrollo de los talleres de sexo seguro y de reducción de daños, la ejecución de las acciones de sensibilización comunitaria, la identificación de potenciales agentes de campo, la consejería y el registro del trabajo de campo.

El equipo de intervención se completa con un espacio de supervisión.

Ir a campo rompe algunas barreras, el espacio institucional se abre para realizar un trabajo en calle, un trabajo con situaciones que nos muestran una cara de vulnerabilidad, un trabajo donde se juega el placer y la satisfacción de las personas, que pone en juego muchas veces nuestras propias formas de obtener placer. Todas estas situaciones producen el desgaste de los equipos de trabajo. Quizás la supervisión pueda servir como barrera contenedora de ese desgaste.

Pensamos la supervisión como un espacio en el que intervienen la institución a través de la figura del supervisor, el supervisor, los operadores de campo, y el campo mismo. Creemos que la supervisión es acompañamiento del trabajo de campo, sin estar presente en él. Es control de cumplimiento de las tareas planificadas y de las líneas generales de la intervención. Es espacio de capacitación teórica y práctica. También es condición para el desarrollo de la tarea.

Hasta aquí hice una presentación de nuestros objetivos de trabajo, de quienes trabajamos en las intervenciones comunitarias y de algunos de los cambios que este año fueron implementados. Podemos relatar ahora cómo fue que se desarrollaron algunas de las intervenciones.

Este año el trabajo cobró un importante giro hacia las intervenciones de salud, y esto generó no pocas controversias en el trabajo. En junio de este año acercamos al barrio la posibilidad de hacerse análisis de detección de VIH, HTLV, hepatitis B y C para la población UDI con la que estábamos trabajando. No voy a detenerme en ese proceso de trabajo porque ya fue relatado por Marcelo Vila en la mesa anterior, pero quiero señalar aquí lo que esto generó en las intervenciones. ¿De qué concepción de salud estábamos hablando?, ¿Qué aspectos estábamos movilizando en las personas? ¿Cómo íbamos a trabajar conteniendo y dando lugar a esa movilización? Además, ¿cómo vamos a contener y trabajar nuestras propias movilizaciones?

Voy a ser muy honesta, no creo que todas estas preguntas tengan hoy una respuesta, ni creo que los integrantes del equipo tengamos siquiera una misma respuesta. De lo que sí estoy segura, es que seguimos muy atentamente el proceso que estas acciones despertaron en la gente, que intentamos permanentemente pensar como habilitar una pregunta o una palabra que los ayude a atender mejor su salud y a gestionar mejor sus riesgos. Leía hace poco un texto que decía "la vida sin riesgos no es vida" y creo que es cierto. Pero, también es cierto que la diferencia en la manera de tomar los riesgos de la vida está en las convicciones con las que los tomamos, en la información que tenemos para optar por ellos y en los medios que tenemos para hacer frente a esos riesgos. También es cierto que el estudio serológico facilitó algunas de las acciones implementadas.

Inicialmente abrimos dos espacios para realizar los estudios. El primero fue sugerido por la operadora comunitaria, quien pensó que un comedor barrial era el lugar más propicio, incluso mejor que el centro de salud, porque esta institución representa el lugar de las madres y de los niños, los usuarios de drogas no se acercarían al lugar. Así fue como contactamos al representante de un comedor comunitario que tenía un pequeño espacio disponible para nuestro trabajo, enseguida lo ofreció y se iniciaron los estudios. Esta elección tuvo sus ventajas, al ser un lugar conocido y seguro, pero también era un lugar demasiado visible y muchas personas no quisieron ir. Sin embargo, sirvió como excusa para continuar en la tarea de presentar el proyecto al barrio y de involucrar a más instituciones en su desarrollo.

El segundo lugar elegido, fue un galpón perteneciente al Movimiento de Trabajadores Desocupados de la zona, el lugar fue visualizado en una de las recorridas semanales. Este tampoco era un lugar habitualmente ocupado por usuarios de drogas y aquí también el trabajo con acciones de salud tan concretas como ofrecer un estudio serológico, actuó como habilitador de pequeños pasos para que los usuarios de drogas circulen por espacios barriales antes esquivos para ellos.

El trabajo con esta herramienta de salud tan concreta, produjo también en el equipo de dirección de las intervenciones y en los operadores comunitarios muchas contradicciones. Contradicciones que se explican en parte por el cuidado que siempre hemos tenido con la población con la que trabajamos, por el respeto a las decisiones de vida de las personas, por la responsabilidad sobre nuestra palabra y lo que puede o no generar en el otro. Y también se explica por la conciencia de las dificultades del contexto para responder luego con un abordaje integral a un resultado positivo. Esto es, las condiciones de vida de las personas con las que trabajamos y las condiciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Luego de esta etapa cada espacio de trabajo barrial fue tomando líneas bastante diferentes entre sí. Para Villa Luján se abrió un trabajo con una nueva población a la cual no habíamos tenido acceso antes, los adolescentes, este grupo nos permite pensar en nuevos rumbos para el proyecto y las intervenciones.

Esta línea de trabajo estuvo a cargo de los dos operadores, Gustavo e Irma que nos sorprendieron con el impacto en la llegada a la población adolescente. Se trabajó sobre las representaciones acerca del preservativo, información sobre VIH, y trabajo de reflexión sobre las prácticas discriminatorias, utilizando la técnica de talleres. Se hicieron cinco talleres donde participaron alternativamente 38 adolescentes. Los participantes demostraron su preferencia a tener relaciones sexuales sin protección, la expresión "carnaza común" fue usada para denominar el sexo sin preservativo.

Aportaron una línea de reflexión sobre la influencia de los medios de comunicación, en la información acerca de la prevención del sida, ¿por qué no se usa preservativo en los programas de pornografía de la televisión? En las novelas de TV las parejas más jóvenes enseguida tienen hijos, o sea que no usan preservativos. Poniendo en evidencia los mensajes públicos y masivos que muchas veces sostienen parte de las representaciones que los adolescentes tienen sobre estos temas.

Para Villa Corina fue la posibilidad de contactar mayor cantidad de



UDIS de los que habíamos contactado hasta el momento. Hasta el año pasado teníamos dos puestos de distribución de material preventivo, uno en cada uno de los dos barrios en que trabajábamos. En la actualidad sumamos dos puestos más en Villa Corina, lo que hace un total de cuatro puestos de distribución de materiales, tres casas de familia, a las cuales se les deja el material y ellos administran la entrega, y un puesto móvil que traza un recorrido dos veces por semana por lugares de concentración de usuarios de drogas y UDIS.

¿Cómo fuimos consiguiendo estos nuevos lugares? Uno de ellos, la casa de Miguel es un espacio por el cual circulan muchos usuarios de drogas, comparten ese espacio con una charla, o una cerveza. Con el permiso del dueño de casa dejábamos los materiales en una pequeña mesa en un rincón de la casa, y aunque nadie reconocía el uso inyectable ante nosotros, los materiales iban desapareciendo. Con el tiempo, estas personas se fueron presentando, lo que entendemos como un acto de confianza hacia el proyecto y sus caras visibles en el barrio.

El otro puesto se estableció en la casa de una pareja, Nancy y Raúl que fueron presentados por el operador comunitario. Desde este puesto de distribución se entrega material fundamentalmente a trabajadoras sexuales que pertenecen a barrios muy diversos. Esta línea de trabajo con las trabajadoras sexuales, es un desafío para los próximos meses, ya que si bien retiramos material, no hemos podido acercarnos de otra forma a ellas.

Para todos los puestos de distribución de material, se aplica una planilla de registro de materiales, que implementamos como indicador de evaluación del proyecto. Se llevan entregados desde mayo de este año 20.000 preservativos, y 1.400 jeringas. El promedio de materiales distribuidos en el último mes asciende a 4.800 preservativos, y 320 jeringas.

Fue por medio de los contactos de esta colaboradora del proyecto que logramos ampliar el radio de acción de las intervenciones. Ya desde los inicios del proyecto, había una zona cercana a donde estábamos trabajando que se identificaba como la de mayor uso de drogas por vía inyectable, y desde entonces nos planteamos la necesidad de acceder a ese sitio. Sin embargo esta entrada se estaba haciendo difícil, básicamente por cuestiones de seguridad y protección para quienes trabajan en el terreno.

La seguridad siempre ha sido un tema donde el proyecto ha puesto especial atención, el desarrollo del proyecto, sus objetivos y procedimientos son absolutamente legales y legítimos, pero el trabajo que realizamos puede llevar a contactarnos con situaciones de ilegalidad. En este sentido se



cuidan las vías de acceso a los territorios donde trabajamos. No entramos a un barrio solamente porque nos parece que puede ser apto para el trabajo, entramos porque además tenemos a una persona que habilita los contactos, que presenta y establece los primeros códigos de confianza en el trabajo.

Desde hace un mes que se está trabajando en ese territorio entregando material, se está realizando un mapeo del lugar, ubicación de grupos de usuarios de drogas, relevamiento de instituciones barriales, reconocimiento de zonas donde las personas piden materiales, reconocimiento de espacios públicos, calles y recodos. Mapeo inicial que va a permitir tener una idea clara del territorio donde trabajamos y cómo diseñar mejores intervenciones.

Estamos implementando un proyecto de prevención del VIH entre UDIs que incluye distribución de material preventivo, es decir jeringas, preservativos y folletos preventivos. Aún no estamos realizando intercambio de jeringas. Se trabaja información sobre el descarte del material, para que no sea arrojado con descuido en el espacio público. Tenemos conciencia de la responsabilidad que un trabajo de este tipo implica y de la necesidad de tener un control de las jeringas que se ponen en campo. Estamos trabajando en la identificación de espacios dónde hoy se descarta el material, en cómo se realiza ese descarte en los espacios privados para poder aprovechar ese conocimiento y esas acciones en el sentido de los objetivos del proyecto.

Hasta aquí el relato de nuestras intervenciones, de cómo pensamos el trabajo comunitario y sobre todo cómo concebimos la reducción de daños. Sostener intervenciones comunitarias en el contexto actual, no es tarea sencilla, pero sobre todo no es tarea imposible. Para quienes venimos trabajando desde hace mucho tiempo en la reducción de daños este proyecto es parte de nuestros sueños, como tantos otros que tenemos y que pueden hacerse realidad. Para eso, también estamos trabajando.

Sr. JUAN JOSÉ GONZÁLEZ. *Operador Comunitario de Intercambios Asociación Civil.*

Mi nombre es Juan, soy operador comunitario para Intercambios, en realidad más que operador se diría que soy un comunicador, alguien que le puede arrimar una información a un grupo de gente que por ciertas cir-

cunstancias, en cierto momento no les llegaba. Me gustaría contarles brevemente lo que hicimos desde el año anterior a este año, los cambios que hemos hecho y las mejoras para el trabajo comunitario.

Una de las cosas principales que me han pasado es que cambié de compañero. Porque con quien empecé esto fue con el Sr. Pablo Cyerman. Luego él tuvo que hacer otro trabajo y trataron de ubicarme un compañero nuevo, porque es muy difícil cambiar un compañero en estas circunstancias y más en esto que yo no soy un profesional y tenía que compartir un trabajo con una persona preparada. Aquella persona preparada tenía que bajarse del caballo y ponerse en mis tiempos y manejarse con mis códigos, lo cual iba a ser una cosa terriblemente difícil, para él más que nada. Para mí no, porque él me iba a enseñar mucho, es más, día a día vive enseñándome. Pero igual se extraña siempre a la primer persona con la que se ha trabajado.

Otro paso importante es que hemos ofrecido a esta población con riesgo los análisis de VIH, hepatitis B y C. Al principio muchos chicos decían "no, mirá Juan yo puedo hacer lo que vos quieras, pero enterarme es como que nos ponen un reloj en la espalda y nos condenás a muerte". Yo decía, "no hermano, no es tan así". Entonces para esto les comentaba que se los iba a contener mucho, se los iba a aconsejar, se los iba a llevar a hacer todo de una forma más tranquila, que había gente que los iba a ayudar, que los iba a contener. Se empezó a hacer el estudio. En el equipo había una médica, un extraccionista y una psicóloga. El trabajo de ellos no sé si fue difícil o bastante complicado porque comunicarles en muchas ocasiones que la serología era positiva es un paso fuerte y les puedo asegurar que es doloroso porque hay algunos que yo creí que no se podían quebrar que se quebraban por la situación. Yo les decía que no se hagan problema porque hay tratamientos ahora, hay cócteles antirretrovirales que pueden llegar a prolongar y a mejorar la calidad de vida de los que tengan la serología positiva y que no se auto marginen y que traten de luchar para mejorar la calidad de vida.

Trabajé como comunicador contactando estas personas para hacerles el análisis, se les dio mucho apoyo. El único inconveniente que tuvo esta gente hasta el día de hoy, es que el trámite burocrático es muy largo y generalmente no les suelen entregar la medicación completa, lamentablemente. Es porque a veces no la tienen, no porque no la quieran dar. Porque hay una buena predisposición de parte del hospital y de las autoridades. Porque lo que tienen al alcance lo brindan y cuando no lo tie-

nen, obvio, no lo pueden brindar. También por ejemplo en la Facultad de Medicina es rápido pero, para ir al hospital Evita, por ejemplo, para hacer un análisis de CD4 tienen que ir 30 días antes, es muy largo. Si cuentan que eso se necesita para darles la medicación, en un mes les puede significar la vida en algunos casos. Hay gente que hace 4 meses que está dando vueltas, y yo los acompaño. Hace 4 meses que están dando vueltas para conseguir la medicación y todavía no la tienen completa. Porque no hay, por los turnos, que se estira, hay un paro, hace 4 meses que andan dando vueltas.

Otra cosa importante que hicimos es que abrimos un nuevo lugar de trabajo, las torres de Corina. Nosotros llegamos hasta la puerta de las torres, o sea, que hacemos toda la villa de atrás, entrando por atrás de un cementerio que hay y contactamos a una chica que tenía mucho acceso en las torres y conocía mucha gente, porque para entrar por primera vez hay que ir acompañado por alguien que presente, es como que marca el territorio, para no tener inconvenientes. Aparte es un lugar medio feo, porque hay un poco de delincuencia y un poco de inseguridad. Al principio fue muy tímidamente, entregamos unos preservativos, información, y después sí llegamos al foco de lo que eran los usuarios de droga inyectable. Encontramos un gran grupo de gente que no estaba asistida por nada. Porque no se mueven a los hospitales, no se arriman a ninguna institución, nada. Terminamos entregando más jeringas a estos chicos que hace tan poquito tiempo que conocemos que en el resto del barrio que hace más de 2 años que estamos trabajando.

Yo no tenía muy claro lo que es la reducción de daños, por falta de preparación y porque no sabía, yo sabía que lo hacía porque notaba que era algo necesario. Porque antes de conocerlos a ellos yo llevaba chicos a los hospitales lastimados, con una jeringa en un brazo y me decían: esperá ahí, porque no ves como está y no los querían tocar, han sido situaciones muy feas, yo les puedo asegurar, y he visto chicos que se han muerto en alguna ocasión por sobredosis, en otra ocasión por VIH. Ahora esas cosas en los hospitales no pasan, la atención es un poco más estable, o sea que hay más comunicación con los pacientes. Entonces me invitaron a ir a Porto Alegre para orientarnos, para focalizar un poco más lo que era la reducción de daños y ahí vi lo que era la reducción de daños. Que me marcaran los parámetros que me podían servir, esto es lo que tenés que hacer Juan. Aparte de contactar a la gente, tenés que llevarlos, esto es lo que se tiene que lograr. Hay que tratar de reducir porque esto es un mal que nos



afecta a todos, está adentro de toda la sociedad. Por esas cosas que hay, muchos dicen que hay ciertos sectores de la sociedad que no, yo les podría asegurar que sí. Porque yo he visto en más de una ocasión cerca de una zona antiguamente muy fabril señores que pasan, propietarios de esas barracas, o accionistas o no se que, que pasan con su coche y sacan la manito con un billete y llaman a las chicas a cierta hora de la tarde o de la noche. Y esos señores también se pueden infectar.

También quería decirles cómo se comporta la gente del barrio que no es usuaria de drogas, porque no todos lo son. Hay gente del común denominador, muy trabajadora, muy honesta que en realidad que no les agrada en lo más mínimo la entrega de jeringas. Pero saben que es algo necesario porque se mueren, se mueren los chicos, se caen como moscas. Ya que no se puede cortar con el tema de adicciones, que las comunidades terapéuticas lamentablemente en muchos de los casos fracasan porque las personas vuelven a consumir. Entonces, si no se puede combatir el flagelo de la droga entonces que por lo menos traten de no reinfectar a otra gente. Se les han dado clases en la calle, se han hecho talleres sobre el uso del preservativo, cómo limpiar algunas jeringas. Al entregar jeringas siempre damos alguna que otra de más por las dudas, para que no las compartan, porque cuando se tapan te dicen dame la tuya, es una cosa bastante brava. Pero la gente del barrio dice que bueno, es lamentable pero hay que hacerlo. Lo que más apunta la gente es que se trate de educar a los más jóvenes, o sea que a los que son adultos es como que ya no se los puede reeducar y yo creo que sí, que se pueden cambiar las actitudes de vida. Uno de los ejemplos, una chica que es trabajadora sexual y aparte es usuaria de drogas y usuaria de drogas inyectables, en cierto momento con mi compañero nos cruzamos y nos dijo: "quedate tranquilo que ahora nos han acostumbrado a usar preservativos" O sea que le hicimos tomar conciencia de que tiene que usar preservativos, por el bien de ella y por el bien de los demás, para ver si de alguna otra forma se puede llegar a controlar el VIH. Entonces ahí es donde ella dice "inyectar me inyecto, no todos los días porque el acceso monetario no es tan así, pero cada vez que me inyecto uso jeringas nuevas". Los preservativos siempre se los damos porque antes ni los compraban ni los usaban, ahora después de ciertos talleres sí. Yo creo que queda mucho por hacer pero con un poco de ayuda de esta gente y otros más, que también se pongan un poco más los políticos nuestros. Ahora yo creo que se están jugando, yo creo que este tema antes ni lo tocarían y ahora por lo menos se arriman y hablan, se hacen cargo. Es lo que yo les quería comunicar.



Sra. IRMA VILLA. *Operadora Comunitaria de Intercambios Asociación Civil.*

Estoy trabajando en Intercambios desde el año pasado y los cambios que hicimos fueron varios. El año pasado estuvimos trabajando con adultos y ahora sumamos el mismo trabajo con adolescentes, y son ellos en quienes volcamos nuestro tiempo y dedicación sin abandonar el trabajo con la gente adulta. Yo soy de Villa Luján.

Hicimos ya cinco talleres y hasta llegamos a hacer uno con madres de chicos adolescentes. Trabajamos sobre el tema del sida y respondimos las preguntas que nos hacían: cómo era el contagio y qué debía hacerse para evitarlo. Cuando hicimos el taller con las madres la verdad es que, sinceramente, no pensamos que iba a haber tantas mamás, ni que iban a hacer tantas preguntas abiertas como nos hicieron y sentí que necesitan más información. Hay madres que nos pidieron que nos acerquemos más a los chicos porque es un lugar muy humilde y los chicos no tienen donde ir más que a la droga y no saben nada de otra cosa. Pero a pesar de todo les contamos el trabajo que estamos haciendo en el proyecto, que estamos entregando jeringas y forros. Sintieron que era necesario, reaccionaron asumiendo la realidad, que hay chicos drogándose por vía inyectable. Fueron reales en su opinión de nuestro trabajo, y ni siquiera discriminaron. Nosotros pensamos que no iban a entender pero por suerte nos equivocamos.

Mi trabajo principal es intentar ayudarlos y lo hago con muchas ganas y pongo en ellos mi mayor esfuerzo. Hablo con la gente intento comunicarme con ellos. Mi palabra como vecina les llega a todos. Antes la gente me conocía de una forma y ahora me conocen de otra, o sea que les cabe lo que estoy haciendo. Antes me conocía todo el mundo pero me saludaban diez, ahora no, ahora me saluda todo el mundo, toda la villa es mía. Yo pienso que en este tiempo de trabajo es bueno, es super bueno, porque siento que la gente nos apoya más. A veces cuando salimos por la calle con mi compañero nos tocó hacer talleres al lado de un arroyo maloliente que no se puede estar pero bueno, tuvimos que estar ahí. Yo en el medio de 5 o 6 hombres y mi compañero enseñándoles el uso del preservativo y hablando cosas de hombres. Yo me sentí un poquito avergonzada pero me gusta trabajar así. No saben lo bien que me siento al serle útil a la juventud que empieza a dar los primeros pasos en toda esta historia, y más teniendo chicos, como tengo yo. Por eso es que necesitamos que esto continúe y que sea apoyado por todos. Bueno creo que fue esto todo, y voy a decir algo por cábala: ¡aguante Intercambios!

El componente de capacitación fue una parte indispensable del proyecto que llevamos a cabo. La capacitación fue tomada como un instrumento para trabajar con distintas cuestiones de la intervención comunitaria desde la perspectiva de la Reducción de Daños. Fue pensada como facilitadora del desarrollo de las relaciones institucionales y a la vez como favorecedora de la promoción de redes socio sanitarias de referencia que facilitarían el acceso a la atención integral de los UDIs.

A quiénes se dirigía la capacitación:

Por una parte, a los integrantes de los equipos de trabajo, los operadores comunitarios y técnicos, para generar formas de trasladar conocimiento y herramientas a las personas de la comunidad con las que trabajamos, pensando a cada uno de ellos como un potencial transmisor y educador. En esta perspectiva nos guiamos por la importancia de la educación de pares en el trabajo con poblaciones de difícil acceso, ocultas y estigmatizadas ya que ninguna posibilidad se puede perder para llegar a otra persona más.

Por otra parte, los equipos de salud fueron también destinatarios de la capacitación.

Los objetivos fueron:

- Conseguir adherentes y colaboradores del proyecto.
- Ampliar las intervenciones. Para ello buscamos que se replicaran las acciones a partir de otros efectores. Especialmente comunitarios, sociales y de salud.
- Contribuir a modificar las representaciones sociales respecto de los usuarios de drogas. En ese sentido, trabajamos sobre la perspectiva en la que se asientan muchas intervenciones que conciben al usuario de drogas como auto destructivo e incapaz de cuidar de su salud.

Para ello definimos varios servicios clave para orientar la capacitación tales como los equipos de salud que atienden VIH/sida, los que ofrecen tratamiento para dejar usar drogas. En cada caso el eje de la capacitación se concentraba en los temas que menos conocía el equipo.

Por ejemplo, en el hospital se organizó una capacitación a la que asistieron personal de enfermería, de infectología, de gastroenterología, de clí-

nica médica, de laboratorio y de enfermería. Se discutieron las prácticas profesionales a la luz de la perspectiva de reducción de daños como estrategia de Salud Pública. Por otro lado, la Municipalidad alentó una capacitación en el Instituto Municipal de Prevención de las Adicciones (IMPA) de Avellaneda.

Como indicadores de evaluación de este proceso tomamos algunas de las preguntas que surgieron. Se preocuparon por conocer recomendaciones para personas que no consumen por vía inyectable. Eso abrió un abanico de nuevas posibilidades de pensar la intervención tales como no compartir el canuto que se usa para aspirar cocaína, hasta los cuidados a tener en cuenta al comprar sustancias ilegales, todo ello sin poner a la abstinencia como condición previa. Se avanzó en pensar cómo mejorar la derivación de las personas que soliciten tratamiento para dejar de usar drogas. Una persona que estaba por viajar a Porto Alegre pidió contactos para conocer la experiencia en esa ciudad. Ofrecieron contactarnos con un grupo de madres que trabaja en la zona donde intervenimos.

En general las personas que usan drogas inyectables no están llegando al servicio de infectología ni a los tratamientos para dejar de usar drogas. Hay más contacto de ellos con clínica médica o enfermería.

Paralelamente se organizaron procesos de capacitación en otras áreas geográficas. La Municipalidad de San Martín organizó una jornada de la que participaron 50 personas entre las que estaban presentes personal de salud, docentes y líderes comunitarios. La Cámara Argentina de Farmacias propuso dos encuentros de los que participaron 30 farmacéuticos de la Ciudad de Buenos Aires. Como todos sabemos la farmacia es un lugar clave para pensar la prevención de la transmisión del VIH y otros virus entre usuarios de drogas inyectables.

Tanto en la tarea de capacitación de los integrantes del proyecto como de los equipos de salud de otras instituciones la intención fue la de achicar la brecha entre los usuarios de drogas que no se acercan a los servicios de salud y los servicios de salud que hacen poco para que ello suceda.

Algunos ejemplos pueden ilustrar esto último:

Denise Doneda integrante del Programa Nacional de sida de Brasil, contaba en la jornada sobre reducción de daños realizada en agosto en la SEDRONAR, que un usuario de drogas inyectables contactado por uno de los programas de intercambio de jeringas fue orientado hacia un servicio de atención médica. Ese servicio atendía a partir de las 7 de la mañana. La persona derivada que habitualmente dormía a esa hora, sabiendo de su difi-

cultad para levantarse y con mucho interés por la consulta médica intentó pasar despierta toda la noche para llegar a la hora de la consulta. A las 4 de la mañana no podía más y consumió cocaína para mantenerse despierta. Así, con mucho esfuerzo esta persona llegó al servicio. Cuando fue atendida por el médico y este se enteró que había consumido cocaína le indicó que volviera a su casa y regresara un día que no hubiera consumido. Con lo cual se desaprovechó una oportunidad de atención tan costosamente lograda. Anécdotas como esta son reproducidas por muchos usuarios de drogas cuando hablan de sus intentos por acercarse al sistema de salud.

Esta situación se hace también evidente si la persona vive con VIH. Una persona del barrio que se atiende en el servicio de Infectología del hospital cercano, fue a consultar al centro de salud por un dolor. Consideró importante contarle a quien la atendió que vivía con VIH. Al escuchar esto la persona del centro de salud, aduciendo que era por su bien, le insistió para que fuera al servicio de Infectología que la atendía y así justificó que no la asistiría en ese momento.

Otro ejemplo típico de los problemas en la asistencia lo verificamos cuando acompañamos a una persona vinculada al proyecto a un servicio de Infectología. Le preguntaron si usaba drogas y le advirtieron que si empezaba a tomar antirretrovirales tenía que dejar de usar drogas para lo cual le recomendaban primero, que iniciara un tratamiento para dejar de usar drogas. El argumento de quien atendió se fundaba en la posible interacción negativa de las drogas para el tratamiento antirretroviral. La persona contestó que en realidad hacía muchos años que quería dejar de usar drogas pero no podía.

Este tipo de intervenciones de los equipos de salud logra alejar a las personas o que mientan en la consulta. Por lo tanto, en principio resulta necesario analizar la argumentación que sostiene estas intervenciones, verificar en qué evidencias científicas se basan y si estas resultaran contundentes y confiables para el que las aplica, pensar cuál es la manera de mejor reducir el daño del sujeto, confiando más en su experiencia y escuchándola antes de ofrecer una indicación expulsora o imposible de cumplir.

Una manera que encontraron en Brasil para ofrecer mejores posibilidades a los usuarios de drogas inyectables, fue indicar al personal que atendiera con un equipo de inyección en el escritorio que además contenía información preventiva y preservativos. Al cabo de un tiempo una de las personas atendidas pidió llevarse uno y ese fue el comienzo de los que hoy



es un programa de intercambio de jeringas. Antes de eso nadie reconocía la existencia de usuarios de drogas inyectables en la zona. Este ejemplo muestra cómo un pequeño gesto, un movimiento puede acercar a la gente a nuestros lugares de trabajo. La posibilidad de pensar al otro de manera distinta es lo que nos da la posibilidad de intervenir con mejores posibilidades de comunicación.

La asociación entre uso de drogas y delito es muy fuerte y persistente. Entonces, ¿quién quiere recibir un "delincuente" en su consultorio? En una capacitación que dimos en un hospital de referencia de la zona un profesional que atiende una problemática muy vinculada con el uso inyectable de drogas cuando terminó la actividad se me acercó y me dijo que se había dado cuenta que tenía que seguir reflexionando este tema para poder atender a los UDIS de otra manera y que no podía atenderlos porque creía que eran delincuentes. En ese caso, la capacitación sirvió como pregunta. Como una posibilidad de quiebre frente a una "certeza" asentada en representaciones, estereotipos que hasta ese momento no había podido ni siquiera confrontar con su práctica ni con su experiencia de vida, así como tampoco con su ética profesional. Ese fue un logro importante. A partir de ese momento esa persona logró acercarse más al proyecto.

Otro aspecto del proyecto se orientó a la construcción de redes socio-sanitarias de referencia. Comenzamos esta tarea relevando los recursos comunitarios, indagamos acerca de los requerimientos para la atención e identificamos profesionales dispuestos a atender las demandas detectadas en las intervenciones comunitarias. Se establecieron contactos con el Hospital "Presidente Perón" de referencia de la zona y de jurisdicción provincial. Se mantuvieron entrevistas con los responsables de los Servicios de Infectología, Gastroenterología, Salud Mental y Servicio Social. Asimismo, se establecieron contactos con la Unidad Sanitaria N° 11, correspondiente al área de intervención. En todos los casos, se presentó el proyecto, se indagaron los requerimientos institucionales para la atención y se acordaron líneas de acción para la referencia y contra referencia de la población involucrada en el trabajo callejero. El canal de orientación y derivación hacia y desde el Servicio de Infectología del Hospital "Presidente Perón" está funcionando con fluidez; los UDIS que consultaron, se muestran satisfechos con la atención recibida.

Sin embargo, una preocupación que tenemos es que muchos usuarios que están recibiendo en el estudio resultados positivos para alguno de los análisis y dicen querer empezar un tratamiento no concretan la consulta.

Es por eso que fortalecimos el trabajo en dos direcciones, una con los profesionales de estos centros y por otro lado con los usuarios. Para lograrlo, nos basamos en la hipótesis de que la confianza depositada en el proyecto pudiera ser transferible a los servicios hospitalarios. En tal sentido, realizamos un taller con usuarios de drogas en el mismo barrio al que asistió el Dr. Sergio Troiano, jefe de Infectología del hospital de referencia. El taller fue coordinado conjuntamente por el Dr. Troiano y por un integrante del equipo de Intercambios. La aceptación del taller fue muy buena y se hizo especial hincapié en las posibilidades que actualmente tienen las personas viviendo con VIH si recurren a tratamiento.

Otros elementos que favorecieron la acción del proyecto fueron la resolución de la SEDRONAR y la existencia de proyectos de ley que incluyen y amparan esta perspectiva de trabajo. Las jornadas realizadas con la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires y con diputados nacionales en los que se presentó el desarrollo del proyecto, ayudaron a construir consenso para este tipo de acciones. La existencia de la Red Argentina de Reducción de Daños es un sostén muy importante para la tarea en términos de la posibilidad de circular información entre muchas personas que adhieren a los principios de la reducción de daños en el país.

Respecto de la participación del ámbito público en este proyecto la posibilidad de conseguir sustentabilidad es que los sectores políticos se comprometan a mantener las acciones iniciadas. En diversas reuniones con la Municipalidad de Avellaneda se acordaron líneas de acción en forma conjunta con los responsables del Área Salud del Proyecto Lusida del Ministerio de Salud de la Nación. Actualmente, creemos que se dan algunas circunstancias tanto en el ámbito nacional como regional que facilitan poder discutir e implementar estrategias de reducción de daños.

- El Programa Nacional de sida y el ONUSIDA están apoyando acciones de Reducción de Daños que se llevan a cabo en la Argentina.
- El Gobierno de Brasil adoptó la reducción de daños como política de prevención del VIH/sida entre usuarios de drogas. La coordinación nacional de ETS y sida, está ejecutando 35 programas de entrega y distribución de jeringas y kits con material preventivo y preservativos.
- Distintas instituciones que ya trabajaban el tema sida y los problemas asociados al uso de drogas han adoptado, en el último tiempo, la reducción de daños como estrategia en algunas de sus acciones. Al mis-

mo tiempo han surgido asociaciones que han tomado a la reducción de daños como eje de su accionar.

- El trabajo asociado a la Red Latinoamericana de Reducción de Daños (RELARD)
- La creación de la Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD) que en este momento reúne a más de 200 personas e instituciones de la Argentina.
- La resolución de SEDRONAR presentada durante las Jornadas de reducción de daños del mes de agosto, insta al Ministerio de Salud de la Nación a la adopción de programas tendientes a reducir los riesgos para la salud de los usuarios de drogas que no están integrados o atendidos por los programas y servicios existentes. Cabe aclarar también que si bien venimos trabajando desde esta perspectiva desde hace muchos años, es la primera vez que un acto público con relación a este tema pudo organizarse conjuntamente con los responsables nacionales en el tema drogas y el tema sida y una Red como REDARD.

Lo que muestran la experiencia tanto nacional como internacional, es que contamos con los recursos tanto de investigación como de intervención para conseguir reducir las tasas de transmisión de VIH y de hepatitis con menor costo social y económico que el que hoy tenemos en nuestro país. Para lograrlo es necesario adoptar las decisiones políticas adecuadas, favorecer los cambios legislativos y asumir tanto en el campo gubernamental como no gubernamental, una perspectiva apoyada en los principios de respeto por los derechos humanos de las personas involucradas en esta circunstancia y sumarlas al diseño y aplicación de las intervenciones.

## Debate

*Primero quiero felicitar a la gente de Intercambios. Pertenezco a la Asociación Argentina de Actores y trabajamos fundamentalmente en la prevención del HIV/sida. Realmente me voy a ir esta tarde con la idea, porque ya la tengo desde ayer, de que tendríamos que tratar de armar equipos interdisciplinarios donde los que "aprendimos algo más" del VIH, incluida la reducción de daños, que ustedes vengan a trabajar con nosotros y nosotros ir a trabajar con ustedes. Realmente el trabajo es digno de que esta tarde todos nos pongamos de pie y lo aplaudamos y en un país como este y en un momento como este que ustedes apuesten como están apostando a reducir el daño de la gente realmente es muy meritorio. Quiero hacer dos preguntas: una pregunta es al Subsecretario de Salud y la otra es a Juan. Sr. Subsecretario: Usted dijo que habían hecho una ordenanza en el municipio de Avellaneda donde los boliches para bailar, en los kioscos, etc. está la venta de preservativos. ¿Ustedes tienen pensado hacer un monitoreo y una evaluación en los lugares de venta de cuánto se vende? Porque nosotros nos encontramos con el fundamental problema de que la gente, y voy a unir un poco con el comentario que le quiero hacer a Juan, que la gente no tiene hoy \$1,40 para volver al hospital a hacer la consulta ni tiene \$ 1,40 para volver a buscar la medicación que se les da fraccionada. Mucho menos entonces, a lo mejor, tiene el peso para comprarse los preservativos. Me parece que sería bueno hacer un monitoreo y evaluación, no sé si ustedes lo tienen porque a lo mejor no sé si ya en el presupuesto del 2001 pero si del 2002 debería ponerse la compra de preservativos y que éstos sean entregados en esos lugares en forma gratuita.*

CARMELO MACRINO: La ordenanza lleva 15 días. Yo lo daba como ejemplo de lo que estamos haciendo desde lo legal, para tratar de dar esta idea de que la lucha contra el sida, como la lucha contra la drogadependencia, no es una lucha exclusiva de un sector. Entonces vamos a poder darla no solamente desde la salud, por supuesto vamos a tener que darla desde la acción social, por supuesto vamos a tener que darla desde la posibilidad de generar proyectos para los jóvenes, proyectos de vida. Y esto escapa obviamente a salud y acción social, tiene que ver con economía en general, y también tiene que ver con el tema de lo legal. Lo que nosotros quisimos garantizar con esto es que no haya ningún lugar de diversión en el que no haya preservativos a la venta. En principio suponemos que el pibe que va a un boliche tiene para pagar la entrada, tiene para pagar el preservativo.



Lo que tratamos de hacer es que ese que puede tener la posibilidad de acceder. No pretendemos con esto cubrir todo. Si tenemos proyectos de hacer reparto de preservativos en aquellos sectores carenciados. Si bien en capital lo tienen resuelto ahora que salió ya la Ley de Salud Reproductiva, nosotros todavía en la provincia no. Tenemos una media sanción en la Cámara de Diputados, todavía tenemos que ver qué pasa, y es más, si bien es probable que pase al Senado y el gobernador Ruckauf la veto. Él habló de vetarla porque atentaría contra nuestro tradicional sentir. Entonces estamos viendo este tema del preservativo, más allá de algunos hechos puntuales como, por ejemplo, en un mega recital que se hizo en el parque Domínico el día 21 de Septiembre, el día de la juventud, salimos a repartir unos volantes contra el sida, la droga, con un preservativo adosado. Conseguimos una donación porque el problema son los fondos. Pero la idea está de trabajar conjuntamente en cuanto podamos las dos áreas y trabajar el preservativo tanto desde el tema de la paternidad y la maternidad responsable, desde la salud reproductiva, como desde el sida. Apuntamos a un sector con esto, al que puede, para que no se dé que está en el boliche, está por salir con alguna chica y de pronto no encuentre donde conseguir un preservativo a las 4 de la mañana. El bolichero tiene que tener para vender.

*La otra pregunta es, Juan, si ustedes les explican a las personas que tienen el diagnóstico de VIH positivo, cuáles son los derechos que tienen para que la medicación no se les entregue fraccionada. Porque esto es un derecho y es otro problema de presupuesto, doctor, ¿vió como se juntan las cosas? "Por que no hay" Hay una ley nacional que obliga al Ministerio de Salud de la Nación a entregar la medicación y va contra la ley fraccionar la medicación. Entonces ¿hay una parte que hable de los derechos humanos, de los derechos que tienen las personas que están infectadas? Para reclamar como corresponde el derecho a la medicación.*

JUAN JOSÉ GONZÁLEZ: Mirá, yo mucho sobre derechos humanos no sé. Lo que te puedo decir es que yo explicarle sus derechos, que tenga o que no tenga, eso yo no se los sé explicar, porque no tengo una preparación para eso. Yo en realidad soy un vendedor callejero, o sea que te podés imaginar el grado de preparación que tengo. Lo único que yo si hago es acompañarlos al hospital, les ayudo a hacer las colas para hacer los trámites, ir al ministerio, ir a PAMI, ir a ANSES, es todo un circuito que hay que hacer. Si seguís el circuito se brinda todo, lo que sucede es que hay veces que hay medicación y hay veces que no hay medicación.

CARMELO MACRINO: No es para abrir el paraguas, pero les quiero contar una intimidad nuestra. Si bien, y esto no es una excusa, las drogas las provee Nación y la provee Provincia, no es responsabilidad municipal, pero quiero contarles algo: el municipio tiene un presupuesto de casi 100.000.000 de pesos, estamos logrando recaudar el 80% o más que es bastante, es bastante la gente que está pagando teniendo en cuenta la crisis. En salud tenemos un presupuesto de un poco más de 16.000.000 de pesos, de los cuales más de 14 se van en sueldos. Son cosas que están, que heredamos, la gente tiene su estatuto, gente con antigüedad y nos quedan menos de dos millones de pesos para todas las acciones de salud que hay que hacer para cubrir 350 personas que incluyen un hospital de 60 camas, que incluyen 25 unidades sanitarias, que incluyen toda la medicación de batalla, más o menos para poder cubrir el 85% de las consultas. Se nos hace difícil. Con todo estamos tratando de ver, estamos empezando a enfrentar esta problemática. Pero tenemos la limitación del presupuesto, que creo que es la que tienen todas las comunas, la que tienen todos los municipios y la que tiene también la Nación. A mi me encantaría que las partidas que hay que mandar como intereses de la deuda externa sean más chicas y nos permitan hacer más cosas, pero desgraciadamente no soy yo el que las manda o las deja de mandar. Tenemos que administrarnos con lo que tenemos.

*Formo parte de un grupo de auto ayuda para personas portadoras de HIV. Nosotros comenzamos en el año 1996 con un juicio que le hemos hecho al ministro. Con el tema de la medicación, por ley internacional debe ser dada en forma gratuita, a través de un trámite burocrático. El trámite burocrático nosotros lo hacemos a cada uno de los pacientes que se acerca porque sabemos que es penoso, largo y corren un montón de negligencias humanas a través de este trámite al que de pronto, como grupo, somos mandatarios de más de 800 trámites burocráticos en Nación. Esa fue la ayuda que nosotros vimos de manera más prioritaria para todo aquel que se acercaba a Medicina Preventiva del Hospital referente al sida en la zona de San Fernando. Me alegra también ver que están acompañados por un Secretario de Salud desde la Municipalidad, nosotros no hemos tenido jamás ese tipo de suerte en nuestro municipio. Pero tenemos el agrado de decirles que de las 229 personas que hemos asistido como grupo, hoy el 70% están indetectable al virus. Hemos tenido que bregar por supuesto al ministerio para venir a buscar la medicación, y más en esta época que viene también de manera muy reducida y tenemos medicación únicamente para diez días. Es una problemática que estamos sufriendo todos aquellos que desde las esferas más bajas estamos queriendo ayudar de alguna manera. No sólo la pre-*

*vención sino al enfermo que se encuentra castrado socialmente a todos los niveles. Estamos a la espera de las personas de buena voluntad que quieran acercarse a los grupos. Como ellos son referentes, también somos referente de un grupo de personas que nos hemos puesto desde la necesidad de poder ayudar a esta gente que está de alguna manera muy triste, con graves consecuencias de políticas intermedias que paran también un poco lo que manda la ley. Los congresos, todas estas reuniones que se hacen son muy valiosas. Saquemos provecho de todo esto porque en estos momentos hay gente que está en condiciones terribles, en buenas épocas de la medicación, como tenemos un 90% de efectividad, hasta un 100% diría yo. Es muy importante el trabajo que ellos hacen.*

*Quiero preguntar a la organización Intercambios, pero también a usted que es el representante de Lusida en este trabajo de reducción de daños, qué espacio tiene en nuestro país o en países que están trabajando en este proyecto, los preservativos femeninos. Si está incluido o pensado o si existen posibilidades.*

PABLO CYMERMAN: En un momento, a principios del año pasado, lo usamos mucho para mostrar en talleres. Con la población que nosotros trabajamos era difícil esto porque era muy caro, hoy no se vende más, la gente no puede tener acceso. En general intentamos que todas las cosas que hacemos le puedan servir a la gente de manera instrumental. Esto no tenía sentido porque no se vende en ningún lado, nosotros tampoco tenemos para darle a la gente.

RODOLFO KAUFMANN: Nosotros habíamos incorporado el tema del preservativo femenino pero hemos tenido dificultades. Como no desarrollamos intervenciones específicamente, no tenemos acciones directas en el espacio comunitario sino en apoyo y en colaboración con las instituciones públicas de salud y con las ONGs lo que estaba comentando Pablo nos pasó también. Lo habíamos evaluado como una posibilidad de trabajo pero hemos tenido inconvenientes.

PABLO CYMERMAN: Las ventajas que da el uso del preservativo femenino, fundamentalmente en poblaciones de este tipo son muy buenas porque, por un lado le da a la mujer posibilidades de maniobrar de otra manera, y por otro lado, algunos usuarios de drogas dicen tener a veces problemas con la erección, con lo cual es muy difícil colocarse un preservativo masculino y podría ser más sencillo poder utilizar un preservativo femenino.



Pero te vuelvo a decir que no se comercializa hoy en día en la Argentina. No sé en otros países.

*En Uruguay tampoco está en venta, así que lo más que se hace es conocerlo. Se hizo una experiencia de investigación pero es muy caro. Yo quería felicitarlos porque fue muy bien presentado y muy claro. Pero me quedo con ganas de conocer más la experiencia de Irma. Me parece que dentro de este grupo de usuarios de drogas la experiencia de la mujer es mucho más oculta aún que la experiencia de los hombres. En Uruguay y creo que se va dando en la región, es bastante difícil, está más escondida, más discriminada y me emocionó muchísimo verte en la mesa, Irma y me gustaría conocer más cómo se da el contacto con las mujeres. Para Pablo: con relación al sistema de salud y la capacitación en dicho sistema, ¿cómo ha sido la respuesta y el acercamiento?*

IRMA VILLA: Les llega más, o sea, cuando estás entre mujeres les llega más. Hablás más. Las mujeres se liberan, se sueltan más. Es distinto cuando hay un hombre en una reunión o en un taller. Eso lo hicimos el año pasado. Hicimos talleres con mujeres y fue una experiencia muy buena, cuentan más sus cosas, todo. Cuentan sus cosas, aceptan lo que yo les puedo llegar a decir, las escuchan.

PABLO CYMERMAN: En relación con los equipos de salud, yo decía que nosotros intentamos hacer un puente entre los servicios de salud y los usuarios de drogas. Con lo cual, el trabajo lo debíamos hacer a dos puntas. Por un lado, al principio, empezamos a contactarnos. Hicimos una guía de recursos sanitarios y sociales que había en la zona. Esto nos dio la posibilidad de un primer contacto, de contarles el proyecto, de buscar adherentes nuevamente para el proyecto y sensibilizarlos en relación con esta problemática. Empezamos también a encontrarnos con ciertas dificultades que había, en situaciones concretas y les empezamos a poner nombre y apellido a cuáles eran las situaciones que estaban pasando, qué dificultades tenían los usuarios de drogas para acceder a un servicio de salud. Por ejemplo, una persona con quien nosotros trabajamos, que está viviendo con el virus, fue a la salita del barrio por un dolor. Ella consideró que era importante contar que estaba viviendo con el virus y en la salita la remitieron al servicio de Infectología "por su bien". Nosotros creemos que esto no debería ser así. En el hospital, una vez que tuve la posibilidad de acompañar a una persona que había tenido un resultado positivo para el VIH, en una



primera consulta la médica infectóloga le preguntó a esta persona si consumía sustancias (drogas ilegales). Esa persona le dijo que sí y la doctora le recomendó un tratamiento de abstinencia, por si tenía que empezar a tomar la medicación.

Las preguntas que nos hacíamos nosotros eran qué efecto tienen estas intervenciones en estas personas. Esta persona iba a volver a consultar a ese centro de salud, en el caso de la primera, o a ese hospital, en el caso de la segunda? No veíamos que hubiera malas intenciones desde los efectores de salud sino que creíamos que estaban asentados en estereotipos y representaciones erróneas acerca del uso de drogas y el VIH/sida.

A partir de ahí iniciamos una capacitación en el hospital, en el cual también hay una anécdota linda para contar. Hay una persona que para nosotros es clave por su especificidad, por la problemática que trabaja. Estaba intentando contactarla hace mucho tiempo. Esta persona vino a una capacitación general que se dio para el hospital. Vino personal de clínica médica, de infectología, de enfermería, gastroenterología. Hablamos mucho sobre la reducción de daños, cuestiones generales acerca de la política de reducción de daños y sobre los estereotipos asociados al uso de drogas y los estereotipos de los usuarios de drogas. Cuando terminó la capacitación se me acercó y me dijo: yo tengo que trabajar todavía bastante más porque cómo voy a atender bien a una persona si la considero un delincuente.

En general las capacitaciones con los efectores de salud tuvieron tres líneas: por un lado intentar conseguirlos como adherentes y amigos de la reducción de daños, por lo tanto del proyecto, colaboradores del proyecto. Poder ampliar en algunos lugares las intervenciones que se venían desarrollando. No sólo dimos capacitación en el marco de este proyecto en la zona donde nosotros estamos desarrollando acciones sino también en San Martín. Fundamentalmente apuntamos a contribuir a modificar las representaciones sociales asociadas al uso de drogas y poder crear un vínculo de derivación más rápido y fluido.

## Panel: Articulación de las políticas de drogas con las experiencias del Proyecto Regional de Prevención del VIH/sida

MODERADOR: DR. PEDRO CHEQUER. *Asesor Interpaís del ONUSIDA*

Primero voy a agradecer a Intercambios y al programa Lusida el honor de estar coordinando esta mesa. Empezamos entonces conforme está previsto en el programa con la presentación de José Manuel Martínez Morales de la UNODCCP.

*Dr. José Manuel Martínez Morales. Representante para Brasil y el Cono Sur del UNODCCP.*

Quería comentar con ustedes qué es lo que está haciendo el programa que yo represento en el tema del sida, de las drogas, de la reducción de daños. Los programas de cooperación regional aprovechan las experiencias de algunas regiones para aplicarlas a otras y dentro de cada región, como en cada uno de los países.

La portada de una revista que hemos publicado en Brasil, refleja el trabajo que hemos desarrollado en estos últimos diez años. Hemos querido mostrar una diversidad en la misma portada, no sólo de lo que es Brasil, sino de lo que es el mundo moderno, de lo que es la sociedad actual. El mundo rural, el mundo industrial, la juventud, las personas de edad, la preocupación ambiental, se habla de diez años de compromiso. Diez años que son los que tenemos abierta la representación en Brasil y el compromiso porque creo que esa es la palabra clave para la cooperación internacional dentro del mandato de Naciones Unidas en el problema de las drogas. No se puede establecer ninguna política de control de drogas o de prevención de las drogas si no existe un compromiso entre todos los que estamos, en mayor o menor grado, relacionados con este problema.

Desarrollaré el problema de las drogas en el nivel internacional y nacional; cuál es el mandato del programa y los proyectos que estamos desarrollando con el sector privado y con el gobierno.

El UNODCCP o PENFUID, como es conocido en los países de habla castellana, fue creado en 1990 por la Asamblea General y comenzó sus actividades en 1991. Trata de articular políticas, actividades y de prestar la cooperación técnica a los estados miembro del sistema de las Naciones Unidas, en estrecha cooperación con las demás agencias integrantes del Sistema. Los tratados internacionales orientan el trabajo del UNODCCP, pero llegó un momento que es, en mi opinión, importantísimo en el nivel político. En junio del '98 se realizó la sesión especial de la Asamblea General sobre el problema de las drogas en Nueva York. Participaron más de 150 jefes de Estado y de Gobierno y en ese momento se pasó revista a cuál había sido la actuación de la comunidad internacional durante los años anteriores, principalmente desde el '88, desde la Convención de Viena; qué es lo que se había hecho en esa década, en qué se había avanzado, qué se había conseguido y qué es lo que faltaba por conseguir. Lamentablemente nos quedan muchas cosas por conseguir.

Fue en esta ocasión cuando por primera vez la comunidad internacional expresó claramente la necesidad de una política balanceada entre medidas de control y medidas de prevención, tratamiento y reinserción social. De hecho, la declaración política del principio de reducción de la demanda ya viene privilegiada desde su inicio por una importancia concedida por los 150 jefes de Estado y de Gobierno que participaron. Se habló de la integración de los principios de los esfuerzos de reducción de la demanda en todos los programas sociales más amplios. Se ha comentado aquí, y comparto totalmente esa preocupación, que, en el fondo, lo que estamos discutiendo es un problema social gravísimo de nuestra sociedad. Por supuesto, se ha avanzado. Ya no existe aquel viejo antagonismo o enfrentamiento entre países llamados consumidores o productores o de tránsito. Ahora es un problema de todos y todos tenemos una responsabilidad compartida.

Es uno de los grandes avances que se obtuvo en esa década. Ya no hay países estrictamente productores, o estrictamente consumidores, ni estrictamente de tránsito. Los países tradicionalmente consumidores son fabricantes de determinadas sustancias. Lógicamente no son los estupefacientes naturales, aunque también los haya, por ejemplo en el caso del cannabis, pero sí son grandes fabricantes de psicotrópicos o lo que no es menos importante, de sustancias químicas controladas de los llamados precursores, sin los cuales la hoja de coca (ciñéndonos a este continente), sería apenas una hoja verde que sirve para hacer un mate o un té. O sea que todos te-

nemos una responsabilidad compartida en este problema y eso lo ha asumido la comunidad internacional.

El tránsito propicia también el consumo. Siempre se pensaba que el consumo de drogas era un problema del vecino, no era nuestro y lamentablemente la propia experiencia demuestra que cuando se comienza con el tránsito se acaba convirtiendo en país de consumo. Los cambios en el consumo de cocaína son evidentes. Hay países donde ha habido un incremento, otros que han decrecido (lamentablemente son los menos), y un número de países que no han facilitado información cuando se realizó el estudio.

En cuanto a los costos sociales, hay una gran preocupación a la hora de diseñar políticas públicas, de cuál es el costo del tráfico ilícito y del uso indebido de drogas. No solamente es lo que se está gastando en tratamientos sino también en el nivel público en seguridad y control, como el mantenimiento de efectivos policiales para enfrentar el problema, o el sistema de prisiones. Se dice que son varios billones de dólares los que se giran al año por el negocio de las drogas aunque yo no me atrevo a dar cifras. No soy un gran amigo de las estadísticas, sobre todo en estos temas que no podemos cuantificar con una investigación puerta a puerta. Es una actividad ilícita y los precios y los mercados varían de país en país.

En Brasil, la oficina en la que trabajo, tiene desarrollados proyectos con las siguientes instituciones: Secretaría Nacional Antidrogas (sería el equivalente a la SEDRONAR en la República Argentina); Ministerios de Justicia, Salud, Hacienda, Educación, Servicio Social, de la Industria; la Federación Brasileña de Comunidades Terapéuticas; ONGs, y con otras organizaciones o programas del sistema de las Naciones Unidas. Entre los principales proyectos de cooperación técnica tenemos el Programa de Drogas y sida, en el cual tuve la posibilidad de cooperar con el Dr. Pedro Chequer en su actividad profesional previa a coordinar el ONUSIDA. Otro programa se dedica al Uso de Drogas en el Local de Trabajo y la Comunidad, que es realmente interesante; o la Fiscalización de Precusores Químicos - que es lo que hace que la hoja de coca se convierta en pasta, en sulfato o en clorhidrato de cocaína-. Hay un programa de Entrenamiento de las Diferentes Fuerzas de Seguridad Brasileñas, tanto en el nivel federal como en el nivel estatal y un Sistema Integrado de Informaciones sobre Justicia y Seguridad Pública. Todos estos programas tienen un componente de cooperación sub - regional, porque la cooperación es fundamental para enfrentar este problema de nuestras sociedades.



En cuanto a nuestra cooperación con el Ministerio de Salud, dentro del proyecto sobre VIH/sida, desde el año '95 estamos cooperando en este proyecto financiado con recursos del Banco Mundial, la contrapartida brasileña, y en aquella época, un 20% de fondos de Naciones Unidas que fueron donados por el gobierno italiano. La idea era fortalecer a las instituciones en una promoción y atención a la salud y protección de los derechos humanos de los consumidores de estupefacientes, y a su vez, coordinar las actividades para trabajar en la prevención de la transmisión del sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Se pretendía también promover en el nivel nacional e internacional la producción del conocimiento y tecnología para optimizar acciones. En este caso el proyecto con el Ministerio de Salud de Brasil ha sido de referencia mundial y las experiencias adquiridas han permitido cambiar muchas mentalidades que existían no sólo en Naciones Unidas sino también en otros organismos internacionales.

En cuanto a las estrategias, una de las primeras era intentar garantizar la sustentabilidad de las acciones, focalizar y alcanzar a las poblaciones vulnerables, acercar a los usuarios de drogas por vía endovenosa a los servicios de salud, fortalecer la capacidad estatal. Brasil es un país con una estructura federal y el nivel local se acerca por intermedio de las ONGs. También hemos pretendido utilizar lo aprendido en la primera fase del proyecto anterior -del '95 al '98-, en esta segunda fase en la que estamos trabajando. Por último, promover la experiencia brasileña en los países de lengua portuguesa y los países del Mercosur.

Quería comentar el proyecto de Prevención en los Locales de Trabajo. Si bien no está directamente relacionado con el foco de este Seminario, está totalmente dentro de la prevención y es uno de los proyectos que tienen resultados, porque la propia metodología ha permitido efectuar una evaluación ex-ante y ex-post del proyecto. Se percibe claramente que cuando se trabaja en la prevención seriamente, y se involucra a los diferentes sectores de una empresa en actividades de prevención, se consiguen resultados, esos resultados tienen un reflejo económico, pues dentro del mundo empresarial (aparte de la voluntad que pueda existir de dar un servicio social a sus colaboradores), también, evidentemente prima el interés económico.

En Río Grande Do Sul hemos tenido en los últimos cuatro años, una experiencia muy favorable: una reducción del 13% en fumadores, 70% en relación con las drogas ilícitas, 35% de disminución en accidentes de trabajo (algo fundamental), 29% menos en atrasos, con el consecuente aumento de productividad, y todo esto con un costo per cápita mensual de

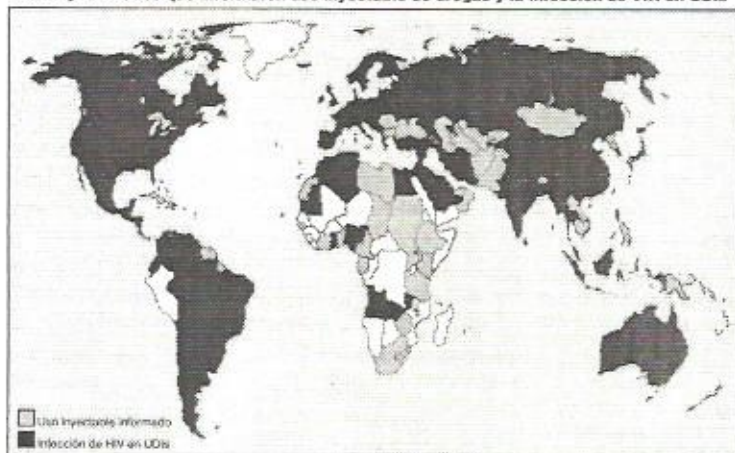
un dólar. No creo que sea realmente tirar dinero por la ventana para conseguir estos resultados.

Todo esto, lógicamente, al principio era un proyecto financiado. Se preveía que 29 empresas estarían teniendo acceso a este proyecto. El resto tenía que pagar una cantidad (el dólar mensual por trabajador) y cómo sería el éxito del proyecto que se adherieron 18 empresas más. Simplemente quiero recalcar que, cuando se trabaja seriamente y hay voluntad, se consiguen resultados en la prevención.

Los principios de la reducción de la demanda a que hacía mención son por donde está trabajando la comunidad internacional, y por donde se va a continuar trabajando si queremos tener resultados favorables.

Por último, quiero referirme a lo que es la cooperación técnica regional. Estamos en fase muy avanzada de negociación de un proyecto de cooperación entre ONUSIDA, UNODCCP, los países del Mercosur y Chile. Podremos, por una parte, trabajar en la prevención del consumo de drogas y por otra, en la reducción de los daños causados por ese consumo de drogas entre aquellas personas que, o no tengan la voluntad o no puedan dejar de consumir drogas, aproximándolos a los servicios de salud e intentando rescatar la ciudadanía y el respeto a los derechos humanos de estos conciudadanos nuestros.

#### **Países y territorios que informaron uso inyectable de drogas y la infección de VIH en UDIs**



FUENTES: Cuestionario para el informe anual, parte 2 en abuso de drogas (EMPI/1990/2). Uso inyectable e infección de VIH: Gerry Strison, Don C. Des Jarlais y Andrew Ball (DMS), ONUSIDACMS, Prokowitz et al., 1999. Proyecto del Grupo Pompidou: Informe final en usuarios de drogas tratados en 23 ciudades europeas, 1997. Tendencias 1996-97.

Dr. MARIANO MONTENEGRO. *Asesor del Consejo Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE) de Chile*

Estoy principalmente a cargo del tratamiento y la rehabilitación. La participación nuestra es para poder compartir en un tema más específico como es la reducción del daño en consumidores de drogas endovenosas en relación con el VIH/sida.

Realizamos un estudio acerca de actitudes y representaciones, el cual ha sido nuestra primera aproximación a poder descubrir esta población tan oculta que me ha quedado absolutamente claro en estos dos días que es una realidad para todos. Una población que no consulta el sistema de salud, de la que no existen registros importantes dentro del sistema de salud como para poder hablar de su perfil. Por lo tanto, este ha sido un estudio de alta trascendencia que nos ha dado luces de cómo ir metiéndonos en la realidad específica. Y el segundo proyecto, que va en la misma línea, que es el proyecto de prevención del VIH/sida en usuarios de drogas inyectables en el cono sur que es el que actualmente está reunido. Es absolutamente sinérgico con el anterior y nos ha permitido ver las técnicas de aproximación para realmente sacar una información mucho más fidedigna para lograr tener un diagnóstico también mucho más fidedigno. Porque al tener un diagnóstico más claro, podemos intervenir de una forma más clara.

Quiero compartir el diagnóstico de Chile con ustedes. Nosotros tenemos un estudio nacional de hogares que es el que nos mide las prevalencias absolutas. Lo hemos hecho en tres periodos: '94, '96 y '98. Les quiero contar que en este estudio logramos preguntar a la gente que tenía prevalencia de vida por qué vía se administraba la droga. Es una primera aproximación. Probablemente todavía no nos da la realidad más concreta pero sí algunas luces. Nos hemos dado cuenta que la prevalencia de vida en el '94 era 0,5%; en el '96 era 0,8% y en el '98 de 0,84%. Podríamos decir que hubo una cierta estabilización. En el año 2000, se está aplicando el cuarto estudio nacional para ver cómo va la tendencia. Hasta el momento tiende a estabilizarse.

Les quiero decir que en la muestra expandida, el 84% del '98, equivale a 10.296 personas. No dejan de ser personas que en algún momento se han inyectado drogas. Inyectarse drogas es un gran paso, por lo tanto nos dice mucho. No es lo mismo decir: alguna vez usted ha fumado un cigarrillo de marihuana que: alguna vez usted se ha inyectado droga. Por lo tanto el peso de severidad está bastante grande y tendríamos que pensar que



estas 10.296 personas están probablemente en abuso o dependencia y con conducta de riesgo.

Ahora, viendo esta muestra, ¿cuál es el perfil que encontramos en el estudio nacional? Por género, es muy parecido al que ustedes han encontrado: hombres 81%; mujeres 19%. Por edades se nos ha agrupado el 38,29% entre los 19 y los 25 años, donde está el pico de esta pesquisa y por nivel socio - económico, curiosamente en las clases medias en Chile se encontró mucho más fuerte que en las clases extremas, altas o bajas. Nosotros tenemos cinco niveles que son: alto - medio alto - medio - medio bajo y bajo, y claramente se ve que en el medio se observa un consumo mayor pero toda la clase media está agrupada. También es un perfil distinto probablemente del que hemos estado hablando aquí.

La región metropolitana claramente se lleva el 57% de la torta, que es como está pasando también en casi todos los países. La Quinta Región, que es la segunda región más importante después de la nuestra, se lleva el 17% y el resto del país, en forma muy dispersa, muy disgregada, el 26%. Lo que también nos da muy claramente indicios acerca de la población urbana en centros urbanos.

Los estudios del '94 fueron hechos con una muestra de la población, cuyo universo era entre 12 y 64 años. El primer estudio fue zonal, Chile dividido en cinco zonas: Norte Grande - Norte Chico - Zona Central - Zona Sur y Zona Austral. El segundo estudio se hizo regional (nosotros tenemos trece regiones) y se midió en cada una de ellas. El tercer estudio se hizo comunal. Para ir precisando más donde podemos ubicar a las personas con problemas de drogas y en el caso específico aquí, a las personas usuarias de drogas endovenosas.

Por qué hacemos el tema comunal. Primero por la focalización, segundo porque nuestra administración está hecha en comunas y las comunas son las que están a cargo de la salud y de la educación en todo Chile. Por lo tanto, es necesario que las autoridades locales tengan una información propia y local para poder cumplir con las políticas públicas del país. Si no tenemos información local muchas veces se nos puede frenar la aplicación de políticas públicas en el nivel local. En el año 2000 se están haciendo comunales nuevamente con mayor número de comunas para tener información mas precisa en todo Chile.

Las principales drogas de consumo son claramente marihuana, pasta base y cocaína. Si embargo, las drogas que nos da mayor problema en la salud pública son la cocaína y la pasta base, principalmente la pasta base



que es por vía inhalada. Con la marihuana tenemos casi insignificantes problemas de salud pública, en términos de consulta, no nos requieren atención. Las otras drogas que nos siguen en prevalencia son las anfetaminas que son las que están a continuación. Esto es prevalencia de vida, de consumo alguna vez en la vida: las anfetaminas, alucinógenos, solventes volátiles inhalados, LSD, heroína, éxtasis, morfina y crack, son las que pudimos investigar. Tienen porcentajes todavía bajos pero preocupantes. Les quiero decir que aparecieron principalmente en el '96 con esos porcentajes. Lo que les quiero decir también es que el uso de drogas nuestro, endovenoso, principalmente es de cocaína y anfetaminas. La heroína es casi insignificante epidemiológicamente hablando en Chile.

Ahora, para cruzarlo con el tema del VIH/sida nosotros tenemos un perfil más andino que del Mercosur. Tenemos, con la información de que disponemos, la vía endovenosa para transmisión del sida dentro del 5,4% que más o menos equivale de un 3% a 4%. Muy distinto al que han planteado en Brasil, Argentina y Uruguay que tienen un peso y un perfil epidemiológico bastante distinto. Por lo tanto, todavía no se lo ve como un problema tan urgente en la realidad chilena. Sin embargo, esto también nos hace pensar que es una oportunidad claramente para actuar sobre lo que se nos podría venir de repente.

Con esta información, las proyecciones son las siguientes: tenemos un cambio de gobierno reciente, por lo tanto estamos echando a andar toda la restauración de las relaciones y generalmente en un cambio de gobierno se revisa mucho a pesar de que es un gobierno de la misma coalición anterior. Por lo tanto hay una tardanza de gestión para poder aplicar las medidas pertinentes con más rapidez. Tenemos que mejorar la articulación de las políticas de drogas con las experiencias del proyecto regional de prevención de VIH/sida. Es decir, tenemos que ver como va este proyecto y probablemente replicarlo en muchas partes de Chile, tanto como en la capacidad de meterse en la población a través de ONGs que claramente es la mejor forma. Investigar cualitativamente y cuantitativamente una forma más acotada y más precisa y lograr intervenir también a través de esos mismos actores de investigación.

Tenemos que incorporar dentro de la prevención específica, la prevención de la infección por VIH/sida en usuarios de drogas inyectables, cosa que no se ha hecho hasta el día de hoy. Tenemos que perfeccionar la vigilancia epidemiológica precisando el perfil de la población usuaria de drogas inyectables. Yo creo que es tremendamente necesario que nosotros po-

damos cuantificar, pero además de cuantificar con mas precisión, lograr precisar el perfil. Porque yo creo que hemos escuchado estos días fuertemente las condiciones socio - culturales de la población usuaria de drogas. Pero he echado un poquito de menos, y creo que es para reflexionarlo y para debatirlo un poco más, que tengamos que saber el perfil individual de las personas que consumen drogas endovenosas para poder otorgar la mejor prevención y el mejor tratamiento y rehabilitación con la especificidad que requieren las personas que se inyectan. Yo creo que en eso tenemos que hacer un salto cualitativo para poder precisar mejor su perfil.

Claramente tenemos que capacitar equipos en trabajos de sida y drogas. Los equipos que trabajan en sida, que estén capacitados en drogas; y los equipos que trabajan en drogas, que estén capacitados en sida. Tenemos que aumentar y mejorar la oferta de tratamiento y rehabilitación en usuarios de drogas inyectables. En este momento no tenemos una buena respuesta. Creo que la especificidad, solo es una hipótesis aventurada pero que me atrevo a plantearlas. Creo que el tratamiento de usuarios de drogas inyectables es un tratamiento de alta especificidad, creo que requiere una atención de alta complejidad y eso tenemos que traducirlo en términos técnicos y también tenemos que traducirlo en términos financieros. La alta complejidad es mas cara. Por lo tanto tenemos que calcular las prevalencias, el perfil para calcular el nivel de complejidad que va a requerir, para calcular el dinero que se debe asignar para este tipo de complejidad.

Tenemos que aumentar y mejorar la prevención de la infección por VIH/sida en población que abusa y depende de drogas, especialmente en conductas sexuales de riesgo. Eso es tremendamente necesario. Lo que está clarísimo es que las personas que consumen sustancias por cualquier vía tienen conductas sexuales de riesgo mayor que la población general. Por lo tanto ahí tenemos que tener medidas preventivas de VIH/sida por cualquier vía e incorporar la reducción del daño en usuarios de drogas inyectables. Creo que esto es un hito. Todavía como la población nuestra es de un perfil más andino, no se ha enfrentado el tema con la firmeza y con la importancia que requiere. Por lo tanto creo que ya desde estos dos estudios, desde estos momentos de la nueva administración, claramente tenemos que entrar en el tema de la reducción del daño, específicamente en esta población, para seguir el debate de la reducción del daño en población que consume drogas por cualquier vía. Tenemos que desarrollar estrategias de investigación acción, ya lo dijo mi compañera del Ministerio de Salud. Si vamos a investigar es para actuar, no estamos investigando solo por un pla-

cer académico. Las conclusiones tienen que ser lo más precisas posible para poder tomar las políticas públicas más precisas, para poder resolver lo más que se pueda el problema.

Tenemos que proporcionar espacios de reflexión sobre estrategias de intervención desde un enfoque socio cultural. Eso lo sugiere Naciones Unidas también y me parece tremendamente trascendente ya que este es un tema (tanto drogas como VIH/sida) que requiere mucha reflexión. Tenemos que potenciar y optimizar experiencias del Cono Sur que como ya hemos visto, la realidad de nuestros países vecinos, principalmente el Mercosur, es una realidad todavía distinta a la nuestra en términos epidemiológicos pero que nos puede ayudar a pensar qué medidas tomar anticipadamente.

### Estudio de Hogares CONACE Consumo de drogas inyectables

#### Prevalencia de vida

→	1994	0.5%
→	1996	0.8%
→	1998	0.84%

1998 - la muestra expandida equivale a 10296 personas

### Información sobre consumo de drogas inyectables

Fuente: Estudio de Consumo de Drogas en Chile, 1998  
Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes

#### → POR SEXO

Hombres: 81%

Mujeres: 19%

#### → POR EDAD

12-18	19-25	26-34	35-44	45-64
6,38%	38,29%	23,40%	17,02%	14,81%

#### → POR NIVEL SOCIOECONÓMICO

ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO	MEDIO BAJO	BAJO
12,76%	21,27%	34,04%	23,40%	8,51%



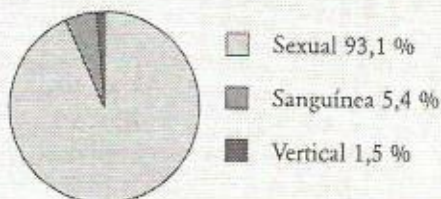
Prevalencia de consumo en el último año para las principales drogas ilícitas según estudio (%)

Tipo de droga	1994	1996	1998
Marihuana	4,00	4,01	4,73
Pasta base	0,86	0,63	0,81
Cocaína	0,90	0,83	1,32
Cualquiera	4,45	4,26	5,31

Prevalencia de vida para el consumo de otras drogas (%)

Tipo de droga	ha consumido
Anfetaminas	1,4
Peyote	0,3
Solventes volátiles	0,3
Chicota	0,3
LSD	0,2
Heroína	0,1
Éxtasis	0,1
Morfina	0,1
Chack	0,1
Otras	0,2

Casos acumulados de SIDA por categoría de exposición declarada Chile 1984 - 1999





En primer lugar, quería agradecer la oportunidad que se brinda a la SENAD para hacer conocer uno de los trabajos más trascendentales que se realizaron este año, que es la elaboración del Plan Nacional de Lucha Contra las Drogas. Uso estos términos porque el nombre todavía está en debate. Todavía no se definió cual va a ser el nombre definitivo de este Plan Nacional pero el contenido está prácticamente definido. En julio de este año, la SENAD logró convocar a instituciones nacionales, estatales y privadas para la elaboración de este plan que incluye varias líneas de acción y varios ámbitos de trabajo, por ejemplo, la disminución de la oferta y la demanda de drogas. Quiero referirme específicamente al área de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, sin desmerecer por supuesto a las otras áreas. Por ejemplo la de observatorio, que se refiere al área de estadística y de información tanto interna como externa. Otra área se refiere a los delitos conexos al narcotráfico, la prevención y otras áreas que están conectadas al narcotráfico.

El objetivo del Plan Nacional es la determinación de líneas operativas, pautas y criterios dinámicos para realizar los objetivos señalados por la política nacional antidrogas. La política nacional antidrogas fue tomada de un material proporcionado por CICAD-OEA que asesoró mediante expertos, mediante documentos elaborados previamente en distintos países, de los cuales Perú y Venezuela fueron los que más se asemejaban a las necesidades de nuestro país. Ese documento fue adaptado a la realidad nacional de Paraguay. Lo que se busca con este Plan Nacional es el consenso de las ideas y sobre todo las actividades realizadas en el país en la lucha contra el narcotráfico.

Los objetivos que se tienen en el ámbito de "tratamiento y rehabilitación" son los de persuadir a la población y crear la conciencia ciudadana respecto del peligro del uso indebido de drogas. Siempre tendemos a la abstinencia, al hecho de no consumir drogas. Queremos que ese concepto no quede en segundo lugar. El objetivo número dos es crear condiciones para el mejoramiento de la situación socio - económica del país. Como número tres, asistir a la mayor cantidad posible de drogadependientes y preservar al espectro de la población en situación de mayor riesgo. Esto obedece a la política que se refiere a la reducción de la demanda de drogas y también a la de reducción de daños o efectos o consecuencias adversas a su consumo.

Nosotros tenemos varios proyectos y varias líneas de acción que enfocan estos proyectos. Están dirigidos a población adicta en general, a población carcelaria, a niños y niñas de y en la calle, al sector laboral, y a funcionarios públicos. Las instituciones involucradas en estas líneas de acción son: la Secretaría Nacional Antidrogas, el Ministerio de Salud, la Secretaría de la Mujer, el Ministerio de Justicia y Trabajo, el Poder Legislativo, la Iglesia, las ONGs y representantes del sector privado.

Diría que la política de este Plan Nacional es lo más y quisiera compartir con ustedes que es la promoción de la reducción de la demanda de drogas. Nuestro Plan Nacional contempla nuestras fortalezas, es decir, con lo que contamos actualmente y es infraestructura. Tenemos un Centro Nacional de Adicciones que depende del Ministerio de Salud y algunas instituciones privadas. Existen recursos humanos capacitados para este trabajo y existen recursos económicos estatales y privados.

Nuestras debilidades son la falta de coordinación institucional que es lo principal. Cada una de las instituciones tanto privadas como estatales trabajan bajo sus propios términos. Eso es uno de los objetivos del plan. Buscar consenso y unificar ideas y actividades para un mejor logro del objetivo general que es la reducción de la demanda de drogas.

Hay un claro aumento en la cantidad de usuarios y adictos, una subvaloración del diagnóstico y tratamiento por parte de la población y autoridades; y deficiencia en la distribución de los recursos.

Uno de los desafíos de este plan, en el ámbito del tratamiento, es crear un equipo inter institucional de OG y ONGs de tratamiento, rehabilitación y reinserción social encargado de planificar, orientar, capacitar, evaluar y supervisar los planes, programas y proyectos que se encuentran en organismos públicos y privados.

En conclusión, para ser breve y concreta, el concepto de reducción de daños está entrando lentamente en el país y esperamos la ayuda internacional y la ayuda del Cono Sur para que este concepto vaya siendo cada vez más familiar y mejor aceptado tanto social como política y gubernamentalmente.

*Dra. RAQUEL MAGRI. Secretaria Nacional de Drogas del Uruguay.*

Antes que nada, más agradecimientos. En este caso a Intercambios que me permitió venir, estar acá, en Buenos Aires, ciudad preciosa; y ade-

más poder encontrarme hasta con mis propias compañeras de trabajo que a veces nos encontramos tan poco en nuestro país. Esta es una oportunidad, estamos más tranquilas y hasta podemos charlar, de hecho lo he podido hacer y estoy muy contenta por eso.

Las políticas del Uruguay en todos los temas relacionados con el tema drogas se resuelven en el ámbito de la Presidencia de la República, en el ámbito de la Junta Nacional de Drogas (JND). La JND es una instancia de encuentro y decisión entre los Ministerios de Educación y Cultura, Salud, Interior, Defensa, Deporte y Juventud, Economía, Industria, a través de sus Subsecretarios, el Prosecretario de la Presidencia, y la Secretaria General de la JND.

Las políticas surgen del trabajo de análisis de los diferentes problemas, y de la formulación de las estrategias. Con una instancia de evaluación para permitir los ajustes que los resultados y los cambios de la situación requieran. Estos trabajos surgen de la Secretaria, trabajando en régimen de Comisiones, de Educación, Tratamiento y Rehabilitación, Seguridad, Lavado, Químicos y Precursores. En estos Comités están representados grupos de trabajo del Gobierno y de la Sociedad desde sus Organismos no Gubernamentales, así como de otros grupos (sociedades científicas, universidades, bancos privados y otras).

Es política de la JND trabajar con una metodología que incluye en todas las áreas la investigación y su análisis, la acción que surja de ese diagnóstico, y la evaluación. En este momento y con un cronograma fijado para su finalización en diciembre del 2000, los comités se encuentran redactando el Plan Nacional, o más bien una puesta al día del Plan Nacional. Con la información al día de la fecha, pero especificando en el plan que una de las acciones, es la puesta al día de los diagnósticos. Surge también la falta de pautas de tratamiento, y seguramente que aquí nuestros estudios y nuestras soluciones tendrán puntos comunes. Por eso es que apoyamos la investigación, en este caso la de los grupos relacionados con el sida, seguros que son un aporte para la toma de decisiones. En este caso las actitudes de los usuarios de drogas intravenosas. Es claro que este es un grupo que requerirá como todo lo humano, soluciones específicas. No se nos escapa que deberán ser soluciones que deberemos pesar en cuanto a sus repercusiones sobre sus problemas, pero también sobre los de los otros grupos.

En las relaciones Internacional, el Uruguay participa del trabajo con otros países, especialmente, con el grupo de los países del MERCOSUR ampliado. Es con ellos que nos encontramos trabajando desde abril en la in-



investigación conjunta en algunas áreas, sabiendo de nuestras diferencias, pero buscando un centro común para poder comparar resultados y compartir experiencias. Los resultados de esta reunión debieran ser una muestra de ello.

Lic. ALBERTO CALABRESE. *Comisionado General de Prevención y Asistencia de SEDRONAR de Argentina*

Lo que me gustaría no es hacer toda la exposición de lo que se supone es la Secretaría de Drogas de la Nación sino qué tenemos que ver con esto. Estamos hablando de reducción de daños en el Cono Sur y yo me alegro. Cuando me nombraron para la Secretaría, una de las primeras cosas que abordé fue el hecho de que un grupo de amigos que son militantes de este tema, como muchas de las caras que estoy viendo aquí, se acercaron para decirme que querían hacer algo en materia del tema de reducción de daños, que yo lo he seguido de cerca y he tenido la suerte de participar de los debates de Naciones Unidas, cruciales en este tema. En este momento es un tema que motoriza al otro tema: el problema de las drogas entre sus tantas facetas tiene que ver con la reducción de la demanda. Pero, curiosamente en este momento, la reducción del daño creo que ha impulsado la reducción de la demanda.

Es paradójico, porque es una punta que influye sobre el conjunto. Nunca nos tenemos que olvidar que cuando estamos hablando de drogas estamos hablando de gente y que cuando estamos hablando de drogadictos estamos hablando de alguien que está entre nosotros, que somos cualquiera de nosotros potenciados en eso y que a través de ese hilo podemos ver la trama del conjunto social.

Muchos de los que están aquí me han escuchado en otras oportunidades, y saben que si estoy en esto es por eso. Porque es una de las muestras claras de qué momento social nos toca vivir y paradójicamente en la Argentina, el problema de la reducción del daño es un tema que tratamos de no verlo. Aunque teníamos indicaciones de Naciones Unidas votadas por el país, no podíamos tomar ninguna resolución al respecto porque siempre en este tema se privilegia el prejuicio y el discurso oficial (que no quiere decir del gobierno), sino de los comunicadores, el de los jueces, el de los legisladores a veces, en fin, muchos de los que tienen algo que opinar en esto. Tiene que ver con esta cuestión del miedo a la puesta en escena del otro



"fuera de". Entonces, en la condición política actual del país por las dificultades que nos toca vivir como nación, como conjunto, creo que hay dos cuestiones de este tema que nos sirven para motorizar. En primer lugar, el hecho de que hay gente que se muere por el consumo de drogas como también hay gente que se muere por el consumo de velocidad, por la conducta violenta cotidiana y tantas cosas que son intercambiables y coadyuvantes. Pero, dado que el mundo ha elegido esto de poner a las drogas en un lugar de relevancia, tenemos que aprovecharlo para poder justamente decodificar quién nos viene ahí, quién se nos presenta y no solamente darle un servicio de asistencia, no solamente prevenir de ese uso, sino también aprovechar este sentido para transformar.

Cuando los programas de reducción del daño, pocos que había en este país, empezaron a trabajar, lo hicieron sobre eso, sobre el hecho de transformar la realidad y convertir algo que aparecía como negativo en una cuestión positiva. Algo que apelaba no solamente a la salud sino a lo amplio del sentido de la inserción de la salud. Si una persona tiene sentido en la vida y además tiene una vida saludable es lo que estamos discutiendo, porque cuando se cierra el prejuicio y nos dicen que esto es peligroso o que aquello no se puede, que no sea el caso de que divulguemos la droga a través de, por ejemplo, una conducta sana en el hecho de ofertar jeringas aún en el nivel individual. En realidad lo que nos están diciendo es: prefiero seguir con la política del terror puesta para afuera y creer que todo lo demás está sano. Y esto es un error grave, porque no estamos sanos, el mundo no está sano, nuestra sociedad no está sana y tenemos que aprovechar cualquier pretexto que nos permita intervenir para, justamente, jugar a la transformación. La apuesta a la transformación, que es una apuesta absolutamente preventiva, tiene que ver con la cuestión de la transformación, que es ya en función de lo inespecífico, porque son todos los campos de lo inespecífico que crean lo específico. Lo específico de drogas lo vivimos a través de los quiebres en lo inespecífico.

En la actualidad, mucha de la gente que se acerca al consumo de sustancias, lo están volviendo a hacer con la forma primitiva, esto es, de volver a inyectarse. O sea, las conductas más auto destructivas tienen que ver con grados de desesperanza. Si podemos dar una respuesta a esas personas, con más facilidad le vamos a dar respuesta a cualquiera de los otros que se pueden jugar a la autodestrucción con el consumo de sustancias. Porque tenemos que jugar con lo siguiente: con gente que no le interesa que la ayuden porque además tiene una mimesis con la sustancia que consume,

en función de que esa sustancia es relevante en una sociedad como esta. Las drogas son un objeto de culto y los adictos no se están perdiendo, se están confundiendo. No sienten que estén contestándole a nadie, simplemente se están incorporando. Es difícil decir a un adicto: lo voy a ayudar, lo voy a salvar, lo voy a sacar de, si no digo: qué aportamos nosotros para que justamente el adicto como tal no tenga inserción en una sociedad en la cual siente que justamente ésta es una actitud más de la confusión en la cual se puede vivir. En ese sentido, como política nacional, lo que tenemos que adoptar y de hecho adoptamos, es trabajar la inter sectorialidad del Estado, montando programas que ya están. Por ejemplo, el trabajo con cárceles, o el trabajo con la juventud, o el hecho de un convenio como tenemos con la Federación Universitaria Argentina (FUA) para que unos jóvenes sean motores de otros jóvenes en el sentido de la transformación. Estamos trabajando con monedas pero queremos que haya compromiso porque sabemos que si hay compromiso van a alcanzar las monedas. Obviamente que necesitaríamos más, pero va a alcanzar el hecho de que la gente se sienta protagonista.

La adicción es un problema de ausencia de protagonismo, aunque se crea que se protagoniza. Terminan diluyéndose en el sin sentido. La última fase de lo que nosotros queremos apuntar como política preventiva es el hecho, de un sentido de inter sectorialidad, de red, de apoyo entre el sector público y el privado y de un pasaje que tiene que ver de norte a sur, de punta a punta y justamente también en función de nuestros países hermanos que están con problemas similares o intercambiables. Este es todo el sentido de una política: generar las condiciones para que el entendimiento prime y la acción tenga que ver con la acción de todos. No simplemente una dádiva desde algún lugar sino un compromiso hecho desde todos los sectores.

En este sentido yo me alegro de estar en este panel, me alegro de compartir este espacio con los colegas y amigos de otros países y me alegro también de que haya esta militancia que está aquí en esta sala, que quiere ver que a través del tema que han tomado como compromiso de vida se va a efectuar una reducción del daño, pero sobre todo, vamos a potenciar el hecho de que las personas sean proyecto. O sea, que estén erguidas frente a su futuro, que es la única forma de poder estar en este mundo.

Dr. PEDRO CHEQUER:

Voy a ser muy breve, a pesar de la riqueza de las presentaciones, pero tenemos un tiempo bastante corto. Es un momento histórico para nosotros porque acá tenemos la representación de los países, los programas nacionales de sida, tenemos la comunidad organizada en el tema del sida, de la prevención, de la reducción de daños. Tenemos acá a las secretarías nacionales de control de drogas y tenemos también a UNODCCP. Es un mérito de América Latina y el Caribe esta oportunidad porque acá estamos en la concertación de una alianza política seria con perspectivas bastante firmes, con decisiones concretas en relación con el tema de prevención del VIH/sida y prevención de uso de drogas en cuanto instrumento fundamental para la prevención del sida, sea por uso de drogas o por transmisión sexual. Hoy me comunicaron con Ginebra y tengo la información del júbilo que tiene ONUSIDA por este evento que ocurre hoy en la Argentina.

El doctor Martínez Morales nos trae de manera bastante sucinta el mandato de UNODCCP, pero más que mandato nos trae la experiencia en el área de prevención de drogas y de reducción de daños. O sea, tenemos la clara posición de UNODCCP en cuanto al proceso de perspectiva futura del proyecto regional que claramente, por decisión conjunta de los países, de las ONGs involucradas y de los organismos internacionales, se desarrolla en cuanto al área de prevención del uso de drogas.

El representante del CONACE de Chile nos trae una serie de estudios realizados que apuntan a la realidad, por otro lado indican los caminos a ser definidos en el ámbito público en Chile y plantea claramente, con perspectiva futura, la inclusión en el plan nacional de Chile de la política de reducción de daños.

Paraguay también nos trae su política en relación con el tema y vemos, a partir de la presentación y de la conversación que tuvimos sobre el programa de sida, perspectivas concretas de la cooperación de Paraguay con el proyecto regional.

Del mismo modo, Uruguay está buscando esa cooperación e integración a partir de un proceso de investigación donde el gobierno pueda avanzar en el tema y ya deja clara la perspectiva concreta de un trabajo y que se va a incrementar con la participación de la ONG IDES.

Argentina nos brinda con claridad su política en relación con el tema. Hace dos meses, como todos tienen conocimiento, el gobierno de la Argentina estableció una resolución nacional acerca del tema de la reducción

de daños como política formal del gobierno y estamos ahora en proceso de aguardar que el Ministerio de Salud implemente dicha política. La reglamentación y normatización están en proceso bastante avanzado y ciertamente creo que tendremos esa normativa en las próximas semanas. Eso es también una perspectiva positiva en la medida en que Argentina, tradicionalmente, estuvo bastante distante del tema. Hay una condición política bastante firme y fuerte para que podamos marchar en el proceso de segunda fase del proyecto con perspectiva bastante segura de suceso.

Existe una versión en inglés de la última resolución de las Naciones Unidas donde queda clara la posición del sistema de las Naciones Unidas respecto al tema de reducción de daños y sida. El documento recomienda por primera vez bastante consistentemente, la política de intercambio de jeringas y agujas. Primero, queda claro en los estudios de evaluación de eficacia que hay una reducción del riesgo para la infección por VIH. Segundo: que no hay ninguna evidencia científica objetivamente que demuestre que la política implementada en los países aumenta el riesgo de uso de drogas, sea en la población que está siendo objeto del estudio así como en la población en general. Y tercero, procura estimular en los países, en cuanto política oficial de la ONU, la implementación de acciones de reducción de daños asociadas a un proceso educativo de educación continuada en la prevención de VIH/sida, ETS y también de promoción de la salud a través de la prevención del uso de drogas. Creo que esta política está bastante fundamentada y hoy vemos a los países del Cono Sur marchando rápidamente, rescatando el tiempo perdido de modo que podamos en el futuro mirar desde una perspectiva distinta de lo que tenemos hoy.



## Debate

*¿En qué consiste el trabajo de Río Grande Do Sul en relación con la Secretaría de Industria? No entendí bien en qué consistía el tratamiento o el trabajo, la prevención.*

MANUEL MARTÍNEZ MORALES: Es un proyecto del UNODCCP y el Servicio Social de la Industria, que es una especie de asociación patronal que existe en cada uno de los estados de Brasil. Tienen la Federación Estatal de Industrias y uno de sus brazos es el Servicio Social de la Industria. También existe en el nivel nacional, pero siendo como es una república federal, la autonomía de estas asociaciones es muy amplia. Primero se desarrolló sobre la base de un modelo de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), Organización Internacional del Trabajo (OIT) y de UNODCCP. Se adaptó a la realidad brasileña local y se trata de trabajar en la prevención del consumo de drogas y alcohol en el local de trabajo, la empresa y en la comunidad. Inicialmente se entrenó a un grupo de técnicos del Servicio Social de la Industria que posteriormente se desplaza a las empresas que adhieren al proyecto. Se hace una evaluación ex ante, de lo que es la situación de la empresa en cuanto al consumo de drogas y después se analiza la situación concreta de esa empresa para diseñar un programa de prevención. Se trabaja con un comité formado por el personal de la empresa, que puede ser desde el director hasta el último empleado. O sea, ahí todos son iguales a la hora de trabajar en la prevención, no hay categorías y se hacen una serie de actividades para dar a conocer el proyecto y los resultados que, como comentaba, son verdaderamente espectaculares. En términos económicos también es interesantísimo para el empresariado. Existe una publicación de este proyecto.

*¿Qué posibilidades hay para que las provincias también adopten en sus políticas el enfoque de la reducción de daños, y en particular la provincia de Buenos Aires?*

ALBERTO CALABRESE: En principio, la adhesión a las políticas es a través del COFEDRO que es el Consejo Federal y normalmente también hay que recordar que la ley es federal. O sea que se pueden adoptar medidas. En cuanto al tema de la reducción de daños en la provincia de Buenos Aires, ha ha-

bido un cambio importante que no sé cómo va a seguir, hay un rumor sobre quien se va a ocupar, todavía no está definido del todo, por lo menos no nos llegó el anuncio oficial. Ahí vamos a ver si se adhiere o no. Yo creo que en estos temas hay que evitar la confrontación y hay que poner cosas en marcha. Los hechos van creando hechos y en esto hay que ir con cautela. La resolución nuestra es cautelosa pero también hay que reconocer que desde la primera vez que el país firmó y tuvo el voto que inició el tema en la discusión en Naciones Unidas en el año '87, no se hizo absolutamente nada en el país, entonces el hecho de poner la banderita como iniciando la cuestión, bueno, ya es un avance. Después veremos cómo podemos seguir. Espero que esto también pueda ser entendido en el futuro por la provincia de Buenos Aires.

*Soy de la Comunidad Homosexual de la Argentina, Derechos Humanos en Prisiones. Quería saber cuáles eran los trabajos en cárceles que se están haciendo más allá de que se está haciendo serigrafía, radio, etc. Quería saber más que nada cuál es la prevención de drogas que se maneja en el nivel de medicación psiquiátrica, sabiendo que en las cárceles hay un exceso de medicación a través de los médicos. Y referido al VIH, ¿qué prevención se está haciendo con respecto a las relaciones sexuales y las violaciones, sabiendo que hay violaciones intramuros?*

ALBERTO CALABRESE: Empezamos a hacer un trabajo casi al principio de la gestión, enganchado con el Ministerio de Justicia (y ahora tenemos otro problema porque también están con un cambio, entonces, mucha de la gente que estaba trabajando ahí, se fue al Ministerio de Trabajo). El tema es el cambio de mentalidad y efectivamente estoy de acuerdo en que, hasta donde uno sabe, hay exceso de medicación por un lado y exceso de contagio por el otro. Esta es una tarea de intenso trabajo y coordinación y de conjunción entre organismos públicos y privados. No creo que vayamos a cambiar de un sistema a otro. Yo hace más de veinte años vengo trabajando en cárceles, dando algún curso, pero las modificaciones son lentas y alguna gente toma el discurso y los demás piensan que no es así y tienen una mentalidad absolutamente distinta. Pero esto implica el cambio de mentalidad en muchos factores, no solamente adentro de la cárcel.

*Yo soy periodista, me llama poderosamente la atención que se le esté dando en este trabajo muy poco tiempo a la intervención de los actores principales, que son todos aquellos que hemos escuchado hoy y que hoy también son el público. Me parece ma-*

*maravilloso todo lo que hacen los funcionarios, especialmente de este nuevo gobierno, pero seguimos asistiendo a una preocupante situación que es la falta de asistencia real a los infectados. Yo he recibido esta mañana una denuncia de la Provincia de Buenos Aires a la que no está llegando la medicación para ciento veinte y pico de enfermos de sida. A mí me parece maravilloso que los funcionarios nos cuenten desde los estrados toda esa actividad tan profunda que hacen. Lo que me parece triste es que los funcionarios no le vengán a preguntar a la gente qué es lo que la gente necesita. Muchas gracias.*

PEDRO CHEQUER: Yo le pasaría la pregunta a la Coordinadora del Programa de sida, porque en la mesa no están los encargados del área de asistencia de sida del Gobierno. La Dra. Mabel Bianco va a poder esclarecerlo en la próxima sesión.

## Panel: Avances legislativos en la política de reducción de daños en América Latina

MODERADOR: Dr. HORACIO CATTANI. *Juez de Cámara del Poder Judicial de la Nación. Profesor de la Universidad de Buenos Aires.*

El panel está integrado por la Sra. Diputada de la Nación, Presidenta de la Comisión de Drogadicción de la Honorable Cámara de Diputados, Sra. Irma Parentella; la Sra. Diputada de la Nación, María del Carmen Falbo ambas de la Argentina; el Sr. Diputado Estadual, por San Pablo; el Sr. Dr. Paulo Teixeira y la Diputada Nacional por Uruguay, Dra. Margarita Perovich.

En cuanto a la presentación de los expositores del panel, es toda gente muy conocida, muy dedicada al abordaje de problemas sociales en general y en particular, en los temas relacionados con el VIH, las drogas y quiero insistir con los problemas sociales en general, donde se enmarcan estos problemas particulares.

DIPUTADA IRMA PARENTELLA. *Presidenta de la Comisión de Drogadicción de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina.*

Muchísimas gracias a la presencia de todos los colegas y como decía Alberto Calabrese, militantes de esta causa de todos los países. Un especial agradecimiento al profesor Alex Wodak, a quien no pudimos recibir en la Comisión de Drogadicción como estaba previsto por la renuncia del Vicepresidente de la Nación, por lo que tuvimos una sesión especial en la Cámara de Diputados. Ha sido una semana de muchas turbulencias en el tema político, pero felizmente igual se realiza este encuentro organizado por Intercambios, a quién también quiero agradecer especialmente porque su aporte, desde todo punto de vista, nos sirve a quienes estamos trabajando en este tema para aprender, para tener otra mirada, para conocer otra gente.

Al integrarme en 1998 a la Comisión de Drogadicción de la Cámara de Diputados como su presidenta, inicié un proceso de consulta con instituciones privadas y estatales de asistencia, con investigadores de esta pro-



blemática, con escuelas de diferentes niveles y lugares del país. El objetivo fue, y sigue siendo, el mejor conocimiento de esta dura realidad del consumo y abuso de drogas a partir de las experiencias y reflexiones de quienes día a día tienen contacto con ella. Esta tarea me permitió saber de los logros y fracasos, las posibilidades y restricciones, las frustraciones y alegrías de quienes dedican sus esfuerzos a ayudar a drogadependientes a superar su enfermedad y a la sociedad toda a cuestionar y modificar las formas de vivir que inducen el consumo de sustancias adictivas.

Pude también comprobar que en el campo de las adicciones -tomadas como objeto de estudio- coexisten diversas corrientes de pensamiento, que conducen a diferentes maneras de tomar posición en relación con la terapéutica, la prevención, la legislación, etc. Estas posiciones implican, en algunos casos, la descalificación de quienes piensan distinto, a partir de justificaciones que no siempre resultan claras, y no siempre predomina la voluntad de aunar esfuerzos para ayudar a los afectados. La percepción de esta situación me llevó a indagar acerca de los diferentes enfoques y a reflexionar acerca de cuáles podrían ser los métodos para acercarnos un poco más a "la verdad" en este tema. Teniendo en cuenta, muy especialmente, que no se trata de una cuestión académica, sino que hay de por medio personas que sufren y necesitan respuestas válidas.

Hemos preguntado con frecuencia sobre los objetivos y resultados de los tratamientos, sobre las formas de evaluación de los mismos, sobre las investigaciones acerca de las causas del consumo de drogas, sobre la dimensión epidemiológica de este problema y de su evolución. Siempre tratando de obtener información que permitiera salir del terreno de la opinión para entrar en el del conocimiento, una de las formas de superar prejuicios y estereotipos, que inevitablemente, todos, de alguna manera, tenemos incorporados.

Con esa misma actitud encaramos la reflexión sobre la legislación vigente. En relación con la ley 23.737 nos preguntamos acerca de sus supuestos y objetivos, de su utilidad para controlar el narcotráfico y reducir el consumo de las drogas definidas como ilegales.

Estos objetivos no se han alcanzado, porque a pesar de todos los esfuerzos realizados en el camino de la penalización, los resultados distan de ser alentadores. Al mismo tiempo, las diversas variantes despenalizadoras no están en condiciones de afirmar que sus propuestas implicarán una reducción del problema de salud pública representado por el consumo de drogas. Con lo que la situación se conforma, por un lado, con una ley que

ha dado poco resultado y por el otro, propuestas riesgosas y políticamente inviables.

Nos surge una pregunta que es casi una afirmación: ¿No deberíamos de una vez por todas iniciar y sostener políticas firmes y coherentes que apunten a la reducción de la demanda?

Entonces, dada la actual situación, hemos dirigido la reflexión, por ahora, a las modificaciones de la ley, que sin cambiar su filosofía básica, puedan significar mejorarla como instrumento para enfrentar determinados aspectos del problema. Así fue como nos encontramos con el artículo 28, cuyo texto sin duda configura un obstáculo para implementar actividades tendientes a la reducción de los daños provocados por la drogadicción. Con la intención de remover ese obstáculo hemos presentado un proyecto de ley que propone el agregado del artículo 28 bis, cuyo texto es el siguiente: **Serán exceptuados del cumplimiento del artículo 28 de esta ley, en lo referente a "impartir instrucciones acerca del uso de estupefacientes", los integrantes de equipos de salud y personas o grupos habilitados por las autoridades competentes, para realizar sus tareas en el marco de programas de reducción de daños aprobados por dichas autoridades y dirigidos al control de enfermedades infecciosas asociadas al consumo de drogas.**

Este proyecto se fundamenta en que la drogadicción es una enfermedad. No es una desviación moral que deba ser castigada sino un padecimiento que afecta la salud psicofísica y que debe ser encarado como un problema de salud. Entonces, como con cualquier otro problema de salud, la sociedad, todos nosotros, tenemos el deber de hacer el máximo esfuerzo por curarlo, reducir su gravedad o atenuar sus consecuencias. Esta posición, usual cuando se refiere a otras problemáticas como las cardíacas, las neurológicas, los tumores, los traumatismos, es por algunos cuestionada cuando se trata de la enfermedad adictiva.

Si hiciéramos una encuesta, constataríamos que la mayoría de las personas afirmaría que la drogadicción es una enfermedad. Sin embargo, por debajo de esta capa de racionalidad subyace en muchos un fuerte rechazo y estigmatización del drogadicto concreto, ese de carne y hueso, que con su obsesión excluyente interpela a una sociedad cuyos valores tradicionales están en crisis. Ese rechazo tiene que ver también con la asociación del consumo de drogas con el vicio, lo pecaminoso e inmoral; asociación que todavía no hemos podido romper, a pesar de los avances en el conocimiento.

Esa actitud también se expresa cuando se cuestiona la estrategia de reducción de daños con argumentos como. ¿Acaso les vamos a hacer más fácil que se sigan drogando? ¿Qué es eso de explicarles cómo inyectarse para no infectarse con el VIH o la hepatitis? ¿No es eso promoción de la drogadicción? Lo que hace falta es prevención. Por supuesto, nadie diría hay que dejar de atender a los quemados para repartir extintores de fuego. Pero, en este tema, todavía hay de estas opiniones. Es perceptible en estas ideas su argumento implícito; algo como: "Si se quieren matar drogándose, que lo hagan; al fin de cuentas son ellos los que no piden ayuda..."

Me permito no estar de acuerdo con este implícito. Primero, por razones estrictamente humanitarias; segundo, porque un problema sanitario como este debe ser encarado con todos los recursos que las ciencias biológicas y psicosociales pueden proveer. Con un objetivo concreto: salvar vidas y ahorrar padecimientos innecesarios a adictos y no-adictos.

Claro que lo fundamental es la prevención; hay que hacerla siempre y bien. Y recalco lo de BIEN, porque con cierta frecuencia quienes más se oponen a la reducción de daños son quienes tienen una concepción más simplista de lo que es la prevención. Simplista y equivocada a la luz del conocimiento ya disponible. A esta categoría pertenecen esas campañas del tipo NO A LA DROGA; MALDITA COCAÍNA; LA DROGA MATA; LA DROGA ES UN CAMINO DE IDA, etc.; que en lo esencial sólo sirven para tranquilizar las incómodas conciencias de quienes, quizás, se sienten impotentes frente a este problema grave y creciente.

Tengo la esperanza de que la modificación de la ley 23.737 que he propuesto sea aprobada y demos un paso adelante en un sinceramiento que, en este tema, como en tantos otros, resulta muy necesario.

Dr. HORACIO CATTANI: Quiero intercalar un comentario. Creo que en realidad nunca para la atención de los problemas sociales las leyes son importantes, pero para trabajar en reducción de riesgos sí. Porque la ley de estupefacientes y su aplicación es tan violatoria de los derechos individuales, golpea tanto al consumidor de drogas que es posible que golpee también a todos los que están trabajando duramente para cambiar sus condiciones. Por esto yo creo que hacen falta instrumentos de reducción de daños. En otros momentos o en otros lugares, en otros tiempos, bastaba con sostener que el derecho a la salud es un derecho constitucional y que cualquiera que esté trabajando para mejorar la salud de alguien no necesita una norma que



lo apoye, pero, parece mentira que este tema de la lucha contra las drogas y contra el narcotráfico haga que estemos hablando de una legislación específica.

Ahora le voy a dar la palabra a María del Carmen Falbo, Diputada y con gran experiencia con todos los temas relacionados con las problemáticas sociales.

DIPUTADA MARÍA DEL CARMEN FALBO. *Diputada Nacional de la Argentina.*

Quiero agradecer a Intercambios por poder participar de este panel y en este auditorio, con gente interesada en estos temas que nos preocupan y decirles, como bien decía el Dr. Cattani, con quien coincido, que la ley es nada más que un instrumento, una herramienta, pero a veces es una herramienta que no sirve o que tal vez es incompleta o distorsiona lo que se necesita en la realidad. Por supuesto, con la ley no se come, no se educa, no se mejora, pero la ley ayuda, y esa fue la premisa. Quiero decirles que no soy especialista en el tema, pero fue una de las premisas más importantes que tuve en los cinco años que me tocó desempeñarme como Secretaria de Justicia en la Provincia de Buenos Aires, cargo que he desempeñado hasta el 10 de diciembre último. Realmente muchas veces las leyes no nos permitían avanzar en temas que veíamos y con tanta importancia para mejorar la vida de los demás. Las comunidades terapéuticas, que con mucha, mucha pelea y lucha pudimos armar en nuestras cárceles, es la mayor experiencia que traigo. Es lo que me ha hecho estudiar mucho el tema de drogas y sida, y seguir trabajando para esto. Quiero agradecerle a la presidenta de la Comisión, la Diputada Parentella, la seriedad con que se desarrollan los temarios en la Comisión, cuestión que a veces, como no son temas que venden mucho, no salen del ámbito del Congreso y salen sí otros temas que sería mejor ignorarlos para poder trabajar por un futuro mejor.

Es evidente que en los últimos años se ha instalado una discusión muy profunda en torno a la aceptación de las estrategias de reducción de daños, como alternativas más eficaces que las tradicionales políticas de prevención para enfrentar al problema de las adicciones y de los daños que se derivan de ellas. Los que debemos legislar tenemos que estudiar, analizar, escuchar mucho, y debatir para lograr que de nuestra función como legisladores salga realmente la mejor ley y dentro del mayor consenso para que la ley después pueda ser aceptada, reglamentada y realmente sea eficaz.



Esta moderna técnica de abordaje ha echado fuertes raíces en los países desarrollados en los que sin duda tuvo resultados muy significativos. Pero realmente no creo que resulte efectivo solamente evaluar la eficacia de los resultados o de las técnicas aplicadas sino ver qué relaciones tienen ellas con nuestro país y en qué circunstancias estamos en nuestro país. En efecto, en países como Inglaterra, Suiza, Holanda, son impactantes los avances obtenidos con el programa de reducción de daños. En Suiza el número anual de muertes ocasionadas por la droga descendió a la mitad, en Amsterdam se redujo en un 20%, en Inglaterra marcas muy bajas después de poner este abordaje de tratamiento. Y las prácticas empleadas para alcanzar tales resultados son las comunes en este tipo de programas: provisión gratuita de jeringas, provisión gratuita de sustancias sustitutivas como la metadona, provisión de lugares en donde los usuarios puedan inyectarse con higiene. Pero también debemos tomar en cuenta que frente a tales resultados esas políticas han merecido críticas desde organismos supranacionales y así existe y lo deben conocer ustedes más que yo, en el ámbito de la ONU la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, que tiene por misión entre otras, velar por la eliminación del cultivo, producción, comercialización y uso ilícito de estupefacientes. Este organismo en su informe anual de 1998 adopta una posición crítica respecto de las políticas de reducción de daños que se implementaron en los países de la Unión Europea y así cuestiona la decisión del gobierno de Suiza de poner en marcha un programa sobre la legalización de la prescripción médica de heroína a adictos con alto grado de dependencia y resaltando su pesar por cuanto el gobierno de Suiza puso en marcha tal programa sin contar con una verdadera evaluación del mismo que se solicitara a la Organización Mundial de la Salud. Del mismo modo, en el citado informe anual, la Junta hace referencia a que algunos estados de Europa han establecido las denominadas galerías de inyección, en donde los toxicómanos pueden administrarse drogas bajo supervisión y en condiciones teóricamente higiénicas. La Junta insta a dichos estados a que consideren detenidamente todas las consecuencias de esas galerías de inyección, incluidas las jurídicas y la congregación de los adictos. La facilitación del tráfico ilícito, el mensaje que la existencia de dichos lugares puede transmitir a la opinión pública en general, así como la repercusión sobre la percepción general del uso indebido de drogas.

Esto que nos ilustra sobre la innegable realidad de que tales políticas de reducción de daños también tienen un costado negativo lo debemos ponderar y debemos tener presente y considerar detenidamente si el prag-

matismo en que se sustenta tal metodología no nos conduce a una aceptación definitiva del fenómeno de la droga como un elemento con el que debemos convivir, resignando el objetivo de prevención de evitar el aumento del consumo, tendiendo a su contención y eliminación.

Desde una perspectiva local y tratando de poner atención en la contracara de las estrategias, surge un interrogante, y yo lo tuve muy en cuenta a pesar de que la política que implementamos en ese momento con las comunidades terapéuticas fue realmente ésta, la de cómo podíamos evitar mayor riesgo. Pero tenemos que tener capacidad de control sobre los efectos negativos de la política o estrategia de la reducción de daños en cuanto se traduzca en la instalación de mensajes equívocos de aceptación o tolerancia de un modelo cultural en que se reconozca el consumo de drogas como un hecho natural. Si tomamos por punto de partida que el uso de drogas es un hecho inevitable, ¿cómo estructuramos una política que tienda a disminuir el consumo de drogas o a disminuir la edad del inicio en los consumidores? ¿Qué incidencia puede tener la adopción de tal preconcepto en la prevención y la represión del narcotráfico? ¿De qué manera se compaginan o ensamblan estrategias que, si bien en definitiva, tienen objetivos en gran parte superpuestos o comunicados, unos buscan la reducción de los daños por el uso de drogas y otros persiguen evitar el uso de drogas para no producir daños? Parten de premisas opuestas y determinan acciones contradictorias.

A primera vista no podemos hacer prevención pretendiendo el no consumo si al mismo tiempo y por otro canal, proveemos de elementos para usar drogas de manera más limpia y segura y precisamente creo que el error está en plantear la disyuntiva. Este sería un camino equivocado. Yo creo que es necesario ahondar sobre la posibilidad de una verdadera complementariedad de estas distintas vías de acción, que ambas, en forma integrada, conformen una sólida y coherente política de lucha frontal contra el consumo y reducción de daño por el uso de drogas. En primer lugar, valorar los logros obtenidos por las estrategias de la reducción de daños obtenidos en otros países, en cuanto sea traducido en el mejoramiento de la calidad de vida y el respeto de los derechos de una porción importante de la población a la luz de estadísticas que pueden confirmarse que han evitado enfermedades, por supuesto, muertes y la lógica discriminación que con tanto prejuicio, se desarrolla.

Evitando una traspolación inadecuada deberemos evaluar cuál es el estado de la problemática de nuestro país y resultará útil, por supuesto,

comparar tal diagnóstico con el que se verifica o registra en aquellos países en que se obtuvieron avances. Diversas publicaciones, revistas especializadas, especialistas en la materia, dan cuenta que todavía nos encontramos lejos de los niveles de gravedad que aquejan a aquellas naciones, sobre todo en lo que hace al índice o cantidad de usuarios de drogas inyectables. Pero esta circunstancia no nos debe tener dormidos ni tampoco quietos. Entonces creo que podemos encarar un fortalecimiento y reorientación de programas preventivos integrales pero reales, no aquellos que se hablan, se promocionan y no se hacen. Esos programas deben ser de alcance local o regional, de acuerdo a las características que la problemática presente en las distintas zonas de nuestro país. En los que se integren acciones específicas de reducción de daños destinadas selectivamente a grupos reducidos o a casos puntuales en los que, el drogadependiente, se encuentre sin atención de los servicios asistenciales y en riesgo de sufrir perjuicios en su salud como consecuencia de la droga.

Esta es la línea observada por la Resolución 351 de SEDRONAR, del 31 de julio de 2000, en cuanto recomienda al Ministerio de Salud de la Nación la adopción de programas tendientes a la reducción de riesgos en la salud para personas adictas que se encuentren en tales condiciones. Entiendo por supuesto, que una adecuada política de prevención que contemple la medida expuesta de reducción de daños puede llevarse a cabo con éxito, sin que genere situaciones de exclusión o marginación que afecten a los usuarios de drogas. La prevención también puede y debe hacerse poniendo hincapié en el respeto a los derechos de quienes consumen. Es importante evitar la marginación y represión e incentivar a la comunidad hacia el compromiso y la toma de conciencia, mediante el abandono de conductas estigmatizantes y de rechazo. Para eso también la ley puede ser un arma eficaz. La prevención no es incompatible con una actitud abierta y comprensiva que permitirá mayor eficacia en la detección temprana, tanto de los consumidores de drogas como de las conductas de riesgo que conducen al hábito, a la dependencia y a los daños consecuentes. Es más, en tales textos se posibilita la intervención frente al problema en condiciones más favorables.

Desde la función legislativa, atendiendo a la realidad actual por la que atravesamos, y no escapando de tal consideración, debemos reconocer nuestras falencias, las debilidades del sistema de control y fiscalización que debemos tener en cuenta para no hacer una legislación ideal que no pueda llevarse bien en la práctica. Creo que no debemos abandonar ni debilitar la consigna originaria de combatir el aumento de consumo de drogas.



Que esta empresa debe estar instalada en forma participativa en todos los niveles de organización comunitaria: Consejos Deliberantes, Juntas Vecinales, Clubes, Organizaciones de Fomento, etc., y que, en este marco conceptual e ideológico, debemos profundizar el debate sobre la incorporación de estrategias sobre reducción de daños y mecanismos que permitan compatibilizarlos a la vez que sean neutralizadas las eventuales consecuencias negativas, no deseadas, de tales políticas. Por eso creo que este debate no debe entablarse desde posturas reduccionistas ni cerradas sino sobre la base de un criterio amplio. La discusión es apasionada con todos los sectores involucrados y bien arraigada en la realidad socio cultural de nuestro país. Creo que nos puede conducir por el camino en que más y mejores resultados obtendremos.

Creo que ese debe ser nuestro compromiso y creo que por ello el debate, las jornadas, las reuniones de este tipo nos van a servir para que mancomunadamente logremos el objetivo buscado. Que la ley sea un instrumento pero que el instrumento sea eficaz y que no sea luego desaprovechado o mal interpretado.

Dr. HORACIO CATTANI: Le doy la palabra a la Diputada Nacional del Uruguay, Margarita Percovich. Me gustaría comentar que la legislación uruguaya, la Ley 14.294, desde el año 1973, es la única o una de las pocas legislaciones latinoamericanas que resistió la tentación de castigar al consumidor. Tanto en su redacción actual como en la original del año '73, la legislación uruguaya no castiga al consumidor de drogas.

DIPUTADA MARGARITA PERCOVICH. *Diputada Nacional del Uruguay.*

Realmente quiero agradecer la oportunidad de estar estos dos días acá porque es especialmente importante oír cuáles son, desde los organismos internacionales que se ocupan del tema, las nuevas tendencias, las nuevas recomendaciones, saber en qué están todos los países, tanto desde los ámbitos de decisión como desde los ámbitos legislativos y oír las experiencias de campo que yo creo que es lo que más nos enriquece, porque desde ahí nos retroalimentamos.

Me identifico totalmente con lo que decía la Diputada Parentella acerca de este blanco y negro en el ámbito político con relación con este



tema. Ella decía por qué se había acercado al tema. Yo, por problemas familiares tuve que acercarme al tema y a las instituciones que trabajan en este campo y he aprendido mucho de allá a acá en esto de los modelos de atención y de los distintos cambios y profundizaciones que se han ido haciendo y sobre todo, entender por qué se consume. Me parece que esto es especialmente importante y yo comparto mucho algo que decía Montenegro, de Chile: la necesidad de entender el tema del consumo individual. Sin eso, me parece que es muy difícil pensar desde los ámbitos de decisión las políticas justas para cada momento de la sociedad, que creo que son distintos. Acá hemos oído decir que "siempre se consumió drogas", pero en distintos momentos sociales, culturales, y esto de que realmente hay un problema de identidad en el tema, un problema de desfase entre lo que uno quiere o espera hacer y lo que el entorno lo deja hacer, creo que es uno de los temas más importantes en los que nosotros nos tenemos que involucrar para poder entender desde qué distintos abordajes se puede encarar el tema. Por lo tanto, desde las responsabilidades de un Estado y de toda la comunidad también la pluralidad de abordajes que tenemos que pensar para encarar esta problemática con una cabeza distinta. La riqueza de estos días en esas reflexiones me parece especialmente importante.

Yo he sido durante diez años legisladora de la Ciudad de Montevideo a nivel departamental, donde los gobiernos departamentales, -sobre todo en el caso de la capital que es el Departamento que tiene la mitad de la población del país-, tienen políticas de salud, por supuesto subordinadas al Ministerio de Salud Pública, pero desarrollan políticas en la comunidad en el nivel descentralizado.

Este tema surge espontáneamente desde la sociedad, en el sistema de descentralización y hemos tratado de encararlo en conjunto con las instituciones no gubernamentales que trabajan y que han venido trabajando en el tema y en las cuales había una confianza terapéutica de cómo desarrollaban esos problemas.

Quiero ir señalando alguno de los temas que me parecen que son responsabilidad del Estado. En ese sentido, el Estado debe tener un plan claro de hacia dónde va. Vivimos en una sociedad que, yo diría, casi le pone en la mano a la gente la necesidad del consumo de determinadas sustancias que le permitan sobrevivir a las dificultades, una sociedad en la que se les ofrecen por todos los medios de comunicación la necesidad del consumo y la imposibilidad a la vez de acceder a un determinado ni-

vel de vida. Es necesario establecer que los daños que surgen de esto son una responsabilidad del Estado y ver cómo se van minimizando es especialmente importante.

Es especialmente necesario cambiar la concepción con la que se venía trabajando hasta ahora. En mi país, desde la recuperación democrática, este tema vuelve a ponerse sobre la mesa y a hacerse visible con mucha mayor crudeza y empieza a surgir la concepción que ha sido la mayoritaria en todos nuestros países: represiva o de abstinencia en todos los tratamientos. Cambiar esa concepción no es fácil cuando ha venido siendo reiterada permanentemente desde los medios de comunicación y desde quienes son formadores de opinión de todos los sistemas. Entonces, pasar de tratar como una enfermedad el tema de consumo de drogas que hay que erradicar, aceptarlo como una conducta aprendida socialmente que se puede cambiar, pero que a veces no se quiere cambiar o no se puede cambiar, es una modificación especialmente importante.

Quisiera señalar alguna de las estrategias que deberían emprenderse desde un gobierno nacional e impulsarlo hacia los gobiernos departamentales, tener un conjunto de medidas socio - sanitarias que deben ser individuales y colectivas. Esta es la complejidad del tema. También hay que atender muy específicamente a las situaciones individuales, porque, como hoy se decía en todas las estrategias que se señalaban, no hay un patrón único porque cada caso es individual y debe ser tratado con esa complejidad. Para mí el objetivo estratégico en esto es minimizar los efectos negativos físicos, psíquicos y sociales asociados al consumo de drogas. Para mí este sería el gran objetivo estratégico que debería tener el Estado y tener metas muy claras discutidas entre todos los sistemas que son las que nos pueden ayudar a construir indicadores para después evaluar. Trabajar con los técnicos de mi país, que casi todos vienen de las ONGs, reducir la morbi - mortalidad, prevenir las enfermedades infecto contagiosas, mejorar la calidad de vida, incrementar la accesibilidad del usuario al sistema de salud, nos ayuda a construir estos indicadores.

Me voy a detener un poco en las acciones, que son tan complejas, que son las que nos presentan la mayor cantidad de desafíos. Una es la diversificación de la oferta asistencial. En el gobierno departamental de Montevideo lo que hacíamos era como una acción de salud complementaria. Sin embargo, la diversificación de la oferta asistencial nos parece especialmente importante para esto de tratar los distintos casos, por lo que hay que tener gran creatividad en el abordaje.

. El analizar nuevas modalidades terapéuticas como la de la investigación - acción que se nos señalaba en estos días desde quienes trabajan en campo, es especialmente importante, porque también la sociedad cambia y cambian las pautas de consumo y cambian los problemas y el entorno en cada momento. No es la misma situación que podía vivir Argentina, por ejemplo, que es un país rico y que supo tener pleno empleo hace 20 años, que la que está viviendo hoy. Creo que todo eso influye y da elementos nuevos en cada uno de los barrios, en cada una de las villas, en cada una de las situaciones distintas. En mi país, en mi ciudad, por ejemplo, no es lo mismo un barrio donde se ha alejado la gente que trabajaba, que tenía un empleo. Desaparecieron las industrias y hoy viven en lo que nosotros llamamos un asentamiento urbano. Es gente que tiene educación, que tiene un perfecto lenguaje, todos ellos tienen escolarización, alfabetización, y sin embargo están viviendo en condiciones que no tienen nada que ver con sus expectativas. Proporcionar respuestas psicosociales inmediatas tiene que ver con los abordajes para los distintos momentos del proceso adictivo. Los abordajes tienen que ser distintos en cada caso. No es lo mismo alguien que consume de sectores medios o sectores altos, que quienes no tienen recursos.

Esto, ¿qué implica para un gobierno? Implica la capacitación y la sensibilización desde este enfoque de todos los sistemas que están incluidos en esto. Varias de las experiencias de distintos países señalaron la dificultad de la coordinación inter institucional. Siempre es el problema de nuestros países. La coordinación de cada uno de esos grandes feudos que son los ministerios, los organismos, etc., cada uno tiene sus planes, cada uno responde a veces a un sector político y resulta que entonces están las envidias y las chacras y ¿quién queda en el medio?: el ciudadano o el que pretende ser un ciudadano. Entonces la capacitación y la sensibilización para esta nueva visión son fundamentales. Dentro del sistema educativo no voy a hablar sólo de los liceos o las escuelas y de sus docentes. Voy a hablar de las universidades públicas y privadas. Allí se forman los profesionales y los técnicos que después van a conformar todos los sistemas como funcionarios estatales y si estos temas no están ya en la formación de los profesionales después no tenemos técnicos en el Estado para poder implementar las estrategias y las políticas. En el gobierno de Montevideo nos ha pasado de esta forma. Yo oía a la responsable de la Secretaría de Drogas de mi país, y la tarea para empezar un plan que tenga este enfoque es muy grande. Todos sabemos lo involucrado que está este tema con el sistema judicial y



cuánto importa que los jueces, que los actuarios, que todos aquellos que en los juzgados reciban el tema, los defensores de oficio, etc. tengan una concepción actualizada con relación al tema. Por supuesto, todo el sistema policial del cual dependen las cárceles y en las cuales tanto se reprime, porque hasta ahora la mentalidad ha sido represiva, y cambiar esa mentalidad todos sabemos lo que implica. Aquellos organismos que están especialmente encargados de los menores en situaciones de riesgo.

Esta gran tarea que uno dice ¿quién coordina?, ¿quién evalúa?, ¿quién capacita?, ¿quién hace los convenios? Los convenios con las ONGs, son responsabilidad del Estado. Lamentablemente en mi país, las instituciones del Estado hacen convenio con múltiples ONGs que trabajan en el tema drogas, que tienen modelos de atención muy discutibles en relación con todo lo que hemos estado hablando hoy. Ahí no hay una licitación con relación con un modelo terapéutico que establezca cómo se hace y después con indicadores para evaluar qué es lo que está pasando. Entonces, realmente, las denuncias que recibimos permanentemente de padres y lo que las instituciones gubernamentales que trabajan bien en este tema heredan de las que no trabajan bien, es una responsabilidad también del Estado. Este me parece que es un tema especialmente importante.

Por último, quiero referirme al tema de este panel que es el tema de la legislación. También me parece que es un tema de discusión. Mis compañeras argentinas hablaban de la necesidad de legislar y quien está coordinando el panel también lo decía. Hay diferentes momentos políticos para definir una política nacional con relación a este tema en cada país. En mi país existe la misma discusión blanco y negro que señalaba la Diputada Parentella. En mi Cámara de Diputados los temas de salud sexual y reproductiva, los temas relacionados con la niñez y la adolescencia y el tema de la droga yo sé que se convertirían, si se presentara una ley específica de protección, por ejemplo, para las estrategias de la reducción del daño, en un blanco y negro que polarizaría y yo no sé si le haría bien a los organismos y las instituciones que hoy están discutiendo la aplicación de estas políticas. En algunos lugares se trata de hacer bastante soterradamente porque, por miedo a que haya una reacción con una ley bastante represiva, a pesar de que protege al consumidor aunque ahora, lamentablemente, hay algunos intentos de cambiarla. Ahí será la oportunidad para discutir estas cosas.

Nosotros tenemos un marco legal en mi país desde la Constitución hasta la Ley de Creación del Ministerio de Salud Pública, que es un marco que protege perfectamente las políticas de reducción del daño y por su-



puesto, la ley de estupefacientes, como se la llama en mi país, a pesar de que es la única que protege al consumidor, de todas maneras tiene, como tienen todas las legislaciones del Cono Sur, un perfil muy represivo. En todo caso, si hubiera que modificar en algo, habría que modificar esa ley como yo sé que en este país hay un proyecto.

De todas maneras la discusión es si en esta polarización que tenemos en mi país, que a pesar de ser un país que está separado desde casi principios de siglo de la Iglesia, que hoy lo gobierna el mismo partido político que ha sido un defensor del Estado laico, ha habido un embate conservador y muy atado a lo más conservador de la iglesia uruguaya que no ha sido ciertamente una iglesia conservadora. Tenemos un arzobispo italiano con una mentalidad de los años '50 que yo creo que está influyendo mucho en las decisiones del gobierno y tenemos un Ministerio de Salud Pública que tendría que llevar la bandera delante de esto, y que está teniendo algunas estrategias muy conservadoras de reducción de programas que nosotros considerábamos (y yo soy de la oposición de los gobiernos que ha habido hasta ahora), como programas bien interesantes que empezaban a abrir el camino para tender líneas, tanto en el trabajo de la reducción del daño en el tema de las drogas como en los temas de los derechos sexuales y reproductivos.

Yo no sé si no sería mejor ponernos de acuerdo todos aquellos técnicos y los políticos que estamos trabajando en estos temas para empezar a abrir algunas estrategias y después legislar, para no generar anticuerpos que sean totalmente contraproducentes para la aplicación de esas prácticas. Pero esta es una discusión que seguiremos dando en mi país y quizás dentro de un año podamos contar alguna cosa mejor encaminada y de repente hasta podemos contar algunas experiencias de algunos barrios con más libertad.

Dr. HORACIO CATTANI: Gracias, diputada. Le doy por último la palabra al Dr. Paulo Teixeira, Diputado por San Pablo.

DIPUTADO PAULO TEIXEIRA. *Diputado Estadual por San Pablo, Brasil.*

El programa de reducción de daños en Brasil se empezó en la ciudad de Santos en 1989. Los índices de VIH en Santos eran del 60% entre los

usuarios de drogas inyectables. En 1992 empezó el Programa Nacional, con la ayuda del Banco Mundial. Es importante decir que el programa brasileño empezó con mucho apoyo del gobierno federal brasileño. Pedro Chequer, que era el coordinador del Programa Nacional de sida, fue muy importante para el desarrollo de este programa en Brasil.

El programa nacional tiene una sección para enfermedades sexualmente transmisibles y una sección para drogas. La cuestión de las drogas siempre tiene un importante papel en el programa nacional. En 1995, el programa de Santos tuvo una prohibición judicial, porque se interpretó que estaba incentivando el uso de drogas. Entonces, en el '95, yo, como diputado, propuse una ley estadual para el Estado de San Pablo que tiene 33 millones de personas. Una ley para legalizar este programa. En 1994 el Consejo Nacional de Drogas aprobó la estrategia de reducción de daños. En 1995 el Consejo Estadual de San Pablo aprobó la estrategia de reducción de daños.

La cuestión del sida en Brasil tiene una fuerza política muy grande y quien construye esta fuerza política son las ONGs. Juntos, conseguimos que el Estado de San Pablo fuese la primera provincia brasileña que distribuyera a todos los portadores del virus del sida la terapia antirretroviral. Más tarde se extendió a todo el país. Juntos, aprobamos una ley para garantizar que los seguros de salud cubrieran las dolencias de los portadores de VIH. Más tarde aprobamos la ley de reducción de daños, que tuvo un gran impacto en la prensa. La prensa también tiene un papel muy importante en Brasil en la lucha contra el sida. En primer lugar, hablando del impacto negativo de la prohibición del programa de Santos, en segundo lugar, divulgando los datos epidemiológicos del sida en relación con el uso indebido de drogas. El Programa Nacional y el Programa Provincial tienen una buena asesoría de prensa. Dialogan siempre con la prensa, alimenta siempre a la prensa con datos y discuten con la prensa.

La negociación legislativa tiene puntos importantes tales como el aspecto jurídico. La cuestión no era legalizar el uso de drogas, sino modificar los hábitos de los usuarios. Por lo tanto, para quien es abogado, no había dolo, no había voluntad de cometer el crimen. La segunda cuestión son los aspectos económicos. Es más barato prevenir con distribución de jeringas que hacer tratamiento de sida y de hepatitis. Verificamos que el 80% de los UDIs tienen hepatitis y el 50% tienen sida. Por lo tanto, es muy caro porque tienen que recibir las medicaciones gratis. La finalidad es la defensa de la salud pública. Había una discusión moral también porque había muchos

diputados católicos o evangélicos. Yo fui a buscar teólogos para discutir esto. La teología cristiana dice de la diferencia entre la contribución material (la distribución de jeringas) y la contribución formal. Si distribuyo jeringas no concuerdo con la alienación que provee el uso indebido de drogas. Hay una diferencia entre la contribución formal y la material y la intención es distribuir jeringas para ayudar a los usuarios a superar los daños de su salud y superar su alienación, y conquistar por tanto su ciudadanía.

Los impactos de la ley paulista fueron los siguientes. San Pablo tiene ahora nueve programas de reducción de daños, hay otros nueve solicitados para ser implementados. Brasil tiene actualmente 21 programas de reducción de daños. Se aprobó la misma ley en Santa Catarina, que tiene el mayor porcentaje de sida en Brasil (el 60% de los UDis tienen sida), y en Río Grande Do Sul está en discusión. La reducción de daños es estrategia oficial de la Secretaría Nacional Antidrogas y se legalizó en Río de Janeiro.

Tenemos algunas facilidades y por lo tanto también desafíos. En primer lugar, garantizar la durabilidad del programa nacional, porque los fondos internacionales caducan y tienen que continuar. Segundo, ampliar el concepto de reducción de daños más allá de la distribución de jeringas. Tanto en Uruguay como en la Argentina, una casa que acoge a los niños de la calle hace reducción de daños. También en San Pablo hay una institución que hace la sustitución de crack por marihuana.

Otro aspecto es la cuestión de la criminalidad. El usuario de drogas puede tener un trabajo para salir de la criminalidad o nunca entrar en ella, por eso es importante cómo continuar trabajando y trabajar la participación ciudadana de los usuarios. Hay un economista que ganó el Nobel de Economía el año pasado que discute la cuestión del desenvolvimiento como libertad. La sociedad brasileña tiene una experiencia democrática muy breve, entonces no es un país muy democrático. Estamos en democracia ahora pero tuvimos un período de dictadura militar muy grande. Tenemos que superarlo para que haya democracia y que la pobreza pueda participar de la política y conquistar ciudadanía.

Si tenemos el 80% de los usuarios de drogas con hepatitis, 50% con sida, tenemos las prisiones femeninas llenas, las prisiones masculinas llenas de usuarios de drogas o de pequeños traficantes, entonces qué hacer para cambiar la ley de drogas. Hay un proyecto de reforma de la ley de drogas en Brasil que discute la descriminalización de la figura de la tenencia. Quien la tiene para su consumo no puede ser penalizado, como en Portugal. La reforma de la legislación de drogas en Brasil tiene este propósito.



Otra cuestión es cómo las drogas se tomaron en una cuestión muy importante ahora. Traficantes son todos, desde los niños que venden en la calle hasta quienes están en el mercado financiero, pero quién va a la cárcel: los pequeños. Entonces es necesario que haya progresión en la pena de quien participa en este crimen. Por ejemplo, en Brasil, si mato a una mujer en un crimen pasional, quedo libre, pero si tengo drogas, paso mucho tiempo en la cárcel. Entonces, las personas tienen derecho a que las penas sean progresivas. También hay que clasificar el papel de la persona en el tráfico. Por ejemplo, nuestro país necesita mucho de la plata del tráfico de drogas en la economía, por eso el que trabaja en el mercado financiero, no va preso. Entonces, hay que clasificar o buscar al grande para pescarlo y construir una política alternativa a esta que nosotros tenemos en el país. De la política norteamericana contra las drogas, el mayor ejemplo es Colombia, represión, guerra a las drogas que es la guerra a las personas.

Prioridad a la salud con tratamiento, como dice la diputada Margarita Percovich, con diversas maneras y abordajes en tratamientos. Como ayer dijo Alex Wodak, la abstinencia es una medalla de oro pero no es la única medalla que tenemos. Por ejemplo, la cuestión de drogas es una cuestión del Ministerio de Salud. Entonces, es una forma de discutir la cuestión afuera de la cuestión militar. Con un enfoque en los daños, no en las drogas, porque lo importante no son las drogas sino las personas. Con el respeto a la autodeterminación de las personas, el respeto de los derechos humanos: trabajo, educación, salud, habitación, etc. La mayoría de los usuarios de droga de la Argentina, no tiene escolarización. Entonces, la cuestión de la pobreza está muy cerca de la cuestión de las drogas.

Quiero agradecer a Alex Wodak porque empezó esta propuesta mundial, a Graciela Touzé, que nos coordina a todos en América Latina y también a todos los reductores de daños porque una jeringa nueva descubre la ciudadanía de mucha gente. Entonces quiero recordar la exposición de Enrique Vivas, que ha sido muy importante.

Dr. HORACIO CATTANI: Yo creo que Paulo hizo el resumen perfecto para cerrar este panel y me gustaría hacer un comentario antes de pasar a las preguntas. Me parece que la cuestión de reformas legislativas es cuestión de tácticas o estrategias. Pero lo que creo es que, por lo menos acá en la Argentina, hemos venido hace mucho tiempo, desde el año '70, con un discurso de seguridad nacional en este tema, después de seguridad urbana y



estamos teniendo una ley que es puramente de represión, con una aplicación que, como se dijo acá, es de represión contra el consumidor de drogas. Ahora, ¿qué pasa? Uno puede decir: la represión contra el consumidor de drogas nos llena las cárceles de mini - distribuidores, de pequeños pasantes, traficantes, pero este modo de reprimir, a mi juicio, se ha extendido al sistema asistencial y esto es lo que hay que cuidar más. El sistema asistencial pasa a ser definido como un apéndice del sistema de control social. La evolución que ha tenido la jurisprudencia de la corte en materia de secreto profesional es una muestra. Ustedes saben que cualquier médico, psicólogo, etc., que esté en un hospital público tiene obligación de denunciar y el fallo Zambrana-Dasa de la Corte es un fallo impresionante porque tiene obligación de denunciar en función de la aplicación de las convenciones internacionales de guerra contra las drogas. Creo que, más allá del debate y la oportunidad legislativa del debate, de la estrategia y táctica de la legislación, me parece que tiene que haber una real defensa del sistema sanitario de este problema como un problema de salud. Y si es un problema de salud, no puede estereotiparse ni puede ser pasible de campañas o de cruzadas. Tiene que atender a la persona que lo necesita. También en esta mesa surgió que la persona que lo necesita no siempre es un enfermo al que tenemos que estigmatizar como enfermo y tenemos que psiquiatrizar como enfermo, sino que puede ser una elección de vida en un momento determinado y en un lugar determinado. Quiero decir, la ley, en general, - ni los jueces, ni las leyes, ni el aparato penal-, puede comprender tanta sofisticación porque esa sofisticación es la vida diaria.

## Debate

*Agradezco la posibilidad de escucharlos. Quisiera puntualizar dos cuestiones. Comparto con la representante de Uruguay, porque la Argentina tiene la misma legislación incorporada a nuestra Constitución, que ya se pueden aplicar medidas de reducción de daños sin la necesidad de una ley. Esto lo vengo sosteniendo porque el Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales prevé, en el artículo 24, la obligación del Estado como garantía de realizar actividades destinadas a parar o a entorpecer la epidemia. Es decir, que el Estado ya tiene la obligación de realizar actividades de reducción de daños. Pero yo no quiero limitar la medida de reducción de daños al tema salud, porque eso sería acortar sus objetivos. La medida de reducción de daños no es solamente un hacer, es toda una ideología que está por detrás. No se trata de señalar si vamos a aceptar tales medidas o no. No se trata de señalar que solamente las actividades se limitan a comunidades terapéuticas. La medida de la reducción de daños es una ideología. Esto va en contra de la tolerancia 0 y va contra la ideología de la lucha contra las drogas. Eso es lo que quería señalar.*

Dr. HORACIO CATTANI: Estoy de acuerdo con usted. Creo que en realidad con los pactos incorporados a la Constitución no se necesita ninguna legislación. Pero cuidado, porque por eso hablamos de táctica y estrategia. La gente tiene que trabajar en la calle y tiene que operar concretamente en la calle y si está operando en la calle con jeringas, hasta que invoque los pactos, puede quedar detenida. Entonces creo que es muy importante por lo menos avanzar, no con grandes legislaciones, sino con resoluciones de las autoridades sanitarias que reivindiquen que éste es un tema de salud, de educación, pero nunca prioritariamente de justicia ni de defensa.

*Complementando en total acuerdo con lo que dice el Dr. Cattani, creo que tal vez, enfocándolo desde la salud y tomándolo desde ese punto de vista, podríamos lograr que sea política de estado, y que armado un programa y seguida su eficacia, se continúe más allá del partido político que lo toque liderar una u otra circunstancia. Por eso creo lo que decía la Diputada Parentella que, mientras se trate de blanco o negro, podemos hacer todas las resoluciones que queramos, pero cuando las llevemos a la práctica, van a chocar contra una pared, de acuerdo al lugar en que la práctica se quiera hacer. Entonces, este es un tema que es muy serio y por eso también creo que los avances legislativos tienen que llegar desde la mayor discusión al*

*mayor consenso, o sea del disenso al consenso. Por supuesto, no va a haber nunca unanimidad, pero por lo menos consenso para que tenga una base sólida, real y que sea respetado a través del tiempo. Si no, vamos a seguir eternamente en esta discusión del librito de quién llegó.*

*A mí lo que me preocupa es que, pasamos el tema de la adicción al campo de la salud, pero también acabo de escuchar que los profesionales que actúan en los hospitales, frente a estas personas que entonces se denomina "enfermas", las denuncien. Entonces no veo qué protección hay, aún en el campo de la salud. O sea, volvemos al tema punitivo, al tema de la represión.*

Dr. HORACIO CATTANI: Dice la diputada uruguaya que en el Uruguay no tienen ese problema. Es un problema que tenemos los argentinos, por supuesto. Si castigamos al consumidor, aún de pequeñas cantidades, si ese consumidor pasa a ser un "paciente judicial", esto ¿qué significa?: que va a distintos sistemas de tratamiento con un oficio judicial. Esto significa la intersección del discurso penal, del discurso jurídico con el discurso sanitario. Entonces, a partir de allí, es posible cualquier aberración. Y cuando me refiero a aberración hablo siguiendo a Foucault, en el sentido de que a veces un empleado de tribunales es el que redacta el oficio y que le indica al equipo tratante que tiene que internar a alguien que no necesita internación. Es decir, necesitamos, y ustedes saben que yo tengo una opinión muy clara en esto, que el consumidor salga del derecho penal y entre en el derecho sanitario. Alguien dirá: bueno, pero el derecho sanitario también tiene lo suyo. Sí, pero no como el derecho penal, claramente no como el derecho penal. La estigmatización que supone el derecho penal, reproduce su propia clientela, genera reincidencia, desocializa en las cárceles. Obviamente creo que nadie puede prescribir sistema penal. Toda nuestra legislación está estructurada sobre el derecho penal. Y les digo algo más: la ley que permite la atención de esta patología y del HIV/sida por las obras sociales, festejada y aplaudida, la 24.455, está enganchada a las medidas de seguridad curativas de la ley penal. Esto no puede ser. La Argentina no tiene prácticamente legislación sanitaria en este tema. Es toda una definición.

*Quiero apuntalar un tema que nos tiene muy preocupados a personas, ciudadanos que nos hemos abocado a la contención de las personas que conviven con el VIH/sida. Pertenecemos al grupo de auto ayuda Volver a Vivir, del partido de San Fernando de la Provincia de Buenos Aires. Estamos muy preocupados porque también esta-*



*mos trabajando el tema cárceles. La semana pasada hemos asistido a la Unidad N° 22 de Olmos, donde nos hemos encontrado con pacientes portadores de VIH de manera cadavérica. No están recibiendo los cócteles. A pesar de que nosotros hemos gestionado esta denuncia a través de entidades de derechos humanos, estamos en la misma. Hace dos años que estamos trabajando el tema cárceles, tocando las puertas de todas las maneras y no hemos recibido respuesta. Yo sé que a lo mejor no es una manera muy diplomática de decirlo, pero es la realidad que hoy tenemos en las cárceles. La Unidad N° 22 está recibiendo personas de todas las cárceles del país de manera cadavérica, donde fallecen aproximadamente cuatro o cinco personas por semana.*

MARÍA DEL CARMEN FALBO: La Unidad 22 está adherida al Programa Nacional y el Programa Nacional permanentemente lleva las dosis necesarias, el enfermo las firma. Hay gente civil que no es servicio penitenciario, médicos que son los que las suministran. El cóctel que le dan no es a lo mejor el que se pretende porque cada vez esto avanza más, pero es el del Programa Nacional de sida, no hay otro y es el que se está llevando a cabo en las cárceles. Pero lo que sí puedo garantizar, por lo menos hasta el mes de diciembre, que ese programa se cumplía y se les daba. Ud. tiene razón, como este programa no está en otros lugares, llega gente hasta de las provincias con problemas federales, que como no hay todavía un tratamiento en el nivel federal, llega a nuestra provincia, y a la Unidad 22. Ud. lo dice bien, llegan prácticamente en estado terminal porque los otros son tratados ambulatoriamente en cada unidad, pero el Programa Nacional está instalado en las 36 cárceles de la provincia.

IRMA PARENTELLA: Un comentario general, ahora que se toca el tema de las cárceles, pero que a mí me ha quedado como preocupación de todo este encuentro, que me parece especialmente rico en esta conjunción de información que hemos intercambiado de la región.

Muchas de las políticas que se han impulsado por parte de ONUSIDA y de los tratados internacionales, los convenios, las cosas que han ratificado nuestros países como Estados - parte y que tratamos de bajarlas a la legislación, realmente han tratado de seguirse desde los organismos rectores de los programas de sida en nuestros países y esto, como hemos visto, ha ido evolucionando. Distintos tratamientos, todos nuestros países han asumido la responsabilidad a través de leyes (creo, todos), de la entrega de medicación para los infectados de VIH. Ahora hay nuevos tratamientos. Mi preocupación es que, mientras esto tiene financiación internacional, funciona



bien. En el momento en que empiezan a recortarse las financiaciones internacionales, nuestros Estados no están en condiciones de mantener esto. Entonces empiezan los recortes de los derechos de quienes fueron educados en que tenían derechos para esto. Y esto forma parte de algunas de las denuncias que se han hecho acá por parte del público. Es decir, el fraccionamiento de la entrega, que los plazos son mucho más cortos, las dificultades que eso conlleva para quienes se han acercado al sistema de salud. Entonces, Paulo Teixeira señalaba como una de las dificultades, uno de los desafíos que ellos se plantean, la sustentabilidad de todos estos programas. Hoy se le preguntaba al programa de Intercambios cuáles eran sus formas de financiación. En definitiva, lo mismo que en casi todos los lugares, estos programas piloto tan importantes porque nos retroalimentan en relación con lo que tenemos que hacer en programas de salud, casi todos tienen financiación internacional. Porque vienen o a través de las Secretarías de Salud o del tema del sida para los gobiernos nacionales o directamente desde los organismos de las Naciones Unidas. ¿Qué pasa cuando esas financiaciones, que además prevén la sustentabilidad de los países, terminan? Estamos en un marco de Estados que tienen un fuerte deterioro en sus economías, con abundantes déficit, con dependencia en lo económico y con una tendencia a la disminución, a la desregulación, al achicamiento de la intervención del Estado, también en las políticas de salud y un traslado hacia lo privado. Todos sabemos que la responsabilidad frente a estas políticas tiene que ser del Estado, porque los privados no se van a ocupar de estas cosas. Yo quiero dejar marcada esta preocupación. Nosotros lo vemos con mucha preocupación en nuestro país este tema. Yo estoy como legisladora en este momento discutiendo el presupuesto para los próximos cinco años en mi país y el Ministerio de Salud Pública como el Poder Judicial y los organismos de Educación, que son autónomos, todos tienen un recorte marcado por el equipo económico para lo que han determinado que son sus políticas en relación con estos temas. Entonces, por mejores programas que tengamos sabemos que van a tener un recorte muy importante que termina con las posibilidades de los ciudadanos de acceder a estos servicios.

*Soy presidenta de AMMAR, que es la Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina, sabrán que eso es trabajadoras sexuales. Me gustaría hacer una denuncia acá, ya que está la Diputada Parentella, que es de la Comisión de Salud. Fundamentalmente en las provincias, nosotras estamos haciendo talleres de prevención de ETS y*

*VIH/sida en Rosario, Córdoba, Salta y Mendoza. En varias de estas provincias hay códigos de faltas donde las trabajadoras sexuales son detenidas y también en estas provincias, aparte de ser detenidas porque dicen que están haciendo escándalo en la vía pública, a las chicas, cuando son portadoras de VIH, no solamente les dan los días que dice el código de faltas que le tienen que dar sino que, les hacen los análisis y le hacen el de VIH, siendo que en este país está prohibido hacer el análisis compulsivamente. Pero si a Ud. le dicen: o te hacés el análisis para irte o te quedás diez días más, seguramente las compañeras terminan accediendo a eso contra su voluntad. Cuando las compañeras son portadoras de VIH se les da cuarenta días de detención. Pero para esto no hay contención, no hay medicación, no hay nada. Esta es la realidad que nosotras, las trabajadoras sexuales de este país, vivimos. La discriminación. Cuando el país se saque la careta y deje de marginar y nos deje de pisotear, seguramente podremos hacer lo que hacen otros países en reducción de daños. En este momento hemos hecho exámenes gratuitos a todas las trabajadoras sexuales de Capital Federal. Sobre 240 trabajadoras sexuales, nada más que el 3% son portadoras. Estas portadoras que hemos detectado son trabajadoras sexuales que consumen drogas. Pero nosotras estamos cansadas de golpear las puertas y que siempre se nos sigan cerrando. Somos argentinas, somos hijas de este país y deberían abrirse esas puertas. Usarnos, pero usarnos en el buen sentido de la palabra, ya que nosotras tenemos el acceso a nuestras pares, estamos capacitadas para trabajar con ellas. No somos médicas, no somos profesionales pero somos personas comprometidas con nuestras pares y fundamentalmente muy preocupadas por todo esto que nos está pasando. Y esto tiene que ver con el objetivo más importante que tiene AMMAR, que es mejorar las condiciones de vida de las trabajadoras sexuales. Por eso nos gustaría mucho que nos abran la puerta y que trabajemos juntos, porque nosotras también votamos, porque nosotras somos fundamentalmente personas y somos argentinas.*

IRMA PARENTELLA: Conozco el trabajo de AMMAR. Alguna vez estuvieron en mi despacho hace bastante tiempo, cuando recién iniciaba mi gestión y lo que te digo es, si querés acercarte a Riobamba 71, que es el lugar donde funciona la Comisión de Drogadicción, siempre después del mediodía está Juan Carlos Romer, y yo estoy en el despacho de la Cámara. Así podremos ver un detalle pormenorizado de cada uno de los problemas como para que, junto con la Comisión o con la Comisión de Salud podamos pensar esas cuestiones.

# Índice

Presentación / 9

Panel de Apertura / 13

Conferencia: ¿Cómo generar el consenso para el desarrollo  
de estrategias de reducción de daños? / 26

Debate / 47

Panel: Reducción de daños en los medios de  
comunicación social / 57

Debate / 71

Panel: Experiencia de prevención del VIH/sida en usuarios  
de drogas en Uruguay / 75

Estados de situación en sida y drogas en Uruguay / 75

Debate / 110

Panel: Experiencia de prevención del VIH/sida en usuarios  
de drogas en Chile. / 112

Panel: Experiencia de prevención de VIH/sida en usuarios  
de drogas en Paraguay / 124

Debate / 134

Panel: Experiencia de prevención del VIH/sida en usuarios  
de drogas en Argentina. Indicadores epidemiológicos / 138

Panel: Experiencia de prevención del VIH/sida en usuarios de drogas en la Argentina. Intervenciones comunitarias y perspectiva de los usuarios / 164

Panel: Articulación de las políticas de drogas con las experiencias del Proyecto Regional de Prevención del VIH/sida / 192  
Debate / 211

Panel: Avances legislativos en la política de reducción de daños en América Latina / 214  
Debate / 232



Se terminó de  
imprimir en Agosto de l 2001.  
en Artes Gráficas Piscis S.R.L.  
Junín 845, Capital Federal,  
Argentina



SIDA Y DROGAS

**Reducción  
de daños  
en el Cono Sur**



Intercambios. Asociación Civil  
para el estudio y atención  
de problemas relacionados con las drogas.



**ONUSIDA**  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
UNION INTERNATIONALE POUR LA PROTECTION DE LA SANTE



Unidad Coordinadora  
Ejecutora VIH / SIDA y ETS