

THE LANCET

VIH en personas que consumen drogas • Julio de 2010

www.thelancet.com

VIH en personas que consumen drogas: “Abogamos por que la hostilidad hacia los consumidores de drogas, de una agresividad inadecuada y patrocinada por los Estados, sea sustitida por actitudes ilustradas y de base científica, y por respuestas sociales más equitativas.”

VIH en personas que consumen drogas

VIH en personas que consumen drogas 7



Es hora de actuar: una llamada para dar una respuesta integral al VIH en personas que consumen drogas

Chris Beyrer, Kasia Malinowska-Sempruch, Adeeba Kamarulzaman, Michel Kazatchkine, Michel Sidibe, Steffanie A Strathdee

Los estudios publicados sobre VIH en personas que consumen drogas demuestran que es posible reducir la carga global de la infección por VIH en este grupo. Las acciones coordinadas de gobiernos, organizaciones multilaterales, sistemas sanitarios e individuos pueden ser de beneficio para familias, comunidades y sociedades. Nosotros estamos revisando las pruebas y estamos identificando las sinergias entre la ciencia biomédica, la salud pública y los derechos humanos. Las intervenciones con una buena relación costo-eficacia –como los programas de intercambio de agujas y jeringas hipodérmicas, la terapia de sustitución de opioides y el acceso expandido al tratamiento y atención del VIH– se apoyan a base de la salud pública y los derechos humanos; sin embargo, sólo se logra alcanzar a alrededor del 10% de las personas que consumen drogas en todo el mundo, y demasiadas son encarceladas por delitos menores y retenidas sin juicio. El cambio de esta situación requiere compromiso, actividades de promoción y coraje político para adelantar la agenda de acción.

Introducción

La guerra contra las drogas ha fracasado. La política de la detención, del tratamiento forzado y la encarcelación de personas que consumen drogas ha resultado ineficaz. Sin embargo, la respuesta global al VIH/SIDA, en función de la investigación, del aumento proporcional de la prevención, los derechos humanos de los afectados y del acceso al tratamiento anti-retroviral, demuestra ya algún éxito notable. No obstante, la respuesta al componente sustancial de la pandemia causada por el uso de sustancias es uno de los aspectos más frustrantes de la crisis global del VIH/SIDA. Las pruebas no han jugado un papel muy determinante en la política de la salud pública, y son demasiados los gobiernos, sistemas de justicia penal y establecimientos médicos que discriminan en contra de los pacientes drogodependientes, restringen sus derechos y se valen

de tratamientos obsoletos y desacreditados, mientras limitan –o prohíben de manera absoluta– el uso de un enfoque basado en evidencias.

Los Estados Unidos, el mayor proveedor de fondos para el tratamiento e investigación del VIH/SIDA del mundo, mantuvo la prohibición de usar fondos federales para los programas de agujas y jeringas hipodérmicas (NSP) hasta 2009. No obstante, hay algunas formas de intervención para prevenir la infección del VIH más simples y menos costosas que los NSP.^{1,2} Los esfuerzos para extender el tratamiento basado en evidencias, especialmente la terapia de sustitución de opioides (OST), a los adictos a la heroína y otros opioides han trastabillado allí donde los mismos se necesitaban y se necesitan más: en Rusia, en algunas partes de Asia central y en la Comunidad de Estados Independientes.^{3,4}

Publicado en línea
20 de julio de 2010 DOI:10.1016/S0140-6736(10)60928-2

Véase en línea/Comentario
DOI:10.1016/S0140-6736(10)60883-5

Éste es el séptimo de una Serie de siete artículos sobre el VIH en personas que consumen drogas

Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA (Prof C Beyrer MD); Open Society Institute, Drug Policy Program, Varsovia, Polonia (K Malinowska-Sempruch); University of Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia (A Kamarulzaman MD); Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, Génova, Suiza (M Kazatchkine MD); UNAIDS, Génova, Suiza (M Sidibe MEc); y University of California, San Diego, Division of Global Public Health, Department of Medicine, CA, USA (Prof S A Strathdee PhD)

Correspondencia destinada a:
Prof Chris Beyrer, Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 615 N Wolfe Street, E 7152, Baltimore, MD 21205, USA
cbeyrer@jhsph.edu

Mensajes clave

- Hace falta ampliar la investigación de cada país y las estrategias de vigilancia para dar a los gobiernos una información mejor y más estratégica de sus epidemias relacionadas con las drogas.
- Las epidemias del VIH en personas que consumen drogas pueden controlarse en gran parte, y sus daños pueden ser mitigados por las estrategias actualmente disponibles. Lo que se requiere es la expansión masiva de la prevención combinada, el tratamiento y la atención. En las epidemias causadas por opioides, este enfoque incluye un paquete esencial mínimo de los programas de inyección segura, de la terapia de sustitución de opioides y del tratamiento antirretroviral.
- El acceso universal al tratamiento basado en evidencias para el uso de drogas es un derecho fundamental de la salud y una prioridad urgente de la salud pública.
- Las políticas, programas y servicios nacionales eficaces e integrales de la reducción de daños son esenciales para que los países cumplan su obligación legal de hacer realidad el derecho a la salud. Los países de altos ingresos deben ofrecer más que los servicios esenciales. Los programas piloto ya no son suficientes.
- Los peligros de la inacción en la cobertura de las necesidades de las personas que consumen drogas incluyen la propagación permanente de la infección por VIH en nuevas poblaciones y regiones, el aumento de la complejidad de las epidemias de VIH-1 a nivel molecular, el menor acceso a los opioides para el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos, y los costos humanos, familiares, sanitarios y sociales de la encarcelación y la detención en masa.
- Se necesita ampliar con urgencia la acción y promoción de los profesionales de la salud en nombre de las personas que consumen drogas, tanto en la atención sanitaria como en los sectores de la justicia penal. Los profesionales de la salud no deben ser cómplices en los programas y políticas que no tienen base de evidencia o que violan los derechos humanos. Hay que escuchar la voz de las personas que consumen drogas en todos los niveles, desde la prestación de servicios hasta la toma de decisiones normativas.
- La reforma de los sistemas de justicia es parte de la reducción de daños: nosotros abogamos por la despenalización de los consumidores de drogas, por el proceso legal debido y por el acceso a los servicios sanitarios para las personas que consumen drogas en todas las formas de prisión y detención.

Cuadro 1: Portugal: humanitarismo y pragmatismo

En 1999, el gobierno Portugués aprobó la primera estrategia nacional sobre drogas que incluía un enfoque global de la reducción de la oferta y la demanda en el marco de la despenalización del consumo personal de drogas.

João Castel-Branco Goulão fue uno de los miembros del comité de expertos que presentó estas recomendaciones; es médico, presidente actual del IDT (Instituto de las Drogas y las Toxicomanías), coordinador nacional de Portugal contra las drogas, y desde el comienzo de 2010 presidente del Consejo de Administración del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. En lo que sigue, Castel-Branco Goulão está hablando sobre la historia del tratamiento por consumo de drogas en Portugal.

“Hasta 1974, Portugal tenía una sociedad conservadora, cerrada y aislada, con pocos contactos con los movimientos sociales y culturales en curso a nivel mundial. Después de un golpe de estado militar (Revolución de los Claveles), nos convertimos en una república constitucional semipresidencial que permitió las elecciones democráticas y el contacto de los ciudadanos con otras realidades.

El consumo y el abuso de drogas se hicieron socialmente visibles desde finales de 1970. Asociados con la idea de libertad, se extendieron entre los grandes contingentes militares y miles de ciudadanos que regresaron de las colonias recién independizadas (Angola, Mozambique y Guinea-Bissau). La experimentación era casi obligatoria para los jóvenes, sin preparación para esta nueva realidad. La heroína también apareció en escena y rápidamente dio lugar a una epidemia de adicción y sus problemas asociados, incluyendo una nueva epidemia de infección por el VIH.

Los informes de esta Serie de trabajos sacan información de trabajos multidisciplinarios publicados que promueven que se tome medida de las personas, las comunidades, los sistemas de salud, los gobiernos y las organizaciones multilaterales para reducir la carga mundial de la infección por el VIH en personas que consumen drogas.³⁻⁸ Resulta alentador que haya sinergias entre la ciencia biomédica, la salud pública y los derechos humanos. Las cosas correctas para limitar la propagación de la enfermedad son también las cosas correctas que sirven para proteger los derechos humanos. Las acciones con una buena relación entre costo y eficacia son también éticamente justificadas; por ejemplo, la prestación de OST ambulatoria para pacientes drogodependientes, en lugar del encarcelamiento o la negación del acceso al tratamiento antirretroviral (ART) a causa de las políticas y prácticas discriminatorias.^{5,8} La evidencia confirma que se requiere una masiva extensión global de las intervenciones constatadas, incluyendo la combinación de NSP, OST y ART.⁴ Una alta cobertura de intervenciones combinadas sostenida por un periodo de tiempo será necesaria para conseguir mejoras duraderas en materia de prevención de la infección por VIH en personas que consumen drogas.⁴ Estas intervenciones deben adaptarse a los contextos específicos de cada país y cada epidemia para tener un impacto máximo,

Aunque Portugal seguía teniendo uno de los niveles más bajos de consumo de drogas ilícitas en Europa, por la década de 1980 éramos uno de los países con la prevalencia más alta de consumo problemático de drogas. Las drogas y la adicción a ellas se convirtieron en un enorme problema social, político y de salud en la sociedad portuguesa. Se inició la respuesta para la prevención y el tratamiento a nivel público y no gubernamental, pero el fenómeno no pareció remitir. La mayoría de los adictos tenía miedo de entrar en los programas, ya que tenían la remisión a la justicia penal.

En 1997, la drogadicción fue calificada como la primera entre las preocupaciones del pueblo portugués. Entonces, el gobierno convocó un grupo de expertos para evaluar el problema y elaborar una nueva estrategia. Como resultado, la primera estrategia nacional de Portugal en materia de drogas y la adicción a drogas fue elaborada y aprobada en 1999. Nuestra estrategia se basaba en los principios del humanitarismo y el pragmatismo. Fue diseñada como un enfoque equilibrado entre las medidas de reducción de la oferta y las de la demanda, con propuestas concretas de respuestas integradas de prevención, tratamiento y reducción de daños, así como la reintegración en la sociedad, en el marco de la despenalización del consumo personal de drogas. A partir de entonces, la drogadicción se consideró como una enfermedad, y los drogadictos como pacientes y no como delincuentes.

El consumo personal y la posesión de drogas para el consumo fueron despenalizados en 2000, y la ley entró en vigor a partir de julio de 2001. La posesión de drogas en una cantidad superior a un promedio de consumo de 10 días es un delito. Por debajo de este límite (definido de forma diferente para cada sustancia), la posesión o el consumo se considera como una infracción administrativa. Se crearon organizaciones especiales (Comisiones para Disuadir las Adicciones a las Drogas) para aplicar sanciones administrativas. De hecho, éstas actúan como ‘una segunda línea’ de las intervenciones preventivas, evaluando las circunstancias personales de los usuarios de drogas que vienen derivados desde la policía y dirigiéndolos a las respuestas apropiadas (tratamiento u otros).

Diez años después de esta decisión y la aplicación de la estrategia integrada, todos los datos disponibles muestran tendencias positivas. No sólo se trata de que Portugal no se ha convertido en un ‘refugio’ para los usuarios de drogas y un destino de turismo de la droga, sino que las encuestas de población general muestran una disminución en la prevalencia del uso de las drogas entre los jóvenes (15–19 años) del 10,8% en 2001 al 6,8% en 2007; una dramática caída de la proporción relativa de los consumidores de droga en la incidencia del VIH en Portugal, del 54% del total en 2001 al 30% en 2007; y un aumento constante del número de personas adictas en tratamiento, de 32.000 en 2002 a 38.500 en 2008. Con esta despenalización del consumo personal de drogas y nuestra estrategia integrada, Portugal tiene un papel destacado en la lucha contra los problemas de droga entre los otros países de la UE. El humanitarismo y el pragmatismo pueden funcionar. Portugal no necesitó la encarcelación en masa para obtener resultados concretos en la disminución de consumo de drogas, las adicciones y las infecciones por VIH”.

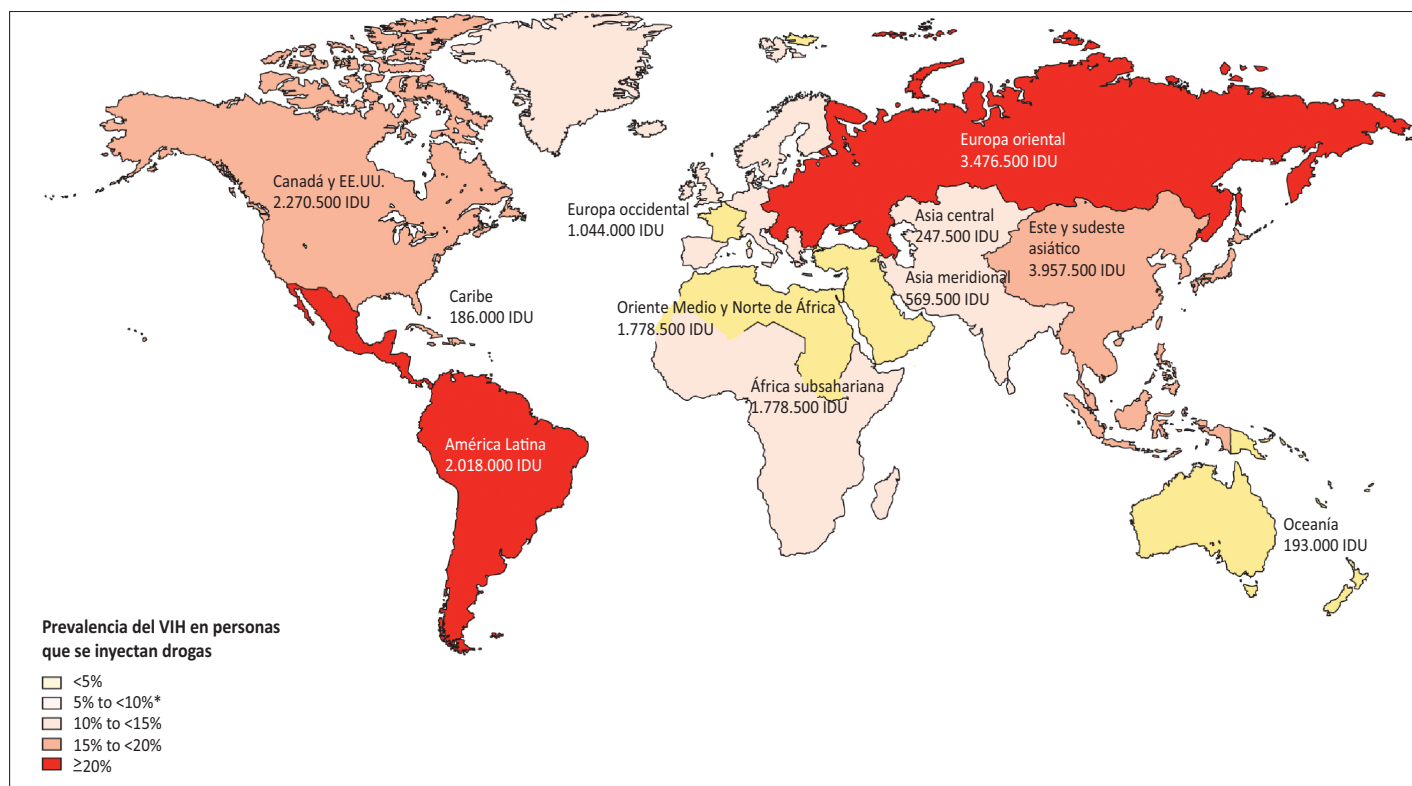


Figura 1: Número estimado de usuarios de drogas inyectables (IDU) y prevalencia regional de la infección por el VIH en personas que se inyectan drogas, 2010

* Ningún país tiene una prevalencia del 5% al <10%.

como lo demuestran Strathdee y sus colegas.⁵ Para muchos países, este enfoque requiere un programa de investigación revitalizada, específica de cada país, para poder caracterizar mejor la epidemia del VIH en personas que consumen drogas (Cuadro 1). La respuesta al VIH también debe incluir el acceso universal a las tratamientos para la dependencia de drogas que se base en pruebas empíricas.³ Este tratamiento es un componente fundamental del derecho a la salud y una prioridad urgente de la salud pública. Y como Jürgens y sus colegas señalan, el marco del derecho a la salud establece la obligación legal de todos los países de tener y aplicar programas eficaces e integrales de reducción de daños.⁹

Se requiere compromiso, actividades de promoción y valentía política para impulsar el programa de acción descrito en este informe. Las pruebas demuestran claramente que la inacción puede exacerbar la propagación de la infección por el VIH, socavar el acceso a la prevención del VIH y los programas de ART, seguir incrementando la población penitenciaria con pacientes que necesitan asistencia y dar lugar a abusos de los derechos humanos.

La escala y el alcance de la epidemia

El grupo de referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el uso de drogas intravenosas estima que, en 2007, había alrededor de 15,9 millones (entre 11,0–21,2 millones) de usuarios de drogas inyectables (IDU) en todo el mundo.¹⁰ La Figura 1 muestra, por regiones, el número estimado en 2010

de personas que se inyectan drogas y la prevalencia del VIH entre las mismas. Se ha notificado la presencia del uso de drogas inyectables y de las infecciones del VIH y la hepatitis C (VHC) asociadas en casi todos los Estados miembros de las Naciones Unidas, y en todos los niveles de ingresos. Las personas que consumen pero no se inyectan drogas representan una población sustancialmente mayor que la de las personas que se inyectan drogas, aunque las estimaciones de los no usuarios de drogas inyectables varía según las sustancias contempladas, según cómo se define el uso y si se incluye el consumo de alcohol. Según el informe de Colfax y sus colegas,⁷ los riesgos de exposición sexual al VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre estas poblaciones heterogéneas pueden ser sustanciales, al igual que entre las personas que se inyectan drogas.

Sin embargo, la propagación de la infección por VIH ha sido controlada entre los IDU en muchos países mediante el paquete disponible de intervenciones recomendadas en forma conjunta por la OMS, ONUSIDA y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD; Cuadro 2). En poblaciones de IDU con buen acceso a estos servicios, la incidencia del VIH se ha mantenido baja y estable durante años e incluso décadas en contextos tan diversos como Australia,¹¹ el Reino Unido, Brasil, Alemania,¹² Hong Kong, Francia,¹³ y varias ciudades estadounidenses.^{14,15} La consistencia de estas experiencias demuestra que los esfuerzos de salud pública pueden controlar muy fácilmente los brotes de infección por VIH en personas que consumen drogas. Sin embargo, en de

Cuadro 2: Enfoque integral para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH para usuarios de drogas inyectables (IDU)*

- Programas de agujas y jeringas hipodérmicas
- Terapia de sustitución de opioides
- Participación voluntaria en programas de asesoramiento y diagnóstico del VIH
- Tratamiento antirretroviral
- Prevención de infecciones de transmisión sexual
- Programas de fomento del uso del preservativo entre los IDU y sus parejas
- Programas específicos de información, educación y comunicación
- Diagnóstico de hepatitis, tratamiento (hepatitis A, B y C), y vacunación (hepatitis A y B)
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de tuberculosis

* La circuncisión masculina entre adultos se ha asociado con la disminución del riesgo de contagio del VIH de los varones debido a la exposición heterosexual. Aunque no forma parte del enfoque integral frente al uso de drogas inyectables de la OMS, ONUSIDA y la ONUDD, esta intervención podría ser relevante para los usuarios de drogas masculinos que mantienen relaciones sexuales heterosexuales.

2,4 millones de los casos de infección por el VIH y casi la mitad de todos los IDU que viven con infección por el VIH en todo el mundo.^{3,10} La epidemia del VIH sigue aumentando entre los usuarios de drogas inyectables en Asia central, incluso en Afganistán.^{16,17} Los IDU representan más del 60% de todas las infecciones por el VIH en Belarús, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Moldova, Rusia, Ucrania, Tayikistán, Uzbekistán, Irán e Indonesia.¹⁸ La cobertura con el paquete de servicios esenciales para esta población es inadecuada, con un promedio global de menos de dos agujas por IDU al mes, el 8% de los usuarios de opiáceos en tratamiento con opioides, y el 4% de los IDU con la infección por el VIH que reciben tratamiento antirretroviral.¹⁹ Según datos del Grupo de Trabajo sobre Prevención Mundial, los niveles de usuarios de drogas inyectables son los más bajos de cualquier población en riesgo de infección por el VIH.²⁰

Peligros de la inacción

La expansión permanente de la infección por el VIH

En entornos donde la OST y los NSP no están disponibles o son ilegales y las personas drogodependientes son tratadas como delincuentes las consecuencias de la inacción son graves. La primera es la continua propagación de la infección por el VIH. La exposición secundaria de las parejas sexuales de los consumidores de drogas también debe tenerse en cuenta en este contexto. En Rusia, donde está prohibida la OST, la transmisión del VIH de los IDU, predominantemente masculinos, a sus parejas sexuales femeninas parece rendir cuenta

de un componente sustancial del aumento registrado en infecciones por el VIH entre las mujeres.²¹ Algunos países han adoptado medidas audaces para ampliar la OST, incluyendo China, Irán, Vietnam y Kirguistán.¹⁹ Sin embargo, la calidad y no simplemente la cantidad es indicador importante del éxito del tratamiento.⁷ En muchos países, los programas de tratamiento de sustitución coexisten con redes de centros de detención por drogas que a menudo funcionan como sitios de desintoxicación forzosa y algunas veces como campos de trabajos forzados.⁸ Los centros de detención por drogas tienen pocos logros en la prevención del consumo de drogas y muestran altos índices de reincidencia. Además, los centros de detención por drogas pueden aumentar el VIH y los riesgos relacionados, violar los derechos humanos y socavar el éxito potencial de las intervenciones constatadas.^{19,22,23}

Nuevos brotes

La falta de respuesta a los nuevos y emergentes brotes de la infección por el VIH en personas que consumen drogas tiene un enorme coste, ahora y en el futuro. La evidencia de Kenya,²⁰ Malawi, Namibia y Botswana,²⁴ de Libia, Tanzania y Zanzíbar,²⁵ y de Sudáfrica,¹⁰ sugiere que los africanos se inyectan drogas cada vez más, y que la consiguiente propagación de la infección por el VIH ya está en marcha. Este descubrimiento es una nueva preocupación para los sistemas sanitarios no preparados; los sistemas de salud y los proveedores de atención sanitaria africanos están entre los más abrumados del mundo, y pocos sistemas tienen experiencia en materia de prevención, tratamiento y asistencia a las personas que consumen drogas. Se necesitará una acción rápida con enfoque en la formación y en la creación de capacidades para impedir que el aumento del consumo de drogas intravenosas agrave la ya pesada carga del SIDA en África. El consumo de drogas intravenosas exacerbará probablemente algunas de las epidemias emergentes de VIH en el Oriente Medio y el Norte de África, y otros brotes en comunidades musulmanas, como ha ocurrido en Irán, Malasia, Indonesia y en el oeste de China.⁵

Efectos sobre Afganistán, Pakistán e Irán

Desde la década de 1990, la producción mundial del opio se ha desplazado desde el sureste de Asia a Afganistán, que es ahora fuente de más del 90% de los opioides ilícitos del mundo.²⁶ La exportación del equivalente de más de 6.000.000 kg de opio se produce principalmente a través de sus vecinos: Irán, Pakistán y Asia central.²⁷ La producción del opio en Afganistán ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, con la expansión más pronunciada en la última (Figura 2).

Aunque Europa sigue siendo el mayor mercado para el opio procedente de Afganistán, una parte sustancial de las exportaciones de opioides está apareciendo ahora en China, en Asia central y en Rusia, y más recientemente en el África subsahariana y en los Estados Unidos. Estas rutas de tráfico más recientes no sólo han actuado como conductos del comercio, sino que también han generado consumidores de drogas. Irán, a través del cual se estima que pasa el 40% del comercio afgano, tiene ahora un estimado de 1 millón de usuarios de opioides, con una prevalencia del VIH de entre el 15% y el 23%

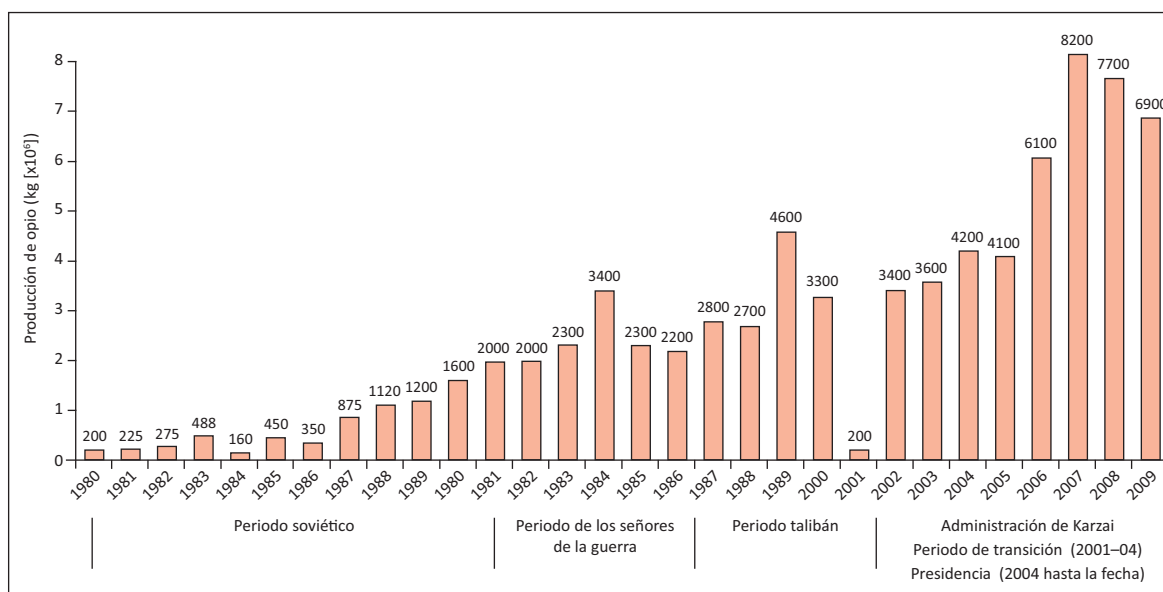


Figura 2: Producción de opio en Afganistán 1980–2009

Modificado según los datos de los informes mundiales de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.^{26,28}

entre los asistentes a los servicios de tratamiento con medicamentos en Teherán.²⁹ Durante la última década, Asia central ha informado de un incremento medio de los casos acumulados de VIH del 48% al año, principalmente atribuible a la diseminación del consumo de opioides y la elevada proporción de prácticas inseguras de inyección.³⁰ Que tanta gente joven en estos Estados predominantemente musulmanes se haya visto afectada es una tragedia, y sugiere que todavía hay retos para alcanzar el máximo potencial que ofrecen los principios y las enseñanzas islámicas para ofrecer un fuerte respaldo cultural y religioso para la reducción efectiva del daño.³¹

Cambios en la epidemiología molecular

En entornos donde la propagación de la infección por el VIH entre personas usuarias de drogas no haya sido controlada, las epidemias resultantes se han caracterizado por varias peculiaridades moleculares únicas. La propagación de la infección del VIH entre usuarios de drogas inyectables se ha caracterizado por altas tasas de recombinación e infección dual, propagación transnacional y, en algunos entornos, por la evidencia de distintas variantes virales entre personas que consumen drogas y sus redes.^{32,33} Una mayor diversidad genética de las variantes del VIH-1 es un reto para el sistema inmunológico humano, aumenta la probabilidad de resistencia a los antirretrovirales y puede complicar el desarrollo de la vacuna contra el VIH. Los fallos en la prevención primaria y secundaria de la transmisión del VIH en los IDU podría permitir el aumento de la diversidad genética mediante la recombinación, como han propuesto Tee y sus colegas,³² en la frontera entre China y Birmania. La aparente incapacidad de una vacuna de estímulo primario contra el VIH para proteger a los vacunados tailandeses con antecedentes de exposición al consumo de drogas intravenosas sugiere que eso podría ser algo más que una preocupación teórica.³⁴

El incremento de la diversidad genética del VIH-1 en los IDU a través de la recombinación y la infección dual es seguramente consecuencia de la reutilización de equipos de inyección no esterilizados. Esta situación ha quedado bien patente en el brote complejo que afecta a los IDU en Birmania, en el noreste de India y en el suroeste de China. Aquí, Tee y sus colegas identificaron zonas de 'hiperrecombinación' y la generación de los recombinantes novedosos CRF07_B/C y CRF08_B/C, que se han convertido en las formas predominantes del VIH en la mayor parte de China, en el noreste de India y en el norte de Birmania.^{17,32} Tovanabutra y sus colegas^{33,35} demostraron que las variantes que surgieron en los IDU de Tailandia pronto se extendieron a redes de transmisión sexual epidemiológicamente no vinculadas y se tradujeron en una creciente diversidad genética en la epidemia del VIH en Tailandia.^{33,35}

Disminución del acceso a opioides para el dolor, la cirugía y los cuidados paliativos

No ocuparse del dolor innecesario y tratable es una violación de la dignidad humana. La falta de acceso a una analgesia adecuada socava el derecho a la salud y a no verse sometido a tratos crueles y degradantes.^{36,37} Uno de los principales motivos que limitan el acceso a los opioides para el alivio del dolor son las leyes y normas de sustancias controladas que se centran en la reducción de los posibles abusos de estos agentes. En un informe de 2009 sobre el acceso al tratamiento del dolor, Human Rights Watch identificó varios factores que restringían el acceso: la falta de conocimiento entre los médicos, la insuficiencia de los sistemas de salud para la provisión de medicamentos analgésicos, el temor a la adicción por parte de los proveedores de atención sanitaria y los gobiernos, y las leyes y los reglamentos anticuados e indebidamente estrictos en materia de importación y prescripción de opioides.^{38,39} Estas restricciones en los marcos normativos de los opioides son, posiblemente,

Cuadro 3: El castigo no es un tratamiento médico

Me llamo Li Wei* y soy ciudadano chino. Fui adicto a la heroína durante varios años antes de ser enviado a un centro de tratamiento involuntario en mi país. Desde el día que fui enviado al centro de desintoxicación involuntaria, nunca me dieron un medicamento para aliviarme el estrés, ni siquiera una pastilla para dormir. Pasé por la fase inicial de la desintoxicación física sin agua ni alimentos, ya que no era capaz de tragar, y el personal del centro no me dio ningún alimento o medicina que pudiera ayudarme o proporcionarme nutrición. Tan pronto como se me consideró 'desintoxicado', el director se apresuró a arreglarlo todo para enviarme a trabajar en una fábrica cerrada.

Trabajaba 16 horas al día, al límite, y si no podía completar mi trabajo, me trataban con golpes violentos y con toda clase de castigos corporales. A veces me ordenaban arrodillarme y me pateaban violentamente en el pecho hasta que se cansaban de darme patadas. A veces, en pleno invierno, me ordenaban desnudarme y ponerme debajo de un grifo de agua fría, y para empeorar las cosas, dos personas se ponían a ambos lados con ventiladores de aire frío mientras el agua caía sobre mí. Este tipo de castigo duraba por lo menos media hora cada vez.

Aguanté en estas condiciones hasta el final del período de un año de desintoxicación involuntaria. En el momento en que salí del centro, mi salud física general ya había caído a un mínimo absurdo a causa de los duros trabajos que tuve que soportar. Sólo podía caminar unos 100 metros, y luego tenía que parar y descansar. Por lo general, después de recuperarse, el cuerpo debería estar mucho mejor que en el pasado, pero cuando salí, la gente me preguntaba si mi adicción a las drogas se había agravado; parecía un enfermo terminal, y no alguien que acababa de terminar su rehabilitación por drogas.

otro costo oculto en la guerra contra las drogas. Las directrices de la OMS sugieren que hay que establecer un equilibrio entre hacer que el alivio del dolor sea una realidad y continuar el control de los estupefacientes e impedir su desviación.⁴⁰ Para demasiada gente en el mundo, el equilibrio actual está sesgado hacia el control de las drogas. La necesidad de una reforma se reconoció en el 54^o período de sesiones de la Comisión de Estupefacientes, en marzo de 2010, que decidió examinar los obstáculos a la disponibilidad adecuada de estupefacientes para fines médicos, dado que las convenciones internacionales de control de drogas afirman la necesidad de los mismos en la mitigación del dolor.⁴⁰

Los costos del encarcelamiento

Los enfoques penales y legalistas frente al uso de sustancias enfatizan el encarcelamiento y el castigo sobre el tratamiento y la prevención. Estos enfoques han conducido a tasas muy altas de encarcelamiento en varios entornos, como Rusia, los Estados Unidos y varios Estados de Asia central. Las tasas de encarcelamiento de Rusia en 2007 eran de 670 personas por cada 100.000 habitantes, aproximadamente el 1% de los adultos;

Se llama 'rehabilitación a través del trabajo', pero yo nunca sentí que me estuviera rehabilitando; lo único que sentía era el castigo, y pienso que todos los demás sentían lo mismo. Dado que la adicción a las drogas es una enfermedad, yo debería haber recibido un tratamiento médico. Sin embargo, si lo que me dieron fue un tratamiento médico, prefiero mantenerme al margen de él para siempre.

Este tipo de tratamiento, en muchos países, está reservado sólo a delincuentes convictos. ¿Por qué se sigue utilizando con los usuarios de drogas cuando la ciencia médica coincide en que la adicción a las drogas es una enfermedad cerebral?

Hablando de mi experiencia personal, creo que la educación y las oportunidades de empleo pueden ayudar a facilitar la rehabilitación de las personas adictas. Pero el duro trabajo forzoso no es rehabilitación. Si se utiliza el trabajo duro y el trabajo forzoso, los consumidores de drogas siempre van a reaccionar ante la desintoxicación con temor y procurarán evitarla. Si se puede llevar metadona a los centros de desintoxicación involuntaria, creo que el efecto positivo será inesperadamente grande.

Me gustaría terminar con un llamamiento a los amigos de mi comunidad: si estáis de acuerdo conmigo, os pido que habléis de vuestros sentimientos y necesidades, tanto por vuestro propio bien como para mejorar las condiciones de todos los miembros de la comunidad que reciben este 'tratamiento'.

* Se cambió el nombre por motivos de confidencialidad.

sólo por detrás de cada 100.000 habitantes.⁴¹ Estos niveles han sido tildados de encarcelación en masa y se han asociado con una gran variedad de consecuencias negativas para las personas encarceladas y para sus comunidades.

Mediante el uso de los datos de 26 países del este de Europa y Asia central, Stuckler y sus colegas⁴¹ calcularon que cada punto porcentual de incremento en la tasa del encarcelamiento (después de controlar la infraestructura de la tuberculosis, la prevalencia del VIH y las variables económicas y demográficas) estaba asociado con un aumento de la incidencia de la tuberculosis a nivel poblacional del 0,34% (riesgo poblacional atribuible, CI 95% 0,10–0,58; $p < 0,01$). Los incrementos netos en el encarcelamiento representaban aproximadamente las tres quintas partes del aumento medio de la incidencia de la tuberculosis desde 1991 hasta 2002. La conclusión de los investigadores fue que la reducción del encarcelamiento reduciría los riesgos regionales generales de la población tanto para la tuberculosis como para la tuberculosis multirresistente (MDR).

Los Estados Unidos también han experimentado un aumento sin precedentes en el encarcelamiento, con un aumento estimado de 500 veces más entre 1970 y 2007.⁴² Estas tasas se caracterizan por una extrema disparidad racial: en 2007, las tasas de encarcelamiento eran de 412 personas por cada 100.000 habitantes entre la población blanca, de 742 por cada 100.000 entre los hispanos y de 2.290 por cada 100.000 entre la población negra.⁴² Uno de cada nueve hombres negros de

entre 25–29 años estuvo en la cárcel en aquel año, lo cual supondría, en caso de que se mantuvieran los niveles de 2007, un riesgo acumulativo de prisión de por vida de uno de cada tres hombres negros.⁴² Gran parte de este aumento ha sido causado por duras leyes penales, en particular, por aquellas que afectan al consumo de la cocaína crack: más del 80% de las personas condenadas en virtud de estas leyes en los Estados Unidos eran negras.⁴³ Cabe destacar que los datos de los Estados Unidos sobre el uso de sustancias no reflejan estos niveles de disparidad racial en términos del consumo efectivo de drogas. Khan y sus colegas⁴⁴ investigaron la relación entre los comportamientos sexuales de riesgo y los antecedentes de encarcelamiento de adultos incluidos en la muestra de la Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar de los Estados Unidos. Encontraron que el consumo ilícito de drogas mencionado no estaba vinculado ni con el origen étnico ni con el nivel de los ingresos.

El encarcelamiento plantea un riesgo especial para los IDU. Choopanya y sus colegas⁴⁵ siguieron a 1.209 hombres IDU no infectados del VIH en Bangkok, Tailandia, preparando un ensayo de vacuna contra el VIH. También hicieron un seguimiento de participantes que posteriormente fueron detenidos y encarcelados. Las tasas de infección por el VIH eran altas: 5,8% por año (CI 95% 4,8–6,8), pero la incidencia del VIH en los hombres aumentó significativamente durante el encarcelamiento, hasta el 35% por año. Las cárceles tailandesas no ofrecían OST y era fácil acceder a drogas ilícitas, pero no a equipos de inyección; una situación muy común en contextos de reclusión en todo el mundo. Muchos informes han demostrado también que el encarcelamiento se vincula independientemente con el riesgo de la infección por VIH en usuarios de drogas inyectables.^{7,46}

El encarcelamiento en nombre del tratamiento ha dado lugar a una amplia gama de preocupaciones sobre la detención arbitraria, el trabajo no remunerado y el acceso limitado al tratamiento antirretroviral en China, Tailandia, Vietnam, Laos y Camboya.⁴⁷ En Vietnam y China, los que consumen drogas pueden ser detenidos por cargos administrativos por un periodo de tiempo indeterminado, y están apareciendo informes sobre la explotación de esta población de mano de obra esclava.⁴⁷

El encarcelamiento ha demostrado tener poco efecto sobre las tasas del consumo de sustancias, pero tiene consecuencias profundamente negativas para la salud, los derechos humanos, la tuberculosis y el VIH. Los pacientes dependientes de drogas deberían ser tratados y no encarcelados; las personas encarceladas o detenidas deberían disponer de acceso a servicios de salud (Cuadro 3).

Llamadas a la acción

Cambiar el entorno de riesgo

En el primer informe de esta serie, Strathdee y sus colegas⁵ exploraron el entorno de riesgo de los que consumen drogas en tres contextos bien diferentes: las ciudades de Odessa (Ucrania), Karachi (Pakistán) y Nairobi (Kenya). Sus resultados muestran que la comprensión del riesgo de la infección por VIH en usuarios de drogas debe ir más allá del individuo y se deben evaluar los factores estructurales y ambientales que dan forma a las prácticas individuales de riesgo y la vulnerabilidad

a la infección por el VIH. Este marco más amplio del entorno de riesgo incluye, en el nivel micro y en el nivel macro, factores físicos, sociales, económicos y políticos, que generan contextos de riesgo de VIH o de protección.⁴⁸ Strathdee y sus colegas informaron que la transmisión sexual del VIH entre los IDU, y de los IDU a los no IDU puede diferir sustancialmente: el riesgo de la transmisión del VIH atribuible a las relaciones sexuales sin protección en los IDU era del 15–45% en Odessa, pero menos del 10% en Karachi y Nairobi. Una reducción del 60% en las necesidades no cubiertas de OST, NSP y ART reduciría la incidencia del VIH en Odessa, Karachi y Nairobi en un 41%, 43% y 30%, respectivamente, desde 2010 hasta 2015. Las epidemias locales del VIH fueron sensibles a diferentes tipos y niveles de cambios estructurales: la eliminación de leyes que prohíben la OST, con la ampliación concomitante de los servicios a una cobertura del 80%, podría prevenir el 14% de las infecciones por el VIH en Nairobi, mientras que la mitigación de la transición esperada del 8–12% en Karachi, del consumo no inyectado a la inyección de drogas intravenosas, podría impedir el 65–98% de las incidencias de la infección por VIH. En las regiones con epidemias de rápido crecimiento (por ejemplo, Nairobi), la eficacia de los NSP y la OST parece importar más que la cobertura por sí sola.⁵

La extrema heterogeneidad en las epidemias de VIH globales y locales en los IDU exige la aplicación de una combinación específica en las intervenciones que abordan los factores determinantes a nivel poblacional de la transmisión del VIH y que a su vez sea informada por un análisis global de los riesgos locales que operan en varios niveles de influencia. El trabajo de Strathdee a sus colegas⁵ muestra por qué las intervenciones estructurales de VIH deben ser un componente clave de cualquier enfoque de combinación; también pone de manifiesto que un enfoque que considera las evidencias y está basado en los derechos en la provisión de intervenciones combinadas que protegen el acceso a OST y a la prevención y tratamiento del VIH en las personas que se inyectan drogas puede tener efectos sustanciales y mensurables en las trayectorias locales de la epidemia de VIH.

Atención clínica y co-infecciones

Altice y sus colegas⁶ revisaron los desafíos en el tratamiento y la atención de los usuarios de drogas infectados por el VIH. En demasiados entornos, las diferencias en resultados de morbilidad y mortalidad se mantienen para los usuarios de drogas en comparación con otras personas que viven con el VIH. Altice y sus colegas proponen enfoques multidisciplinarios integrados en la gama de comorbilidades médicas y psiquiátricas que afectan a esa población, como la hepatitis viral, la tuberculosis, las infecciones bacterianas y las enfermedades mentales más allá de la dependencia de las drogas. Una piedra angular de una buena atención para los pacientes dependientes de opioides es el uso de OST, que Altice y sus colegas llaman terapia de medicación asistida; la OST se utiliza junto con el ART.⁶ Se ha demostrado que la terapia de medicación asistida aumenta la observancia del ART, mejora los resultados del tratamiento de las comorbilidades, aumenta la retención en la atención y disminuye las conductas relacionadas con la transmisión del VIH, proporcionando un beneficio secundario de la preven-

Cuadro 4: Llamadas a la acción**Gobiernos**

- Reducir las barreras legales, reguladoras y estructurales del acceso a la reducción de daños, los NSP, la OST y el ART para personas que consumen drogas
- Garantizar el acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención integrales y basados en evidencias para las personas que usan drogas en todas las formas de prisión y detención
- Cerrar los centros de detención obligatoria por drogas y reemplazarlos por servicios de tratamiento basados en la evidencia y en los derechos humanos
- Reformar las leyes y políticas para despenalizar a las personas que consumen drogas
- Expandir el acceso al tratamiento con medicamentos y servicios para ofrecer acceso universal a servicios de tratamiento con medicamentos basados en la evidencia
- Cumplir el derecho a la salud mediante la adopción de programas de reducción de daños para incrementar y proporcionar una protección eficaz contra la discriminación de las personas que consumen drogas en establecimientos de salud
- Proporcionar capacitación para la reducción de daños a agentes de la policía (así como a jueces y fiscales) e incorporar la reducción de daños en las estrategias de la aplicación de la ley para acabar con el acoso, las detenciones arbitrarias, los malos tratos y la tortura de personas que consumen drogas

Ministerios de salud

- Aumentar sustancialmente las tasas de cobertura de ART, OST y NSP en combinación y mantener programas eficaces por un período de tiempo
- Reducir las barreras al acceso a la atención de las personas que consumen drogas, incluida la estigmatización en los centros de atención sanitaria, el tratamiento médico no coordinado, la prohibición implícita o explícita de tratar a las personas que activamente consumen drogas, los cargos ocultos y colaterales y los requisitos múltiples para iniciar el tratamiento
- Integrar el tratamiento y la atención del VIH, la tuberculosis y el virus de la hepatitis C en pacientes con co-infecciones
- Llevar a cabo una investigación y una vigilancia específica en cada país para garantizar informaciones estratégicas sobre las epidemias relacionadas con las drogas
- Apoyar los modelos de tratamiento y atención basados en comunidades y en el respaldo entre iguales para las personas que consumen drogas
- Poner en práctica programas de prevención para reducir la transmisión sexual entre personas que se inyectan drogas, así como de consumidores de drogas intravenosas a sus parejas sexuales que no se inyectan o que no consumen drogas.

Donantes

- Abordar la escasez de financiación actual de la respuesta al VIH en personas que consumen drogas: el nivel actual del 1% de gastos de prevención en todo el mundo destinados a las personas que se inyectan drogas se debe aumentar en 20 veces, hasta el 20% de los recursos mundiales, de conformidad con las recomendaciones de ONUSIDA^{54,55}
- Aumentar el apoyo al enfoque integral basado en la evidencia para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre las personas que se inyectan drogas respaldado por la OMS, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y ONUSIDA (Cuadro 2)
- Adoptar directrices éticas para el suministro de intervenciones que pueden salvar vidas en los centros de detención obligatoria por drogas, sin dejar de instar a que se cierren estos centros

(Continúa en la página siguiente)

antivirales específicos de la hepatitis C tienen una prioridad de investigación urgente y, junto con un esfuerzo sostenido para mejorar el acceso a los tratamientos actuales del VIH, son ansiosamente esperados por los proveedores de salud y por los que viven con co-infección.⁶

Algunas enfermedades comórbidas asociadas con los usuarios de drogas requieren más que soluciones clínicas. Todos los pacientes que viven con infección por el VIH están en riesgo de tuberculosis. Pero los usuarios de drogas presentan un riesgo particularmente alto debido a la mayor probabilidad de estar en ambientes como prisiones, centros de tratamiento de drogas y centros de detención, donde la superpoblación, la falta de ventilación, la nutrición inadecuada, y el acceso limitado a atención sanitaria y a medicamentos antirretrovirales pueden aumentar considerablemente la adquisición y transmisión de la tuberculosis, la morbilidad relacionada con ella y la mortalidad.

Rusia, China e India han informado de grandes epidemias de tuberculosis multirresistentes (MDR) que se asocian con personas que usan drogas, por lo que han asumido como prioridades de salud pública la extensión de los tratamientos anti-tuberculosos de calidad para estos pacientes y la reducción de las tasas del encarcelamiento.

Acceso al tratamiento y la atención

Wolfé y sus colegas³ evaluaron el acceso y las barreras a los servicios esenciales para las personas que consumen drogas. Al igual que Strathdee y sus colegas,⁵ instan a prestar mayor atención a los obstáculos sistémicos y estructurales en lugar de a las barreras individuales para la observancia de los ART, señalando que el riesgo de fracaso del tratamiento debería evaluarse en términos de actitudes de los proveedores, los registros de usuarios de drogas, la prohibición en materia de la integración de la OST con los tratamientos para la tuberculosis y el VIH, la detención arbitraria por consumo de drogas y otros factores estructurales. Las distintas barreras descritas por Wolfé y sus colegas subrayan hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.³

La combinación de prevención para consumidores de drogas

Degenhardt y sus colegas⁴ evaluaron los efectos de un enfoque combinado para la prevención de la infección por VIH en personas que consumen drogas. Centrándose en la exposición al VIH relacionada con los riesgos sexuales y de inyección de opioides, revisaron los datos de cobertura mundial de un paquete de combinación de intervenciones, para posteriormente modelar escenarios de ampliación de la prevención en los próximos 5 y 20 años. Los datos de cobertura actual son una acusación a los esfuerzos de la salud pública hasta la fecha: Degenhardt y sus colegas estimaron que sólo el 5% de las inyecciones están cubiertas por un equipo esterilizado proporcionado por un programa de inyección segura; los NSP, la OST y los medicamentos antirretrovirales, el paquete esencial de servicios básicos, alcanzan sólo al 10% de la gente que los necesita, y sólo cuatro de cada 100 usuarios de drogas inyectables infectados por el VIH están recibiendo tratamien-

ción.⁴⁹⁻⁵³ La combinación de ART con OST se ha asociado con una reducción de la carga viral en el VIH-1.⁵³

La co-infección VIH/VHC sigue siendo un desafío sustancial del tratamiento. Los nuevos y asequibles agentes

to antirretroviral. En un modelo hipotético, estimaron que el aumento de la cobertura con la reducción de daños logró, a lo sumo, sólo alrededor del 20% de la reducción en la incidencia del VIH por un período de tiempo. Sin embargo, un enfoque combinado, que incluyera los medicamentos antirretrovirales, podría conseguir grandes reducciones en la incidencia del VIH⁴, un hallazgo que fue referido por Strathdee y sus colegas⁵ en contextos de epidemias locales. Uno de sus mensajes más contundentes es que se deberían incrementar las intervenciones combinadas para la prevención de la infección por el VIH y el mayor acceso al tratamiento antirretroviral para personas que consumen drogas.

Los retos de los estimulantes

La epidemiología del consumo de sustancias está cambiando. Además de los cultivos que producen opioides, cocaína y cannabis, hay una diversidad cada vez mayor de agentes psicoactivos sintéticos, incluidas las sustancias del grupo de las anfetaminas y drogas de diseño como el éxtasis, la ketamina y el hidroxibutirato gamma. Estos agentes han afectado en gran medida a los riesgos del VIH, más bien a través de las exposiciones sexuales que de las parenterales. Algunas de estas drogas se pueden utilizar con agentes potenciadores de la erección y con el alcohol en complejas interacciones de exposición sexual. Colfax y sus colegas⁷ revisaron la evidencia existente de esta clase mezclada de sustancias del grupo anfetamínico y emprendieron un metanálisis de la efectividad de las intervenciones conductuales para tratar la dependencia a este grupo de drogas. Los resultados son alarmantes. A pesar de la creciente importancia de las sustancias del grupo anfetamínico en todo el mundo, muy poco se ha hecho sobre este problema fuera de los Estados Unidos, Australia y algunos otros países desarrollados. Las investigaciones que se han hecho han informado de efectos modestos de las intervenciones conductuales para el consumo de anfetaminas en el comportamiento sexual de riesgo, y ningún efecto sobre la incidencia de la infección por el VIH. Se tiene que cambiar esta situación, y rápido, si se quiere romper el vínculo entre el uso de estimulantes y la asunción de riesgos sexuales.

La falta de un enfoque farmacológico respecto la dependencia de sustancias del grupo anfetamínico, análoga a la falta de opciones de terapia de sustitución para la cocaína, sigue siendo un reto para la investigación y un obstáculo al ART asistido con medicación para los usuarios de estimulantes infectados por el VIH.

Necesitamos un equivalente de metadona para la dependencia de estimulantes y necesitamos enfoques conductuales innovadores para reducir los riesgos sexuales de la infección por el VIH en personas que consumen drogas, incluidos los usuarios intermitentes. No obstante, el uso de tratamientos y cuidados mediante sustancias culturalmente competentes y basados en evidencias, junto con la prevención del VIH y el tratamiento de personas en riesgo o infectadas por el VIH, es algo que se impone claramente para los usuarios de estimulantes.

Derechos humanos

En los programas y políticas del VIH/SIDA para personas que consumen drogas, hay poderosas asociaciones entre los

(Viene de la página anterior)

Proveedores de salud

- Actuar para reducir el estigma y la discriminación contra los pacientes dependientes de las drogas en los entornos de atención sanitaria
- Hacer que la terapia de medicación asistida (ART, con el apoyo de la terapia de sustitución con opioides para pacientes dependientes de opioides) sea un estándar de la atención sanitaria
- Intensificar los esfuerzos en la búsqueda de casos de tuberculosis en personas que consumen drogas
- Proporcionar apoyo de seguimiento, tratamiento bajo observación directa y prestación integrada de atención sanitaria en las personas con tuberculosis que consumen drogas para incrementar la observancia de los tratamientos y disminuir la morbilidad y la mortalidad
- Convertirse en defensores de los pacientes con dependencias de drogas en el sistema de salud y dentro de los sistemas de justicia penal
- Abstenerse de participar en programas y políticas que no se basen en pruebas o que violen los derechos humanos

Investigadores

- Optimizar los enfoques combinados para la prevención de la infección por VIH en personas que consumen drogas e investigar mejores estrategias y enfoques para el tratamiento de la infección por el VIH, la dependencia de drogas y las comorbilidades
- Llevar a cabo estudios sobre la mejor relación entre costo y eficacia de las intervenciones que han demostrado su eficacia en la reducción de la transmisión del VIH en personas que consumen drogas
- Iniciar un programa de investigación multidisciplinaria en la prevención y tratamiento de la dependencia de los estimulantes y las sustancias del grupo anfetamínico
- Desarrollar agentes para sustituir la anfetamina y la cocaína, análogos a la metadona y la buprenorfina para la dependencia de opioides
- Expandir el programa de investigación sobre profilaxis de preexposición en personas que consumen drogas
- Asegurar que los estudios de nuevas tecnologías preventivas, que incluyen vacunas contra el VIH, incluyan a capas más expuestas, en situación de riesgo por exposición parenteral
- Incluir a las personas que consumen drogas en toda la investigación, reconociendo su experiencia

Personas que consumen drogas

- Exigir que los derechos humanos y la dignidad de las personas que consumen drogas se promuevan, se protejan y se cumplan en todos los aspectos de la política de drogas y el VIH
- Organizar y participar en todos los aspectos de la respuesta al VIH para las personas que consumen drogas
- Promover la ampliación de una combinación de servicios que incluyan los NSP, la OST y el ART
- Participar en el desarrollo de alternativas basadas en la comunidad y dirigidos por compañeros para la detención y otras formas de tratamiento por drogas forzoso u obligatorio

NSP=programas de agujas y jeringas hipodérmicas. OST=terapia de sustitución de opioides. ART=tratamiento antirretroviral. IDU=usuario de drogas inyectables.

enfoques basados en la evidencia y los derechos humanos. Tal y como Jürgens y sus colegas⁸ dejan claro, los datos también muestran que los enfoques que violan los derechos de las personas que consumen drogas son inaceptables en sí mismos

	Número estimado de personas que se inyectan drogas*	Número estimado de los IDU con infección VIH*†	Número estimado de los IDU seropositivos que reciben ART por 100 IDU seropositivos estimados‡	Proporción estimada de todas las personas con VIH que se inyectan drogas/proporción de todas las personas que son IDU (proporción) §¶	Número de OST por 100 IDU por año †	Agujas-jeringas distribuidas desde los NSP por IDU y por año‡	Número de usuarios de drogas en detención
China	2 350 000	289 000 (143 000–557 000)	3	38,5/10,7 (28)	3	32 (1–84)	330 000
Malasia	205 000	21 000 (18 000–25 000)	9	70/25 (36)	2**	9 (7–13)	50 305
Rusia	1 825 000	678 000 (4000–1 751 000)	1	83/20–30 (24–36)	0	4 (3–5)	62 200–366 700††
Ucrania	325 000–425 000‡‡	94 000‡ (2000–244 000)	9	60,5/24 (40)	2	32 (23–43)	57 800§§
Vietnam	135 000	49 000 (3000–89 000)	4	44/6,3 (14)	1	189 (107–323)	Aproximadamente 100 000¶¶
EE.UU.	1 857 000	308 000 (113–580 000)	NA	NA	13	22 (15–31)	19,5% de presos estatales (2005) y 53 % de presos condenados federales (2007)

IDU=usuario de drogas inyectables. ART=tratamiento antirretroviral. NSP=programas de agujas y jeringas. NA=no disponible. *Estas estimaciones se han tomado de Mathers et al.¹⁰ Los detalles de las fuentes de las estimaciones se presentan en ese documento. †Tenga en cuenta que el número de los IDU seropositivos es sólo indicativo. Se refiere a la prevalencia en puntos equidistantes del VIH de los IDU en ese país, aplicada al punto equidistante del número de personas que se inyectan drogas en ese país. Hay incertidumbre en torno a estas dos cifras estimadas; véase la referencia 10 para más detalles. ‡Estas estimaciones se presentan en Mathers et al.¹⁹ Los detalles de las estimaciones están presentados en ese documento. §Estas estimaciones se presentan en Wolfe et al.³ Los detalles de las fuentes y la naturaleza de las estimaciones se presentan en ese documento. ¶Una proporción de 10 significaría que las personas con antecedentes de consumo de drogas intravenosas tienen un acceso esencialmente igual a ART que las personas con otras exposiciones de riesgo a la infección por el VIH. La región de la OMS de Europa occidental tiene una proporción combinada de 28 Estados miembros de los 89. ||La cobertura de la metadona o la buprenorfina, o ambas cosas. **Malasia tiene un estimado de 10.000 personas que reciben OST a través de proveedores privados en 2009 y estas personas no están incluidas en esta estimación del sector público. ††Las estimaciones para Rusia se basan en tasas medias del encarcelamiento por 100.000 habitantes en Stuckler et al (670 por 100.000 personas)⁴¹ y en Dolan et al (532 por 100.000 personas),³⁷ y la proporción estimada de las personas encarceladas con antecedentes de consumo de drogas de Dolan et al,⁵⁷ que dio un rango estimado de 8–43% de los detenidos. ‡‡La estimación del intervalo para Ucrania es de 2006 y es de la AIDS Alliance.⁵⁸ §§Las estimaciones de Ucrania se basan en las tasas de encarcelamiento de Dolan et al⁵⁷ y del perfil nacional para Ucrania del Departamento de Estado de los Estados Unidos.⁵⁹ ¶¶Las estimaciones de Vietnam son del informe 2009 de la OMS.²² ||||El total de la población carcelaria de los Estados Unidos fue de 2.293 millones en 2007; las tasas del encarcelamiento por delitos de drogas varían según la condena estatal y federal.^{30–62}

Tabla: Medidas de la respuesta al VIH en consumidores de drogas inyectables en seis países seleccionados: una matriz de evaluación, 2008–103^{3, 4, 20}

y generan escasos resultados de salud. El descubrimiento de Strathdee y sus colegas,⁵ según el cual la reducción de la brutalidad policial podría reducir la incidencia de las infecciones por VIH en un 19% en Odessa, Ucrania, demuestra que los derechos humanos son más que imperativos morales o éticos, y que son determinantes sociales de riesgo del VIH. Wolfe y sus colegas³ resaltan otra interacción crucial entre derechos fundamentales y salud entre los usuarios de drogas: los efectos de la estigmatización y la discriminación en el acceso a la atención y al tratamiento. Informan que en los cinco países con la carga del VIH más importantes en las personas que consumen drogas en 2008, los IDU representaban el 67% de los casos del VIH, pero sólo el 25% de las personas que recibían medicamentos antirretrovirales. La reforma estructural por la que estamos abogando abordaría los obstáculos que reducen sistemáticamente las posibilidades de cualquier persona de recibir medicamentos antirretrovirales basándose en la presunta vía de contagio del VIH.

Hacer realidad los cambios

Hay un programa ambicioso pero realizable que podría salvar la vida de las personas que consumen drogas, prevenir las infecciones por el VIH, reducir los daños sociales del consumo de sustancias, proteger los derechos humanos y ahorrar dinero (Cuadro 4). ¿Pero cómo será implementado y por quién?

Gobiernos

Los gobiernos tienen que desempeñar un papel crucial en el tratamiento de los factores estructurales que darían lugar a entornos propicios o a entornos que fomentan los riesgos. Las barreras normativas y legislativas a la combinación de medidas

eficaces para reducir el riesgo y el daño continúan. Uno de los muchos ejemplos negativos es la continua oposición normativa en Rusia a la metadona, a la buprenorfina y a otras terapias de sustitución. Como Wolfe y sus colegas³ han demostrado, muchos Estados deben acabar con la discriminación en el acceso a ART de pacientes con antecedentes de dependencia. La despenalización de la posesión personal, como se hizo en Portugal (Cuadro 1) y en muchas otras jurisdicciones, debería ser objeto de debate como forma de salir de las políticas basadas en penalizaciones costosas e ineficaces. Las medidas de interdicción y aplicación de la ley de drogas serán y deberían ser componentes importantes de cualquier programa nacional de drogas, pero deberían ser equilibrados con los esfuerzos de la salud pública. Los sectores de la aplicación de la ley, la salud pública y el tratamiento podrían colaborar más estrechamente para garantizar que las personas que consumen drogas tengan un acceso máximo a los tratamientos basados en la evidencia, y que los recursos policiales se utilicen para el control de la delincuencia y no para el manejo de pacientes dependientes. La Declaración de Viena de 2010, descrita en un comentario de Wood y sus colegas,⁵⁶ aboga por una revisión de la práctica de la detención por dependencia de drogas, una llamada que apoyamos firmemente.

Hacemos un llamamiento a todos los gobiernos para que persigan el objetivo del acceso universal al tratamiento basado en la evidencia para el uso de drogas como un compromiso para salvar vidas, reducir la demanda de drogas y respetar los derechos humanos. A ello seguirá, probablemente, la caída en la oferta y en los ingresos de la delincuencia asociada, como se ha demostrado en entornos en los que se ha utilizado este enfoque. En los próximos años se podría medir el avance hacia

esta meta y revisarlo en 2015, cuando los Estados miembros de la ONU vuelvan a revisar la eficacia de las políticas de drogas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), incluyendo los ODM relacionados con la salud.²⁷

Los colaboradores de esta Serie proponen el uso de una matriz de evaluación que incluya medidas de acceso a los medicamentos antirretrovirales, la cobertura de los medicamentos antirretrovirales, la OST y los NSP, y una medida del número de consumidores de drogas en detención administrativa (Tabla). Esta evaluación se utilizará para evaluar durante los próximos dos años la respuesta mundial a la infección por VIH en personas que consumen drogas. Invitamos a todas las partes interesadas a unirse a nosotros en esta evaluación y en el perfeccionamiento de las medidas utilizadas. Otras medidas de rendición de cuentas incluyen la presentación de informes en materia de los indicadores de seguimiento de la Sesión Especial 2001 de la Asamblea General de la ONU sobre el SIDA, que en 2010 incluirá a un número sin precedentes de Estados (169 a finales de marzo; comunicación personal, Hankis C, ONUSIDA, Ginebra, Suiza). Se utilizará la guía técnica para los países de la OMS, la ONUDD y la ONUSIDA para establecer metas para el acceso universal a la prevención y al tratamiento del VIH y el cuidado de los IDU.⁶³

Donantes

Las respuestas programáticas a la infección por VIH en usuarios de drogas siguen siendo insuficientes, como lo demuestran las estimaciones de cobertura actuales. La financiación de los donantes de iniciativas eficaces y basadas en la evidencia para controlar el VIH debe aumentarse sustancialmente para satisfacer esas necesidades pendientes. La ampliación a gran escala del acceso y la cobertura de NSP, OST y la de los medicamentos antirretrovirales por la que abogamos requiere tanto el apoyo de los donantes como el de los gobiernos; la evidencia sugiere además que se podrían alcanzar grandes ganancias en la prevención del VIH, el control de epidemias y reducciones igualmente sustanciales en los otros daños humanos y sociales del consumo de sustancias.

Además, los donantes deben examinar la medida en que el apoyo actual se dirige a los esfuerzos que a lo mejor son ineficaces y que, en el peor de los casos, son activamente perjudiciales. Human Rights Watch pidió recientemente el cierre inmediato de todos los centros de detención obligatoria por drogas en China, teniendo en cuenta que no han demostrado ser eficaces en el tratamiento de drogas y están violando enteramente las leyes de los derechos humanos chinas e internacionales.⁴⁷ Estamos de acuerdo en que la detención forzada sin tener en cuenta el debido proceso legal es un enfoque inaceptable del tratamiento de drogas y hacemos un llamamiento a todos los donantes a ayudar a los gobiernos a desarrollar rápidamente alternativas eficaces, asequibles y humanas. Existe un amplio consenso en que las personas que consumen drogas en prisión necesitan tratamientos de drogas eficaces, intervenciones para prevenir la infección por el VIH, diagnóstico, tratamiento y cuidado de la infección por el VIH y la tuberculosis. Los donantes deben encontrar el equilibrio adecuado para ayudar a satisfacer las necesidades de atención, al mismo tiempo que

abordan problemas subyacentes apoyando alternativas a la detención de personas dependientes de drogas. Además, los donantes deberían tomar medidas para remediar abusos como la detención sin el debido proceso, el derecho de recurso, la evaluación del tratamiento o la representación legal. La detención con o sin juicio de aquellos cuyo único delito es la dependencia de drogas no es un enfoque basado en la evidencia o que afirme los derechos, y los donantes no deberían financiarla.

Prestadores de servicios

El tratamiento y la atención de los pacientes infectados por el VIH con antecedentes de consumo de sustancias requiere que los proveedores entiendan y aborden toda la gama de las comorbilidades médicas y psiquiátricas que pueden afectar a estos pacientes, como la hepatitis viral, la tuberculosis, las infecciones bacterianas y las enfermedades cerebrales. La formación en la terapia con medicación asistida es un componente clave de la competencia del proveedor; con una dosificación correcta, esta terapia puede mejorar la observancia de los tratamientos con medicamentos antirretrovirales y otras medicaciones, disminuir los comportamientos de riesgo del VIH y reducir la carga viral del VIH-1.⁶ No obstante, los proveedores y sus organizaciones profesionales necesitan hacer más que atender a sus pacientes. Deben abogar por la gestión basada en la evidencia de los pacientes dependientes de las drogas y en contra de los enfoques punitivos, forzados y centrados en la detención. Una medida sencilla del acceso a los medicamentos antirretrovirales sería la comparativa usada por Wolfe y sus colegas,³ que consistió en evaluar la proporción de infecciones por el VIH atribuibles al consumo de sustancias en la población y la proporción de personas en tratamientos antirretrovirales con antecedentes de consumo de drogas. Estas proporciones deben ser equivalentes. Si los usuarios de sustancias están infrarrepresentados en las poblaciones del tratamiento, los proveedores deben luchar por un acceso más amplio como una cuestión de salud y derechos humanos. Se requiere una promoción extendida de parte de los proveedores para las personas que consumen drogas, no sólo en la atención sanitaria, sino también en el sector de la justicia penal. Los proveedores no deberían ser cómplices de programas y políticas que no se basan en pruebas o violan los derechos humanos.

Investigadores

La agenda de investigación del VIH en personas que consumen drogas es amplia y convincente. Los trabajos que han demostrado la eficacia de los esfuerzos para reducir los daños son considerables, y en algunos casos han establecido una referencia para otras áreas en la respuesta contra el SIDA. Sin embargo, siguen habiendo componentes descuidados de la respuesta global al SIDA relacionados con el consumo de drogas. Hay una necesidad urgente de investigar y mejorar los enfoques combinados para la prevención de la infección por el VIH en personas que consumen drogas, y avanzar el tratamiento de la infección por el VIH, la dependencia de las drogas y la comorbilidad. También se debería poner en marcha un programa multidisciplinario para la investigación de la prevención y el tratamiento del consumo de estimulantes y sustancias del

grupo de las anfetaminas. Tan pronto como se disponga de datos del ensayo sobre profilaxis de preexposición,⁶⁴ podría surgir la necesidad de investigar la distribución de profilaxis de preexposición a las personas que consumen drogas. Los estudios de las nuevas tecnologías de prevención, incluidas las vacunas contra el VIH, tienen que incluir sistemáticamente las capas de gente con más riesgo de exposición parenteral, de lo contrario, el enfoque puede caer en vacunas de eficacia incierta en las grandes poblaciones donde predominan estos riesgos.⁶⁵

Personas que consumen drogas

Las personas que consumen drogas suelen ser las más conocedoras y capacitadas para llegar a sus iguales, incluidos los que quedan fuera del tratamiento y la atención.⁶⁶ Proporcionan atención y apoyo a sus compañeros y han abogado con éxito por sus derechos y su dignidad.⁶⁷ A las redes de personas que consumen drogas se las debe capacitar, involucrar y tratar como socios en la lucha contra la epidemia. Hay un imperativo de derechos humanos y moral para incluir a las personas afectadas de manera significativa en las respuestas pertinentes a sus vidas. En muchos lugares, las personas que consumen drogas son los únicos que prestan servicios; a menudo, en situación de riesgo personal real. La aparición de la Red Internacional de Usuarios de Drogas (INPUD) es un ejemplo de cómo la comunidad se está convirtiendo en una comunidad organizada y movilizada: la red acaba de incorporarse a la Delegación de ONG de la Junta Coordinadora de Programas ONUSIDA.⁶⁸ La INPUD ha pedido que se ponga fin a la guerra contra las drogas:⁶⁸ “La propagación del VIH y la hepatitis C, y el encarcelamiento de cientos de miles de personas son un resultado directo de políticas totalmente equivocadas e impulsadas por dogmas. La INPUD exige que se ponga fin a esta guerra contra nuestros pueblos e insta a un nuevo periodo de paz y un debate público inteligente”.⁶⁸

Conclusiones

Para alcanzar las metas establecidas en la presente Serie sobre el VIH en personas que consumen drogas, necesitamos ir más allá de los enfoques de la salud pública. Si los sectores del control de drogas y la aplicación de leyes no forman parte de los nuevos enfoques, los programas de reducción de daños van a cerrarse, las clínicas de sustitución se mantendrán poco atendidas y los ART y las intervenciones preventivas tendrán una escasa utilización por los usuarios de drogas. Pero los sectores del control de drogas y la aplicación de leyes constituyen un solo ámbito de la gestión global del VIH que presentan un registro notable de éxito y una base de evidencia sólida para la acción integral. Si somos capaces de aplicar políticas que se basan en la evidencia y refuerzan los derechos, y que funcionan y rechazan las políticas punitivas y abusivas que fallan, se podrá controlar la epidemia del HIV en personas que consumen drogas, tratar con éxito a aquellos que lo necesitan y reducir los daños sociales

Colaboradores

CB, KMS, AK, MK, MS, y SAS contribuyeron igualmente a la búsqueda, de bibliografía, la revisión y la redacción del informe.

Comités directivos

Este artículo es parte de la Serie The Lancet sobre el VIH en personas que consumen drogas, desarrollada y coordinada por Chris Beyrer (Center for Public Health and Human Rights, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, EE.UU.); Steffanie Strathdee (University of California, San Diego, CA, EE.UU.); Adeeba Kamarulzaman (University of Malaya, Kuala Lumpur, Malasia); y Kasia Malinowska-Sempruch (Open Society Institute, Drug Policy Program, Varsovia, Polonia).

Conflictos de interés

MK es miembro de la junta de la Iniciativa Internacional para la Vacuna contra el Sida y es empleado del Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Todos los otros autores declaran que no tienen conflictos de interés.

Agradecimientos

La Serie fue financiada por una donación del Global Drug Policy Program del Open Society Institute al CB's Center for Public Health and Human Rights de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, EE.UU.; y financiada en parte por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de los EE.UU. de la subvención DA027772-S1, concedida al Programa de la Salud Global de SAS en la Universidad de California, San Diego, CA, EE.UU. Damos las gracias a Chiara Bucello, Bradley Mathers, Louisa Degenhardt, y a los miembros del Grupo de Referencia de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Consumo de Drogas Intravenosas por proporcionarnos la Figura 1, a Ralf Jürgens y Daniel Wolfe por la revisión minuciosa, y Andrea Wirtz (Center for Public Health and Human Rights) por su trabajo muy valioso en el informe desde su creación.

References

- Guinness L, Vickerman P, Quayyum Z, et al. The cost-effectiveness of consistent and early intervention of harm reduction for injecting drug users in Bangladesh. *Addiction* 2010; 105: 319–28.
- Vickerman P, Kumaranayake L, Balakireva O, et al. The cost-effectiveness of expanding harm reduction activities for injecting drug users in Odessa, Ukraine. *Sex Transm Dis* 2006; 33 (suppl 10): S89–102.
- Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60832-X.
- Degenhardt L, Mathers B, Vickerman P, Rhodes T, Latkin C, Hickman M. Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60742-8.
- Strathdee SA, Hallett TB, Bobrova N, et al. HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present, and future. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60743-X.
- Alfice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60829-X.
- Colfax G, Santos G-M, Chu P, et al. Amphetamine-group substances and HIV. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60753-2.
- Jürgens R, Csete J, Amon JJ, Baral S, Beyrer C. People who use drugs, HIV, and human rights. *Lancet* 2010; published online July 20. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60830-6.
- Backman G, Hunt P, Khosla R. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet* 2008; 372: 2047–85.
- Mathers B, Degenhardt L, Phillips B, et al, for the 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet* 2008; 372: 1733–45.
- Kwon J, Iversen J, Maher L, Law M, Wilson D. The impact of needle and syringe programs on HIV and HCV transmissions in injecting drug users

- in Australia: a model based analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 51: 462–69.
- 12 Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction* 2007; 102: 1454.
 - 13 Le Vu S, Le Strat Y, Pillonel J, et al. Population-based HIV incidence in France, 2003 to 2008. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 36LB.
 - 14 Wood E, Kerr T, Marshall B, et al. Longitudinal community plasma HIV-1 RNA concentrations and incidence of HIV-1 among injecting drug users: prospective cohort study. *BMJ* 2009; 338: b1649.
 - 15 Santibanez S, Garfein R, Swartzendruber A, Purcell D, Paxton L, Greenberg A. Update and overview of practical epidemiologic aspects of HIV/AIDS among injection drug users in the United States. *J Urban Health* 2006; 83: 86–100.
 - 16 Todd C, Abed A, Strathdee S, et al. HIV, HCV, and HBV infections and associated risk behavior in injecting drug users, Kabul, Afghanistan. *Emerg Infect Dis* 2007; 13: 1327–31.
 - 17 Beyrer C, Patel Z, Stachowiak JA, et al. Characterization of the emerging HIV type 1 and HCV epidemics among injecting drug users in Dushanbe, Tajikistan. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2009; 25: 853–60.
 - 18 UNAIDS. AIDS epidemic update, 2009. <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2009/default.asp> (accessed March 8, 2010).
 - 19 Mathers BM, Degenhardt L, Ali H, et al, for the 2009 Reference to the UN on HIV and Injecting Drug Use. HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage. *Lancet* 2010; 375: 1014–28.
 - 20 Gelmon L, Kenya P, Oguya F, Chelugot B, Haile G. Kenya HIV prevention response and modes of transmission analysis. March, 2009. http://www.unaidsrsta.org/files/u1/Kenya_MoT_Country_Synthesis_Report_22Mar09.pdf (accessed April 15, 2010).
 - 21 Nicolai LM, Shcherbakova IS, Toussova OV, Kozlov AP, Heimer R. The potential for bridging of HIV transmission in the Russian Federation: sex risk behaviors and HIV prevalence among drug users (DUs) and their non-DU sex partners. *J Urban Health* 2009; 86 (suppl 1): 131–43.
 - 22 WHO. Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: an application of selected human rights principles. 2009. http://www.who.int/hiv/pub/idu/assess_treatment_users_asia/en/index.html (accessed March 8, 2010).
 - 23 Grover A. The right to health, the rights-based approach, towards decriminalization (Oct 27, 2009). International Conference on Realising the Rights to Health and Development for All; Hanoi, Vietnam; Oct 26–29, 2009.
 - 24 Baral S, Trapence G, Motimedi F, et al. HIV prevalence, risks for HIV infection, and human rights among men who have sex with men (MSM) in Malawi, Namibia, and Botswana. *PLoS One* 2009; 4: e4997.
 - 25 Johnston L, Dahoma M, Holman A, et al. HIV infection and related risk behavior among men who have sex with men in Zanzibar, Tanzania. XVII International AIDS Conference; Mexico City, Mexico; Aug 3–8, 2008. Abstract WEPE742.
 - 26 UNODC. World drug report 2009. <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html> (accessed March 8, 2010).
 - 27 UNODC. Addiction, crime, and insurgency: the transnational threat of Afghan opium. http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Afghanistan/Afghan_Opium_Trade_2009_web.pdf (accessed March 8, 2010).
 - 28 UNODC. Anti-Narcotics Force. Afghanistan opium survey 2009. http://www.unodc.org/documents/crop-monitoring/Afghanistan/Afghanistan_opium_survey_2009_summary.pdf (accessed March 8, 2010).
 - 29 Kheirandish P, Seyedalinaghi S, Hosseini M, et al. Prevalence and correlates of HIV infection among male injection drug users in detention in Tehran, Iran. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 53: 273–75.
 - 30 UNODC, Regional Office for Central Asia. Illicit drug trends in central Asia: April, 2008. http://www.unodc.org/documents/regional/central-asia/Illicit%20Drug%20Trends_Central%20Asiafinal.pdf (accessed May 4, 2010).
 - 31 Kamarulzaman A, Saifuddeen SM. Islam and harm reduction. *Int J Drug Policy* 2010; 21: 115–18.
 - 32 Tee K, Pybus O, Li XJ, et al. Temporal and spatial dynamics of human immunodeficiency virus type 1 circulating recombinant forms 08_BC and 07_BC in Asia. *J Virol* 2008; 82: 9206–15.
 - 33 Tovanabutra S, Kijak G, Beyrer C, et al. Identification of CRF34_01B, a second circulating recombinant form unrelated to and more complex than CRF15_01B, among injecting drug users in northern Thailand. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2007; 23: 829–33.
 - 34 Michael N. RV 144 update: Vaccination with ALVAC and AIDSVAX to prevent HIV-1 infection in Thai adults (oral presentation, session 23). 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; San Francisco, CA, USA; Feb 16–19, 2010. Paper 74.
 - 35 Tovanabutra S, Beyrer C, Sakkhachornphop S, et al. The changing molecular epidemiology of HIV type 1 among northern Thai drug users, 1999 to 2002. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2004; 20: 465–75.
 - 36 Lohman D, Schleifer R, Amon J. Access to pain treatment as a human right. *BMC Med* 2010; 8: 8.
 - 37 WHO, Access to Controlled Medications Programme. Improving access to medications controlled under international drug conventions. 2009. <http://www.eapcnet.org/download/forOrganisations/PSM.AccessToControlledMedications.pdf> (accessed March 8, 2010).
 - 38 Human Rights Watch. Human Rights Watch interview with Dr Weru of Nairobi Hospice, Nairobi, Kenya. “Please, do not make us suffer any more...”. In: Human Rights Watch, ed. Access to pain treatment as a human right. New York: Human Rights Watch, 2009.
 - 39 Pain and Policy Studies Group, WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care. Opioid availability: eastern Europe and central Eurasian. Palliative care in cancer. Budapest, Hungary: Open Society Institute; 2005. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publication/monograph/hungary05.pdf> (accessed April 5, 2010).
 - 40 UNODC. Commission on Narcotic Drugs Report on the fifty-third session (2 December 2009 and 8–12 March 2010). Vienna: UN Office on Drugs and Crime, 2010.
 - 41 Stuckler D, Basu S, McKee M, King L. Mass incarceration can explain population increases in TB and multidrug-resistant TB in European and central Asian countries. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008; 105: 13280–85.
 - 42 Mauer M, King R. Uneven justice: state rates of incarceration by race and ethnicity. Washington DC: The Sentencing Project, 2007.
 - 43 Anon. Bad science and bad policy. *New York Times* (New York), March 3, 2010.
 - 44 Khan MR, Doherty IA, Schoenbach VJ, Taylor EM, Epperson MW, Adimora AA. Incarceration and HIV-risk sex partnerships among men in the United States. *J Urban Health* 2009; 86: 584–601.
 - 45 Choopanya K, Des Jarlais DC, Vanichseni S, et al. Incarceration and risk for HIV infection among IDU in Bangkok. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 29: 86–94.
 - 46 Werb D, Kerr T, Small W, Li K, Montaner J, Wood E. HIV risks associated with incarceration among injection drug users: implications for prison-based public health strategies. *J Public Health (Oxf)* 2008; 30: 126–32.
 - 47 Amon J. Where darkness knows no limits: incarceration, ill-treatment and forced labor as drug rehabilitation in China. New York: Human Rights Watch, 2010.
 - 48 Rhodes T, Simic M. Transition and the HIV risk environment. *BMJ* 2005; 331: 220–23.
 - 49 Lucas GM, Mullen BA, Weidle PJ, Hader S, McCaul ME, Moore RD. Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics is associated with improved HIV treatment outcomes, compared with outcomes among concurrent comparison groups. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 1628–35.

- 50 Palepu A, Horton NJ, Tibbetts N, Meli S, Samet JH. Uptake and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected people with alcohol and other substance use problems: the impact of substance abuse treatment. *Addiction* 2004; 99: 361–68.
- 51 Palepu A, Tyndall MW, Joy R, Kerr T, Wood E, Press N. Antiretroviral adherence and HIV treatment outcomes among HIV/HCV co-infected injection drug users: the role of methadone maintenance therapy. *Drug Alcohol Depend* 2006; 84: 188–94.
- 52 WHO. Achieving balance in national opioids control policy: guidelines for assessment. 2000. <http://www.painpolicy.wisc.edu/publicat/00whoabi/00whoabi.htm> (accessed April 25, 2010).
- 53 WHO. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. 2008. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596930_eng.pdf (accessed March 10, 2010).
- 54 Kates J, Lief E, Avila C. Financing the response to AIDS in low and middle income countries: international assistance from the G8, European Commission and other donor Governments. 2008. <http://www.unaids.org/uploads/group%20of%20eight%20funding%20for%20hiv.pdf> (accessed March 10, 2010).
- 55 UNAIDS. Financial resources required to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support. 2007. http://data.unaids.org/pub/Report/2007/JC1678_Fin_Res_Req_en.pdf (accessed March 10, 2010).
- 56 Wood E, Werb D, Kazatchkine M, et al. Vienna Declaration: a call for evidence-based drug policies. *Lancet* 2010; published online July 20, 2010. DOI:10.1016/S0140-6736(10)60958-0
- 57 Dolan K, Kite B, Black E, Aceijas C, Stimson GV, for the Reference Group on HIV/AIDS Prevention and Care Among Injecting Drug Users in Developing and Transitional Countries. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *Lancet Infect Dis* 2008; 7: 32–41.
- 58 Balakiryeva O, Gusak L, Dovbakh H, et al. Evaluation of the size of most-at-risk populations vulnerable to HIV infection in Ukraine: analytic report based on the research results. Kyiv: International Charitable Foundation “International HIV/AIDS Alliance in Ukraine”, 2006.
- 59 US Department of State. Background note: Ukraine. 2009. <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/3211.htm> (accessed May 14, 2010).
- 60 Sabol WJ, West HC. Prisoners in 2007. Washington DC: US Bureau of Justice, 2008.
- 61 Mumola C, Karberg J. Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2004. Washington DC: US Department of Justice, 2006.
- 62 Walsmsley R. World prison population list. London: Q2 International Centre for Prison Studies, King’s College, 2009.
- 63 WHO, UNODC, UNODC. WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. 2009. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/targetsetting/en/index.html> (accessed March 10, 2010).
- 64 CDC. CDC trials of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention. <http://www.cdc.gov/hiv/prep/resources/factsheets/index.htm> (accessed June 11, 2010).
- 65 Beyrer C, Baral S, Shaboltas A, et al. The feasibility of HIV vaccine efficacy trials among Russian injection drug users. *Vaccine* 2007; 25: 7014–16.
- 66 Crofts N, Herkt D. A history of peer-based drug-user groups in Australia. *J Drug Issues* 1995; 25: 599–626.
- 67 Wood E, Kerr T, Spittal P, Small W, Tyndall M, O’Shaughnessy M. An external evaluation of a peer-run “unsanctioned” syringe exchange program. *J Urban Health* 2003; 80: 455–64.
- 68 International Network of People Who Use Drugs. Press Release: Give peace a chance, stop the failed war on drugs. 2009. <http://www.druguserpeaceinitiative.org/images/INPUDPressReleaseCND.pdf> (accessed March 9, 2010).

