

CONSUMO

SUMMO

PERSPECTIVA

**DE REDUCCIÓN
DEL DAÑO**

SUJETOS, CONSUMOS Y APORTES PARA LA
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE ADICCIONES

CONSUMO

**Políticas públicas
y postura de
los organismos
supranacionales
en torno al tema
de reducción de
daños asociados al
consumo de drogas**

Guillermo A. Castaño Pérez

MD, MGs, PhD

Grupo de Investigación

en Salud Mental

Universidad CES

gacastano@ces.edu.co

Resumen

La reducción de daños se refiere a “políticas, programas y prácticas orientadas principalmente a reducir las consecuencias adversas sanitarias, sociales y económicas derivadas del consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin reducir necesariamente el consumo de drogas” (HRI, 2009). La historia de la reducción de daños en las políticas públicas se remonta al año 1980 del siglo pasado en Inglaterra, asociada al control del VIH/SIDA en comunidades de inyectores de drogas, siendo el continente europeo el primero en desarrollar este tipo de estrategias que luego se extendió a todo su territorio y luego a Canadá, Australia y al resto de otros países del mundo. Para el año 2020 se incluyen de manera explícita en las políticas públicas sobre drogas la reducción de daños en 20 países de Europa Occidental; 26 de Eurasia; 10 de Asia; 7 de Oriente Medio y Norte de África; 11 de África subsahariana; 2 de Oceanía; 2 de Norteamérica; 3 del Caribe y 6 de Latinoamérica incluido México, para un total de 107 países en el mundo. Entre las estrategias incluidas en las políticas, se encuentran los programas de intercambio de jeringuillas, la sustitución de opiáceos, la prevención de la sobredosis con naloxona y las salas de consumo de drogas, estas últimas sobre todo en Europa, Canadá y Australia. Este artículo sintetiza los desarrollos que han tenido las políticas públicas en esta materia y el papel que han jugado los organismos supranacionales de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales.

Palabras claves: políticas públicas, reducción de daños, drogas, organismos supranacionales.

Introducción

Durante los últimos 50 años, la mayoría de los gobiernos nacionales ha seguido fielmente el modelo de política de drogas promovido por las convenciones sobre fiscalización de estupefacientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU): la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, el Convenio sobre Sustancias

Sicotrópicas de 1971 y la Convención de 1988 contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (IDPC, 2012). Desde estas perspectivas, las políticas públicas se han centrado en la aplicación de la ley para interrumpir la oferta y en severos castigos para desalentar la demanda, como estrategias clave para contener y, en última instancia, erradicar el mercado ilícito de las drogas.

Sin embargo, los responsables de tales políticas con el tiempo se han visto obligados a replantear sus estrategias por el aumento de los problemas sanitarios y sociales entre las personas que consumen drogas, lo que ha obligado a una revisión de los efectos de la criminalización y marginación de sus usuarios (Schiffer & Schatz, 2008). Esto debido a que encontraron que algunos de los daños relacionados con el consumo de drogas podían ser abordados con eficacia mediante políticas cuyo principal objetivo no es reducir la prevalencia del consumo ni las dimensiones de los mercados de drogas (HRI, 2011) y porque la ONU ha expresado su preocupación por las violaciones a los derechos humanos y a las libertades fundamentales, ejecutadas en el intento de cumplir con los objetivos de la fiscalización de drogas (UN, 2010).

Estos nuevos enfoques asumidos por muchos Estados en el mundo e incluidos en sus políticas públicas para abordar la reducción de la demanda de drogas, se han agrupado bajo el concepto de *reducción de daños*.

Según la HRI, la reducción de daños se refiere a “políticas, programas y prácticas orientadas principalmente a reducir las consecuencias adversas sanitarias, sociales y económicas derivadas del consumo de drogas psicoactivas legales e ilegales, sin reducir necesariamente el consumo de drogas” (HRI, 2009, p. 43). Este artículo se propone sintetizar los desarrollos que han tenido las políticas públicas en esta materia y el papel que han jugado los organismos supranacionales de las Naciones Unidas y otras organizaciones internacionales.

Método

Se realizó una revisión de la literatura en la base de datos PubMed, ScienceDirect, RedalyC, Scielo, EBSCO, OVID y Google Scholar de los últimos 20 años, mediante una búsqueda sistemática de la literatura usando las palabras siguientes palabras en idioma inglés y español, además de operadores booleanos: “harm reduction or risk minimization drugs and policies”; “*harm reduction drugs and policies*”; “*risk minimization drugs and policies*” “*HIV / AIDS and harm reduction policies*”; “*WHO and harm reduction*”; “*PAHO and harm reduction*”; “*UNAIDS and harm reduction*”; “*International Coalition and Harm Reduction*” ; “*UNODC and harm reduction*” ; “*Global Fund and harm reduction*”.

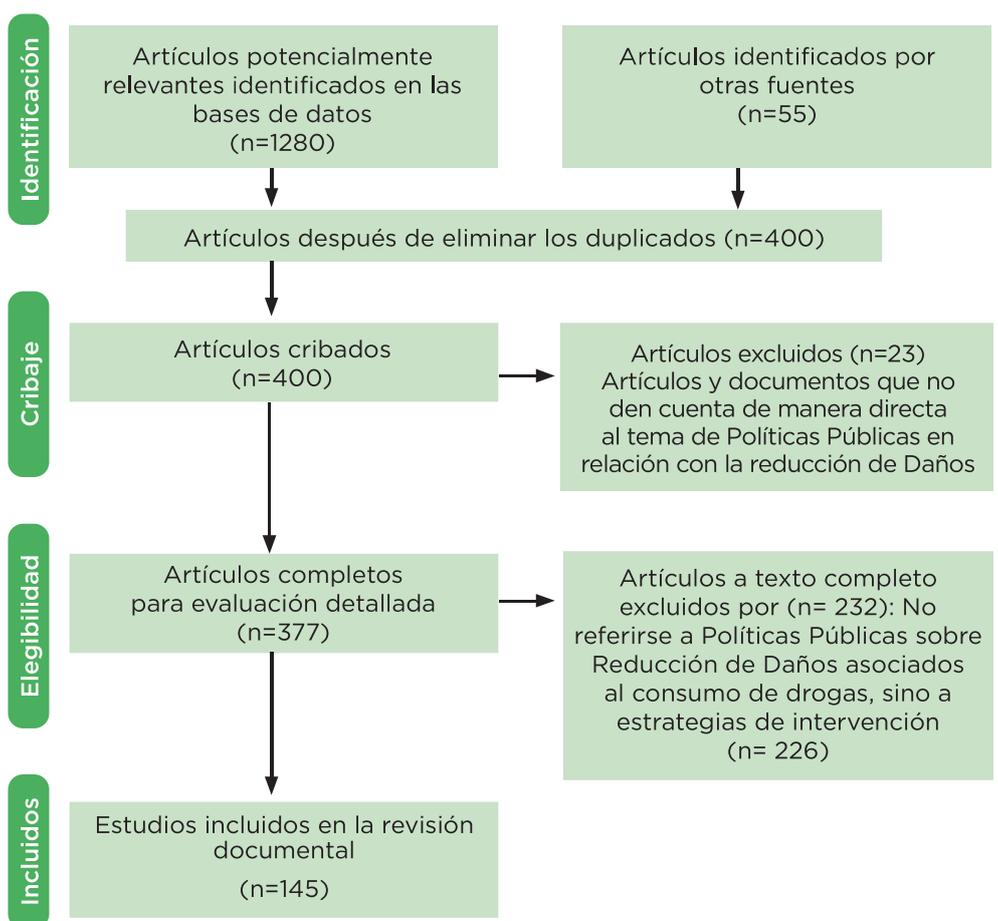
Se encontraron 1280 documentos entre artículos, textos e información en páginas web oficiales, los cuales se revisaron en su totalidad, descartando 400 por ser duplicados y 226 porque no daban cuenta de manera directa del tema y no se referían a políticas públicas sobre reducción de daños asociados al consumo de drogas, sino a estrategias de intervención. Al final se seleccionaron 145 documentos entre artículos, textos e información en páginas web de organismos internacionales y sitios oficiales de los países.

El flujograma de la selección de los artículos se presenta en la Figura 1. Los artículos seleccionados fueron revisados de manera independiente por los autores, utilizando los criterios de selección descritos. Los autores extrajeron los datos de interés necesarios, los cuales fueron registrados en una tabla a través de Google Docs.

Una vez integradas todas las fuentes, se determinó organizar la evidencia encontrada en los siguientes apartados temáticos: a). la reducción de daños asociados al consumo de drogas y las políticas públicas; b. la reducción de daños como parte de las políticas públicas sociosanitarias en Europa; c. la reducción de daños en Asia; d. Oriente próximo y África y las políticas públicas en reducción de daños; e. políticas públicas de reducción de

daños en Australia y Oceanía; f. la reducción de daños en Canadá, EE.UU y México; g. El Caribe y la reducción de daños; h. políticas públicas de reducción en daño en Centro y Latinoamérica.

Figura 1. Diagrama de hallazgos y selección de documentos



Resultados

La reducción de daños asociados al consumo de drogas y las políticas públicas

La reducción de daños (RD) en el campo de las drogas como corriente principal de salud pública tiene una larga historia que se remonta de manera variable a la prescripción de heroína y morfina

a personas dependientes de opioides en el Reino Unido en la década de 1920 (Spear, 1994); la articulación de preocupaciones de salud pública sobre drogas legales, alcohol y tabaco y la introducción del mantenimiento con metadona en los Estados Unidos en la década de 1960 (Bellis, 1981; Erickson, 1999).

En la década de 1970, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó políticas de reducción de daños para “prevenir o reducir la gravedad de los problemas asociados con el uso no médico de medicamentos que producen dependencia”, señalando que este objetivo es a la vez “más amplio, más específico así como más realista que la prevención del uso no médico *per se* en muchos países” (Ball, 2007; WHO, 1974).

Sin embargo, fue solo a partir de la década de 1980 del siglo pasado que la RD comenzó a tomarse en cuenta como una estrategia a adoptar en los sistemas de salud.

En Gran Bretaña, el problema de la infección por el VIH entre los consumidores de drogas intravenosas y su transmisión a esposas e hijos recién nacidos fue el principal estímulo de las estrategias de reducción de daños. La introducción de esquemas de intercambio de jeringas, así como una política pública de reducción de daños, formaron parte de un servicio integral para los consumidores de drogas en el área de Merseyside cerca de Liverpool y esta ciudad se ganó la reputación de centro para la reducción de daños (Riley & O’Hare, 2000).

Más tarde, hacia 1984, Holanda implementó una política de RD. Luego varios países del continente europeo adoptaron estas prácticas. Inglaterra solo adoptó estas estrategias como política pública hasta 1985 (Fonseca, 2012).

Estas medidas originadas para resolver una epidemia de VIH y orientadas principalmente a consumidores de drogas por vía inyectada, se han venido extendiendo a otros grupos para reducir daños asociados al consumo de drogas. Parte de su enfoque ha incluido involucrar a la sociedad en general con

estrategias diseñadas para aumentar la comprensión y reducir la estigmatización o los prejuicios experimentados por los usuarios, pues esta estigmatización genera su exclusión social, lo cual, posiblemente, puede ser una fuente de daño mayor para ellos que el consumo real de drogas en sí (O´Hare et al., 1992). Desde entonces, las estrategias de reducción de daños asociados al consumo de drogas se han extendido por muchos países y se han vinculado a las políticas salud pública, asistencia social y seguridad (Borges & Dalla, 2018).

La reducción de daños como parte de las políticas públicas sociosanitarias en Europa

Después de lo sucedido en Merseyside (Inglaterra) en 1985, se introdujeron las pruebas de anticuerpos contra el VIH en varios países de Europa, lo que condujo al descubrimiento de altas tasas de infección en numerosas ciudades entre las personas que se inyectan drogas (Stimson, 1995).

Pronto se hizo evidente que algunas partes de Europa enfrentaban una emergencia de salud pública y, por tanto, la respuesta para reducir las tasas de prevalencias de VIH con estrategias de reducción de daño fue impulsada a nivel de la ciudad por las autoridades sanitarias locales y la sociedad civil (O´Hare, 2007a).

Posteriormente, en 1986 y luego de lo experimentado en Merseyside, partes del Reino Unido introdujeron los programas de intercambio de jeringuillas (NSP, por sus siglas en inglés) (O´Hare, 2007b). En 1987, también se habían adoptado programas similares en Dinamarca, Malta, España y Suecia (Hedrich, Pirona & Wiessing, 2008). En 1990, los NSP operaban en 14 países europeos y estaban financiados en 12. Dicha estrategia se había extendido a 28 países para el cambio de siglo, financiada con fondos públicos (EMCDDA, 2009a).

Fue, sin embargo, solo hasta 1992 cuando se empieza a discutir el tema de reducción de daños en los debates de política internacional. En este año, el Informe Coona al Parlamento Europeo

había abogado por el uso de programas de intercambio de agujas y tratamiento con metadona (Coona, 1992). Esto fue evidencia de un enfoque pragmático cada vez mayor en Europa basado en los principios de reducción de daños, que refleja un cambio de opinión significativo entre 1985 y principios de la década de 1990, muy influenciado por la conciencia sobre el VIH/SIDA y sus vínculos con el consumo de drogas inyectables (Stimson, 1995). Sin embargo, el Parlamento Europeo en ese momento no adoptó estas recomendaciones.

Fue a mediados de la década del 1990 que la reducción de daños fue aprobada como parte de las políticas nacionales sobre drogas en muchos países europeos, aunque algunos tardaron más en seguir su ejemplo (incluidos Alemania, Grecia y Francia, que mantenían políticas basadas en la abstinencia) (Bergeron & Kopp, 2002; Michels, Stöve & Gerlach, 2007). Sin embargo, la UE tardó más de una década en acordar, por primera vez, una “estrategia sobre drogas” (EU, 1999) con un “plan de acción” para minimizar los riesgos de VIH asociado al consumo de drogas inyectables (EU, 2000).

Esta primera estrategia de drogas de la UE presentó seis objetivos recomendados, uno de los cuales era “reducir sustancialmente durante cinco años la incidencia de daños a la salud relacionados con las drogas (incluido el VIH y la hepatitis) y el número de muertes relacionadas con las drogas” (EU, 1999, p. 4). Aunque el documento no utilizó explícitamente el término reducción de daños, este objetivo representa un hito importante en la política europea de drogas.

El siguiente hito se produjo en 2003, cuando el Consejo de la Unión Europea adoptó una recomendación sobre la prevención y reducción de los daños relacionados con la salud asociados con la drogodependencia. En él se indicaba que los Estados miembros deberían establecer la reducción de los riesgos relacionados con las drogas como un objetivo de salud pública y se enumeraban algunas de las medidas clave de reducción de daños para “reducir

sustancialmente la incidencia de daños a la salud relacionados con las drogas” (EU, 2003, p. 23)

En 2004 se adoptó una nueva estrategia de drogas de la UE de ocho años (2005-2012), que apuntaba explícitamente a una reducción medible de “los riesgos sociales y de salud relacionados con las drogas” a través de un sistema integral “que incluye prevención, intervención temprana, tratamiento, medidas de reducción de daños, rehabilitación y reintegración social dentro de los Estados miembros de la UE” (EU, 2004, p. 10)

Durante este tiempo, el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) se estableció como un instrumento central para el seguimiento de la evidencia relacionada con los patrones de uso y políticas de drogas en la UE. Fundado en 1993, y basándose en el trabajo del Grupo Pompidou del Consejo de Europa, el OEDT generó las primeras descripciones generales de la actividad de reducción de daños en toda la UE a principios de siglo (EMCDDA, 2000).

A medida que la UE crecía, los Estados miembros más nuevos comenzaron a desarrollar sistemas nacionales de control de drogas para alimentar este proceso. Además, se ha argumentado que “hay pruebas claras de que la orientación sobre la forma de enfrentar el problema del consumo de drogas de la UE fue un modelo para las políticas nacionales para los nuevos Estados miembros” (EU, 2003; Hedrich, Pirona & Wiessing, 2008). En 2009, hubo un apoyo explícito para la reducción de daños en los documentos de política nacional de los 27 Estados miembros de la UE, así como en Croacia, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Noruega y Suiza (Cook, 2009). Esta convergencia hacia una “posición común” (Hedrich, Pirona & Wiessing, 2008, p. 513) ha permitido a la UE ser un firme defensor de la reducción de daños en los foros internacionales (MacGregor & Whiting, 2010).

Para el año 2010 y consecuentemente con el objetivo de la Asamblea General de las Naciones Unidas de *acceso casi universal* a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH

para las poblaciones afectadas por el VIH, Europa había logrado un progreso considerable para lograr una mayor cobertura de los servicios de reducción de daños para los consumidores de drogas inyectables (Cook, Bridge & Stimson, 2010). Cada Estado miembro de la UE para esta época tenía uno o más programas de intercambio de agujas y jeringas y todos los Estados miembros proporcionaban tratamiento de sustitución de opioides para las personas con dependencia a estas sustancias (EMCDDA, 2009b).

En la actualidad, el OEDT afirma que la prevención y reducción de los daños relacionados con las drogas es un objetivo de salud pública en todos los Estados miembros y en la estrategia y el plan de acción de la UE sobre drogas (EMCDDA, 2009b).

En relación con las estrategias, los Estados miembros de la UE emplean una combinación de algunas de las principales medidas de reducción de daños, que

se informa que están disponibles en todos los países excepto Turquía, existiendo diferencias considerables en la gama y los niveles de prestación de servicios que van desde programas de intercambio de jeringuillas, sustitución de opiáceos y educación en salud en calle. (EMCDDA, 2009b, p. 53)

En Europa Occidental, solo Andorra, Mónaco, San Marino y Turquía no incluyen de manera explícita dentro de sus políticas públicas la reducción de daños, aunque en Turquía existe un programa de sustitución de opioides. Cabe destacar, además de los programas de intercambio de jeringuillas y sustitución de opiáceos, la estrategia de salas de consumo de drogas en Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Luxemburgo, Países Bajos, Noruega, Portugal, España, Suecia, Suiza, Turquía y Reino Unido (HRI, 2020).

Sin embargo, la práctica y la política de reducción de daños varían en toda Europa (MacGregor & Whiting, 2010). En contraste, la experiencia en Europa del Este es de falta de liderazgo y compromiso político con la reducción de daños. En Armenia,

Rusia, Tayikistán y Turkmenistán, la falta de apoyo político para la reducción de daños ha significado que actividades críticas como el suministro de agujas y jeringas no se integraron en la respuesta nacional al VIH, mientras que la prohibición total de los programas de sustitución de opiáceos (OST por sus siglas en inglés) significó que no se pudo establecer un programa integral (Tkatchenko-Schmidt et al., 2008).

De otro lado, en Europa Central, Oriental y Asia Central, la historia de la reducción de daños comenzó hace también al menos 18 años, cuando se establecieron los primeros programas de tratamiento de sustitución con opiáceos en Yugoslavia a mediados de la década de 1980 (Sarang et al., 2007) y los primeros programas de intercambio de agujas y jeringas (NSP) se abrieron en Polonia, Eslovenia y la República Checa a finales de los años ochenta y principios de los noventa (EMCDDA, 2003).

Con respecto a los OST los primeros programas en la región se establecieron en Yugoslavia (1984-1989), Eslovenia (1990), República Checa (1992) y Polonia (1993) (Sarang et al., 2007). De los países de la ex Unión Soviética, los Estados bálticos fueron los primeros en aprovechar las ventajas del mantenimiento de opioides (Coffin, 2002). Desde mediados de la década de 1990, se establecieron programas de sustitución de opiáceos en los tres países bálticos: Lituania (1995), Letonia (1996) y Estonia (1997) (Sarang et al., 2007).

En cuanto a Rusia, aunque la resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cooperación internacional contra el problema mundial de las drogas instó a los Estados, incluyendo a Rusia, a implementar la reducción de la demanda de drogas incluyendo actividades de reducción de riesgos y a brindar “una amplia gama de servicios integrales de tratamiento, rehabilitación y reinserción social [de drogadictos]” (UNODC, 2006, p. 4), este país no ha adoptado medidas (Clark, 2016).

En Eurasia solo Azerbaiyán no incluye dentro de sus políticas públicas sobre drogas el tema de reducción de daños, el resto de los países lo hace (HRI, 2020).

La reducción de daños en Asia

El movimiento hacia la introducción de los programas de reducción de daño y más específicamente el intercambio de jeringuillas (NSP) en Asia, como se encuentra en muchas otras regiones del mundo, estuvo a menudo rodeado de controversias. Brunéi, Bután, Sri Lanka, Japón, Laos, Corea del sur, Filipinas y Singapur no permiten los programas de intercambio de jeringuillas (NSP), en los demás, sí existe este tipo de estrategia (HRI, 2020).

Macao, Hong Kong y Maldivia solo permiten programas de sustitución de opiáceos (OST). Los cambios y la aceleración más rápidos en la implementación de los NSP parecen estar ocurriendo en China. Los NSP de China funcionan alentando a los consumidores de drogas a comprar nuevos equipos de inyección en las farmacias y a obtener agujas gratuitas y/o cupones en los centros de intercambio de agujas (los cupones se pueden utilizar en las farmacias designadas para acceder a las agujas gratuitas). La mayoría de los programas son operados por el sector de la salud, organizaciones no gubernamentales (ONG) o usuarios de drogas entre pares. China ha venido trabajando para establecer 1400 NSP en las provincias meridional y occidental, donde se estima que hay 2 millones de consumidores de drogas.

Los NSP indonesios han estado operando en Yakarta y Bali desde 2000 y, desde 2003, también en Makassar y Bandung. Sin embargo, a pesar de la aprobación de los vicegobernadores de las provincias en sus funciones como jefes de las comisiones provinciales contra el sida, la distribución de agujas a los consumidores de drogas inyectables en una escala adecuada aún no ha sido sancionada por las autoridades nacionales (HRI, 2020).

En Asia solo 10 países hacen referencia de manera explícita en sus políticas públicas sobre drogas a la reducción de daño: Afganistán, Bután, Camboya, India, Macao, Malasia, Nepal, Taiwán, Tailandia y Vietnam, siendo muy limitadas las estrategias implementadas en estos países (HRI, 2020).

Oriente próximo, África y las políticas públicas en reducción de daños

Muchos países de Medio Oriente y África del Norte aún no mencionan explícitamente la reducción de daños en sus estrategias nacionales. El plan estratégico nacional de Argelia no se refiere a la reducción de daños, el cual tampoco figura en las estrategias nacionales de Bahrein, Omán y Kuwait. En Jordania y Arabia Saudita, se reconoce la necesidad de fortalecer la prevención del VIH para las poblaciones clave, pero no los programas de intercambio de jeringuillas. Sin embargo, Egipto, Irán, Marruecos, Siria y Túnez sí incluyen la reducción de daños en sus planes estratégicos nacionales (HRI, 2015).

En varios países de África oriental, en particular Mauricio, Kenia y Tanzania, las políticas de drogas se han caracterizado recientemente por un estado de adaptación, en el que múltiples partes interesadas, incluidos actores globales, internacionales y locales, han negociado el apoyo de reducción de daños como medida de prevención del VIH y la hepatitis C (Rhodes et al., 2016).

Los países Medio Oriente y África del Norte se encuentran en diferentes etapas de la introducción de los diferentes componentes del paquete de reducción de daños. La República Islámica de Irán es un país modelo en su respuesta al VIH entre los consumidores de drogas inyectables, con un plan rápidamente ampliado para poner a disposición agujas y jeringas, terapia de sustitución de opioides, pruebas y asesoramiento del VIH e infecciones de transmisión sexual (Abu-Raddad et al., 2010).

La región de África subsahariana está muy rezagada en la implementación y ampliación de las intervenciones de reducción de daños recomendadas por las Naciones Unidas; de manera similar, los esfuerzos están muy por debajo de las estimaciones requeridas para revertir la epidemia del VIH entre las personas que se inyectan drogas en la región (Kharsany & Karim, 2016). Según la publicación más reciente sobre el estado mundial de la reducción de daños, solo 11 países tienen políticas que abogan

específicamente por actividades de reducción de daños. El entorno político y legal en África subsahariana continúa siguiendo un enfoque predominantemente punitivo cuando se considera la reducción de daños y solo unos pocos países de la región incluyen una referencia explícita de apoyo a la reducción de daños en sus políticas y programas nacionales sobre el VIH o las drogas (OMS, 2015).

En África subsahariana, solo ocho países operan el programa de intercambio de agujas y jeringas (NSP); siete ofrecen alguna forma de terapia de sustitución de opioides (OST) y diez tienen apoyo explícito para la reducción de daños contenido en documentos de política nacional (Stone & Shirley-Beavan, 2018).

Entre los países islámicos, aunque el uso de drogas está expresamente prohibido en el islam, la cultura local afecta la interpretación de la ley islámica e influye en la respuesta al abuso de drogas, ya sea punitivo o terapéutico, sin embargo, los programas de reducción de daños han recibido una aceptación diversa dentro de esta región global.

En la actualidad, en Irán, aunque los líderes religiosos se refieren a principios en el Corán o los hadices para dar forma a gran parte de la política y la ley actuales, muchos temas de salud pública, incluidos asuntos delicados como el consumo de drogas, se consideran en primer lugar desde una perspectiva de salud. Este enfoque se aplica de manera similar a la prevención y la reducción de daños, porque dos componentes de los cuatro pilares ampliamente utilizados de la política de drogas (reducción de la oferta, prevención, tratamiento y reducción de daños) se han definido en gran medida como problemas de salud pública, incluyendo programas de intercambio de jeringuillas de alcance comunitario y terapia de sustitución con metadona y buprenorfina (MacPherson, 2007).

En Malasia, la acelerada epidemia del VIH, la presión constante de defensores de la salud pública y la evidencia de modelos exitosos de reducción de daños en países islámicos igualmente

conservadores como Irán e Indonesia, han permitido el inicio de programas piloto de intercambio de agujas y metadona desde el 2003 (amfAR, 2005).

En Afganistán, debido al aumento de las prevalencias de VIH en la población y más concretamente en consumidores de drogas, la legislación ha incluido políticas de reducción de daño como una modalidad para prevenir la transmisión de infecciones de transmisión sanguínea entre consumidores de drogas inyectables en la Estrategia nacional de fiscalización de drogas (MacDonald, 2007).

Políticas públicas de reducción de daños en Australia y Oceanía

Australia tiene un enfoque bien establecido de tres pilares para la minimización de los daños causados por las drogas en el que se han basado las sucesivas Estrategias Nacionales sobre Drogas: oferta, demanda y reducción de daños (DoHA, 2011).

Desde su primera versión en 1985, la Estrategia Nacional sobre Drogas de Australia se ha basado en el objetivo de minimizar los daños asociados con el consumo de alcohol, tabaco, drogas ilícitas y fármacos susceptibles de causar dependencia. En toda la Estrategia, el término “otras drogas” se utiliza para hacer referencia a las drogas ilícitas y las drogas farmacéuticas (Department of Health, 2017).

Este enfoque de política de minimización de daños reconoce que el consumo de drogas conlleva riesgos sustanciales y que los consumidores de drogas necesitan una variedad de apoyos para reducir progresivamente los daños relacionados con las drogas para ellos mismos y la comunidad en general, incluidas las familias, dejando claro que este enfoque de política no aprueba el uso de drogas (Department of Health, 2017).

Australia y Nueva Zelanda, son los dos países de Oceanía que más desarrollos han tenido en sus políticas públicas y la reducción de daños asociados al consumo de drogas. Los programas de agujas

y jeringas (NSP) y la terapia de sustitución de opioides (OST) están disponibles tanto en Australia como en Nueva Zelanda, con servicios en gran parte estables desde 2016. Con respecto a la OST, una tendencia significativa es la expansión en la prescripción de combinaciones de buprenorfina-naloxona, con el objetivo de reducir la administración por inyección (en contextos no médicos) y el desvío al mercado negro (Australian Institute of Health and Welfare, 2018). Un avance notable en la región es la apertura de la segunda sala de consumo de drogas (DCR) de Australia en Melbourne en 2018, uniéndose a la instalada en Sídney en 2001 (Stone & Shirley-Beavan, 2018). Estos DCR solo sirven a personas que se inyectan drogas, incluidas las personas que se inyectan metanfetaminas y no permiten el consumo por otras vías de administración (como la inhalación) (Willingham, 2018).

En Australia, la naloxona para llevar a casa ahora está disponible en todos los Estados, aunque con cobertura variable. Las redes de distribución de pares de naloxona funcionan en algunos estados, pero no en todos. En 2016, la naloxona se reprogramó para permitir la compra sin receta en farmacias (Stone & Shirley-Beavan, 2018).

Con respecto al resto de países de Oceanía, una limitación clave para recopilar una imagen general del estado de reducción de daños es la falta de datos. Pocos de los países insulares del Pacífico y territorios reportan cualquier uso de drogas (con la excepción del consumo de cannabis). Sin embargo, algunos, como Fiyi, reconoce que esto puede deberse a la falta de investigación y no a la ausencia de consumo (Ministry of Health, 2017).

La reducción de daños en Canadá, EE. UU. y México

A fines de la década de 1980, Canadá, junto con Australia y varios países de Europa occidental, se convirtieron en los pioneros de los enfoques contemporáneos de reducción de daños en respuesta a las crecientes tasas de infección por VIH entre las personas que se inyectan drogas (Riley & O'Hare, 2000). La distribución informal

de jeringas dirigida por pares surgió en Montreal, Toronto y Vancouver en 1988; y en 1989, el Departamento de Salud Federal se asoció con cinco provincias para implementar ocho programas oficiales en las principales ciudades canadienses (Cavaliere & Riley, 2012). Cuando la financiación federal terminó, dos años después, muchos de estos programas continuaron con el apoyo de las provincias (Hankis, 1999) y, en la actualidad, la mayoría de las 13 provincias y territorios de Canadá tienen programas de distribución de jeringas (Carter & MacPherson, 2013). El apoyo federal para la reducción de daños continuó hasta mediados de la década de 2000 e incluyó el reconocimiento de la reducción de daños como un pilar clave de la política federal sobre drogas (Colin, 2006).

Este progreso se estancó en 2007, cuando un gobierno conservador elegido reemplazó la Estrategia de Drogas de Canadá con una nueva Estrategia Nacional Antidrogas, transfirió la responsabilidad principal de la política de drogas del Departamento de Salud al Departamento de Justicia y eliminó oficialmente la reducción de daños de la política federal (Departamento de Justicia, 2012).

El estancamiento de la política de reducción de daños, se dio hasta el año 2015. Varios factores convergieron para abrir esta ventana política actual. La elección de un nuevo gobierno de mayoría liberal puso fin a una década de antagonismo federal hacia la reducción de daños y señaló la voluntad del gobierno federal de apoyar los esfuerzos provinciales y territoriales para mejorar el acceso a estos servicios.

El actual gobierno respalda explícitamente las instalaciones de inyección supervisadas (Stone, 2015) y los programas de distribución de jeringas en las cárceles, además legalizó el cannabis para consumos recreativos. A finales de 2016, el gobierno había tomado medidas para aliviar las restricciones sobre el tratamiento asistido con heroína y las instalaciones de inyección supervisadas, instaladas por el gobierno anterior, y devolvió la reducción de daños a la política federal al declarar *La estrategia canadiense*

sobre drogas y sustancias, con la responsabilidad principal de la estrategia volcada de nuevo sobre el Departamento de Salud (Government of Canada, 2016).

En la actualidad, la Ley Federal incluye todas las estrategias basadas en la evidencia para reducir el daño asociado al consumo de drogas inyectables: programa de intercambio de jeringuillas, sustitución de opiáceos, salas de consumo higiénico, programas en cárceles, uso de naloxona para prevenir muerte por sobredosis e incluso tratamiento asistido con heroína.

Por su lado, en los EE. UU. la ley federal no contempla estrategias de reducción de daño asociadas al consumo de drogas. La Oficina de Política Nacional de Control de Drogas (ONDCP) prioriza los servicios de salud mental para los usuarios en lugar de las estrategias de prevención educativa. Es decir, la prioridad del gobierno de EE. UU. no es controlar la demanda y, dentro de la demanda, la prevención no es la prioridad (Tatmatsu, Siqueira & Prette, 2020).

La ley contra el uso indebido de drogas establece que el enfoque principal de los programas de prevención debe ser la escuela, que “enseña clara y sistemáticamente que el uso de drogas ilícitas es incorrecto y perjudicial” (traducción propia, Anti-Drug Abuse Act of 1988, p. 38). La reducción de daños tiene una historia muy compleja en los EE. UU. Este ha liderado el mundo en el desarrollo de algunos aspectos de la reducción de daños, por ejemplo, el tratamiento asistido con metadona y buprenorfina para los trastornos por consumo de opiáceos, pero el gobierno federal de los Estados Unidos fue durante mucho tiempo un feroz oponente de la reducción de daños, tanto a nivel nacional como internacional.

La historia de la reducción de daños en los EE. UU. se entiende mejor como un conflicto entre múltiples fuerzas sociohistóricas en conflicto (Des Jarlais, 2017). Las dos fuerzas más importantes que promueven la reducción de daños en los Estados Unidos han sido el activismo y la investigación científica. Los programas de

intercambio de jeringuillas - NSP- no están establecidos muy formalmente, pero los consumidores de drogas inyectables las pueden conseguir en las farmacias. Solo un Estado (Delaware) prohíbe expresamente la venta de jeringas en las farmacias, pero muchos Estados permiten la discreción significativa del farmacéutico (Meyerson et al., 2018).

Otro ejemplo de las limitaciones de estos programas es Virginia, donde la ley estatal permite el funcionamiento de NSP, pero, en algunos casos, las ordenanzas de la ciudad prohíben la posesión de parafernalia relacionada con las drogas, incluido el equipo de inyección (Davis et al., 2019).

Una revisión de 2014 de la cobertura en los EE. UU. realizada por la North American Syringe Exchange Network (NASEN) encontró 194 NSP operando en 33 Estados, el Distrito de Columbia, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico y las Naciones Indígenas (Davis et al., 2019).

Cambios recientes en las legislaciones de los Estados incluyen leyes que eximen los *kits* del control de drogas y las tiras de prueba de fentanilo de las leyes de parafernalia de drogas, como es el caso de Maryland (Drug Policy Alliance, 2018).

En relación a los programas con substitutos opiáceos, a pesar de una clara necesidad por la epidemia del uso estas sustancias y las altas prevalencias de sobredosis, no hay programas para prevenirla con naloxona que operen con licencia en los Estados Unidos (Milman, 2019).

Con respecto a los programas de mantenimiento con metadona, existen muchas barreras en los EE.UU. entre ellas una cobertura desigual de Medicare en todos los Estados, lo que deja a muchas personas sin seguro y sin acceso a los medicamentos, así como a muchos médicos que optan por dar de alta a los pacientes por mala asistencia, uso activo de drogas o por no participar en el asesoramiento. Las clínicas de metadona en los EE. UU. rara vez tienen un umbral bajo, con listas de espera de al menos seis meses

a un año o más, fuera de las principales ciudades. Las barreras se agravan para las mujeres embarazadas que consumen drogas o las que tienen hijos, ya que corren el riesgo de ser denunciadas a los servicios de protección infantil y perder la custodia de sus hijos por inscribirse en un tratamiento o consumir drogas de forma activa. La necesidad de asistencia frecuente (en algunos casos, siete días a la semana) puede complicarse aún más por las dificultades del cuidado de los niños y el aumento del estigma (Milman, 2019).

De otro lado, estos programas de sustitución de terapia de opioide están disponibles solo en una pequeña cantidad de prisiones y cárceles de EE. UU., incluida Rikers Island (Nueva York), el Centro de Detención Metropolitano (Nuevo México) y cárceles en Baltimore y Rhode Island.

Finalmente, y entre los países de Norte América, se encuentra México. En este país el primer programa de reducción de daños se puso en marcha de manera informal en 1988 en Ciudad Juárez, a cargo de la organización no gubernamental Compañeros AC, el único programa de intercambio de jeringas en México documentado hasta 2000 (Strathdee et al., 2012).

En 2001, los Centros de Integración Juvenil abrieron la primera clínica pública de metadona en el norte del país y actualmente existen dos, ubicadas en Tijuana y Ciudad Juárez. En 2003, el Gobierno Mexicano, a través del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH / SIDA (CENSIDA) y la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), emitió un comunicado a favor de la reducción de daños, además de presentar el manual de Prevención del VIH en Usadores de Drogas por vía Parenteral - PWID - (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/ SIDA & Consejo Nacional contra las Adicciones, 2008).

Entre 2004 y 2005, se creó en la ciudad de Tijuana, Baja California, el segundo programa de intercambio de jeringas de la ONG Prevencasa AC. Al mismo tiempo, el Gobierno Federal implementó talleres en los Estados de la frontera norte del país para la difusión

de actividades de reducción de daños. Esto llevó a los estados de Baja California, Chihuahua y Sonora a lanzar formalmente programas de intercambio de agujas (Strathdee et al., 2012).

En 2006, CONASIDA comenzó a distribuir jeringas gratis como parte de un programa nacional. Entre el 2007 y el 2009 los programas de intercambio de jeringas se extendieron a siete estados (Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Oaxaca, Sonora y Zacatecas) (Strathdee et al., 2012).

En 2009, se publicó una versión modificada de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones en la que se establece que la reducción de daños es el “conjunto de acciones encaminadas a prevenir o reducir situaciones de riesgo y limitar el daño asociado al consumo de sustancias psicoactivas” (Secretaría de Salud, 2009), es decir, que está necesariamente vinculado a la prevención y al tratamiento. No busca necesariamente la abstinencia.

Hasta el 2018 en México, hubo seis programas de intercambio de jeringuillas (NSP) activos, incluso en las ciudades con el nivel más alto de uso de heroína inyectada: Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez. Sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil estiman que menos del 5% de las personas que se inyectan drogas en México acceden a los NSP. En febrero de 2019, el Gobierno Mexicano dejó de financiar programas dirigidos por ciudadanos, lo que obligó a algunos NSP a reducir los servicios (HRI, 2020).

El Caribe y la reducción de daños

De los 17 países de la región del Caribe, se han identificado nueve planes nacionales de políticas de drogas y diez planes nacionales de VIH. De los planes de drogas, solo dos contienen alguna referencia explícita a la reducción de daños, el de Bahamas (National Anti-Drug Secretariat, 2017) y el de República Dominicana (Consejo Nacional de Drogas, 2016), aunque en ambos casos esto no ha ido acompañado de la aplicación práctica de programas de reducción de daños apoyados por los gobiernos.

Otros cuatro planes de políticas de drogas contienen referencias a la necesidad de abordar el VIH y la salud de las personas que consumen drogas: Barbados (National Council on Substance Abuse, 2016), Granada (Government of Grenada, 2012) Jamaica (Ministry of National Security, 2014) y Surinam (Nationale Anti-drugs Raad, 2019), y tres no contienen ninguna referencia a la salud de las personas que consumen drogas (Antigua y Barbuda, Guyana y Trinidad y Tobago). Entre los planes contra el VIH, ocho se refieren a personas que consumen drogas como población clave, pero dos no contienen ninguna referencia a personas que consumen drogas (Granada y San Vicente y las Granadinas) (HRI, 2020).

Políticas públicas de reducción de daño en Centro y Latinoamérica

En Centro América solo dos países incluyen de manera explícita la reducción de daños en sus políticas públicas: México y Costa Rica.

La legislación costarricense contempla una gran cantidad de leyes que son atinentes al enfoque de reducción de daños para los consumidores de drogas en general, pues en Costa Rica no se ha evidenciado consumo de drogas inyectables (IAFA, 2017).

El ámbito latinoamericano, más en concreto, ha sido un contexto difícil para el desarrollo de programas preventivos en la línea de la reducción del daño, entre otras cosas por la influencia directa de las políticas de EE.UU.

En Argentina y Brasil es donde más desarrollos ha tenido la reducción del daño. En el país del sur del continente, la Asociación de Reducción de Daños de la Argentina (ARDA)– ha sabido impulsar este tipo de políticas, bien a través de la movilización de la sociedad civil y de las instituciones políticas, o bien con la formación de profesionales y otras iniciativas semejantes (Inchaurraga, 2002).

En Brasil, donde también hay buenos desarrollos, nos encontramos con una situación un tanto paradójica: apoyo oficial a este tipo de políticas –sobre todo desde la celebración de la 9ª Conferencia

de la International Harm Reduction Association (IHRA) en 1998–; reconocimiento institucional de la figura del “reductor de daños”; existencia de asociaciones relacionadas con el tema –Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA), Rede Nacional de Redução de Danos (REDUC)–, pero problemas para la financiación de programas de reducción de daños, lo que ha menguado todo este tipo de iniciativas (Schmitt, 2001).

Colombia se ha acercado al tema y entre sus políticas públicas ha incluido la reducción de daños, pero en el desarrollo de estrategias ha sido tímida. Los programas de intercambio de jeringuillas (NSP) se implementaron en Colombia desde el 2018 en Armenia, Pereira, Bogotá, Cúcuta y Cali (HRI, 2020), pero su operación ha sido discontinua por falta de presupuesto.

En el resto de países de América latina, la relativa ausencia de uso de drogas intravenosas puede hacer que la implementación de los programas de NSP sea una prioridad menor en Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Paraguay y Perú (Zamudio, 2020). En Argentina, Brasil y Uruguay, la inyección de cocaína es ahora mínima, por lo que los programas de NSP han reorientado los esfuerzos hacia la reducción de daños por consumo de drogas no inyectables (Duran & Rossi, 2015).

Ningún país de América Latina ha implementado terapias con agonistas opiáceos (OST) en el marco de la Reducción de Daños. A pesar de que OST está disponible en Argentina, Colombia y México, se administra en gran medida de manera centrada en la abstinencia y no en el marco de reducción de daños (HRI, 2020).

Con respecto al uso de naloxona en sobredosis por opiáceos en el marco de programas de reducción de daños, desde el último informe del Estado Global de Reducción de Daños en 2018, el primer programa oficial en América Latina se abrió en Mexicali, Baja California, México. Si bien el programa operó brevemente con la aprobación de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), no ha sido reconocido formalmente por el gobierno local o nacional (HRI, 2020).

En Colombia, la naloxona sigue siendo muy limitada y la principal barrera para la distribución es la legislación restrictiva (HRI, 2020).

En Argentina, el Plan Nacional de Salud Mental explicita que, en materia de consumos problemáticos de sustancias, el foco del proceso de atención estará puesto en el sujeto y su singularidad, y no en el tipo de consumo que presente. Este fue sancionado en 2014 e incluye el Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos (Llovera & Scialla, 2016). Además, añade en el modelo de atención la reducción de daños (Ley 26.934 de 2014).

Brasil es considerado un país con una actuación central en el conjunto de países de Latinoamérica en relación con la implementación de la RD, aunque la política de drogas brasileña en la actualidad esté orientada a la reducción de la oferta de drogas por medio de la represión de su uso y comercio (Fonseca & Bastos, 2005).

La RD fue adoptada como estrategia de salud pública por primera vez en Brasil en el municipio de Santos-SP en 1989, cuando las altas tasas de transmisión del VIH se relacionaron con el uso indebido de drogas inyectables (Mesquita, 1991) y se propuso inicialmente como una estrategia de prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables, desarrollando como estrategia un programa de intercambio de jeringas.

La diversificación de la oferta de salud para los consumidores de drogas sufrió un importante impulso cuando, a partir de 2003, las acciones de RD dejan de ser una estrategia exclusiva de los Programas de ETS/Sida y pasan a ser una estrategia rectora de la Política de Atención del Ministerio de Salud, en donde se incluyeron otras sustancias como el crack y el alcohol en la política de salud mental.

Desde entonces, los programas de reducción de daños fueron institucionalizados en Brasil a través de varias ordenanzas del Ministerio de Salud y, en general, el concepto de RD impregna

las regulaciones que rigen las políticas relacionadas con la atención al consumo de alcohol y otras drogas. Desde 2004, las ordenanzas se ocuparon de estos programas en conjunto con otras actividades en el ámbito de las políticas de alcohol y otras drogas y la Ordenanza 1.028/2005, reguló las acciones de RD de manera concreta (Passos & Souza, 2011).

De manera explícita y hasta el año 2018, desde el Ministerio de Salud y mediante el programa Red de Atención Psicosocial, que consiste en un conjunto de servicios de salud destinados a asistir a personas con sufrimiento o trastornos mentales y con necesidades derivadas del uso abusivo de alcohol y otras drogas, la política pública de Brasil consideraba entre sus objetivos la reducción de los daños ocasionados por el consumo de alcohol y otras drogas y la promoción de la atención y calidad de vida a usuarios y sus familias (Portaria No. 3.088 de 2011). Dentro de las políticas públicas explícitas en reducción de daños, se incluyó al crack con un programa denominado Plan Integrado de Combate al Crack (Decreto No. 7.179 de 2010).

En la actualidad, con la llegada del gobierno de Bolsonaro, en Brasil hoy se excluyen explícitamente los enfoques para reducir el daño y se enfocan exclusivamente en el tratamiento basado en la abstinencia; aunque, a nivel local, varios servicios de reducción de daños para personas que consumen cocaína (principalmente crack) en São Paulo cerca de Salvador y Pernambuco desarrollan algunas actividades.

La Tabla 1 muestra el estado actual de las políticas públicas sobre drogas y la reducción de daños en Latinoamérica, así como las estrategias implementadas (HRI, 2020).

Tabla 1. Políticas públicas y reducción de daños en Latinoamérica

Pais o territorio	Referencia explícita de apoyo a la reducción de daños en los documentos de política nacional	Al menos un programa de agujas y jeringas operativo	Al menos un programa de sustitución de opioides operativo	Al menos una sala de consumo de drogas	Programa de Naloxona para llevar a casa	OST en al menos una prisión	NSP en al menos una prisión
Latinoamérica							
Argentina	✓	x	✓	x	x	x	x
Bolivia	x	x	x	x	x	x	x
Brasil	x	x	x	x	x	x	x
Chile	x	x	x	x	x	x	x
Colombia	✓	✓	✓	x	✓	x	x
Costa Rica	✓	x	✓	x	x	x	x
Ecuador	✓	x	x	x	x	x	x
El Salvador	x	x	x	x	x	x	x
Gautemala	x	x	x	x	x	x	x
Honduras	x	x	x	x	x	x	x
México	✓	✓	✓	x	✓	x	x
Nicaragua	x	x	x	x	x	x	x
Panamá	x	x	x	x	x	x	x
Paraguay	x	x	x	x	x	x	x
Perú	x	x	x	x	x	x	x
Uruguay	✓	x	x	x	x	x	x
Venezuela	x	x	x	x	x	x	x
Subtotales de América Latina	6	2	4	0	2	0	0

Fuente: *Harm Reduction International. Updates from the State of Global Harm Reduction, 2020.*

Discusión y conclusiones

Los conceptos de reducción de riesgos y daños están estrechamente alineados con los de promoción de la salud y salud pública en general. Sin embargo, en relación con las drogas ilícitas,

los debates sobre el desarrollo de enfoques de salud pública para reducir los daños relacionados con las drogas a menudo se ven empañados por la interpretación del concepto que lo relacionan como un símbolo de liberalización radical o un ataque al control tradicional de drogas. La salud pública tiene en su núcleo la idea de proteger la salud de las personas y de la población mediante la vigilancia, identificación y gestión del riesgo para la salud (Ashton & Seymour, 1988; Petersen & Lupton, 1996).

Para resumir brevemente la historia internacional de las políticas de drogas, es posible hacer un rescate de hitos internacionales con base en las tres convenciones de las Naciones Unidas (ONU) vigentes en 1961, 1971 y 1988. Es importante señalar que estas tres convenciones tienen como objetivo la clasificación sustancias psicotrópicas, enfocándose en la construcción de marcos legales en el campo del control de la producción, tráfico y posesión ilegal de estas sustancias. En la convención de 1971, el artículo 20 trata de la adopción por los Estados miembros de “medidas contra el abuso de sustancias psicotrópicas”, en el que se propone la adopción de medidas para la prevención y el tratamiento del uso de drogas (Togni de Lima, Surjus & Carvalho, 2019).

Dentro de este marco, un hito importante ocurrió en 1998, cuando la epidemia de VIH/SIDA ganó gran importancia en la agenda global y el uso de drogas inyectables ya representaba una categoría importante de exposición al VIH y sida a nivel mundial. Este año, con motivo del XX Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones (UNGASS) que se propuso debatir el Problema Mundial de las Drogas, el tema del VIH apareció con fuerza en el debate internacional sobre las drogas y se reflejó en la declaración de principios resultante de esta UNGASS. Esto al definir que las acciones de reducción de la demanda debían enfocarse en la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias adversas del uso, proponiendo discutir el tema con una mirada más orientada al usuario y no solo a las sustancias (Togni de Lima, Surjus, & Carvalho, 2019).

Ya para el 2001, la tendencia en el escenario internacional era entender el consumo de drogas desde la perspectiva del usuario y tal perspectiva se vio acentuada por el logro de la UNGASS sobre el VIH/SIDA. En esta ocasión, los Estados miembros acordaron un conjunto de metas y asumieron una serie de compromisos que integraron el desarrollo de políticas e incluyeron acciones dirigidas a reducir los riesgos asociados al consumo de drogas inyectables, la exclusión social, la discriminación, entre otros, y a garantizar acceso a insumos preventivos como condones y equipos de inyección estériles; enfatizando la importancia de prevenir el intercambio de agujas y jeringas entre usuarios de drogas inyectables como factor de protección, lo que fortaleció la presencia del tema en foros de debate mundial sobre drogas, incluyendo la presencia del tema en las reuniones de la Comisión de Drogas de las Naciones Unidas (Togni de Lima, Surjus, & Carvalho, 2019).

Desde entonces, empezó una fuerte oleada a nivel mundial de orientar, basada en evidencia científicamente probada, políticas públicas con inclusión estrategias para proteger y reducir las vulnerabilidades de las personas que consumen drogas para la infección por VIH. Para el 2009 durante la Reunión de Revisión de Alto Nivel sobre Drogas de la UNGASS de 1998, los países se comprometieron con la Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional para una Estrategia Integrada y Equilibrada para Abordar el Problema Global de Drogas hasta 2019. (Togni de Lima, Surjus, & Carvalho, 2019).

En este marco, el documento final de la UNGASS de 2016 acordado entre países propone reforzar que se invierta en “minimizar las consecuencias sociales y sanitarias adversas relacionadas con el consumo de drogas” y menciona el “intercambio de agujas” (Togni de Lima, Surjus & Carvalho, 2019, p. 21). De otro lado, a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue uno de los primeros organismos multilaterales en respaldar los principios subyacentes de la reducción de daños en una reunión en Estocolmo (WHO, 1986). Ya en 1974, el Comité de Expertos de la OMS en farmacodependencia había hecho referencia a “la

preocupación por prevenir y reducir los problemas y no solo por el consumo de drogas” (Kodak, 2004, p. 15). Otros organismos del sistema de las Naciones Unidas, incluido ONUSIDA (el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, establecido en 1996), mostraron mayor reticencia o ambigüedad.

Sin embargo, desde el cambio de siglo, la reducción de daños parece estar firmemente arraigada en el diálogo internacional sobre políticas relacionadas con el consumo de drogas (IHRA, 2009; UE, 2001).

En 2001, una reunión de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) (el principal órgano de formulación de políticas de las Naciones Unidas) adoptó una “Declaración de compromiso”, que declaró explícitamente que se deberían implementar “los esfuerzos de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas” por los Estados Miembros (UE, 2001, p. 7). Dos años después, la WHO encargó una revisión de la evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones de reducción de daños dirigidas a personas que se inyectan drogas, revisión publicada en 2007 (WHO, 2007). Ese mismo año, la metadona y la buprenorfina se agregaron a la lista de *medicamentos esenciales* de la OMS (WHO, 2017) y ONUSIDA publicó un documento que enumeraba un paquete básico de intervenciones de reducción de daños (UNAIDS, 2005a), el cual luego se expandió para convertirse en el “paquete integral de reducción de daños” (WHO, 2009).

En contraste con la respuesta de las Naciones Unidas al VIH/SIDA, ha habido un apoyo notablemente menor a la reducción de daños por parte de las diversas agencias de control de drogas de la ONU. Dentro del programa de ONUSIDA, la UNODC es el organismo líder en la “Prevención de la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas y en las cárceles” (UNAIDS, 2005b), pero esta función sigue siendo eclipsada por su cometido paralelo de controlar la producción y el suministro de drogas ilícitas. Además, el órgano rector de la UNODC, la Comisión de Estupefacientes (CND), ha visto una resistencia constante a la reducción de daños

en algunos países (incluidos Japón, Rusia y Estados Unidos), lo que ha creado incoherencia en una posición política global para la reducción de daños en la ONU (Hunt, 2008). Por su lado la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (el órgano asesor de expertos que supervisa el cumplimiento de las convenciones de las Naciones Unidas sobre drogas) también ha cuestionado periódicamente la legalidad de algunas intervenciones de reducción de daños (Csete & Wolfe, 2007).

En el 2009, la Comisión de Estupefacientes de Naciones Unidas - CND- adoptó un proyecto de Declaración política de diez años sobre el control de drogas que resistió solicitudes para incluir el término reducción de daños (CND, 2009; MacGregor & Whiting, 2010), alcanzando para ese año 84 países en todo el mundo que apoyaban la reducción de daños, ya sea en la política o en la práctica, abarcando todos los continentes e incluyendo 31 países europeos (Cook, 2009).

En resumen, la historia de reducción de daños asociados al consumo de drogas en las políticas públicas se remonta al año 1980 del siglo pasado en Inglaterra asociada al control del VIH/SIDA en comunidades usadores de heroína inyectada, siendo el continente europeo el primero en desarrollar este tipo de estrategias que luego se extendió a todo su territorio y luego a Canadá, Australia y al resto de otros países del mundo. Para el año 2020 la reducción de daños se incluye de manera explícita en las políticas públicas sobre drogas en 20 países de Europa Occidental; 26 de Eurasia; 10 de Asia; 7 de Oriente Medio y Norte de África; 11 de África subsahariana; 2 de Oceanía; 2 de Norteamérica; 3 del Caribe y 6 de Latinoamérica, incluida México, para un total de 107 países en el mundo. Los organismos supranacionales que han respaldado y facilitado la inclusión de este tipo de políticas por los distintos países han sido ONU, OMS, ONUSIDA y UNODC.

Entre las estrategias incluidas en las políticas se encuentran los programas de intercambio de jeringuillas, la sustitución de opiáceos, la prevención de la sobredosis con naloxona y las salas

de consumo de drogas incluidas la dispensación de heroína grado farmacéutica, estas últimas sobre todo en Europa y Canadá.

Financiación: este artículo es producto de la investigación macro “Estudio mixto documental sobre la reducción del daño de consumo de sustancias psicoactivas”, financiado por la Escuela Contra la Drogadicción de la Gobernación de Antioquia, Convenio especial de cooperación Código ECD2020011.

Referencias

- Abu-Raddad, L., Schiffer, J. T., Ashley, R., Mumtaz, G., Alsallaq, R. A., Akala, F., Semini, I., Riedner, G., & Wilson, D. (2010). HSV-2 serology can be predictive of HIV epidemic potential and hidden sexual-risk behavior in the Middle East and north Africa. *Epidemics*, 2(4), 173-182. <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2010.08.003>
- Anti-Drug Abuse Act of 1988. 28 de noviembre de 1998. <https://www.congress.gov/bill/100th-congress/house-bill/5210>
- amfAR. (2005). Confronting HIV/AIDS in Malaysia-An Interview with Marina Mahathir. *amfAR*. <https://bit.ly/2R1FPWv>
- Ashton, J., & Seymour, H. (1988). *The New Public Health*. Open University Press.
- Australian Department of Health and Ageing. (2011). *The National Drug Strategy 2010-2015: A framework for action on alcohol, tobacco, and other drugs*. Ministerial Council on Drug Strategy.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2018). *National opioid pharmacotherapy statistics (NOPSAD) 2017*. <https://bit.ly/3tO7gll>
- Ball, A. (2007). HIV Injecting drug use and harm reduction: a public health response. *Addiction*, 102(5), 684-690.
- Bellis, D. J. (1981). *Heroin and politicians: the failure of public policy to control addiction in America*. Greenwood Press.
- Bergeron, H., & Kopp, P. (2002). Policy paradigms, ideas, and interests: the case of the French public health policy toward drug abuse. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 582(1), 37-48.
- Borges, T., & Dalla, V. (2018). Harm reduction strategies regarding the misuse of alcohol and other drugs: a review of the literature. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 23(7), 2327-2338.

- Government of Canada. (2016). *The New Canadian Drugs and Substances Strategy*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2016/12/new-canadian-drugs-substances-strategy.html>
- Carter, C., & MacPherson, D. (2013). *Getting to tomorrow: a report on Canadian drug policy*. Coalición Canadiense de Políticas de Drogas. <https://drugpolicy.ca/about/publication/getting-to-tomorrow-a-report-on-canadian-drug-policy/>
- Cavaliere, W., & Riley, D. (2012). *Harm Reduction in Canada: The Many Faces of Regression*. Wiley Blackwell.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA & Consejo Nacional contra las Adicciones. (2008). *Manual para la prevención del VIH/SIDA en usuarios de drogas inyectadas*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27337/manual_udi2008.pdf
- Clark, F. (2016). Gaps remain in Russia's response to HIV/AIDS. *Lancet*, 388, 857-358.
- Coffin, P. (2002). Marketing harm reduction: a historical narrative of the international harm reduction development program. *The International Journal of Drug Policy*, 13(3), 213- 224.
- Colin, C. (2006). *Problemas de abuso de sustancias y políticas públicas en Canadá: estrategia federal de drogas de Canadá*. Biblioteca del Parlamento.
- Commission on Narcotic Drugs. (2009). *Report on the fifty-second session*. <https://bit.ly/3xqveFy>
- Consejo Nacional de Drogas. (2016). *Plan estratégico Nacional sobre Drogas 2016-2020*. Department of Planning and Development.
- Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas. (2012). *Guía sobre políticas de drogas* (2a ed.). Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas. www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/planesnacionales/docs/guia_politicas_drogas_spa.pdf

- Cook, C. (2009). *Harm reduction policies and practices worldwide: an overview of national support for harm reduction in policy and practice*. International Harm Reduction Association.
- Cook, C., Bridge, J., & Stimson, G. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges. The diffusion of harm reduction in Europe and beyond*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Coona, P. (1992). *Report of the committee of inquiry on the spread of organised crime linked to drug trafficking in the member states of the community* [Documento de reunión]. European Parliament.
- Csete, J., & Wolfe, D. (2007). *Closed to reason: the international narcotics control board and HIV/AIDS*. Open Society Institute Public Health Program.
- Davis, S., Kristjansson, A., Davidov, D., Zullig, K., Baus, A., & Fisher, M. (2019). Barriers to using new needles encountered by rural Appalachian people who inject drugs: implications for needle exchange. *Harm Reduction Journal*, 16, artículo 23.
- Decreto No. 7.179 de 2010 [Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos]. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 20 de mayo de 2010. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm
- Department of Health. (2017). *The National Drugs Strategy 2017-2026 at a Glance*. Department of Health. https://www.health.gov.au/sites/default/files/national-drug-strategy-2017-2026_1.pdf
- Departamento de Justicia. (2012). *Evaluación de la estrategia nacional antidrogas: informe final*. División de Evaluación, Oficina de Planificación Estratégica y Gestión del Desempeño. Departamento de Justicia.
- Des Jarllis, D. (2017). Harm reduction in the USA: the research perspective and an archive to David Purchase. *Harm Reduction Journal*, 14, artículo 51. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0178-6>

- Drug Policy Alliance. (2018). *Preventing overdose deaths with drug checking*. Drug Policy Alliance.
- Duran, R., & Rossi, D. (2015). High acceptability of rapid HIV test in Argentina: Experience during a seroprevalence study in vulnerable groups. *PLoS One*, *12*(7), artículo e0180361.
- Erickson, P. (1999). Introduction: the three phases of harm reduction. An examination of emerging concepts, methodologies, and critiques. *Substance Use and Misuse*, *1*(34), 1-7.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2000). Reviewing current practice in substitution treatment. *Office for Official Publications of the European Communities*.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addition. (2003). *Annual report 2003: The state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*. Office for Official Publications of the European Communities.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009a). *Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://bit.ly/32LCfTm>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2009b). *Statistical bulletin 2009* [Base de datos]. <http://www.emcdda.europa.eu/stats09>
- European Union. (1999). *European Union Drug Strategy 2000-2004*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- European Union. (2000). *The European Union Action Plan on Drugs 2000-2004*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index1338EN.html>
- European Union. (2003). Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence. *Official Journal of the European Union*, *46*, 31-33. <https://bit.ly/3gCoyhq>

- European Union. (2004). *European Union Drugs Strategy 2005-2012*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://bit.ly/3u2czxP>
- Fonseca, C. (2012). Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes*, 1(1), 11-36.
- Fonseca, E., & Bastos, F. (2005). Políticas de redução de danos em perspectiva: comparando as experiências americana, britânica e brasileira. En G. Acselrad, *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos* (pp. 289-310). Editora Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9788575415368>
- Government of Grenada. (2012). *National Anti-Drug Strategy Grenada 2012-2017*. Government of Grenada.
- Hankis, C. (1999). Intercambio de jeringas en Canadá: bueno pero suficiente para erradicar el progreso del VIH. *Revista de Toxicomanías*, 20, 20-31.
- Harm Reduction International. (2009). *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf
- Harm Reduction International. (2011). *Harm Reduction: A low cost, high-impact set of interventions*. <http://idpc.net/sites/default/files/library/Harm-reduction-low-cost-high-impact.pdf>
- Harm Reduction International. (2015). *Annual Report 2015*. <https://dependencias.pt/ficheiros/conteudos/files/pdfAnnualreport.pdf>
- Harm Reduction International. (2020). *Global State of Harm Reduction* (7ma ed.). <https://bit.ly/2QxEMxF>
- Hedrich, D., Pirona, A., & Wiessing, L. (2008). From margins to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe. *Drug: Education, Prevention and Policy*, 15(6), 503-517.

- Hunt, P. (2008, 11 de mayo). *Human rights, health and harm reduction: states amnesia and parallel universes* [Conferencia]. IHRA's 19th International Conference, Barcelona, España. <https://bit.ly/2QWHkFH>
- Inchaurraga, S. (2002). *Drogas y Políticas Públicas: El modelo de la reducción de daños*. Espacio Editorial.
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2017). *Modelo de Reducción de Daños para el abordaje del fenómeno de drogas en Costa Rica*. https://www.iafa.go.cr/images/descargables/MODELO-DE-REDUCCION-DE-DAOS_2017.pdf
- International Harm Reduction Association. (2009). *Building Consensus: A Reference Guide to Human Rights and Drug Policy*. International Harm Reduction Association. <https://www.hri.global/files/2010/06/01/BuildingConsensus.pdf>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2005a). *Intensifying HIV prevention UNAIDS Policy Position Paper*. <https://bit.ly/3aCRORv>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2005b). *Technical Support Division of Labour: Summary & Rationale*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. https://data.unaids.org/unadocs/jc1146-division_of_labour.pdf
- Kharsany, A., & Karim, Q. (2016). Infección por VIH y SIDA en África subsahariana: situación actual, desafíos y oportunidades. *Open AIDS J*, 10, 34-48.
- Kodak, A. (2004). *Letter from Dr Alex Kodak to Dr Zerhouni at the US National Institute of Health NIH*.
- Ley 26.934 de 2014. Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos. 30 de abril de 2014. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/230000-234999/230505/norma.htm>
- Llovera, M., & Scialla, M. (2016). *La de-construcción del problema droga: ¿nuevas soluciones para viejos problemas?* [Ponencia]. III Jornadas de Estudios de América Latina y el Caribe (IELAC), Buenos Aires.

- MacDonald, D. (2007). *Drug use in Afghanistan's history. In drugs in Afghanistan: opium, outlaws and scorpion tales*. Pluto Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt18dzt2f>
- MacGregor, S., & Whiting, M. (2010). The development of European drug policy and the place of harm reduction within this. En T. Rhodes & D. Hedrich, *Harm Reduction: Evidence, Impacts and Challenges* (pp. 59-78). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <https://bit.ly/3gzoQWt>
- MacPherson, D. (2007). *A framework for Action: A four-pillar approach to drug problems in Vancouver*. Vancouver, B.C.
- Mesquita, F. (1991). Aids e drogas injetáveis. En A. Lancetti (Org.), *Saúdeloucura 3* (pp. 46-53). Hucitec.
- Meyerson, B., Lawrence, C., Cope, S., Levin, S., Thomas, C., Eldridge, L., Coles, H., Vadie, N., & Kennedy, A. (2018). I could take the judgment if you could just provide the service: nonprescription syringe purchase experience at Arizona pharmacies. *Harm Reduction Journal*, 16, artículo 57.
- Michels, I., Stöve, H., & Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. *Harm Reduction Journal*, 4, artículo 5. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-4-5>
- Milman, L. (2019, 19 de septiembre). Mayor's Plan for Supervised Drug-Use facility Doesn't Sit Well with State's U.S. Attorney. *Scout Somerville*. <https://scoutsomerville.com/supervised-consumption-site/>
- Ministry of Health. (2017). *Global AIDS Monitoring Report for Samoa*. Ministry of Health. <https://bit.ly/3sLj8Dr>
- Ministry of Health. (2019). *Global Aids Monitoring Report 2019*. Ministry of Health.
- Ministry of National Security. (2014). *National Drug Prevention and Control Master Plan 2015-2019*. Ministry of National Security. <https://bit.ly/3aVERCD>

- National Anti-Drug Secretariat. (2017). *National Anti-drug Strategy 2017-2021*. Ministry of National Security.
- National Council on Substance Abuse. (2016). *The Barbados National Anti-Drug Plan 2015-2020*. Government of Barbados.
- National Anti-Drugs Raad. (2019). *National Drugs Master Plan 2019-2023*. Republiek Suriname.
- O´Hare, P. (2007a). Harm reduction in the Mersey region. *International Journal of Drug Policy*, 18, artículo 152.
- O´Hare, P. (2007b). Merseyside: The first harm reduction conferences and the early history of harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, 18, 141-144.
- O´Hare, P., Newcombe, R., Matthews, A., Buning, E., & Drucker, E. (Eds.). (1992). *The Reduction of Drug - Related Harm*. Routledge.
- Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2011). *De la coerción a la cohesión: tratamiento de la drogodependencia mediante la atención sanitaria en lugar de sanciones*. Naciones Unidas. http://fileserv.idpc.net/library/Coersion_SPANISH.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Resumen técnico. VIH y jóvenes que se inyectan drogas*. <https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/hiv-young-idu/en/>
- Passos, E., & Souza, T. (2011). Redução de Danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.
- Petersen, A., & Lupton, D. (1996). *The New Public Health. Health and self in the age of risk*. SAGE Publications.
- Portaria No. 3.088 de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 23 de diciembre de 2011.

- Republic of Mauritius. (2012). *National HIV/AIDS Strategic Framework*. Republic of Mauritius.
- Rhodes, T., Closson, E., Papparini, S., Guise, A., & Strathdee, S. (2016). Towards evidence-marking intervention approaches in the social science of implementation science: The making of methadone in East Africa. *International Journal of Drug Policy*, 30, 17-26.
- Rhodes, T., Sarang, A., Bobrik, A., Bobkov, E., & Platt, L. (2004). HIV transmission and HIV prevention associated with injecting drug use in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, 15(1), 1-16.
- Riley, D., & O´Hare, P. (2000). Harm Reduction: History, Definition and Practice. En J. Inciardi & L. D. Harrison, *Harm Reduction, National and International Perspectives* (pp. 1-26). SAGE Publications.
- Robertson, J., Bucknall, A., Welsby, P., Roberts, J., Inglis, J., Peutherer, J., & Brettle, R. (1986). Epidemic of AIDS-related virus (HTLV-III/LAV) infection among intravenous drug abusers. *British Medical Journal*, 292, 527-530.
- Romero-Mendoza, M., Medina-Mora, M., Gonzalez, H., Vásquez, J., Armas, G., & Magis-Rodriguez, C. (2016). *Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñoz; Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.
- Sarang, A., Stuikyte, R., & Bykov, R. (2007). Implementation of harm reduction in Central and Eastern Europe and Central Asia. *International Journal of Drug Policy*, 18(2), 129-35.
- Schiffer, K., & Schatz, E. (2008). *Marginalisation, Social Inclusion and Health; experiences based on the work of Correlation - European Network Social Inclusion & Health*. Foundation Regenboog AMOC. <https://www.drugsandalcohol.ie/11927/>
- Schmitt, A. (2001). Brasil, un ejemplo alentador [Número especial]. En *Sida y abuso de las drogas: bloquear la epidemia*, (Peddro), 50. <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127135s.pdf>

- Schumacher, J., Fischer, G., & Qian, H. (2007). Policy drives harm reduction for drug abuse and HIV/AIDS prevention in some developing countries. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3), 300-305.
- Secretaria de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención tratamiento y control de las adicciones*. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf>
- Spear, B. (1994). The early years of the “British System” in practice. En J. Strang & M. Gossop, *Heroin addiction and drug policy: the British system* (pp. 3-28). Oxford University Press.
- Stimson, G. (1991). Risk reduction by drug users with regard to HIV infection. *International Review of Psychiatry*, 3(3-4), 401-415.
- Stimson, G. (1995). AIDS and injecting drug use in the United Kingdom 1987-1993: the policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science and Medicine*, 41(5), 699-716.
- Stone, K., & Shirley-Beavan, S. (2018). *Global state of harm reduction* (6ta ed.). Harm Reduction International. <https://bit.ly/3aEGwMJ>
- Stone, L. (2015, 6 de septiembre). Nurses want supervised injection sites to be an election issue this fall. *Global News*. <https://globalnews.ca/news/2206306/nurses-want-supervised-injection-sites-to-be-an-election-issue-this-fall/>
- Strathdee, S., Magis-Rodriguez, C., Mays, V., Jimenez, R., Patterson, T., & et al. (2012). The emerging HIV epidemic on the Mexico-U.S. Border: An international case study characterizing the role of epidemiology in surveillance and response. *Annals of Epidemiology*, 22(6), 426-438.
- Tatmatsu, D., Siqueira, C., & Prette, Z. (2020). Políticas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil e nos Estados Unidos. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(1), 2- 13.

- Tkatchenko-Schmidt, E., Renton, A., Gevorgyan, R., Davydenko, L., & Atun, R. (2008). Prevention of HIV/AIDS among injecting drug users in Russia: oportunities and barriers to scaling-up of harm reduction programmes. *Health Policy*, 85(2), 162-171.
- Togni de Lima, L., Surjus, S., & Carvalho, P. (Orgs.). (2019). *Redução de danos: Ampliação da vida e materialização de direitos*. UNiFESP.
- United Nations. (2001). Agenda Item 8: Resolution adopted by the General Assembly. S-26/2, Declaration of Commitment on VIH/AIDS (Assembly Twenty-Sixth Special Session). <https://bit.ly/3312u8t>
- United Nations. (2005). Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS. Country Report: Malaysia (General Assembly Special Session on HIV/AIDS). Joint United Nation Programme on HIV/AIDS.
- United Nations. (2006). Agenda item 45: Resolution Adopted by the *General Assembly* (General Assembly Sixtieth Special Session). <https://bit.ly/3nktnxj>
- United Nations. (2010a). *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* (Sesión 65 de la Asamblea General). Naciones Unidas. <https://bit.ly/3dKKvcq>
- United Nations. (2010b). *Report of the Special Rapporteur on torture and cruel, inhuman or degrading treatment or punishment* (General Assembly Thirteenth Session). <https://www.refworld.org/docid/4d8726712.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2005). *Afghanistan Drug Use Survey 005*. United Nations.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2006). *International Cooperations against the world drug problem*. <https://bit.ly/3ey6BOT>

- Willingham, R. (2018, 17 de Abril). Victorian Coalition to scrap safe injecting room trial after initial policy confusion. *News*. <https://www.abc.net.au/news/2018-04-17/injecting-room-trial-to-be-scrapped-by-vic-coalition/9666472>
- World Health Organization. (1974). *Expert committee on drug dependence* (Twentieth report). World Health Organization. <https://bit.ly/3eqnzn2>
- World Health Organization. (1986). Consultation on AIDS among Drug Abusers: Report on a WHO Consultation, Stockholm 7-9 October 1986. World Health Organization. <https://bit.ly/3erl2Uu>
- World Health Organization. (2007). *Interventions to address HIV in prisons* HIV care, treatment and support. World Health Organization.
- World Health Organization. (2009). *HIV/AIDS: comprehensive harm reduction package*. [http://www.who.int/hiv/topics/ idu/harm_reduction/en/index.html](http://www.who.int/hiv/topics/idu/harm_reduction/en/index.html).
- World Health Organization. (2017). *WHO Model List of Essential Medicines, 20th List*. World Health Organization
- Zamudio, R. (2020). *Global State of Harm Reduction 2020 survey response*. https://www.hri.global/files/2020/10/26/Global_State_HRI_2020_BOOK_FA.pdf

CONSUMO

Perspectivas y posibilidades de la reducción del daño¹

¹ Este capítulo es resultado de la investigación “Estudio mixto documental sobre la reducción del daño de consumo de sustancias psicoactivas” realizada con la Universidad CES, Ascodes y La Escuela Contra la Drogadicción, institución financiadora.

Ells Natalia Galeano Gasca
Antropóloga, Mg. en Antropología Social y doctora en Antropología
Líder de la línea de Investigación, innovación y gestión del conocimiento de la Escuela contra la Drogadicción de la Gobernación de Antioquia
nataliagaleanog@gmail.com

Resumen

La reducción del daño se presenta como una alternativa de tratamiento frente al fenómeno del consumo de las sustancias psicoactivas. Nos proponemos en este capítulo reconocer las distintas concepciones desde las cuales se han orientado intervenciones de reducción del daño asociado con el consumo de sustancias psicoactivas. Planteamos una mirada analítica al respecto a partir de una revisión de literatura científica disponible, escudriñando específicamente los artículos con aportaciones teóricas. Se discute cuáles podrían ser los elementos comunes que pudieran promover una mirada integrativa de las diferentes contribuciones, más allá de las divergencias epistémicas, ontológicas y metodológicas, con la finalidad de tener referentes que permitan aplicar nuevos abordajes y aportar en la búsqueda del bienestar físico, psicológico y social de los usuarios de sustancias psicoactivas y los colectivos a los que estos pertenecen.

Palabras clave: reducción del daño, principios, enfoques, paradigmas, sustancias psicoactivas, tratamiento.

Introducción

La reducción del daño se configura como un enfoque que ha emergido en el sector salud, principalmente asociado al tratamiento de los consumidores de sustancias psicoactivas. No obstante, debido a que la adicción se ha construido desde una parte de las ciencias biomédicas y psicosociales como una problemática ligada a preconcepciones religiosas, morales e ideológicas, las aportaciones de los teóricos de la reducción del daño han contado con detractores y su desarrollo, por tanto, ha contado con obstáculos que permanecen en la actualidad. Esto implica que para posicionar el enfoque de reducción del daño es necesario un cuestionamiento sobre las formas en las que se construye la ciencia y señalar el vínculo entre política, religión y ciencia. En años recientes, la evidencia científica ha aportado suficiente material para demostrar la eficacia de la aplicación

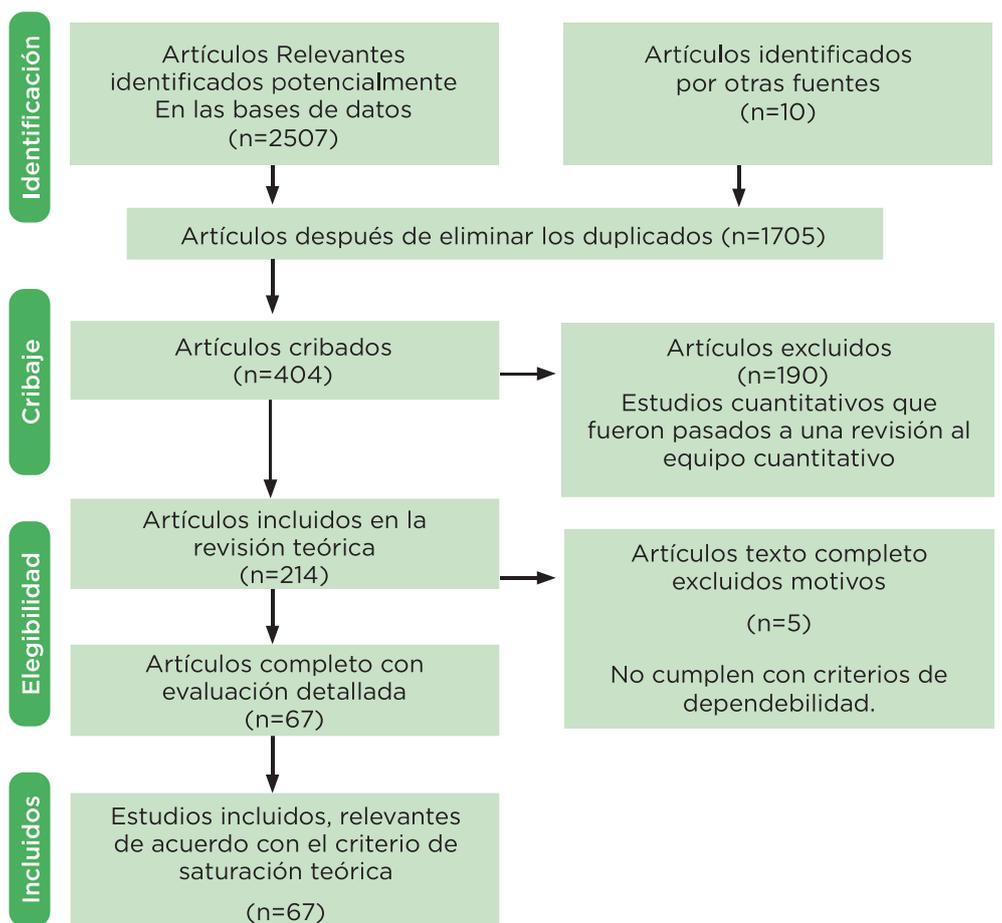
de este enfoque en asuntos puntuales, como por ejemplo, la disminución en la prevalencia de enfermedades infecciosas en la población de usuarios de drogas inyectables. No obstante, el desarrollo teórico excede la intervención biomédica y se orienta desde un enfoque intersectorial, el cual sigue teniendo escaso desarrollo en términos de políticas, programas y proyectos que se realicen desde este abordaje, lo cual implica un mayor desarrollo investigativo para el soporte de las intervenciones y un mayor refinamiento teórico-metodológico.

Metodología

Se realizó una revisión de literatura. En principio, se recabaron los artículos en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, Redalyc, Scielo y EBSCO con las palabras clave: *“harm reduction qualitative research”, “history of harm reduction”, “harm reduction principles”, “harm reduction and children”, “harm reduction perspectives”, “ethical debates harm reduction”; “drugs and harm reduction”, “harm reduction”, “risk minimization and drugs”, “alcohol and harm reduction”, “reduction of harm associated with drug use”* y *“harm reduction qualitative research”*. En PubMed se realizó la búsqueda utilizando inicialmente la categoría MeSH (Medical Subject Headings), usando las palabras clave: *“harm reduction and methadone”, “harm reduction and tobacco”, “harm reduction and marijuana”, “harm reduction and cocaine”, “harm reduction and crack”, “harm reduction and hallucinogens”, “harm reduction and methamphetamine”, “harm reduction synthetic cannabinoids”, “harm reduction and opioids”, “harm reduction and prescription medicine”, “harm reduction and MDMA”, “harm reduction and benzodiazepines”, “harm reduction and children”, “risk minimization, children and drugs”, “harm reduction and inhalants”, “psychoactive substances”, “drugs and harm reduction”, “drug abuse and harm reduction”, “HIV/AIDS and harm reduction”; “VHC and harm reduction”, “synthesis and harm reduction drugs”, “reduction of harm associated with drug use”, “harm reduction qualitative research”*. El total de artículos encontrados fue 2507.

Posteriormente, se realizó un primer cribado de 404 artículos con la lectura del título y los resúmenes. Los que no eran cualitativos se pasaron a la carpeta de No Cualitativos, estos fueron 190, con lo cual se llegó a la selección de 214 artículos. Entre estos artículos, se escogieron aquellos que no eran producto de investigaciones, sino que exploraban aspectos teóricos; de ellos se escogió una muestra con el criterio de saturación teórica, criterio sobre el cual se revisaron 67 documentos. En la Figura 1 se presenta un diagrama que representa este procedimiento.

Figura 1. Diagrama de flujo de revisión de literatura teórica sobre reducción del daño



Fuente: elaboración propia.

De la práctica a la teoría y de la teoría a la práctica

Al aproximarse en un primer vistazo al concepto de reducción del daño en la literatura científica disponible, pareciera existir un consenso sobre la temática. No obstante, al revisar más profundamente, es posible encontrar una amplia gama de posturas. Esto a pesar de que, en términos de la definición, se echa mano de unos elementos más o menos comunes. La cuestión es que la amplitud del concepto es tal que da cabida para que algunos científicos se centren en unos aspectos, mientras que otros se centran en otros distintos. Tal vez sean las contingencias históricas las que han privilegiado un desarrollo y visibilidad determinado en algunas temáticas, mientras otras permanecen desatendidas o desestimadas. En cualquier caso, la mayoría de las concepciones tienden a confluír en unos aspectos generales de un concepto ampliamente citado y acuñado por la Asociación Internacional para la Reducción del Daño (IHRA, por sus siglas en inglés), el cual plantea que: “Hoy en día, la reducción del daño se refiere a políticas, programas y prácticas que se orientan a reducir las consecuencias adversas en términos sociales, económicos y sanitarios del uso legal o ilegal de sustancias psicoactivas, sin necesariamente reducir su consumo. La reducción del daño beneficia a las personas que usan drogas, a sus familias y comunidad” (IHRA, 2010, párr. 1).

Si bien este concepto ha sido el que más encontramos citado en los documentos de referencia, tenemos que esta organización, que agrupa a instituciones e interesados en la temática, ha propuesto una nueva definición, en la que, incluso, se incorporan nuevos elementos:

La reducción del daño se refiere a políticas, programas y prácticas que contribuyen a minimizar las consecuencias negativas a nivel legal, social y de salud, asociadas al uso de drogas a las leyes y políticas de drogas. La reducción del daño está fundamentada en la justicia y los derechos humanos, enfocándose en un cambio positivo y trabajando

con las personas sin coerción, juzgamiento, discriminación, o requiriendo la abstinencia de drogas como condición para la atención. La reducción del daño comprende una amplia gama de servicios y prácticas sociales y de salud en relación con el uso de drogas lícitas o ilícitas. Estas incluyen, pero no se limitan a las salas de consumo supervisado, programas de intercambio de jeringas, iniciativas de alojamiento y empleo que no requieren abstinencia, análisis de drogas, prevención y atención de sobredosis, apoyo psicológico y proporcionar información sobre la manera más segura de uso de drogas. (IHRA, 2020, p. 1)

En esta última definición podemos notar que se hace énfasis en los elementos legales y políticos, y que incluye el elemento de prevención y formación de manera explícita. Otras concepciones revisadas hacen referencia explícita a la orientación desde el enfoque de derechos humanos y de salud pública, aunado al pragmatismo como principio básico para afrontar los padecimientos de la salud derivados del consumo de sustancias psicoactivas (Duff, 2014). Algunas incluyen conceptos claves como el de vulnerabilidad, que se concibe más amplio que el tradicional concepto de riesgo usado en la salud pública (Ezard, 2001; Romaní, 2013). Es notable la existencia de acepciones que asumen los daños producto del consumo de sustancias psicoactivas, no solo centrados en el usuario de drogas como tal, sino también desde los daños que tanto la oferta como la demanda de estas sustancias producen a otros (Grijalvo López & Insúa Cerretani, 2000). Esto último pone en discusión un aspecto que no es menor y que, de alguna manera, explica la diversidad de los enfoques. Es decir, que no se trata de un enfoque que se limita a lo meramente asistencial de la dimensión individual del usuario de drogas, sino que se remite al entramado de relaciones sociales que suponen un determinado consumo (Menéndez, 2012).

Otro asunto importante para llamar la atención es el tema de la ambigüedad en torno a discusiones fundamentales que deben incluirse a la hora de propiciar una definición de reducción del

daño como, por ejemplo, ¿qué es un daño derivado del consumo de drogas?, ¿cómo pueden ser medidos los daños?, o ¿cómo es posible balancear los daños asociados al consumo de drogas con los beneficios? (Fry & Irwin, 2009). O más aún, ¿cuáles son los beneficios de todo orden respecto del consumo de sustancias psicoactivas y para quién son esos beneficios? Todas estas preguntas, entonces, pueden responderse en dos tenores; por un lado, desde la dimensión individual y, por otro lado, desde la dimensión colectiva. Pero lo importante de mencionar, por ahora, es que en la literatura científica revisada parece aún no existir un consenso sobre el fenómeno del daño y cómo comprenderlo. Proponemos, entonces, recuperar dos tipologías para comprender la diversidad teórica de la literatura científica revisada. Por un lado, tenemos una concepción ampliada del concepto de reducción de daños, mientras que por el otro tenemos una visión técnica o restringida (Conte et al., 2004; Jiao, 2019; Menéndez, 2012). Las dos no son excluyentes *per se*, pero son aspectos ideológicos y no prácticos los que las organizan como dos entidades discretas y, a veces, opuestas.

La visión técnica

La visión técnica, también llamada visión restringida, se refiere a intervenciones que tienen como primer propósito facilitar cambios comportamentales para reducir los daños, sobre todo en términos físicos e individuales, de los usuarios de sustancias psicoactivas. La intervención está dirigida, principalmente, hacia usuarios que usan drogas inyectables que son más susceptibles de ser contagiados por enfermedades infecciosas como el VIH y la Hepatitis B y C. Se provee a los usuarios del equipamiento (jeringas y agujas) para un uso más seguro de la droga, al mismo tiempo se les provee de educación y, en ocasiones, de terapia farmacológica. Entre los objetivos de esta visión se encuentran: disminuir la morbimortalidad; incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo (sobredosis, comorbilidad psiquiátrica, etc.); disminuir las conductas sexuales

de riesgo entre los consumidores de drogas; aumentar la calidad de vida de los usuarios de drogas; favorecer la accesibilidad de los usuarios a la red asistencial y a la comunidad de servicios e incrementar la retención en los tratamientos (Grijalvo López & Insúa Cerretani, 2000). El principal impacto de estas medidas en términos colectivos es la disminución de la prevalencia de enfermedades infecciosas y la disminución del gasto en salud, ya que estas medidas se han considerado costo-efectivas (Santos et al., 2010) de 1994 a 2006, tendo como referênciã principal a base de dados LILACS. Partindo das categorias centrais objeto (aquilo que se pretende transformar).

Pueden señalarse algunos hechos históricos de relevancia que contribuyen al lugar destacado que tiene este enfoque entre los programas y prácticas de reducción del daño. En primer lugar, los programas de mantenimiento con metadona comenzaron a ser considerados en la década de 1920 en Estados Unidos. Sin embargo, la Asociación Médica Americana no vio con buenos ojos este tipo de programas, debido a asuntos morales y políticos, por lo que fueron suspendidos en la misma década (Drucker et al., 2016).

Más tarde, en 1926, un grupo de médicos ingleses desarrollaron una serie de recomendaciones, consignadas en lo que se conoció como El Informe Rolleston. Este informe iba dirigido al Gobierno Inglés y allí se planteaba la prescripción de opioides de mayor calidad para los adictos a la heroína con la finalidad de reducir los daños derivados de su consumo, esto como una forma de ayudarlos a llevar una vida más estable y socialmente útil (Friedman et al., 2007). Se recomendó este tratamiento para dos tipos de pacientes: personas que estuvieran tratando de reducir el uso y ser abstinentes y personas que no pudieran dejar el uso debido a los síntomas físicos. A partir de este informe, los médicos ingleses podían prescribir sustancias adictivas como parte del tratamiento en relación con la dependencia, comprendiendo la abstinencia como meta última. Este abordaje tuvo continuidad en Reino Unido hasta finales de los años cincuenta, cuando entró en escena el uso de la metadona. No obstante, a inicios de los años

setenta, el tratamiento de prescripción de opioides de mayor calidad para los adictos fue revalorizado (Foy, 2017)

En 1949, Vincent Dole y Marie Nyswander, un par de médicos estadounidenses, emprendieron retomar la investigación sobre la utilidad de la metadona para desintoxicar el cuerpo de heroína, pero solo hasta 1964 pudieron realizar un ensayo clínico para la fundamentación como tratamiento probado (Drucker et al., 2016). De acuerdo con Des Jarlais (2017) el retraso de más de una década en desarrollos investigativos serios al respecto de la reducción del daño en Estados Unidos se debió, por un lado, a un asunto cultural, subsidiario de una larga tradición de condena moral hacia las intoxicaciones con sustancias psicoactivas, inscrita en los códigos religiosos de la mayoría de la población blanca y protestante que luego se convirtieron códigos de la ley civil. Este código moral y civil contribuyó a la demonización de las sustancias psicoactivas asociadas con grupos étnicos minoritarios estigmatizados, perseguidos y diezmados. Como un segundo fenómeno asociado al primero, se encuentra la oposición política hacia la reducción de daños que revirtió en una disminución ostensible en los recursos federales para la investigación sobre la eficacia de programas de intercambio de jeringuillas, lo cual también contribuyó a un retraso en la implementación más extendida de este tipo programas de reducción de daño en ese país.

En los años sesenta, en Inglaterra se utilizaron salas de inyección para usuarios de sustancias psicoactivas. En los setentas se implantó en Italia una iniciativa para enfrentar la epidemia de hepatitis B, la cual permitió eliminar los controles de la venta de agujas y jeringuillas. A su vez, el reconocimiento de que la incidencia de VIH era mayor entre los usuarios de drogas inyectables, creó una alarma en los años ochenta relacionada con la expansión de esta enfermedad, lo cual contribuyó al reconocimiento de la pertinencia de las alternativas de asistencia sanitaria que dieron sustento a la implementación de políticas de reducción de riesgos y daños en Europa, dirigidos especialmente a la población de usuarios de drogas inyectables (Romaní, 2008).

Recientemente, se ha evidenciado que estas medidas resultan ser no solo costo-efectivas, sino que tienen impactos positivos en la disminución de las prevalencias de infecciones que resultan más graves que la misma adicción, como por ejemplo el VIH/Sida. Aun así, las prevalencias de VIH entre la población usuaria de drogas inyectables sigue siendo 28 veces superior que entre la población general. Esta situación se atribuye a las políticas punitivas y a la criminalización, estigmatización, falta de inversión y ausencia o inadecuadas medidas de prevención y reducción de daños en algunos países (UNAIDS, 2014).

Visión ampliada

Existe una manera de aplicar el concepto de la reducción del daño de manera estricta y que no solo responde a los programas y acciones que más visibilidad tienen en relación con la disminución de la prevalencia de enfermedades infecciosas entre personas que usan drogas, sino que se considera desde el principio según el cual se busca la minimización de todos los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Aplicar este principio de manera rigurosa implica revisar los daños de todo orden, tanto en el nivel individual y físico, como en los ámbitos familiares, comunitarios y sociales, más allá del efecto de disminuir la incidencia del VIH, VHC y Tuberculosis. Incluso, no se remite solamente al hecho del consumo de sustancias psicoactivas, sino que también comprende los procesos de producción y distribución de las drogas, de modo que se toma en consideración una serie de problemáticas asociadas que van desde accidentes automovilísticos, riñas callejeras, prostitución, violencia doméstica, pérdida de bienes materiales y relaciones, afectación de la productividad laboral; como también los problemas de violencia asociados al narcotráfico a escala macro y micro. Esto implica tomar en consideración los homicidios, reclutamientos forzados, encarcelamientos, corrupción de las instituciones estatales por las mafias locales y desplazamientos, que podríamos llamar destierros, que ocurren con mayor densidad y dramatismo

en América Latina, especialmente en Colombia. Este enfoque también comprende los costes económicos de seguridad y salud y los daños ambientales asociados a la producción de drogas.

Es así que en la visión ampliada se toma en consideración aquella dimensión social del proceso de producción, distribución y consumo de sustancias psicoactivas. En esta aproximación se complejiza la mirada de salud pública, cuando se retoma la discusión, clásica en el tema de la prevención, que trata sobre cómo disminuir la virulencia del agente patógeno. Para el caso específico de las drogas, este punto es equiparable al tipo de control que se tiene sobre la sustancia. De este modo, la salud pública incursiona en una discusión con las ciencias jurídicas, principalmente orientadas desde el prohibicionismo y la criminalización para generar dicho control. Los argumentos de la salud pública, entonces, se mueven al terreno político y de la legislación para promover enfoques alternativos al prohibicionismo en tanto las afectaciones de salud, bienestar revierten años de vida potencialmente perdidos cuando revisamos los homicidios, las lesiones, la violencia, la corrupción, los daños ambientales, los costes económicos, entre otros (Csete et al., 2016; Harris & Rhodes, 2018; Jones et al., 2017; Machín & Mendoza, 2015; Martínez Oró et al., 2020; Menéndez, 2012; Moore & Rhodes, 2004; Stafford, 2007; Stevens, 2013)”

En torno a la discusión sobre la legalización, se plantea como salida en tanto que disminuirían este otro tipo de “externalidades” del proceso de producción, distribución y consumo de sustancias psicoactivas. Se realiza una asociación entre el enfoque prohibicionista con la declaración de la guerra contra las drogas de Richard Nixon en 1971 y se plantea que este enfoque corresponde más con orientaciones ideológicas que a decisiones sustentadas en aportaciones científicas u orientadas en relación con los derechos humanos (Hathaway & Erickson, 2003; A Stevens, 2013; Alex Stevens, 2011; Tammi & Hurme, 2007). La prohibición es entendida como arbitraria, mientras se atribuye que la actual distinción entre sustancias legales e ilegales no se basa inequívocamente en un análisis farmacológico, sino, en gran medida, en precedentes

históricos y culturales. De igual modo, se considera la prohibición como distorsionada por unas visiones con gran carga moral sobre una supuesta dicotomía entre ‘drogas buenas y drogas malas’, es decir, entre drogas legales e ilegales (Global Commission on Drug Policy, 2019). Las propuestas, entonces, apuntan hacia la legalización, la cual se puede dividir en tres tipos: 1) legalización liberal, que se promueve con controles estatales (prohibición de venta a menores); 2) regulación estatista, en la cual el Estado se responsabiliza de la producción y comercialización de sustancias psicoactivas; 3) legalización controlada, en la cual se propone la regulación de la producción, la comercialización y el uso para evitar los daños a la sociedad.

Desde estas opciones, se plantea que la mirada de la reducción de daño debe considerar los enfoques de salud pública como medida para abordar las poblaciones que son más vulnerables frente al fenómeno de las sustancias psicoactivas, esto es, los niños, jóvenes y pobres (Santos de Lima & Fleury Seidl, 2017; Passos et al., 2005) Un objeto de análisis recurrente es Portugal como país pionero, donde se ha implementado una descriminalización de todas las drogas desde el 2001. Frente a estas medidas se ha concluido lo siguiente: a) los niveles de uso de drogas son más bajos que el promedio europeo; b) el uso de drogas ha disminuido en el grupo de edad de 15 a 24 años; c) a pesar de que la prevalencia de vida de uso de drogas aumentó, las tasas de consumo de drogas durante el último año y el mes pasado entre la población en general, disminuyeron; d) en términos del consumo de drogas entre los adolescentes, disminuyó durante varios años después de la despenalización; e) Las tasas de consumo continuado de drogas en la población general han bajado; f) las transmisiones de VIH entre los usuarios de drogas inyectables ha bajado notablemente, pasando de 1016 a 56 entre 2001 y 2012; g) en cuanto a las muertes por uso de drogas, descendieron de 80 en 2001 a 16 en 2012; h) Los homicidios aumentaron en un 40 % entre el 2001 y el 2006, no obstante, no existe una asociación causal entre este aumento con las políticas de drogas; i) se redujeron los

arrestos relacionados con delitos de drogas, pasando de 14000 en el año 2000 a 6000 por año una vez entró en rigor la política. La cantidad de personas que cometieron crímenes bajo el efecto de las drogas también se redujo.

A pesar de este balance positivo desde los indicadores, también se ha criticado que el presupuesto de salud para la atención de la reducción de daños asociados al consumo de SPA se haya mermado en los últimos años, lo cual se presenta como una amenaza para la sostenibilidad de los resultados (Transform Drug Policy Foundation, 2018). Estas consideraciones son tenidas como argumentos de peso desde los promotores de la reducción de daños a nivel de la política pública y sobre todo desde los que promueven la legalización, siendo que con frecuencia denuncian lo cargado ideológica y moralmente del debate en torno a las drogas (Csete et al., 2016; Hall, 2007; Nutt, 2009).

Otro elemento de la aplicación del enfoque de salud pública de la reducción de daños se evidencia al considerar los factores estructurales que se enmarcan como las raíces causales de las problemáticas del uso de sustancias, de modo que se propone el abordaje desde la implementación de políticas que promuevan el empleo, el alojamiento y la salud, posibilitando acceso a servicios sociales que propicien la equidad, el bienestar y justicia social en el contexto del uso problemático de sustancias (Pauly, 2008). En este sentido, se propone superar el enfoque de acceso y acercamiento a los servicios de salud para los usuarios problemáticos de las sustancias psicoactivas para dar paso a un abordaje intersectorial en el que tanto los servicios sanitarios como los sociales se acerquen y adecúen a las necesidades y condicionamientos de los usuarios problemáticos de las sustancias psicoactivas. Una mirada complementaria en este sentido supone retomar el concepto de vulnerabilidad que ha sido definido como el conjunto de factores que limita o restringe la capacidad de controlar o responder frente a eventos adversos tales como la edad, el género, la etnia y la pobreza como una estrategia para revisar más allá de lo que tradicionalmente se

toma en consideración cuando se estiman los factores de riesgo (Ezard, 2001).

Aportando a esta discusión aparece el concepto de *ambiente de riesgo* el cual se entiende como el espacio ya sea social o físico en el que una variedad de factores estructurales y circunstanciales interactúan para aumentar las posibilidades de daño relacionado con las drogas (Duff, 2009, 2014; Harris et al., 2020; Holloway et al., 2018; Rhodes & Hedrich, 2010.; West et al., 2014; Wirtz et al., 2015) No obstante, y a pesar de este entramado teórico que ilumina la relación de influencia recíproca entre la vulnerabilidad y la salud en general, así como los daños relacionados con las drogas en particular, los programas específicos que generan acciones en este sentido son escasas. Para lograr un programa integral, inevitablemente, deben tenerse en cuenta asuntos relativos a la política de vivienda, por ejemplo, lo cual puede revertir en una visión de reducción de daños; al igual que una variedad de factores microeconómicos, empleo y otras iniciativas de desarrollo comunitario. Esta visión no solo implica tener disponibilidad de cobertura e impacto de la distribución de jeringas a nivel comunitario, sino reconocer la importancia de la acción y organización colectiva, la gestión política e iniciativas de lucha contra la pobreza de poblaciones vulnerables que usan drogas (Holloway et al., 2018; Moore & Rhodes, 2004; Pauly et al., 2016; Rhodes, 2009; Rhodes & Treloar, 2008; Voon et al., 2018; West et al., 2014

En este sentido, el conocimiento de las comunidades de usuarios en relación con la reducción de daños toma importancia y aquí aparece un elemento adicional; se debe incluir no solo la óptica de cómo se comprenden los daños causados, sino también de los beneficios percibidos por parte de los usuarios y no usuarios. Es decir, se debe tomar en consideración el balance entre daños y beneficios por parte de los usuarios que contribuye a la comprensión de las motivaciones subjetivas que modelan un determinado *cómo* del uso de las drogas (Nichter, 2006). Lo que puede mejorar la comprensión del fenómeno implicaría la inclusión de los valores estéticos, políticos y espirituales que pueden

orientar o no una práctica de uso de drogas. Desde la lógica de la reducción de daños, el cómo se consume cobra relevancia, en tanto que modificando la manera de hacerlo se pueden prevenir daños y muertes prematuras. Así, la combinación de sustancias, la calidad de la droga, las dosis, las frecuencias, las técnicas de administración, las circunstancias concretas en las que se hace, tanto como las mismas expectativas y rituales, hacen parte del entramado que es necesario analizar (Moraes et al., 2015; Romani, 2008).

Otro asunto de importancia fundamental en la mirada ampliada es la promoción de la autonomía de los usuarios en su atención de enfermedades, pero también en términos del saber biomédico para lidiar con sus padecimientos. De este modo, la intervención privilegiada supone formación de grupos de ayuda mutua, los cuales funcionan a través de la agrupación de pares usuarios que lidian con sus padecimientos colectivamente e intercambian experiencias que les permiten manejar su adicción a manera de comunidades emocionales, donde se intercambian todo tipo de saberes.

Todos estos fenómenos responden a una mirada relacional en la que se considera cómo los actos individuales se enmarcan en un entramado de acción colectiva que repercute de igual manera en aspectos del individuo y la sociedad. Desde esta mirada, se tiende a generar una fuerte crítica hacia el prohibicionismo, el cual es predominante en todos los países y que, sin embargo, desde algunas experiencias puntuales de legalización contribuye a la transformación del paradigma con diferentes intentos y propuestas de regularización.

Divergencias y confluencias de la visión ampliada y técnica de la reducción del daño

Hasta ahora nos hemos encargado de señalar las divergencias de las visiones técnica y ampliada de la reducción del daño que nos ponen en evidencia la diversidad de posibilidades de abordajes

a la hora de pensarnos en un programa o acción concreta en este sentido. Sin embargo, también es importante comprender cuáles son los elementos comunes, así como entender por qué se decantan estas visiones como entidades discretas. A continuación, se presentan una serie de elementos comunes.

No es necesaria la abstinencia: la principal característica que comparten las dos visiones de reducción del daño es que ambas son contrarias al paradigma de la abstinencia. Es decir, que no se espera que los usuarios de drogas dejen de consumir la droga para el acceso a algún tipo de intervención, tal y cómo ha sido en el modelo dominante de tratamiento. Se plantea, en cambio, que el tratamiento debe ser orientado y accesible para las personas que no quieren o no pueden suspender el uso de drogas, porque carecen de recursos emocionales o físicos para hacerlo. Por otro lado, también es cierto que se puede ser beneficiario de estrategias de reducción del daño sin ser consumidor de alguna sustancia, como se da, por ejemplo en el caso de las medidas sancionatorias para los conductores de vehículos bajo estado de embriaguez; en este caso, los beneficiarios son todos los potencialmente afectados con un accidente causado por una persona bajo los efectos del alcohol, incluidos peatones, a los que no se les toma en cuenta su relación con la droga para resultar beneficiados.

Acercar servicios de salud: en este punto, se plantean las estrategias *outreach* que buscan acercar los servicios sanitarios hasta los lugares donde los usuarios de drogas consumen y hacen su vida social. Se parte del supuesto de que las personas no van en búsqueda de atención por los distintos problemas de acceso, estigmatización y porque pocas veces se plantea un acercamiento empático hacia los usuarios donde se acepte su consumo sin una condena moral. En este sentido, se plantean líneas de acción en los bares, calles, parques y lugares de encuentro de las personas usuarias de SPA para llevar información de prevención y atención sanitaria. El acercamiento no solo implica llevar servicios, sino también mejorar el lenguaje para propiciar una comunicación asertiva con la población de usuarios y potenciales usuarios de drogas.

Se lucha contra el estigma: este punto plantea desnaturalizar una mirada construida social y culturalmente a partir de un etiquetamiento social. Este abordaje de señalar el fenómeno del estigma como desencadenante de trayectorias que profundizan la marginación y el aislamiento en torno a una identidad desviada, proviene de la teoría sociológica de los sesentas de la Escuela de Chicago con aportaciones muy relevantes de Becker (2009) y Goffman (2006) que han tenido un eco en las ciencias de la salud, quienes se apropian del concepto para realizar una autocrítica en torno a la relación que se establece desde el personal de salud con los usuarios de sustancias psicoactivas.

Enfoque de derechos humanos: este enfoque se menciona como una orientación relacionada con la reflexión anterior, en tanto que, desde ciertas orientaciones sociales y culturales, la identidad del sujeto usuario de drogas se ha señalado al punto que se le ha desprovisto de su dimensión de sujeto de derechos. El paradigma abstencionista, incluso, se erige sobre la premisa de que el usuario no recibe el tratamiento, sino hasta que el usuario practique la sobriedad. Desde esta mirada, aplica el procedimiento contrario tanto por el acceso a sus derechos, respeto de las libertades individuales, como por la congruencia entre fines y medios, de modo que se condena la violencia de cualquier tipo en los métodos de tratamiento.

Metas intermedias: si bien algunas de las aproximaciones de la reducción del daño no se plantean en absoluto el tema de la abstinencia como meta última, la mayoría por lo menos no descarta que esto se pueda dar como posibilidad y otras sí buscan este propósito explícitamente, sin condicionar los tratamientos a su logro. Es decir que la reducción del daño se plantea también como estrategia de metas intermedias, donde la meta última es llegar hasta la abstinencia. De no alcanzarse la meta última se insiste en las metas intermedias. De manera que esto plantea una forma de persuasión hacia el usuario de sustancias psicoactivas, desde la cual se entiende su libertad como motor principal de transformación, sin agredir sus opciones y permitiéndole, a través

del acceso a los servicios de salud y sociales, entrar en una red de derechos y de deberes en la que experimente bienestar y a partir de la que se posibilitan maneras de rehacer su identidad que se verá reflejada en una serie de prácticas que le reporten menos daño.

Paciente bien informado: en este punto, se toma en consideración que la información sobre la calidad del producto; la dosificación adecuada; las técnicas a través de las cuales se realiza la administración; las expectativas creadas a través de la información previa que se obtiene en los grupos de pares; las consecuencias tanto positivas como negativas en términos de los aspectos físicos, psicológicos y sociales; las condiciones en las que se realiza el consumo, pero también los conocimientos relativos al manejo de las consecuencias adversas como, por ejemplo, el manejo de sobredosis, todo esto puede contribuir en función del empoderamiento y autonomía del usuario, en tanto herramientas que le pueden dar más control sobre su relación con la sustancia y esto puede tener incluso mayor eficacia si la información llega previamente a sus primeras experiencias de consumo. De este punto también se puede derivar otra reflexión y es que, desde la óptica de la reducción del daño, no todo consumo de sustancias psicoactivas es necesariamente problemático, de modo tal que una regulación de ciertos asuntos podría incluso generar un disfrute sin mayores consecuencias.

Los no usuarios de sustancias psicoactivas: si bien pareciera que la reducción de daños se aplica principalmente en las personas usuarias de sustancias psicoactivas, que además tienen un consumo problemático, esta no es una condición *sine qua non* del enfoque, ya que si tenemos en cuenta todos los daños de todo orden, los daños del consumo de sustancias psicoactivas exceden a los daños que tienen los usuarios mismos, de modo que algunas intervenciones en los usuarios de sustancias psicoactivas o en los otros afectados por los usuarios, también podrían considerarse estrategias de reducción de daños. En este sentido, la mirada ampliada tiene más en consideración los aspectos

colectivos. No obstante, este punto no es completamente ajeno para la mirada técnica. Esta última supone la dimensión colectiva desde el impacto que genera al disminuir la prevalencia de las enfermedades infecciosas, pero indirectamente a través de la generación de bienestar para los usuarios que revierte en los microgrupos a los que éstos pertenecen. De este modo, los programas y orientaciones tendrán que ver más o menos con los no usuarios de sustancias psicoactivas dependiendo del tipo de daño al que nos refiramos y la droga en cuestión.

Pragmatismo: Esta puede ser la máxima que caracteriza de un modo más concreto el sentido del enfoque de reducción de daños. Desde una postura pragmática, se convoca a la intervención para la minimización del daño, independientemente si el daño en cuestión pudiera ser solucionado con la abstinencia (Mercer, 2013). Como un segundo elemento del pragmatismo, tenemos la consideración según la cual ninguna persona puede tener comportamientos perfectos en términos de salud, en tanto que son influenciados por normas sociales y comunitarias. En este sentido, siempre lo que mejor se puede hacer al respecto es buscar un nivel, diferente en cada persona o grupo, de comportamiento saludable (Hawk et al., 2017). Finalmente, tenemos que el elemento del pragmatismo es el que tal vez nos lleva a diferentes interpretaciones sobre la reducción del daño, en tanto que los primeros programas de reducción del daño trabajaron sin bases teóricas, (Victor, Lushin, y Anastas, 2011), y por tanto solo hasta ahora se encuentran en desarrollo.

Este punto es el que nos devela el principal problema entre la aproximación técnica y ampliada, debido a que, por un lado, la visión ampliada acusa a los que suscriben la visión técnica de olvidar los factores colectivos del riesgo en relación con el uso de sustancias psicoactivas; incluso plantea que la reducción del daño desde un punto de vista farmacológico puede estar orientada hacia el control de los pacientes en función de la demonización del placer y la adecuación de las subjetividades acorde con un determinado sistema productivo (Bourgois, 2000,

2002; Miller, 2015) y por tanto consideran a la visión técnica como sesgada, mientras que la visión técnica acusa a la visión ampliada de no propender por el pragmatismo en tanto las soluciones que proponen como ofrecer vivienda, alternativas de empleo, promover transformaciones estructurales asociados con asuntos sociales y políticos no se podrían comprender justamente como asuntos prácticos.

Para Jiao (2019), la tensión entre la visión técnica y ampliada no puede ser entendida sin remitirnos justamente a los fundamentos paradigmáticos; teóricos y epistemológicos de ambas visiones. Mientras que el conocimiento biomédico puede ser enmarcado en un paradigma post positivista, que suscribe un realismo crítico en la que la realidad solo es probabilísticamente alcanzable y la comunidad de expertos son los que dan validez al proceso de producción del conocimiento; la visión ampliada, por su parte, es producto de paradigmas constructivistas o críticos que consideran la realidad construida como producto de variables históricas modeladas por aspectos políticos, económicos, culturales, étnicos y de género. En este paradigma, la realidad solo es imperfectamente alcanzable a través de una mayor profundización y sofisticación del conocimiento. El criterio de validez es el consenso de expertos. Finalmente, esta autora plantea que la visión técnica está asociada a una ideología neoliberal, mientras que lo que aquí se ha llamado una visión ampliada, está asociada a una ideología social demócrata. La autora vincula la visión técnica con una ideología neoliberal en tanto que los usuarios de drogas inyectables son comprendidos como ciudadanos responsables individualmente de su propio bienestar. Mientras que una aproximación desde una ideología socialdemócrata se trata de una economía capitalista regulada por el interés público, por tanto, direcciona mecanismos de redistribución de la riqueza y de justicia social. En este sentido, el tipo de intervenciones que se proponen desde esta visión de la reducción del daño tienden a promover más las responsabilidades colectivas que individuales y, por tanto, es relevante el rol del Estado en la garantía y acceso a derechos de todo tipo.

Finalmente, esta autora argumenta que la verdadera oposición entre ambas posturas es ideológica y no práctica, por lo que, más bien, en función del pragmatismo, debería de propenderse por una complementariedad, en vez de propiciar rivalidades entre las distintas orientaciones de la reducción del daño, lo cual nos permitiría un gran avance en esta materia. Para orientar esta fusión, debería de reconsiderarse la jerarquía existente entre el conocimiento biomédico y el conocimiento producido desde las ciencias sociales sobre los procesos de salud, enfermedad y atención, pero también intentar balancear las aportaciones de las distintas aproximaciones que nos brinden soluciones. Esta postura conciliadora inevitablemente tendrá que fortalecerse sobre la base de la evaluación de la eficacia de las distintas aportaciones que se realicen en torno a la reducción del daño, en función de fortalecer las bases teóricas de este enfoque y de este modo fundamentar el pragmatismo.

Aplicabilidad de reducción de daños entre menores de edad

De acuerdo con lo discutido hasta el momento, la reducción de daños pareciera ser un enfoque, más que un conjunto de intervenciones determinadas, el cual comprende unas ciertas características y principios filosóficos que, como vimos, giran en torno a propiciar el menor daño posible en relación con el uso de sustancias psicoactivas. La diversidad de concepciones sobre reducción del daño nos plantea un reto, ya que para aplicar la reducción del daño debemos aclarar a qué nos referimos en función de orientar adecuadamente las prácticas (Dos Santos et al, 2010). No obstante, si asumimos la postura según la cual la visión técnica se podría subsumir a la visión ampliada, tendríamos como referente el corpus de principios comunes que estimamos como fundamento de la reducción del daño para la orientación de dicho enfoque.

En este sentido, tendríamos una gama amplia de posibilidades de aplicación del enfoque de reducción del daño. Incluso, podríamos cuestionar las distinciones entre prevención y reducción del daño

(Foy, 2017) y avanzar hacia propuestas como la de Andrade (2002), quien estima que sería mejor hablar de prevención del daño. Esto nos permitiría considerar que, por ejemplo, el retraso de la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas puede ser visto como un objetivo de prevención universal, pero, al mismo tiempo, de reducción del daño, pues allí no se cuestiona ni se espera que los sujetos sean abstemios, sino que disminuyan los daños asociados al consumo temprano de las sustancias psicoactivas (Miller, 2005). Otro tipo de abordajes son aquellos que se dan en torno a la educación sobre beneficios y daños de las sustancias psicoactivas desde un lenguaje empático con los jóvenes, lo cual apunta a un objetivo realista de la reducción de daños, más que esperar la abstinencia total (Bosque-Prous, Marina; Brugal Teresa, 2016; Brown et al., 2019; Morgan et al., 2013; Philbin & FuJie, 2014)”. También se encuentran las apuestas de apoyo psicosocial como medidas para reducción del daño entre menores (Da Silva Araújo et al., 2013), o los programas dirigidos a madres consumidoras gestantes y lactantes (Mimi Nichter et al., 2008; Torchalla et al., 2015). Lo cierto es que, para poder iniciar una discusión sobre la posibilidad de aplicar la reducción de daños en todos los grupos de edad, deberíamos de precisar a qué daños y a qué drogas nos referimos. Esto implica un conocimiento del contexto al que nos enfrentamos y reconocer cuáles son las problemáticas más importantes de los niños y adolescentes en materia de daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, ya sea de ellos como usuarios o como afectados directa o indirectamente por el consumo de sus padres o de un círculo cercano. Países como Brasil con problemáticas similares a las nuestras, pero con un desarrollo teórico y metodológico mayor en relación con la reducción del daño, han avanzado en propuestas concretas como los *Consultórios de Rua*, que están orientados hacia la población en situación de calle que incluye a los menores de edad (Engstrom et al., 2019; Passos & Lima, 2013).

Una opción viable para darle cabida a una discusión estructurada a este respecto sería comenzar con una ponderación de los daños

de todo orden, definir de qué daños hablamos, comprender cuáles son sus causas, definir criterios de ponderación y aplicar algún instrumento que nos permita acercarnos a una medición. Lo más cercano que tenemos a esto es la propuesta de un análisis multicriterio (Caulkins et al., 2011; Cepeda et al., 2018; Morgan et al., 2013; Nutt, 2009; Nutt et al., 2010)”. Esta consiste en ponderar los daños del consumo de sustancias psicoactivas, legales e ilegales a nivel individual, psicológico y social a través de un consenso de expertos que puntúan una serie de criterios, produciendo un instrumento de jerarquización sobre las sustancias que producen más o menos daños. No obstante, como limitación de esta metodología, se encuentran los elementos que contribuyen a ponderar el daño hacia los otros, los cuales, si bien se consideran, sigue teniendo formas de medición muy restringidas, ya que no se consideran los aspectos relativos al proceso de producción y comercialización de las sustancias psicoactivas que, en un contexto como el nuestro, tendrían seguramente un impacto importante. De esta metodología queda por definir cuál sería el papel de los usuarios de sustancias psicoactivas, sus familias, comunidad y los actores institucionales que los atienden en la construcción de los programas de intervención de la reducción del daño. Esto en consonancia con algunos de los principios de la reducción del daño que propenden por promover la participación, la autonomía y los derechos humanos (Kimmel et al., 2021).

Conclusiones

La primera vía para avanzar hacia una reducción del daño implica partir de una concepción unificada de reducción del daño. En este sentido, se propone en este análisis subsumir la visión técnica en la ampliada, toda vez que las problemáticas en relación con el uso de sustancias psicoactivas en el contexto colombiano pueden variar mucho frente a aquellas en las que se han desarrollado las iniciativas más visibles de la reducción del daño, particularmente, en relación con los usuarios de drogas inyectables. Por otro lado, tenemos que la mayoría de los daños no han sido ni analizados

ni intervenidos desde la óptica sanitaria e intersectorial, en función de disminuir la problemática concreta. En este sentido, existen enormes posibilidades de aplicar miradas novedosas y desarrollar intervenciones de acuerdo con los elementos del contexto. Para ello se requiere un análisis minucioso de los daños, ya que la mayoría de las ponderaciones respecto de los daños han respondido más a asuntos políticos e ideológicos que científicos; un análisis asociado a un diagnóstico en relación con los daños relativos al consumo de sustancias psicoactivas en los territorios, discriminando los distintos grupos de edad. Un elemento adicional, que podría contribuir a profundizar el análisis, sería superar la mirada morbicéntrica y no solo revisar cuáles son las consecuencias negativas del consumo, sino también las positivas, de modo tal que podamos comprender cuál es la función que cumple en las sociedades y por qué se reproducen las prácticas asociadas a la producción, comercialización y consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, nos queda como reto implementar una metodología participativa en la que tanto los usuarios de sustancias psicoactivas, como sus familiares, la comunidad y los diferentes actores que tienen que ver con el fenómeno, puedan construir conjuntamente una propuesta de intervención desde el enfoque de la reducción del daño.

Referencias

- Andrade, T. M. (2002). Redução de danos: um novo paradigma? En CETAD/UFBA; CPTT/Prefeitura de Vitória-ES & ACODESS (Org.). *Entre riscos e Danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas* (pp. 83-86). Editions Scientifiques ACODESS.
- Becker, H. (2009). *Outsiders: Hacia una sociología de la desviación*. Siglo XXI.
- Bosque-Prous, M.; & Brugal, T.. (2016). *Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones*. *Gaceta sanitaria*, 30(supl. 1), 99-105.
- Bourgois, P. (2000). Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(2), 165-195. <https://doi.org/10.1023/A:1005574918294>
- Bourgois, P. (2002). Anthropology and *epidemiology on drugs: the challenges of cross- methodological and theoretical dialogue*. *International Journal of Drug Policy*, 13(4), 259-269.
- Brown, G., Crawford, S., Perry, G. E., Byrne, J., Dunne, J., Reeder, D., Corry, A., Dicka, J., Morgan, H., & Jones, S. (2019). Achieving meaningful participation of people who use drugs and their peer organizations in a strategic research partnership. *Harm Reduction Journal*, 16, artículo 37. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0306-6>
- Caulkins, J. P., Reuter, P., & Coulson, C. (2011). Basing *drug scheduling decisions on scientific ranking of harmfulness: false promise from false premises*. *Addiction*, 106(11), 1886-1890. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03461.x>
- Cepeda, J. A., Eritsyan, K., Vickerman, P., Lyubimova, A., Shegay, M., Odinkova, V., Beletsky, L., Borquez, A., Hickman, M., Beyrer, C., & Martin, N. K. (2018). Potential impact of implementing and scaling up harm reduction and antiretroviral therapy on HIV prevalence

and mortality and overdose deaths among people who inject drugs in two Russian cities: a modelling study. *The Lancet HIV*, 5(10), 578–587. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(18\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(18)30168-1)

Conte, M., Teresinha, R., & Sbruzzi, C. (2004). Redução de danos e saúde mental na harm reduction and mental health in the primary. *Boletim Da Saude*, 18(1), 59–77.

Csete, J., Kamarulzaman, A., Kazatchkine, M., Altice, F., Balicki, M., Buxton, J., Cepeda, J., Comfort, M., Goosby, E., Goulão, J., Hart, C., Kerr, T., Lajous, A. M., Lewis, S., Martin, N., Mejía, D., Camacho, A., Mathieson, D., Obot, I., ... Beyrer, C. (2016). Public health and international drug policy. *The Lancet*, 387(10026), 1427–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00619-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00619-X)

Da Silva Araújo, A. T., Da Silva, J. C., Motta de Oliveira, F. (2013). Infância e adolescência e redução de danos / intervenção precoce: Diretrizes para intervenção. *Psicologia Argumento*, 31(72), 145–154.

Santos de Lima, H., & Fleury Seidl, E. M. (2017). Consultório na Rua: percepção de profissionais e de usuários sobre redução de danos. *Revista Psicologia Em Pesquisa*, 11(2), 33–41. <https://doi.org/10.24879/2017001100200164>

Des Jarlais, D. C. (2017). Harm reduction in the USA: The research perspective and an archive to David Purchase. *Harm Reduction Journal*, 14, artículo 51. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0178-6>

Drucker, E., Anderson, K., Haemmig, R., Heimer, R., Small, D., Walley, A., Wood, E., & Van Beek, I. (2016). Treating addictions: Harm reduction in clinical care and prevention. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(2), 239–249.

Duff, C. (2009). The drifting city: The role of affect and repair in the development of “Enabling Environments”. *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 202–208. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.08.002>

- Duff, C. (2014). The place and time of drugs. *International Journal of Drug Policy*, 25(3), 633-639. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.10.014>
- Ezard, N. (2001). Public health, human rights and the harm reduction paradigm: From risk reduction to vulnerability reduction. *International Journal of Drug Policy*, 12(3), 207-219. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(01\)00093-7](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(01)00093-7)
- Foy, S. (2017). *Solution Focused Harm Reduction*. Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72335-8_3
- Friedman, S. R., de Jong, W., Rossi, D., Touzé, G., Rockwell, R., Des Jarlais, D. C., & Elovich, R. (2007). Harm reduction theory: Users' culture, micro-social indigenous harm reduction, and the self-organization and outside-organizing of users' groups. *International Journal of Drug Policy*, 18(2), 107-117. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.006>
- Fry, C. L., & Irwin, K. (2009). Engaging the values-based ethical dilemmas in harm minimization: A response to weatherburn. *Addiction*, 104(5), 862-863. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02543.x>
- Global Commission on Drug Policy. (2019, 12 de julio). La clasificación de sustancias psicoactivas Cuando se dejó atrás a la ciencia. *International Drug Policy Consortium*. <https://bit.ly/3sVH4E5>
- Goffman, I. (2006). *Estigma*. Siglo XXI.
- Grijalvo López, J., & Insúa Cerretani, P. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles Del Psicólogo*, (77), 33-45.
- Harris, M., & Rhodes, T. (2018). "It's not much of a life": the benefits and ethics of using life history methods with people who inject drugs in qualitative harm reduction research. *Qualitative Health Research*, 28(7), 1123-1134. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1049732318764393>

- Harris, M., Scott, J., Hope, V., Wright, T., McGowan, C., & Ciccarone, D. (2020). Navigating environmental constraints to injection preparation: The use of saliva and other alternatives to sterile water among unstably housed PWID in London. *Harm Reduction Journal*, *17*, artículo 24. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00369-0>
- Hathaway, A. D., & Erickson, P. G. (2003). Drug reform principles and policy debates: Harm reduction prospects for cannabis in Canada. *Journal of Drug Issues*, *33*(2), 465–495. <https://doi.org/10.1177/002204260303300209>
- Hawk, M., Coulter, R., Egan, J., Fisk, S., Friedman, M., Tula, M., & Kinsky, S. (2017). Harm reduction principles for healthcare settings. *Harm Reduction Journal*, *14*, artículo 70. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12954-017-0196-4>
- Holloway, K., Hills, R., & May, T. (2018). Fatal and non-fatal overdose among opiate users in South Wales: A qualitative study of peer responses. *International Journal of Drug Policy*, *56*, 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.03.007>
- International Harm Reduction Association. (2010). *What is harm reduction?* <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>
- Jiao, S. (2019). Harm reduction: Philosophical drivers of conceptual tensions and ways forward. *Nursing Inquiry*, *26*(2), artículo e12286. <https://doi.org/10.1111/nin.12286>
- Jones, K. H., Laurie, G., Stevens, L., Dobbs, C., Ford, D. V., & Lea, N. (2017). The other side of the coin: Harm due to the non-use of health-related data. *International Journal of Medical Informatics*, *97*, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.09.010>
- Kimmel, S. D., Gaeta, J. M., Hadland, S. E., & Hallett, E. (2021). Principles of harm reduction for young people who use drugs. *Pediatrics*, *147*(supl. 2), 240–248.
- Machín, J. Mendoza, A. (2015). *Meta-modelo ECO2: Apuntes sobre prevención y reducción de riesgos y daños asociados al consumo*

de sustancias psicoactivas. Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas.

- Martínez Oró, D., Apud, I., Scuro, J., & Romaní, O. (2020). La funcionalidad política de la “ciencia” prohibicionista: El caso del cannabis y los psicodélicos. *Salud colectiva*, *16*, artículo e2493. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2493>
- Menéndez, E. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud colectiva*, *8*(1), 9-24.
- Mercer, T. (2013). Aristotle on drugs. *New Bioethics*, *19*(2), 84-96. <https://doi.org/10.1179/2050287713Z.00000000030>
- Miller, P. G. (2005). Harm reduction ethics: A promising basis for drug policy. *Drug and Alcohol Review*, *24*(6), 553-554. <https://doi.org/10.1080/09595230500404160>
- Miller, P. G. (2015). A critical review of the harm minimization ideology in Australia. November. *Critical Public Health*, *11*(2), 167-178. <https://doi.org/10.1080/09581590110039865>
- Moore, D., & Rhodes, T. (2004). Social theory in drug research, drug policy and harm reduction. *International Journal of Drug Policy*, *15*(5-6), 323-325. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2004.08.003>
- Moraes, M., Montenegro, M., Medrado, B., & Romaní, O. (2015). Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil. *Psicologia Em Pesquisa*, *9*(2), 148-158. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-1247201500020005>
- Morgan, C. J. A., Noronha, L. A., Muetzelfeldt, M., Fielding, A., & Curran, H. V. (2013). Harms and benefits associated with psychoactive drugs: Findings of an international survey of active drug users. *Journal of Psychopharmacology*, *27*(6), 497-506. <https://doi.org/10.1177/0269881113477744>
- Nichter, Mark. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos*, (20), 109-132.

- Nichter, Mimi, Nichter, M., Adrian, S., Goldade, K., Tesler, L., & Muramoto, M. (2008). Smoking and harm-reduction efforts among postpartum women. *Qualitative Health Research, 18*(9), 1184-1194. <https://doi.org/10.1177/1049732308321738>
- Nutt, D. J. (2009). Equasy - An overlooked addiction with implications for the current debate on drug harms. *Journal of Psychopharmacology, 23*(1), 3-5. <https://doi.org/10.1177/0269881108099672>
- Nutt, D. J., King, L., Researcher, I., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet, 376*(9752), 1558-1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- Passos, I. F., Cristina, I., & Faria, B. (2005). Drug policy: What impact does it have on children and youth? *Psicología & Sociedade, 25*, 111-121.
- Pauly, B. (2008). Shifting moral values to enhance access to health care: Harm reduction as a context for ethical nursing practice. *International Journal of Drug Policy, 19*(3), 195-204. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.02.009>
- Pauly, B., Gray, E., Perkin, K., Chow, C., Vallance, K., Kryswaty, B., & Stockwell, T. (2016). Finding safety: A pilot study of managed alcohol program participants' perceptions of housing and quality of life. *Harm Reduction Journal, 13*, artículo 15. <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0102-5>
- Philbin, M. M., & Fu Jie, Z. (2014). Exploring stakeholder perceptions of facilitators and barriers to using needle exchange programs in Yunnan Province, China. *PLoS ONE, 9*(2), artículo 86873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086873>
- Rhodes, T. (2009). Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy, 20*(3), 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003>
- Rhodes, T., & Treloar, C. (2008). The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: A qualitative synthesis. *Addiction, 103*(10), 1593-1603. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02306.x>

- Romaní, O. (2008). Drug policies: Prevention, participation and harm reduction. *Salud Colectiva*, 4(3), 301–318. <https://doi.org/10.1590/s1851-82652008000300004>
- Santos, V. E., Soares, C. B., & Campos, C. M. S. (2010). Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20(3), 995–1015. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312010000300016>
- Stafford, N. (2007). Using words: The harm reduction conception of drug use and drug users. *International Journal of Drug Policy*, 18(2), 88–91. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2007.01.001>
- Stevens, A. (2013). *Modernising drug law enforcement: Applying harm reduction principles to the policing of retail drug markets* [Informe de proyecto]. University of Kent. <https://kar.kent.ac.uk/38894>
- Stevens, A. (2011). Drug policy, harm and human rights: A rationalist approach. *International Journal of Drug Policy*, 22(3), 233–238. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.02.003>
- Tammi, T., & Hurme, T. (2007). How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *International Journal of Drug Policy*, 18(2), 84–87. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2006.11.003>
- Transform Drug Policy Foundation. (2018). *Drug decriminalisation in Portugal setting the record straight*. Transform Drug Policy Foundation. <https://transformdrugs.org/drug-decriminalisation-in-portugal-setting-the-record-straight/>
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. (2014). *Services for people who inject drugs*. https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/2014guidance_servicesforpeoplewhoinjectdrugs
- Victor, Lushin, J. W. A. (2014). Harm reduction in substance abuse treatment: Pragmatism as an epistemology for social work practice. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(1), 37–41. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2011.546205>

- Voon, P., Greer, A. M., Amlani, A., Newman, C., Burmeister, C., & Buxton, J. A. (2018). Pain as a risk factor for substance use: A qualitative study of people who use drugs in British Columbia, Canada. *Harm Reduction Journal*, *15*, artículo 35. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0241-y>
- West, B. S., Choo, M., El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., & Kamarulzaman, A. (2014). Safe havens and rough waters: Networks, place, and the navigation of risk among injection drug-using Malaysian fishermen. *International Journal of Drug Policy*, *25*(3), 575–582. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.11.007>
- Wirtz, A. L., Peryshkina, A., Mogilniy, V., Beyrer, C., & Decker, M. R. (2015). Current and recent drug use intensifies sexual and structural HIV risk outcomes among female sex workers in the Russian Federation. *International Journal of Drug Policy*, *26*(8), 755–763. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.017>

CONSUMO

Reducción del daño en consumo de sustancias psicoactivas. Una revisión sistemática en estudios observacionales y ensayos aleatorizados¹

¹ Este manuscrito es el resultado de una investigación desarrollada conjuntamente entre la Escuela Contra la Drogadicción de la Gobernación de Antioquia, la Universidad CES y ASCODES SAS.

Juan de Jesús Sandoval
Doctor en Demografía,
Msc en Epidemiología,
estadístico y matemático
Investigador de ASCODES SAS,
Medellín, Colombia
juan.sandoval2@gmail.com

Resumen

Antecedentes. Las políticas de reducción del daño (RD) en consumo de sustancias psicoactivas están estrechamente relacionadas con garantizar los derechos individuales y con un fuerte compromiso con la salud pública, con los derechos humanos y el reconocimiento de este como un problema de la sociedad. Se realizó una revisión sistemática en estudios epidemiológicos observacionales y experimentales, con el fin de estimar prevalencias, realizar comparaciones y estimar el riesgo o beneficio en intervenciones exitosas en RD para personas que usaban drogas o sustancias psicoactivas alrededor del mundo. **Métodos:** búsqueda en fuentes de datos electrónicas (PubMed, DOAJ, Scielo, RedAlyC, Google Académico) usando la categoría MeSH, escogiendo publicaciones revisadas por pares y estudios primarios mediante el uso de un algoritmo de búsqueda sistemática, basados en la estrategia PRISMA. **Hallazgos:** se encontraron 4537 artículos, se aplicaron criterios de inclusión y exclusión y al final se obtuvieron 678 artículos con todas las palabras claves usadas. Finalmente, en una evaluación detallada y completa, hubo una selección de 27 artículos experimentales y 36 artículos observacionales, para un total de 63 artículos analizados como parte de esta investigación. **Interpretación:** se destacó la RD en el consumo de alcohol / tratamiento con nalmefeno, RD en consumo de tabaco por jóvenes y opio en adultos. Se evidenciaron intervenciones en RD en consumo de marihuana (cannabis), cocaína o crack (basuco), éxtasis y otras drogas. La intervención más analizada correspondió a farmacoterapia para tratamiento de dependencia en opioides con metadona o kits de naloxona, así como intercambio de agujas y jeringas. Al evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico, algunos estudios compararon la administración hospitalaria o la dispensación en farmacias locales y el análisis de la efectividad de la telemedicina, el acompañamiento familiar y profesional y la disponibilidad de lugares supervisados para una inyección segura y reducir el contagio de virus. **Conclusiones:** en la gran

mayoría de los estudios analizados se evidenciaron beneficios en los tratamientos, las intervenciones, la identificación de los consumidores y su entorno familiar y social. Es relevante destacar los programas educacionales en niños y jóvenes en cuanto a RD en consumo de alcohol, tabaquismo y cannabis en entornos escolares y universitarios. También, los programas de agujas y jeringas tanto en farmacias como en sitios de consumo. En cuanto al consumo de alcohol, la relación de éste con la violencia, el daño social y el beneficio en la RD en la sociedad, siendo una de las sustancias que más impactó el entorno social del individuo. No obstante, los resultados deberán ser aplicados con precaución al adaptarlos al contexto colombiano, ya que una parte de las intervenciones realizadas tuvieron posibles sesgos en la selección de los individuos, en la información ofrecida a los participantes y en los procesos de aleatorización, realizadas usualmente en los individuos y no en los tratamientos y esto podría disminuir la calidad de algunas de las investigaciones.

Palabras clave: reducción al daño, estudios experimentales y observacionales, revisión sistemática, intervención, consumo de drogas, epidemiología.

Glosario de Siglas: HR: Harm Reduction; RD: Reducción del Daño; HRP: Programa de Reducción del Daño; PWID: Personas que se Inyectan Drogas; DU: Usuarios de Drogas; OUD: Desorden en el Uso de Opiáceos; VHC: Virus de la Hepatitis C; VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana; NSEP/NSP: Programa de Intercambio de Agujas y Jeringas; NESI: Iniciativa para la Vigilancia de Intercambio de Agujas; ART: Tratamiento Antirretroviral; IEP: Provisión de Equipo Inyectable; SIF: Sitios Supervisados para Inyectarse; MMT: Tratamiento de Mantenimiento con Metadona; OMT: Tratamiento de Mantenimiento de Agonista de Opiáceos; OAT/OST: Tratamiento con Agonista o Substituto de Opiáceos; XR-NTX: Naltrexona de Liberación Controlada; BP-NLX/BUP/NAL: Buprenorfina-Naloxona; ASI: Índice de Severidad de Adicciones; PRSS: Servicio de Apoyo a la Recuperación entre Pares; IB: Intervenciones Breves; EM: Entrevista Motivacional; IP:

Intervención Personal; AF: Retroalimentación de Evaluación; TSF: Trabajo Sexual Femenino; GHB: Gamma-Hidroxibutirato; mTHS: Sistema de Calentamiento de Mentol en Tabaco; mCC: Cigarrillos Mentolados; HPHC: Componentes Dañinos y Potencialmente Dañinos; ETS: Exposición a Tabaco Ambiental; PEV: Personas con Experiencia Viva; SCS: Sitios de Consumo Supervisados.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública global (De Mello Amaral et al., 2016; Tobón Marulanda et al., 2013; Vinet & Faúndez, 2012). Según Degenhardt et al. (2017) citando a Larney et al. (2017), se calcula que aproximadamente 15,6 millones de personas, con un mínimo de 10,2 y un máximo de 23,7 millones, usaban drogas en 2017. Los efectos negativos sobre la salud, sobre el bienestar, son lo que más ha impactado para el no cumplimiento de los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* a nivel individual y comunitario a escala mundial (UNODC, 2020). Del mismo modo, este fenómeno mundial permea diversas situaciones problemáticas en los países, como el de producción y tráfico de estupefacientes, la violencia doméstica (De Mello Amaral et al., 2016), el microtráfico, el auge del paramilitarismo o algunos factores de riesgo asociados a otras enfermedades que se derivan o tuvieron su inicio en el consumo de drogas ya sea de manera directa o indirecta (Bórquez et al., 2019; Meyers et al., 2020). Un gran número de políticas de control de drogas en América Latina aún se basan en los principios generales de eliminar la producción, el comercio o el uso de cualquier sustancia psicoactiva ilegal. De este modo, la “guerra contra las drogas” en América Latina, probablemente haya sido una estrategia funcional para la reducción del narcotráfico, pero también ha generado más violencia, junto con violaciones de derechos humanos (HRI, 2020). No obstante, para esta problemática se han intentado diversas soluciones, algunas menos frecuentes, pero más ligadas al respeto de los derechos individuales y al reconocimiento de un problema de la sociedad como son las

políticas de *RD* del consumo de sustancias psicoactivas. Estas políticas se basan en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos. La *RD* se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas y promueve intervenciones que respetan y protegen los derechos humanos fundamentales (Bosque-Prous & Brugal, 2016). El objetivo de la investigación consistió en realizar una revisión sistemática efectiva desde el punto de vista de los estudios epidemiólogos, partiendo desde los estudios observacionales hasta los estudios experimentales o ensayos aleatorizados, donde se hayan presentado hallazgos específicamente en prevalencia, comparación o estimación del riesgo (estudios observacionales) o en intervenciones exitosas en *RD* para diversas personas que usan drogas alrededor del mundo.

Metodología

Con base en la pregunta: ¿qué tipo de evidencia científica en cuanto a prevalencia, estimación del riesgo, comparaciones, intervenciones o tratamientos epidemiológicos mostró eficacia para minimizar los riesgos para la salud de los consumidores de drogas?, se usaron las principales fuentes de datos electrónicas (PubMed, DOAJ, Scielo, RedAlyC, Google Académico), utilizando la categoría MeSH (Medical Subject Headings) para realizar la búsqueda. En algunos casos, para hallar publicaciones revisadas por pares y estudios primarios mediante el uso de un algoritmo de búsqueda sistemática, basados en la estrategia PRISMA (Urrutia & Bonfill, 2010), entre el 1 de enero de 2000 y septiembre de 2020. Para ello, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: estudios que realizaron aportes significativos al desarrollo de la pregunta de investigación; que se incluyera intervención de individuos en cuanto a la *RD*; artículos originales, con alto grado de validez externa e interna según fuera el caso, entre otros. Se excluyeron publicaciones, documentos o artículos que no cumplieron los criterios de inclusión, como fueron: artículos desactualizados; características demográficas no concordantes con las establecidas; artículos que no seguían

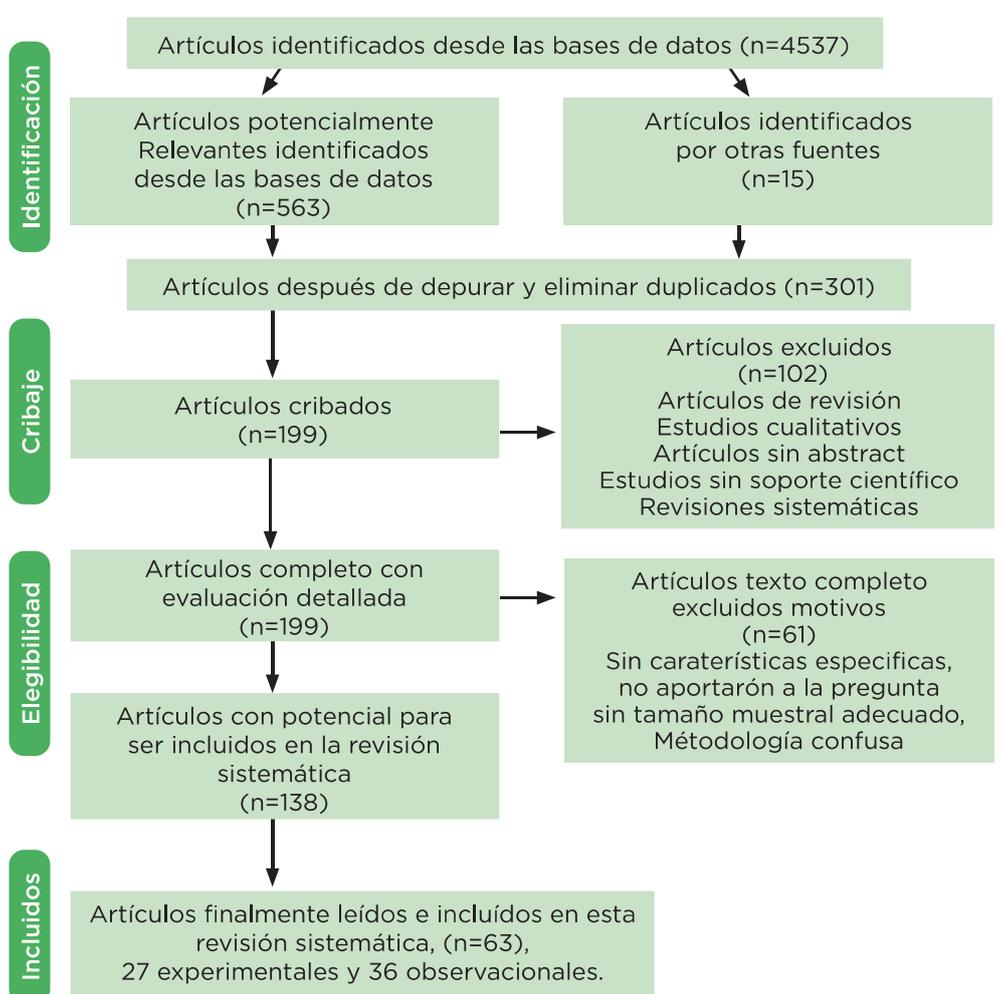
criterios metodológicos de una investigación original, que no especificaron criterios de validez interna o externa según fuera el caso y artículos con falta de claridad del protocolo metodológico de selección de sus datos. Los documentos identificados como potencialmente relevantes fueron catalogados usando Mendeley (Version 1.19.4). Una primera búsqueda por palabras claves arrojó 4537 títulos. Mediante la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo un total de 678 artículos. Después de una segunda depuración, se obtuvieron 309 artículos de RD en estudios epidemiológicos cuantitativos. Seguidamente, se eliminaron los duplicados y quedaron finalmente 301. Posteriormente, se excluyeron 102 documentos ya que algunos de ellos no pertenecían a estudios epidemiológicos. Finalmente, quedaron 199 artículos, 61 estudios observacionales y 138 experimentales. Por último, tras una evaluación detallada y completa de estos artículos restantes, se consiguió una selección de 26 artículos experimentales y 36 artículos observacionales, para un total de 62 artículos que aportaron de manera significativa a la revisión sistemática de la pregunta planteada inicialmente. Lo anterior se resume en la Figura 1. Las fuentes identificadas que contuvieron información que aportaba a la pregunta de investigación fueron categorizadas por tipo de estudio, región y país.

Descripción y reporte de los estudios

En lo que correspondió a estudios experimentales, de las 26 publicaciones revisadas, 18 (67%) de ellas correspondieron a ensayos aleatorizados o clínicos controlados en sus diseños de investigación; 7 (26%) a estudios de intervención de análisis primario o secundario y los 2 (7%) restantes a estudios cuasi-experimentales que violaron algunos de los supuestos de los ensayos clínicos controlados. La mayor parte de la literatura fue de origen estadounidense (n = 11); en segundo lugar, de Australia (n = 5) y, el resto, de Europa, siendo la mayoría del Reino Unido, Holanda y Suiza (n = 6). Por último, siguieron las publicaciones de Canadá y México (n = 2). En cuanto a estudios observacionales, la

mayoría de las publicaciones consistieron 15 (44%) de ellos fueron estudios de cohorte retrospectivo, le siguieron los prospectivos con 12 (32%) y finalmente los transversales con 9 (23,5%). La mayoría de publicaciones provinieron de los países europeos (n = 13), le siguieron Canadá (n = 8), Estados Unidos (n=5), África (n=2) y por último estudios en Australia, China, Turquía, México y Afganistán. Más detalles pueden encontrarse en la Tabla 1.

Figura 1. Diagrama de flujo prisma de artículos seleccionados para la revisión sistemática



Fuente: elaboración propia.

Tabla 1. Descripción de los tipos de los estudios observacionales y experimentales de la literatura incluida en esta revisión

Tipo	Diseño del estudio	Núm	Estudios	País / Región
Experimentales	Ensayos clínicos controlados o aleatorizados	18	Vogl L et al, 2009; Aubin H, et al, 2015; Haziza, C et al, 2020b (1); Tsemberis S et al, 2004; Hides L et al, 2014; Ma, J, et al, 2006; Lewis C et al, 2015; Zakarian J et al, 2004; Allen, A eta al 2016; Avants S et al 2004; Haziza, C et al, 2020a (2); Vogl,L et al, 2009; Hamilton, G et al 2007; Paschall, M et al 2011; Collins, S et al, 2014; Wright, T, et al 2012 Latif, Z.-E.-H., & Permenkes. (2018) Parcesepe, A et al, 2016	Australia/ New South Europa/ Multicéntrico Suiza/Europa USA/New York Australia/ Queensland USA/Texas USA/New York USA/San Diego USA/Oregon USA/Yale Suiza/Europa Australia/ New South Australia/West USA/California USA Noruega África
	Intervención	7	Roux P et al, 2020; Beaker a ta al 2010; Bertrand K et al 2015 Winhusena T et al 2020; Whittingham, J et al 2009; Palfai, T.P. ET AL 2016; Carrico, A. W., 2014.	Francia/Europa Australia/ Sydney Canadá / Quebec USA/Cincinnati Holanda/ Netherland USA/Boston USA/California
	Cuasi-experimental	2	Arredondo-Sánchez Lira, Jaime et al 2019; Wechsberg, W et al 2004;	México /Tijuana Reino Unido

Tipo	Diseño del estudio	Núm	Estudios	País / Región
Observacionales	Cohorte Retrospectivo	15	Pearce et al., 2020. Russolillo et al, 2019. Gauthier et al, 2018. Eibl et al, 2017, Marshall et al., 2011 Marotta et al., 2016. Marotta et al., 2018 Akiyama et al., 2019 Bagley et al., 2018. Handland et al, 2017. Ubuguyu et al., 2016. Bizzarri et al., 2016. Sullivan et al., 2014. Iversen et al., 2013. Mutlu et al., 2016	Canadá Europa Kenya USA Tanzania Italia China Australia Turquía
	Cohorte Prospectivo	12	Goldenberg et al., 2020 Kennedy et al., 2019 Todd et al., 2020 Langenda et al., 2001. Van der Berg et al., 2007 Johnson et al., 2019 Marzel et al., 2018 Sypsa et al., 2017 Wright et al., 2012 Ayman et al., 2003 Tracy et al., 2014 Brugal et al., 2005	Canadá Afganistán Holanda Suecia Suiza Grecia USA España
	Transversal	9	Scheibe et al., 2019. Sutter et al., 2019. Moustaquim-Barrete et al., 2019 Handanagic et al., 2017 Kaberg et al., 2017. Allen et al., 2012 Robertson et al., 2012 De la Fuente et al., 2006 Teixeira-Caiaffa,W et al, 2006	Sur Africa USA Canadá Croacia Suecia Reino Unido México España Brasil

Fuente: elaboración propia.

En la literatura correspondiente a estudios experimentales, dentro de las intervenciones realizadas en los 27 estudios experimentales, se destacaron las realizadas por RD en consumo de alcohol / tratamiento con nalmefeno, entre otras. De los 36 estudios observacionales, la mayoría evaluaron un solo tipo de intervención (más del 60%) y el restante evaluó alguna combinación entre estas (ver Tabla 2).

Tabla 2. Descripción de los tipos de intervenciones o características de los individuos en los estudios incluidos en esta revisión

Tipo	Intervenciones realizadas	Cantidad
Experimentales	RD en consumo de opio y PWID	6
	Minimización de daños por abuso de alcohol	1
	RD consumo de alcohol / tratamiento con nalmefeno o naltrexona	6
	Rehabilitación psiquiátrica en consumidores de drogas	2
	RD en tabaquismo jóvenes y adultos	6
	RD en consumo de marihuana (Cannabis)	2
	RD en éxtasis y otras drogas	2
	RD en consumo de cocaína	1
	Estrategias educación en RD uso de crack	1
	Subtotal	27
Observacionales	Uso de Metadona	8
	Programa de agujas y jeringas	7
	Naloxona/ Buprenorfina	4
	OAT*/ OST	4
	Metadona + Programa de agujas y jeringas	2
	Naloxona + Prog. De agujas y jeringas	1
	Terapia combinada ART + OAT + NSP	1
	Salas supervisadas para inyección	2
	OAT + Metadona	1
	OAT + Programa de agujas y jeringas	2
	Enfoque educativo/compreensivo y similares	3
	Naltrexona (antagonista de opiáceos)	1
	Subtotal	36
TOTAL	63	

Fuente: elaboración propia.

Nota: OAT puede incluir: methadone, buprenorphine/naloxone, morphine oral de liberación controlada, o OAT inyectable (hidromorfona o diacetilmorfina). OST, ART, NST, PWID: personas que se inyectan drogas.

Resultados

Estudios observacionales

Infecciones Virales

En un estudio realizado en Kenia durante 2 años por Akiyama et al. (2019) con 2188 PWID, se evaluó la prevalencia de mono infección por HCV y coinfección VIH-HCV en mayores de 18 años. Se concluyó que los principales factores de riesgo asociados a la co-infección incluyeron PWID mujeres, habitantes de la región costera, con historia de encarcelación, que usaban la misma jeringa por más de 1 vez y que compartieron agujas e implementos. Seguidamente, un estudio de cohorte prospectivo de Marzel et al. (2018), basado en la experiencia suiza, demostró el rol principal de la RD para la exitosa reducción en la transmisión del VIH entre usuarios de drogas inyectables (IDUs) y en la prevención de graves repercusiones para la población en general. Hay varios estudios de Kåberg et al. (2017), sobre prevalencia e incidencia de hepatitis C en PWID en el programa de intercambio de jeringas (NEP) en Estocolmo. En uno de ellos, como resultado de las 1386 personas incluidas en los análisis finales, se encontró una prevalencia alta del 60%, de infección por HCV; también se encontró que los participantes habían sido infectados en una etapa temprana. Así, 50% se volvieron anti-HCV positivos en un lapso de 2-5 años después de comenzar el uso de drogas inyectadas (IDU). En otro de sus estudios, de tipo cohorte prospectivo, estos mismos autores determinaron que se requería de una mayor cobertura del NEP, el escalamiento del tratamiento para HCV y la participación en tratamiento efectivo para desórdenes del uso de sustancias, tales como el tratamiento de sustitución de opioides (OST) para reducir la transmisión del HCV. En la investigación de Handanagic et al. (2017), un importante hallazgo fue que solo un pequeño número de aquellos que fueron HCV positivos, reportaron recibir

tratamiento para HCV. En Sypsa et al. (2017), concluyeron que la experiencia del programa ARISTÓTELES puede ser utilizada por países que necesitan proveer intervenciones masivas y rápidas, particularmente a la luz de recientes brotes de VIH entre PWID en muchos países.

Los hallazgos de Marotta & McCullagh (2016) coincidieron con la extensa literatura que sugirió que la implementación temprana de los programas de MMT y NSP en la epidemia de VIH y los países que reclutaron mayor número de PWID, podrían implicar tasas significativamente menores de VIH; realidad que contraste con la de los países que tardaron en responder al uso de drogas inyectables. Esta fue una lección importante para los países donde la población de consumidores de drogas o PWID está creciendo rápidamente. Dentro de los hallazgos clave de Todd et al. (2015) en Kabul (Afganistán), , estuvieron la alta incidencia de HCV, cuyo riesgo fue reducido a la mitad al dejar de inyectarse; la baja incidencia de VIH; altas tasas de mortalidad y relativamente altas tasas de uso del programa de agujas y jeringas durante el periodo de cohorte. La incidencia de HCV fue alta, similar a las tasas reportadas entre otras poblaciones de IDU en lugares sin conflicto. En Tracy et al, (2014), dentro de los predictores analizados que ocasionaron un mayor riesgo de contraer HCV, se encontró que inyectarse heroína, cocaína y la reutilización de jeringas, jeringas hervidas y la velocidad de inyección, ocasionaron mayor riesgo. Adicionalmente, se llegó a determinar que las prácticas de inyección más riesgosas de las mujeres jóvenes condujeron a tasas más altas de infección por VHC.

En Iversen et al. (2013), los resultados demostraron la capacidad de repetición de la vigilancia serológica transversal para monitorear las tendencias en la incidencia del HCV y proporcionar una plataforma desde la cual evaluar el impacto de las intervenciones de prevención y tratamiento. En el estudio de Allen et al. (2012), se encontraron variables significativamente asociadas con mayores probabilidades de infección reciente de HCV: personas sin hogar los últimos 6 meses; haber estado

en prisión los últimos 6 meses y excesivo consumo de alcohol. Este estudio utilizó un método de generar incidencia usando un diseño transversal y demostró que una alta cobertura de agujas y jeringas estaba asociada con una reducción en infección por HCV reciente entre personas que se inyectaban drogas en Escocia. Van Den Berg et al. (2007), reportaron, entre otros resultados, que la toma de la dosis de metadona o solo el uso de NEP no se asoció significativamente con VIH o HCV seroconversion. En conclusión, estos autores encontraron que una total participación en HRP estaba asociada con una menor incidencia de infección por HCV y VIH en usuarios de drogas inyectables, indicando que las medidas de prevención combinadas —pero no el uso de NEP o metadona individualmente— pueden contribuir a la reducción de la propagación de estas infecciones. El trabajo de De La Fuente et al. (2006) concluyó que la reducción observada en la mortalidad podría relacionarse con la efectividad del tratamiento con metadona de bajo umbral. La expectativa de vida de usuarios de heroína aumentó en 21 años durante el periodo de estudio, aunque sigue siendo menor que la de los demás.

Grupos más vulnerables o de alto riesgo

De acuerdo con Goldenberg et al. (2020), existen barreras policiales contra los programas de RD relacionadas con sobredosis no fatales entre trabajadoras sexuales que usaban drogas en Vancouver, Canadá. Para el final de su estudio, 58% habían usado servicios de prevención por 6 meses, casi la mitad accedió a servicios de prevención de sobredosis y 80% reportaron posesión de naloxona para llevar a casa. En el trabajo de Wright et al. (2012), como conclusión se encontró que el uso de metanfetamina durante el embarazo no existía aisladamente entre las embarazadas, sino que frecuentemente es combinada con una multitud de otras circunstancias adversas incluyendo pobreza, violencia interpersonal, comorbilidad psiquiátrica, uso de polisustancias, deficiencias nutricionales, inadecuado cuidado de la salud y experiencias de vida estresantes. Un modelo integral

de RD de atención perinatal que buscó disminuir algunas de estas dificultades para las mujeres y que usaron drogas sin una abstinencia obligatoria, proveyeron resultados excepcionales en la natalidad y pudieron ser implementados con recursos limitados. En el estudio de El-Mohandes et al. (2003), se concluyó que era necesario enfatizar en el porcentaje significativo de madres usando drogas ilícitas, quienes presentaron cuidado prenatal temprano. Este debería ser un incentivo para los proveedores de cuidados de salud para diagnosticar este problema y ofrecer un tratamiento cuando sea posible. Ofrecer servicios de cuidado prenatal a mujeres embarazadas expuestas a IDU independiente de otros riesgos asociados y aun en ausencia de servicios de adicción, pareció influenciar los resultados significativamente en poblaciones de alto riesgo y esto debería resaltarse.

Tratamiento con agonistas o sustitutos de opiáceos

Un estudio comparativo entre uso de OAT y riesgo de mortalidad entre personas con desorden de uso de opioides por Pearce et al. (2020), mostró que el riesgo de muerte cambiaba de acuerdo al tiempo de inicio y suspensión del tratamiento y era distinto para el tipo de medicamento. Todas las causas de mortalidad se redujeron en un factor de 3,2 con metadona y 2,2 con buprenorfina/naloxona. El riesgo de mortalidad fue menor después de parar el tratamiento con buprenorfina/naloxona, comparado con metadona. Por otra parte, los estudios de Russolillo (2019) concluyeron que la adherencia al tratamiento con metadona estaba asociada con menores tasas de daños relacionados con opiáceos entre pacientes con dependencia e involucrados con la justicia. Además, sus resultados indicaron la necesidad de aumentar el acceso a metadona y las tasas de adherencia para lograr mayor eficacia en la implementación de programas de RD en grupos delincuenciales y de marginados.

En el trabajo de Johnson & Richert (2019), el uso de la buprenorfina/naloxona tuvo un menor potencial de abuso que la buprenorfina y debería ser priorizado como la droga

prescrita. La dosis supervisada y sus medidas de control fueron provisiones importantes en la prevención del desvío de drogas y uso no prescrito entre personas que no están en OST, esto fue observado en un análisis transversal de la asociación entre años de implementación de tratamientos de sustitución de opiáceos y muertes relacionadas con drogas en Europa durante los años 1995 a 2013. En Marotta & McCullagh (2016), los hallazgos identificaron una relación inversa estadísticamente significativa entre años de implementación de *Methadone Maintenance Treatment* (MMT) y OST en prisión y HDBT y muertes relacionadas con drogas, después de ajustar los efectos fijos por nivel de país y año, incautaciones de heroína, gastos en salud y desempleo. Gauthier et al. (2018) examinaron el impacto de la metadona dispensada en farmacias clínicas en comparación con la dispensada en farmacias comunitarias sobre la retención o adherencia al tratamiento en pacientes recién ingresados al programa. Se determinó la retención por un año, dando como resultado que los pacientes que recibían las dosis en la farmacia clínica tenían un 57% de retención comparado con un 12% en la farmacia comunitaria. En el estudio de Mutlu et al. (2016), se evaluó la retención por 1 año en el programa, el tratamiento con buprenorfina/naloxona (BUP/NAL) y la abstinencia en adolescentes dependientes de heroína. Se concluyó que la duración del tratamiento, la terminación del mismo internado, la dosis BUP/NAL y tener una enfermedad psiquiátrica parecían ser factores importantes para adolescentes dependientes de heroína en el periodo de retención y abstinencia de 1 año.

El estudio de Sullivan et al. (2014) sobre el uso continuo de drogas durante el tratamiento con metadona en China arrojó como hallazgo importante que un bajo nivel de asistencia estuvo relacionado con un aumento de 6 veces en la probabilidad del uso de drogas durante el tratamiento. Este estudio concluyó que el programa chino de MMT parece tener una influencia positiva en los participantes que permanecen en tratamiento por al menos 6 meses, pero que requiere explorar estrategias para incrementar

la accesibilidad. Un estudio retrospectivo realizado por Bagley et al. (2018) mostró que tanto a familiares que usaban drogas como los que no lo hacían se les podía administrar exitosamente naloxona y rescatar un gran número de víctimas de sobredosis. Por tanto, estos autores señalan que deberían incluirse estrategias de intervención de prevención específicas y personalizadas para miembros de la familia, con la finalidad de expandir la educación en sobredosis y naloxona. En la investigación de Bizzarri et al. (2016) se concluyó que el enfoque OAT se relacionaba con tasas más altas de recuperación y abstinencia de poliabuso en comparación con el enfoque de HRT, a pesar de que haya una mayor gravedad del uso de sustancias, comorbilidades psiquiátricas y físicas.

Langendam et al. (2001) investigaron sobre el impacto de los programas de RD con tratamiento de metadona sobre la mortalidad entre usuarios de heroína. El tratamiento de RD basado en metadona, en el cual el uso de drogas ilícitas fue tolerado y estuvo fuertemente relacionado a la disminución de mortalidad por causas naturales y por sobredosis. La provisión de metadona en sí misma, junto con el cuidado médico y social, parece más importante que la dosis de metadona usada.

Atendiendo otro frente actual de acción, Eibl et al. (2017) compararon la efectividad de la telemedicina como método de dispensación del OAT frente a la dispensación en persona. El estudio sugirió que la telemedicina tiene una efectividad similar a la entrega del tratamiento en persona, pero los resultados no son definitivos debido a la falta de aleatoriedad del diseño.

Uso de naloxona

Hadland et al. (2017) identificaron que las probabilidades de recibir farmacoterapia eran menores con la edad y entre las mujeres en comparación con los hombres y los jóvenes negros no hispanos y jóvenes hispanos en comparación con los jóvenes blancos. En general, la buprenorfina se administró 8 veces más a menudo que la naltrexona. La naltrexona se dispensaba más comúnmente a

personas más jóvenes, mujeres y jóvenes en áreas metropolitanas, vecindarios de mayor nivel educativo y vecindarios con menores niveles de pobreza.

Servicios de intercambio de agujas

En el estudio de tipo transversal llevado a cabo por Sutter et al. (2019), se evidenció como un hallazgo importante que uno de cada 4 participantes informó sobre la reutilización receptiva de jeringas y más de la mitad sobre la reutilización de, al menos, un tipo de equipo de inyección. En conclusión, se requiere un mayor acceso a los servicios de RD, alojamiento e intervenciones en lugares supervisados, así como dejar de lado los enfoques punitivos para reducir el daño asociado con el consumo público de drogas.

Salas de consumo de drogas

En su investigación, Kennedy et al. (2019) evaluaron el uso de lugares supervisados para inyectarse y todas las causas de mortalidad entre las personas que se inyectan drogas en Vancouver, Canadá. Según los autores, se deben realizar estudios adicionales para determinar estimados a nivel individual del impacto del uso de los lugares supervisados para inyectarse en las causas específicas de muerte y discernir los posibles mecanismos subyacentes que pueden contar para estas potenciales asociaciones.

En el estudio retrospectivo sobre reducción en la mortalidad por sobredosis elaborado por Marshall et al. (2011), se observó que después de abrir el primer lugar supervisado para inyección segura en Norte América, de 290 decesos, 229 (79%) fueron hombres y la edad promedio de la muerte fue de 40 años. Se identificó que la tasa de sobredosis fatal en esta área disminuyó en un 35,0% después de la inauguración del SIF. En contraste, durante el mismo periodo, la tasa de sobredosis fatal en el resto de la ciudad disminuyó solo en un 9,3%. Por tanto, se recomienda

que los SIF sean consideradas en los lugares donde el uso de drogas inyectables es prevalente, particularmente en áreas con una alta densidad de sobredosis.

Drogas y sexo en relación con VIH

Dado el creciente interés en adaptar los principios de RD del consumo de drogas al trabajo sexual (TS) y otras respuestas de salud pública a la epidemia del VIH, Robertson et al. (2012) realizaron un estudio transversal de intervención en México.. Los investigadores concluyeron que el conocimiento es un componente esencial para reducir los daños causados por conductas y ocupaciones de riesgo para la salud como el trabajo sexual. Como primer intento de comprender el conocimiento del VIH entre las TSF de Tijuana y Ciudad Juárez, este estudio utilizó un marco de RD en el trabajo sexual para identificar los factores asociados con un conocimiento subóptimo del VIH.

Estudios experimentales

Alcoholismo

Parcesepe et al. (2016) realizaron un estudio para evaluar si una intervención de RD por alcohol se asoció con una reducción de la violencia interpersonal o la participación en el trabajo sexual femenino (TSF). Dentro de sus principales hallazgos, se encuentra que la intervención sobre el alcohol se asoció con disminuciones estadísticamente significativas en la violencia física por parte de los socios que pagaban a los 6 meses después de la intervención y el abuso verbal por parte de los socios que pagaban inmediatamente después de la intervención y 6 meses después de la intervención.

La intervención sobre el alcohol se asoció con reducciones en algunas formas de violencia y con reducciones en la participación en el trabajo sexual entre TSF en Mombasa, Kenia. Se realizó un ensayo controlado aleatorio por grupos (Vogl et al., 2009) que tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un programa informático de

prevención del alcohol basado en un enfoque de minimización de daños, este se aplicó a estudiantes de octavo grado de 16 escuelas con relaciones existentes con los investigadores que aceptaron participar en el estudio. Dentro de los hallazgos se evidenció que el curso CLIMATE sobre alcohol demostró una mayor capacidad para enseñar a los jóvenes la información necesaria para minimizar los daños relacionados con el alcohol y disminuir las expectativas de los jóvenes con respecto a los posibles beneficios sociales del consumo de alcohol. El programa de minimización de daños impartido por computadora fue más eficaz que la educación sobre el alcohol realizada por los profesores para disminuir el uso indebido del alcohol y los daños relacionados para los jóvenes. Sin embargo, no fue significativamente diferente a la educación sobre el alcohol de costumbre para cambiar el comportamiento de consumo de alcohol de los varones.

Otro estudio relacionado con el alcoholismo es el realizado por Aubien et al. (2015) para evaluar la relevancia clínica de la reducción del consumo de alcohol mediante el tratamiento con nalmefeno en pacientes adultos con un diagnóstico primario de dependencia del alcohol alto o muy alto. En conclusión, este estudio demostró una mayor proporción de respondedores al tratamiento, mayores mejoras en los resultados informados por los pacientes y calificados por los médicos y mayores mejoras en las variables de función hepática con nalmefeno en comparación con placebo. Teniendo en cuenta el perfil de seguridad benigno del nalmefeno, la inmensa carga social relacionada con el alcohol, el daño al individuo y la gran brecha de tratamiento, el efecto del nalmefeno es clínicamente relevante.

En Australia, se planteó el estudio de Hides et al. (2014), denominado el estudio *Quik Fix*: un ensayo controlado aleatorio de intervenciones breves para jóvenes con lesiones y enfermedades relacionadas con el alcohol que accedieron al servicio de urgencias y atención de apoyo en crisis. La prueba piloto preliminar del proceso arrojó resultados positivos, ya que entre el 50 y el 70% de los jóvenes referidos en el estudio

participaron en intervenciones breves (IB), según la fuente de referencia. Las siguientes estrategias también se utilizaron para maximizar la participación y asegurar que la deserción fuera inferior al 30%: (i) obtener múltiples formas de contactar a los participantes al inicio del estudio; (ii) el desarrollo de bases de datos de seguimiento; (iii) adoptar horarios flexibles para las citas, dar recordatorios previos y hacer un seguimiento rápido de las citas perdidas; (iv) un cronograma de reembolso creciente por el tiempo asociado con completar las evaluaciones de línea base y de seguimiento y (v) la evaluación de solo las medidas de resultado primarias cuando un joven deseaba interrumpir el tratamiento o no estaba dispuesto a realizar la evaluación completa protocolo de seguimiento. Seguidamente, Ma et al. (2006), se propusieron investigar si el topiramato promovía a niveles *seguros* de bebida para mujeres y hombres entre adultos dependientes del alcohol en un rango de edad de 21 a 65 años, mediante un ensayo aleatorizado controlado. En resumen, el topiramato resultó ser un compuesto eficaz y prometedor para el tratamiento de la dependencia del alcohol. No obstante, según los autores, se necesitan estudios futuros para establecer si la eficacia del topiramato sirve para reducir el consumo excesivo de alcohol, promover la abstinencia y disminuir la ansiedad entre las personas dependientes del alcohol; este podría ampliarse para abarcar su uso en un modelo de RD dentro de un problema de bebida dependiente o no dependiente población.

Paschall et al. (2011) realizaron un ensayo multicampus que examinó los efectos de *Alcohol Edu for College* en problemas relacionados con el alcohol entre los estudiantes de primer año de universidad. Alcohol Edu es una prevención en línea del abuso de alcohol y curso de RD para estudiantes universitarios que generalmente toma de 2 a 3 horas para completar, los investigadores encontraron evidencia de una relación dosis-respuesta desde los efectos de Alcohol Edu sobre los problemas relacionados con el alcohol, donde parecían ser más fuertes en las escuelas con una tasa de finalización de cursos relativamente

alta ($\geq 70\%$). También se notó que esas escuelas tenían niveles más altos de problemas con el alcohol al inicio que las escuelas con tasas de finalización de cursos más bajas.

Collins et al. (2014) plantearon objetivos de un estudio en USA en el que incluyeron probar: a) la eficacia relativa de naltrexona (XR-NTX) y el asesoramiento sobre RD en comparación con un control de servicios de apoyo, como de costumbre basado, en la comunidad; b) mediadores teóricos de los efectos del tratamiento y c) los efectos del tratamiento en costos de servicio financiados. Los participantes fueron personas dependientes del alcohol en el momento o anteriormente sin hogar. Dentro de las principales conclusiones, se encontró eficacia en la XR-NTX y que el asesoramiento sobre RD está bien posicionado para respaldar la reducción de los daños relacionados con el alcohol, la disminución de los costos asociados con la utilización de servicios financiados con fondos públicos y el aumento de la calidad de vida entre las personas sin hogar y dependientes del alcohol.

Tabaquismo

Haziza et al. (2020b), en la primera parte de su estudio, decidieron evaluar la reducción de la exposición y comparación con fumadores de cigarrillos mentolados, sistema de calentamiento de tabaco y abstinencia de fumar. El estudio demostró una reducción sostenida de la exposición a HPHC (componentes dañinos y potencialmente dañinos), seleccionados en fumadores que se cambiaron a mTHS. Las reducciones se compararon con la opción de menor riesgo para los fumadores: la abstinencia de fumar. Adicionalmente, se observaron reducciones significativas y sostenidas en los niveles de biomarcadores de exposición después de cambiar de mCC (cigarrillos mentolados) a mTHS durante todo el período de exposición. Haziza et al. (2020a) continúan con la segunda parte de este estudio. En este, los investigadores concluyeron que sus resultados fueron prometedores, pero necesitan una mayor confirmación por parte de investigadores independientes en una población más amplia y representativa de fumadores

estadounidenses. Los datos sugirieron que la exposición reducida demostrada cuando se cambia completamente a mTHS puede estar asociada con efectos positivos sobre la disfunción endotelial y el estrés oxidativo, como se reflejó después de 3 meses en niveles significativamente más bajos de sICAM-1 y 8-epi-PGF2 α en comparación con seguir fumando.

Zakarian et al. (2004) observaron disminución en el consumo de cigarrillos conforme aumentaban las semanas de tratamiento en el grupo tratado, en comparación con el grupo de control. Adicionalmente, observaron disminución de la concentración de cotinina en orina de los niños de las mujeres tratadas de una manera más rápida que en el grupo de control. En los resultados de Allen et al. (2016) de manera resumida e, independientemente de la aleatorización, las mujeres tendieron a utilizar menos producto del estudio que los hombres y fueron menos sensibles a la administración oral de nicotina en términos de evitar fumar. Aunque los hombres en este estudio tendieron a usar *snus* al menos tanto como el chicle de nicotina, el chicle produjo niveles más bajos de NNAL total (4-metilnitrosamino-1-(3-piridil)-1-butanol urinario y sus glucurónidos), que el *snus* y mayores tasas de evitación del cigarrillo al final del tratamiento. Estos resultados sugieren que, independientemente del sexo, no se observan mayores efectos beneficiosos con el *snus* sobre el chicle de nicotina como método de RD.

Baker et al. (2010), implementaron una intervención para informar los hallazgos de un seguimiento naturalista 4 años después de un ensayo de intervención contra el tabaquismo. Dentro de los resultados se encontró que dos tercios de los que completaron la evaluación en un año, fueron seguidos a los 4 años (164/247, 66,4%), de estos el 79,2% informó mantenimiento o mejora en su estado de reducción del tabaquismo en relación con 1 año. La abstinencia al año se asoció significativamente con la abstinencia de prevalencia puntual a los 4 años. También fueron evidentes períodos prolongados entre los que informaron abstinencia de prevalencia puntual de 4 años o al menos una reducción del 50%.

Los autores recomendaron que los médicos aborden y controlen el tabaquismo durante el tratamiento de las personas con psicosis, haciendo hincapié en el estilo de vida potencial y los beneficios de RD, con miras a dejar de fumar finalmente.

Hamilton et al. (2007) realizaron un estudio basado en las escuelas durante 2 años sobre la iniciación al tabaquismo en adolescentes, haciendo una comparación entre quienes nunca fumaron en comparación con una muestra basada en la abstinencia de *tratamiento habitual*. El proyecto, denominado *The Smoking Cessation for Youth Project* fue un ensayo controlado aleatorio por conglomerados realizado en 30 escuelas de Australia Occidental. Los resultados de este ensayo sugieren que la intervención de minimización del daño resultó en una reducción neta del daño: a través de una menor prevalencia del tabaquismo regular y un aumento en la iniciación a fumar. Si bien los temores de posibles efectos iatrogénicos negativos asociados con la minimización del daño se han informado comúnmente en la literatura, ha habido poca evidencia para verificar o disipar estas preocupaciones. Esta investigación debería disipar algunos temores de los efectos iatrogénicos negativos de las intervenciones de minimización de daños en las escuelas.

Marihuana o Cannabis

Vogl et al, (2014) realizaron un estudio para evaluar la viabilidad y eficacia del clima escolar sobre informáticas universales: módulo de psicoestimulantes y cannabis en estudiantes del grado 10 de 21 escuelas secundarias en Australia, mediante un ensayo controlado aleatorizado. Para ello, intervinieron en 906 estudiantes y otros 828 fueron establecidos como controles. Se demostró que el programa Climate Schools aumentó el conocimiento sobre el cannabis y los psicoestimulantes y disminuyeron las actitudes pro-drogas. A corto plazo, el programa resultó eficaz para reducir la absorción y estabilizar la frecuencia del consumo de éxtasis; sin embargo, no hubo cambios en el consumo de metanfetamina/anfetamina. Además, las mujeres que recibieron el programa

consumieron cannabis con mucha menos frecuencia que los estudiantes que recibieron educación sobre drogas como de costumbre.

Palfai et al. (2016) realizaron un estudio para examinar si la disposición al cambio moderó la influencia de una intervención basada en la web sobre la frecuencia de uso de drogas en los resultados de 3 meses. La intervención fue basada en la web mediante el programa eCHECKUP TO GO-marihuana, que es una intervención disponible comercialmente que se usa ampliamente en universidades y colegios en los EE. UU y Canadá. Dentro de los resultados, se encontró que específicamente aquellos que niveles altos en la escala de acción mostraron menos días de consumo de marihuana a los 3 meses, después de que se expusieron a la intervención, en comparación con los controles. La intervención no influyó significativamente en los resultados entre los que se encontraban en la subescala de acción. Por el contrario, la preocupación por el consumo de marihuana (medida por la escala de reconocimiento de problemas) no actuó como un moderador significativo de la intervención cuando se incluyó en el mismo modelo. Estos resultados sugieren que este eSBI (cribado electrónico e intervención breve), puede impulsar los esfuerzos de cambio entre los estudiantes que han comenzado a tomar medidas para cambiar su consumo de marihuana.

Personas que se inyectan drogas

Lewis et al. (2015) no encontraron asociaciones significativas entre experimentar una barrera de compra de jeringas de farmacia y el grupo de estudio. Estos hallazgos presentaron evidencias de que los servicios de farmacia ampliados para PWID pueden alentar el uso de jeringas estériles que pueden fomentar la RD, disminuyendo el riesgo de inyección en comunidades negras y latinas con una alta carga de VIH.

Los análisis de Roux et al. (2016) mostraron que los participantes que recibieron al menos una sesión educativa durante el

seguimiento, tenían más probabilidades de informar sobre la prueba del VHC en comparación con los que no recibieron ninguna intervención OR = 4,13 (IC95% 1,03; 16,60). La intervención educativa AERLI demostró eficacia en la reducción de las prácticas de riesgo de VHC y las complicaciones cutáneas asociadas y también parecieron tener un impacto positivo en el aumento de las pruebas de VHC en PWID. Este estudio mostró un impacto adicional importante en la aceptación por parte de los pacientes de las pruebas del VHC de una intervención educativa basada en la comunidad sobre las prácticas de inyección para PWID realizadas en sitios de bajo umbral. Bertrand et al. (2015) analizaron la eficacia de una breve intervención basada en entrevistas motivacionales (MI) y entrevistas educativas (EI) para reducir los comportamientos de inyecciones de alto riesgo durante un período de 6 meses entre personas que se inyectaban drogas (PWID). Los investigadores concluyeron que una breve intervención de entrevista motivacional fue más efectiva que una breve intervención educativa para reducir algunas conductas de alto riesgo de inyectarse en los siguientes 6 meses. Adicionalmente, este ensayo demostró la viabilidad de realizar estudios exhaustivos de PWID en la comunidad para evaluar la efectividad de estrategias innovadoras destinadas a reducir los comportamientos de inyección de riesgo.

En Winhusen et al. (2020) se evidenció que los comportamientos de riesgo de sobredosis autoinformados disminuyeron significativamente (6,2 a 2,4, $p < 0,01$). La mayoría de los participantes (65%) informó el uso de naloxona. Los autores concluyeron que el PTOEND puede ser eficaz para promover la RD y la preparación para el tratamiento. En Avants et al. (2004), los investigadores mostraron dentro de sus hallazgos que, durante el tratamiento, los pacientes que recibieron HRG tenían más probabilidades de abstenerse de la cocaína y de informar menos prácticas sexuales peligrosas. Post-tratamiento con HRG, los pacientes obtuvieron puntuaciones más altas en una prueba de riesgo sexual e informaron una mayor autoeficacia en situaciones sexuales de alto riesgo. El tratamiento

grupal de RD semanal con la metadona fue algo más caro, pero puede generar cambios positivos en los comportamientos y actitudes asociados con la transmisión del VIH. Arredondo-Sánchez et al. (2019) realizaron un reporte que midió y comparó las actitudes entre policías y personas con experiencia vivida (PEV) en uso de heroína en Tijuana, relacionadas con una posible implementación de los sitios de consumo (SCS) en la ciudad; oficiales de policía y con personas con experiencia vivida internadas. Los investigadores concluyeron que las actitudes hacia los SCS indican una posible implementación exitosa de SCS en la ciudad. Esta intervención representaría una forma innovadora de disminuir el acoso y victimización policial hacia las PEV, reduciendo los factores de riesgo de VIH y VHC, mejorando así la salud comunitaria.

Otras drogas (éxtasis, crack y otras)

Whittingham et al. (2009), siguiendo una estrategia de RD, utilizaron materiales que proporcionaron información sobre cómo minimizar los peligros potenciales asociados con el uso de drogas entre usuarios y no usuarios. Los efectos adversos potenciales de estos materiales se examinaron en medidas de actitud, intención y expectativa de resultados hacia el uso de drogas en las fiestas. Los hallazgos de ambos estudios experimentales sugieren que las tarjetas de información fueron de impacto más persuasivo que los folletos, presumiblemente debido a una redacción más concisa del mismo mensaje. Otro hallazgo fue que en caso de que exista mucho conocimiento presente en la población objetivo, lo cual es cierto para el éxtasis y no para el GHB, se vuelve más difícil de obtener diferencias. En conclusión, las pruebas preliminares experimentales permitieron a los investigadores aproximarse la efectividad de materiales de campaña. Estos conocimientos pueden proporcionar información importante a los desarrolladores de campañas sobre el desarrollo e implementación de materiales de educación para la salud y, por lo tanto, contribuir a la eficacia de las estrategias de campaña para reducir las conductas de riesgo.

Wechsberg et al., 2004; realizaron un estudio para comparar los resultados a los 3 y 6 meses de una intervención contra el VIH centrada en mujeres consumidoras de crack para una intervención estándar revisada del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas y un grupo de control: las mujeres afroamericanas sin tratamiento de drogas que usaban crack. Dentro de los hallazgos, se encontró que todos los grupos redujeron significativamente el consumo de crack y las relaciones sexuales de alto riesgo en cada seguimiento, pero solo los participantes de la intervención centrada en las mujeres mejoraron de manera consistente el estado de empleo y vivienda. Los investigadores concluyeron que una intervención centrada en la mujer puede reducir con éxito el riesgo, facilitar el empleo y la vivienda y reducir efectivamente la frecuencia de las relaciones sexuales sin protección a largo plazo.

Tsemberis et al. (2004) realizaron un estudio para comparar la eficacia del modelo *Housing First Program*. Utilizaron el *Continuum of Care* para personas que se encontraban crónicamente sin hogar y con enfermedades mentales, así como para personas con enfermedades mentales del *Housing First Program*, mediante un ensayo controlado aleatorizado. Dentro de los hallazgos que reportaron los investigadores, se encontró que el grupo experimental obtuvo vivienda antes, permaneció estable y reportó una mayor percepción de elección. La utilización del tratamiento por abuso de sustancias fue significativamente mayor para el grupo de control, pero no se encontraron diferencias en el uso de sustancias o síntomas psiquiátricos. Se logró atestiguar la efectividad de utilizar el enfoque *Housing First* para involucrar, alojar y mantener a las personas que están crónicamente sin hogar y con diagnóstico doble. El programa *Housing First* mantuvo una tasa de retención de vivienda de aproximadamente el 80%, una tasa que presenta un profundo desafío a las suposiciones clínicas sostenidas por muchos proveedores de viviendas de apoyo de *Continuum of Care* que consideran a las personas sin hogar crónicamente como “no preparadas para la vivienda”. Más importante aún,

la estabilidad residencial lograda por el grupo experimental desafía las suposiciones clínicas de larga data (pero no probadas previamente) con respecto a la correlación entre la enfermedad mental y la capacidad de mantener un apartamento propio.

Carrico et al. (2014) documentaron los resultados de los consumidores de metanfetamina (MSM) que recibían tratamiento por abuso de sustancias de RD basado en la comunidad para determinar si se justifica una investigación clínica más definitiva, con la finalidad de examinar la eficacia de este enfoque entre hombres homosexuales consumidores de metanfetamina mediante un ensayo controlado. Los participantes en ambos estudios informaron aumentos simultáneos en el consumo de marihuana. En conjunto, estos estudios fueron entre los primeros en observar que los clientes pueden reducir el uso de estimulantes y la conducta sexual de riesgo concomitante durante el tratamiento de RD por abuso de sustancias. Solli et al. (2018) realizó un estudio en Noruega, que entre otros objetivos, se planteó evaluar problemas psiquiátricos informados como síntomas de ansiedad, depresión e insomnio en individuos dependientes de opioides. Estos fueron aleatorizados a un tratamiento a corto plazo con naltrexona (XR-NTX) y buprenorfina-naloxona (BP-NLX) en 12 semanas y en 117 participantes que continuaron con XR-NTX o fueron incluidos en XR-NTX en un estudio de seguimiento de nueve meses para dependientes opioides, mediante un ensayo aleatorizado con 159 participantes. Dado que en el tratamiento con XR-NTX y BP-NLX se presentaron mejoras iguales en la ansiedad, la depresión y el insomnio, según lo evaluado por el HCL-25, tales síntomas no deben excluir la opción de dejar el tratamiento con agonistas opioides y ser inducido al tratamiento con XR-NTX. Entre otras conclusiones, se descubrió que XR-NTX es una opción de tratamiento eficaz y segura. Los participantes del estudio se consideraron representativos de las personas dependientes de opioides en Noruega. Cumplir con las preferencias de tratamiento es importante para la satisfacción y la adherencia al tratamiento. Una selección diferenciada de modalidades de tratamiento

disponibles aumenta la probabilidad de reclutar y mantener a los consumidores de opioides en tratamiento. Por lo tanto, XR-NTX podría ser un complemento útil para la selección existente.

Wright et al. (2012) realizaron un estudio en una clínica de tratamiento de adicciones perinatales de Hawái. Se construyó sobre un modelo de RD que abarcó la atención perinatal, el transporte, el cuidado infantil, los servicios sociales, la planificación familiar, los incentivos motivacionales y la medicina para las adicciones. Para ello se intervinieron mujeres mediante toxicología urinaria aleatoria durante el embarazo, así como toxicología urinaria en el momento del parto y la toxicología urinaria y del meconio en los bebés. Este artículo mostró el éxito y los desafíos en el cuidado de esta población de alto riesgo. Las mujeres en este estudio tenían altas tasas de problemas de salud mental y médicos concurrentes, altas tasas de pobreza, altas tasas de violencia interpersonal y altas tasas de tabaquismo. A pesar de estos desafíos, con las intervenciones y la atención adecuadas, las mujeres con adicciones pudieron tener resultados de parto relativamente normales.

Conclusiones

Después de realizar la revisión sistemática, donde finalmente se analizaron 27 artículos experimentales que incluyeron ensayos aleatorizados, estudios de intervención y estudios cuasi-experimentales; así como 36 observacionales que incluyeron estudios prospectivos, retrospectivos y transversales, se evidenciaron trabajos en RD en consumo de opio y PWID, tratamientos con naltrexona (antagonista de opiáceos); minimización de daños por abuso, consumo de alcohol y sus tratamientos con nalmefeno o naltrexona; rehabilitación psiquiátrica en consumidores de drogas; RD en tabaquismo jóvenes y adultos, consumo de marihuana (cannabis), en éxtasis y otras drogas y estrategias educación en RD al uso de Crack. También se evidenciaron tratamientos con metadona; programa de agujas y jeringas, naloxona/ buprenorfina; terapias combinadas y salas

supervisadas para inyección; enfoques educativos y similares. Es importante destacar que en la gran mayoría de los estudios se evidenciaron beneficios en los tratamientos, las intervenciones, la identificación de los consumidores y su entorno familiar y social. También, es importante destacar los programas educacionales en niños y jóvenes en cuanto a RD en consumo de alcohol, tabaquismo y cannabis en entornos escolares y universitarios. Es de resaltar también, los programas de agujas y jeringas tanto en farmacias como en sitios de consumo.

En cuanto al consumo de alcohol, se evidenció la relación de este con la violencia, el daño social y el beneficio en la RD en la sociedad, siendo una de las sustancias que más está impactando en el entorno social del individuo. Por tanto, se evidenciaron hallazgos importantes y de este modo se podrían recomendar algunas intervenciones en RD, resultados de esta revisión en diversas partes del mundo en cuanto a programas de agujas y jeringas sobre todo en farmacias en PWID en adultos. Adicionalmente, en jóvenes algunos programas exitosos se aplicaron en entornos escolares o universitarios y por programas computacionales en cuanto a consumo de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas.

No obstante, algunas de las intervenciones deberán ser aplicadas con precaución al querer adaptarlas al contexto colombiano, ya que una parte de las intervenciones realizadas tuvieron posibles sesgos en la selección de los individuos, en la información ofrecida a los participantes y en los procesos de aleatorización, realizados usualmente en los individuos y no en los tratamientos. Esto pudo disminuir la calidad de algunas de las investigaciones reportadas en esta revisión. Por último, es fundamental enfatizar que la represión o castigo, juzgando de alguna manera el consumo y asociándolo a delitos individuales en los consumidores, enjuiciando o estigmatizando a los consumidores, no será una solución acorde para un problema de salud pública como el consumo de sustancias psicoactivas. Se deberá reconocer ante todo el problema social que nos atañe y el reconocimiento de este gran conflicto con nuestra sociedad, para además lograr el

respeto por los derechos individuales del consumidor. En este orden de ideas, las políticas de RD del consumo de sustancias psicoactivas, se basan en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos. Citando a Bosque-Prous & Brugal, (2016) la RD se opone a los perjuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas, y promueve intervenciones que respetan y protegen los derechos humanos fundamentales.

Referencias

- Akiyama, M. J., Cleland, C. M., Lizcano, J. A., Cherutich, P., & Kurth, A. E. (2019). Prevalence, estimated incidence, risk behaviours, and genotypic distribution of hepatitis C virus among people who inject drugs accessing harm-reduction services in Kenya: A retrospective cohort study. *The Lancet Infectious Diseases*, *19*(11), 1255-1263. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(19\)30264-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(19)30264-6)
- Allen, A., Vogel, R. I., Meier, E., Anderson, A., Jensen, J., Severson, H. H., & Hatsukami, D. (2016). Gender differences in snus versus nicotine gum for cigarette avoidance among a sample of US smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, *168*, 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.08.624>
- Allen, E. J., Palmateer, N. E., Hutchinson, S. J., Cameron, S., Goldberg, D. J., & Taylor, A. (2012). Association between harm reduction intervention uptake and recent hepatitis C infection among people who inject drugs attending sites that provide sterile injecting equipment in Scotland. *International Journal of Drug Policy*, *23*(5), 346-352. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2012.07.006>
- Arredondo-Sánchez, J., Fleiz-Bautista, C., Baker, P., Villatoro-Velázquez, J. A., Domínguez-García, M., & Beletsky, L. (2019). Attitudes towards safe consumption sites among police and people with lived experience in Tijuana, Mexico: Initial report from the field. *Salud Mental*, *42*(4), 185-189. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.024>
- Aubin, H. J., Reimer, J., Nutt, D. J., Bladström, A., Torup, L., François, C., & Chick, J. (2015). Clinical relevance of as-needed treatment with nalmefene in alcohol-dependent patients. *European Addiction Research*, *21*(3), 160-168. <https://doi.org/10.1159/000371547>
- Avants, S. K., Margolin, A., Usubiaga, M. H., & Doebrick, C. (2004). Targeting HIV-related outcomes with intravenous drug users maintained on methadone: A randomized clinical trial of a harm reduction group therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *26*(2), 67-78. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(03\)00159-4](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(03)00159-4)

- Bagley, S. M., Forman, L. S., Ruiz, S., Cranston, K., & Walley, A. Y. (2018). Expanding access to naloxone for family members: The Massachusetts experience. *Drug and Alcohol Review, 37*(4), 480-486. <https://doi.org/10.1111/dar.12551>
- Baker, A., Richmond, R., Lewin, T. J., & Kay-Lambkin, F. (2010). Cigarette smoking and psychosis: Naturalistic follow up 4 years after an intervention trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 44*(4), 342-350. <https://doi.org/10.3109/00048670903489841>
- Bertrand, K., Roy, É., Vaillancourt, É., Vandermeerschen, J., Berbiche, D., & Boivin, J. F. (2015). Randomized controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among people who inject drugs. *Addiction, 110*(5), 832-841. <https://doi.org/10.1111/add.12867>
- Bizzarri, J. V., Casetti, V., Sanna, L., Maremmani, A. G. I., Rovai, L., Bacciardi, S., Piacentino, D., Conca, A., & Maremmani, I. (2016). The newer Opioid Agonist Treatment with lower substitutive opiate doses is associated with better toxicology outcome than the older harm reduction treatment. *Annals of General Psychiatry, 15*(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12991-016-0109-z>
- Bórquez, A., Abramovitz, D., Cepeda, J., Rangel, G., González-Zúñiga, P., Martin, N. K., Magis-Rodríguez, C., & Strathdee, S. A. (2019). Syringe sharing among people who inject drugs in Tijuana: Before and after the global fund. *Salud Mental, 42*(4), 149-156. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2019.020>
- Bosque-Prous, M., & Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria, 30*, 99-105. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.020>
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., Barrio, G., De García Olalla, P., & De La Fuente, L. (2005). Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction, 100*(7), 981-989. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01089.x>

- Carrico, A. W., Flentje, A., Gruber, V. A., Woods, W. J., Discepola, M. V., Dilworth, S. E., Neilands, T. B., Jain, J., & Siever, M. D. (2014). Community-based harm reduction substance abuse treatment with methamphetamine-using men who have sex with men. *Journal of Urban Health, 91*(3), 555–567. <https://doi.org/10.1007/s11524-014-9870-y>
- Collins, S. E., Saxon, A. J., Duncan, M. H., Smart, B. F., Merrill, J. O., Malone, D. K., Jackson, T. R., Clifasefi, S. L., Joesch, J., & Ries, R. K. (2014). Harm reduction with pharmacotherapy for homeless people with alcohol dependence: Protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials, 38*(2), 221–234. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.05.008>
- De La Fuente, L., Bravo, M. J., Toro, C., Brugal, M. T., Barrio, G., Soriano, V., Vallejo, F., Ballesta, R., Brugal, T., Barrio, G., Soriano, V., Vallejo, F., Ballesta, R., Brugal, M. T., Barrio, G., Soriano, V., Vallejo, F., & Ballesta, R. (2006). Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes. *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(6), 537–542. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.037333>
- De Mello Amaral, L. B., De Vasconcelos, T. B., De Sá, F. E., Da Silva, A. S. R., & Macena, R. H. M. (2016). Violência doméstica e a Lei Maria da Penha: Perfil das agressões sofridas por mulheres abrigadas em unidade social de proteção. *Revista Estudos Feministas, 24*(2), 521–540. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p521>
- Eibl, J. K., Gauthier, G., Pellegrini, D., Daiter, J., Varenbut, M., Hogenbirk, J. C., & Marsh, D. C. (2017). The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting. *Drug and Alcohol Dependence, 176*, 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.01.048>
- El-Mohandes, A., Herman, A. A., Nabil El-Khorazaty, M., Katta, P. S., White, D., & Grylack, L. (2003). Prenatal care reduces the impact

- of illicit drug use on perinatal outcomes. *Journal of Perinatology*, 23, 354–360. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7210933>
- Gauthier, G., Eibl, J. K., & Marsh, D. C. (2018). Improved treatment-retention for patients receiving methadone dosing within the clinic providing physician and other health services (onsite) versus dosing at community (offsite) pharmacies. *Drug and Alcohol Dependence*, 191, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.04.029>
- Goldenberg, S., Watt, S., Braschel, M., Hayashi, K., Moreheart, S., & Shannon, K. (2020). Police-related barriers to harm reduction linked to non-fatal overdose amongst sex workers who use drugs: Results of a community-based cohort in metro Vancouver, Canada. *International Journal of Drug Policy*, 76, artículo 102618. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102618>
- Hadland, S. E., Frank Wharam, J. W., Schuster, M. A., Zhang, F., Samet, J. H., & Larochele, M. R. (2017). Trends in receipt of buprenorphine and naltrexone for opioid use disorder among adolescents and young adults, 2001-2014. *JAMA Pediatrics*, 171(8), 747–755. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.0745>
- Hamilton, G., Cross, D., Resnicow, K., & Shaw, T. (2007). Does harm minimisation lead to greater experimentation? Results from a school smoking intervention trial. *Drug and Alcohol Review*, 26(6), 605–613. <https://doi.org/10.1080/09595230701613585>
- Handanagic, S., Sevic, S., Barbaric, J., Dominkovic, Z., Dakovic Rode, O., Begovac, J., & Bozicevic, I. (2017). Correlates of anti-hepatitis C positivity and use of harm reduction services among people who inject drugs in two cities in Croatia. *Drug and Alcohol Dependence*, 171, 132–139. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.11.028>
- Harm Reduction International. (2020). The global state of harm reduction 2020. En *The Global State of Harm Reduction* (Ed.), *SpringerReference* (7ma ed.). Harm Reduction International. https://doi.org/10.1007/springerreference_44276

- Haziza, C., De La Bourdonnaye, G., Donelli, A., Skiada, D., Poux, V., Weitkunat, R., Baker, G., Picavet, P., & Lüdicke, F. (2020a). Favorable changes in biomarkers of potential harm to reduce the adverse health effects of smoking in smokers switching to the menthol tobacco heating system 2.2 for 3 months (part 2). *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(4), 549-559. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz084>
- Haziza, C., De La Bourdonnaye, G., Donelli, A., Skiada, D., Poux, V., Weitkunat, R., Baker, G., Picavet, P., & Lüdicke, F. (2020b). Reduction in exposure to selected harmful and potentially harmful constituents approaching those observed upon smoking abstinence in smokers switching to the menthol tobacco heating system 2.2 for 3 months (part 1). *Nicotine & Tobacco Research: Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 22(4), 539-548. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntz013>
- Hides, L., Kavanagh, D. J. D., Daghli, M., Cotton, S., Connor, J. P., Barendregt, J. J., Young, R. M., Sanders, D., White, A., & Mergard, L. (2014). The Quik Fix study: A randomised controlled trial of brief interventions for young people with alcohol-related injuries and illnesses accessing emergency department and crisis support care. *BMC Emergency Medicine*, 14(1), artículo 19. <https://doi.org/10.1186/1471-227X-14-19>
- Iversen, J., Wand, H., Topp, L., Kaldor, J., & Maher, L. (2013). Reduction in HCV incidence among injection drug users attending needle and syringe programs in Australia: A linkage study. *American Journal of Public Health*, 103(8), 1436-1444. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301206>
- Johnson, B., & Richert, T. (2019). Non-prescribed use of methadone and buprenorphine prior to opioid substitution treatment: Lifetime prevalence, motives, and drug sources among people with opioid dependence in five Swedish cities. *Harm Reduction Journal*, 16, artículo 31. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0301-y>

- Kåberg, M., Hammarberg, A., Lidman, C., & Weiland, O. (2017). Prevalence of hepatitis C and pre-testing awareness of hepatitis C status in 1500 consecutive PWID participants at the Stockholm needle exchange program. *Infectious Diseases, 49*(10), 728–736. <https://doi.org/10.1080/23744235.2017.1334263>
- Kennedy, M. C., Hayashi, K., Milloy, M. J., Wood, E., & Kerr, T. (2019). Supervised injection facility use and all-cause mortality among people who inject drugs in Vancouver, Canada: A cohort study. *PLoS Medicine, 16*(11), artículo e1002964. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002964>
- Langendam, M. W., Van Brussel, G. H. A., Coutinho, R. A., & Van Ameijden, E. J. C. (2001). The impact of harm-reduction-based methadone treatment on mortality among heroin users. *American Journal of Public Health, 91*(5), 774–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.5.774>
- Larney, S., Peacock, A., Leung, J., Colledge, S., Hickman, M., Vickerman, P., Grebely, J., Dumchev, K. V., Griffiths, P., Hines, L., Cunningham, E. B., Mattick, R. P., Lynskey, M., Marsden, J., Strang, J., & Degenhardt, L. (2017). Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *The Lancet Global Health, 5*(12), 1208–1220. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30373-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30373-X)
- Lewis, C. F., Rivera, A. V., Crawford, N. D., DeCuir, J., & Amesty, S. (2015). Pharmacy-randomized intervention delivering HIV prevention services during the syringe sale to people who inject drugs in New York City. *Drug and Alcohol Dependence, 153*, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.006>
- Ma, J. Z., Ait-Daoud, N., & Johnson, B. A. (2006). Topiramate reduces the harm of excessive drinking: Implications for public health and primary care. *Addiction, 101*(11), 1561–1568. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01576.x>
- Marotta, P. L., & McCullagh, C. A. (2016). A cross-national analysis of the effects of methadone maintenance and needle and syringe program implementation on incidence rates of HIV in Europe from

1995 to 2011. *International Journal of Drug Policy*, 32, 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2016.02.007>

Marshall, B. D. L., Milloy, M.-J. J., Wood, E., Montaner, J. S. G., Kerr, T., Marshall, D. L., Milloy, M.-J. J., W., Montaner, J. S. G., Wood, E., Kerr, T., Kerr, T., Health, U., Marshall, B. D. L., Wood, E., & Montaner, J. S. G. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *The Lancet*, 377(9775), 1429-1437. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62353-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62353-7)

Marzel, A., Kusejko, K., Weber, R., Bruggmann, P., Rauch, A., Roth, J. A., Bernasconi, E., Calmy, A., Cavassini, M., Hoffmann, M., Böni, J., Yerly, S., Klimkait, T., Perreau, M., Günthard, H. F., Kouyos, R. D., Anagnostopoulos, A., Battegay, M., Bernasconi, E., ... Yerly, S. (2018). The cumulative impact of harm reduction on the Swiss HIV epidemic: Cohort study, mathematical model, and phylogenetic analysis. *Open Forum Infectious Diseases*, 5(5), artículo ofy078. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofy078>

Meyers, S. A., Rafful, C., Jain, S., Sun, X., Skaathun, B., Guise, A., Gonzalez-Zuñiga, P., Strathdee, S. A., Werb, D., & Mittal, M. L. (2020). The role of drug treatment and recovery services: an opportunity to address injection initiation assistance in Tijuana, Mexico. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 15(1), artículo 78. <https://doi.org/10.1186/s13011-020-00322-1>

Mutlu, C., Demirci, A. C., Yalcin, O., Kilicoglu, A. G., Topal, M., Karacetin, G., Mutlu, C., Demirci, A. C., Yalcin, O., Guven Kilicoglu, A., Kilicoglu, A. G., Topal, M., & Karacetin, G. (2016). One-year follow-up of heroin-dependent adolescents treated with buprenorfine/naloxone for the first time in a substance treatment unit. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 67, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2016.04.002>

Palfai, T. P., Tahaney, K., Winter, M., & Saitz, R. (2016). Readiness-to-change as a moderator of a web-based brief intervention for marijuana among students identified by health center

- screening. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 368–371. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.027>
- Parcesepe, A. M., L Engle, K. L., Martin, S. L., Green, S., Sinkele, W., Suchindran, C., Speizer, I. S., Mwarogo, P., & Kingola, N. (2016). The impact of an alcohol harm reduction intervention on interpersonal violence and engagement in sex work among female sex workers in Mombasa, Kenya: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 21–28. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.037>
- Paschall, M. J., Antin, T., Ringwalt, C. L., & Saltz, R. F. (2011). Effects of alcooledu for college on alcohol-related problems among freshmen: A randomized multicampus trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 72(4), 642–650. <https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.642>
- Pearce, L. A., Min, J. E., Piske, M., Zhou, H., Homayra, F., Slaunwhite, A., Irvine, M., McGowan, G., & Nosyk, B. (2020). Opioid agonist treatment and risk of mortality during opioid overdose public health emergency: Population based retrospective cohort study. *The BMJ*, 368, artículo m772. <https://doi.org/10.1136/bmj.m772>
- Robertson, A. M., Ojeda, V. D., Nguyen, L., Lozada, R., Martínez, G. A., Strathdee, S. A., & Patterson, T. L. (2012). Reducing harm from HIV/AIDS misconceptions among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico: A cross sectional analysis. *Harm Reduction Journal*, 9(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-35>
- Roux, P., Castro, D. R., Ndiaye, K., Debrus, M., Protopopescu, C., Gall, J. M. Le, Haas, A., Mora, M., Spire, B., Suzan-Monti, M., & Carrieri, P. (2016). Increased Uptake of HCV Testing through a Community-Based Educational Intervention in Difficult-to-Reach People Who Inject Drugs: Results from the ANRS-AERLI Study. *PLoS ONE*, 11(6), artículo e0157062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157062>
- Russolillo, A. (2019). *Epidemiological evaluations of methadone adherence in opioid dependent offenders: implications for public health and public safety* [Tesis inédita de doctorado]. Simon Fraser University. <http://summit.sfu.ca/system/files/iritems1/19403/etd20414.pdf>

- Solli, K. K., Latif, Z. H., Opheim, A., Krajci, P., Sharma-Haase, K., Benth, J. Š., Tanum, L., & Kunoe, N. (2018). Effectiveness, safety and feasibility of extended-release naltrexone for opioid dependence: a 9-month follow-up to a 3-month randomized trial. *Addiction, 113*(10), 1840-1849. <https://doi.org/10.1111/add.14278>
- Sullivan, S. G., Wu, Z., Cao, X., Liu, E., & Detels, R. (2014). Continued drug use during methadone treatment in China: A retrospective analysis of 19,026 service users. *Journal of Substance Abuse Treatment, 47*(1), 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.12.004>
- Sutter, A., Curtis, M., & Frost, T. (2019). Public drug use in eight U.S. cities: Health risks and other factors associated with place of drug use. *International Journal of Drug Policy, 64*, 62-69. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.007>
- Sypsa, V., Psychogiou, M., Paraskevis, D., Nikolopoulos, G., Tsiara, C., Paraskeva, D., Micha, K., Malliori, M., Pharris, A., Wiessing, L., Donoghoe, M., Friedman, S., Jarlais, D. Des, Daikos, G., & Hatzakis, A. (2017). Rapid decline in HIV incidence among persons who inject drugs during a fast-track combination prevention program after an HIV outbreak in Athens. *Journal of Infectious Diseases, 215*(10), 1496-1505. <https://doi.org/10.1093/infdis/jix100>
- Tobón Marulanda, F., Ramírez Villegas, J., & Jiménez Cartagena, C. (2013). Percepción de estudiantes universitarios consumidores de psicotrópicos sobre las políticas que abordan esta problemática en Medellín, Colombia. *Revista Costarricense de Salud Pública, 22*(2), 119-126. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292013000200006&lang=es
- Todd, C. S., Nasir, A., Stanekzai, M. R., Fiekert, K., Sipsma, H. L., Vlahov, D., & Strathdee, S. A. (2015). Hepatitis C and HIV incidence and harm reduction program use in a conflict setting: An observational cohort of injecting drug users in Kabul, Afghanistan. *Harm Reduction Journal, 12*(1), artículo 22. <https://doi.org/10.1186/s12954-015-0056-z>
- Tracy, D., Hahn, J. A., Fuller Lewis, C., Evans, J., Briceño, A., Morris, M. D., Lum, P. J., & Page, K. (2014). Higher risk of incident hepatitis

- C virus among young women who inject drugs compared with young men in association with sexual relationships: A prospective analysis from the UFO Study cohort. *BMJ Open*, 4(5), artículo e004988. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-004988>
- Tsemberis, S., Gulcur, L., & Nakae, M. (2004). Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), 651-656. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.4.651>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). Booklet 2: Drug Use and Health Consequences. En United Nations Office on Drugs and Crime, *World Drug Report* (pp. 1-49). <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/drug-use-health.html>
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. http://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/PRISMA_Spanish.pdf
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R., & Prins, M. (2007). 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*, 102(9), 1454-1462. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2007.01912.x>
- Vinet, E. V., & Faúndez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a través del MMPI-A. *Salud Mental*, 35(3), 205-213. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300004&lang=es
- Vogl, L.E., Newton, N.C., Champion, K.E., & Teesson, M. (2014). A universal harm-minimisation approach to preventing psychostimulant and cannabis use in adolescents: A cluster randomised controlled trial. *Substance Abuse: Treatment, Prevention, and Policy*, 9(1), artículo 24. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-9-24>

- Vogl, L., Teesson, M., Andrews, G., Bird, K., Steadman, B., & Dillon, P. (2009). A computerized harm minimization prevention program for alcohol misuse and related harms: randomized controlled trial. *Addiction*, *104*(4), 564-575. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02510.x>
- Wechsberg, W. M., Lam, W. K. K., Zule, W. A., & Bobashev, G. (2004). Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers. *American Journal of Public Health*, *94*(7), 1165-1173. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.7.1165>
- Whittingham, J. R. D., Ruiter, R. A. C., Bolier, L., Lemmers, L., Van Hasselt, N., & Kok, G. (2009). Avoiding counterproductive results: An experimental pretest of a harm reduction intervention on attitude toward party drugs among users and nonusers. *Substance Use and Misuse*, *44*(4), 532-547. <https://doi.org/10.1080/10826080802347685>
- Winhusen, T., Wilder, C., Lyons, M. S., Theobald, J., Kropp, F., & Lewis, D. (2020). Evaluation of a personally-tailored opioid overdose prevention education and naloxone distribution intervention to promote harm reduction and treatment readiness in individuals actively using illicit opioids. *Drug and Alcohol Dependence*, *216*, artículo 108265. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108265>
- Wright, T. E., Schuetter, R., Fombonne, E., Stephenson, J., Haning, W. F., Haning III, W. F., & Haning, W. F. (2012). Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women. *Harm Reduction Journal*, *9*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-9-5>
- Zakarian, J. M., Hovell, M. F., Sandweiss, R. D., Hofstetter, C. R., Matt, G. E., Bernert, J. T., Pirkle, J., & Hammond, S. K. (2004). Behavioral counseling for reducing children's ETS exposure: Implementation in community clinics. *Nicotine and Tobacco Research*, *6*(6), 1061-1074. <https://doi.org/10.1080/1462220412331324820>

CONSUMO

Características de los programas de prevención del consumo de cannabis recreativo

Angélica Alarcón-García

Mg. en Neurociencias
Terapeuta Ocupacional

Alejandra Ruiz Jessica

Ingeniera Industrial,
Mg. en Calidad

Andrés Cristancho-Duarte

Psicólogo, Mg. en Menores en
Situación de Desprotección y
Conflicto social

**Observatorio Colombiano de
Investigación en Cannabis
Medicinal**

Correo de contacto
secretariageneral@ocicam.org

Resumen

Debido a las consecuencias que puede tener el consumo de cannabis recreativo, existen diversas opciones de prevención y tratamiento para diferentes poblaciones. Principalmente, estas intervenciones de prevención se dirigen a la población juvenil, debido a que la iniciación al consumo de cannabis ocurre con mayor frecuencia durante la adolescencia. Se plantea como objetivo de investigación identificar cuáles son las características de los programas de prevención del consumo del cannabis recreativo en países que cuentan con un mercado del cannabis medicinal regularizado, este planteamiento es analizado mediante la caracterización de las estrategias creadas al interior de los programas de prevención. Se evidencia la vinculación de diferentes actores para fortalecer las redes de apoyo generando estrategias de co-construcción entre la comunidad y el equipo interdisciplinario del programa de prevención. Así mismo, se demuestra como variable importante el entorno en el que se desarrollan los programas de prevención y los riesgos identificados en su ejecución. Los resultados evidencian el valor educativo de generar programas de prevención de consumo de cannabis recreativo a través de un proceso integral que permite identificar las mejores prácticas de aquellos países que cuentan con experiencias y lecciones aprendidas de sus procesos de prevención.

Palabras clave: cannabis recreativo, cannabis medicinal, programas de prevención, consumo sustancias psicoactivas.

Introducción

El cannabis es una de las sustancias más consumidas a nivel mundial, con tasas de prevalencia media de por vida del 46% entre los adultos en los EE. UU. El 35% en Australia y el 26% en Europa (Boumparis et al., 2019). Debido al impacto sustancial que puede tener el consumo de cannabis, existen diversas opciones de prevención y tratamiento en varios grupos destinatarios.

Las intervenciones de prevención se dirigen principalmente a la población juvenil, ya que la iniciación al consumo de cannabis ocurre con mayor frecuencia durante la adolescencia (Coffey & Patton, 2016). Específicamente, el consumo de cannabis entre los jóvenes, en el contexto de la legalización del cannabis medicinal, se convierte en un riesgo para la salud pública que debe ser monitoreado y gestionado, considerando las suposiciones y los resultados deseados que guían los recursos de prevención y las discusiones públicas. Así mismo, se evidencia que el desafío en el espacio de la prevención del consumo de sustancias psicoactivas es responder a la necesidad de recursos basados en evidencias (Haines-Saah et al., 2019). Este documento se suma al debate sobre la diferenciación del uso recreativo del cannabis y su uso medicinal, como parte de un proceso reflexivo que demanda la industria emergente del cannabis medicinal en Colombia. Se adopta un enfoque interpretativo desde donde se identifica la preocupación sobre el aumento de las tasas de prevalencia del consumo de cannabis entre los adolescentes (Lize et al., 2017). Además, se argumenta que una de las causas de este inconveniente es que el cannabis y sus entornos, así como otras escenas de consumo de drogas, son volátiles en su dinámica y los cambios que ocurren muy rápidamente necesitan una vigilancia sobre las tendencias emergentes de su consumo (Stimson et al., 2009). Como consecuencia, las intervenciones no suelen ser adaptadas a las características individuales del grupo destinatario ni son enmarcadas en un contexto y una estructura normativa particular (Dupont et al., 2015). Sin embargo, a medida que aumenta el número de consumidores de cannabis, aumenta la demanda de prevención y tratamiento, por esta razón, se deben evaluar nuevas estrategias que consideren las capacidades limitadas de las instalaciones tradicionales de prevención y tratamiento (Montanari et al., 2017).

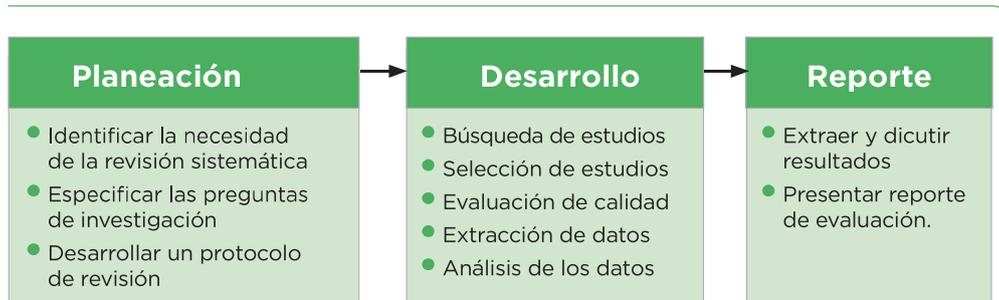
La primera parte del documento presenta cómo los programas de prevención para el consumo recreativo de cannabis son establecidos en aquellos países en donde el cannabis medicinal

está legalizado. Adicionalmente, se exponen las características de este tipo de programas con el fin de caracterizar las estrategias y alternativas planteadas a lo largo del proceso de prevención de consumo de sustancias psicoactivas. La segunda parte del trabajo informa las conclusiones y discusiones que son generadas tomando en cuenta la experiencia y lecciones aprendidas de aquellos países en donde se han desarrollado e implementado espacios y entornos de prevención del cannabis recreativo. Se espera que estas contribuciones sean un aporte útil a los programas a desarrollar en un futuro en el territorio colombiano. El desarrollo de esta investigación se enmarca en una revisión del tema y fue diseñado para explorar la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son las características de los programas de prevención para el consumo del cannabis recreativo en países que cuentan con un mercado del cannabis medicinal regularizado?

Método

El estudio es una revisión sistemática de literatura (SLR, por sus siglas en inglés) sustentada en términos generales en las directrices metodológicas por fases establecidas por Kitchenham & Charters (2007). Las tres fases están enfocadas en el método de realización de SLR creado para el campo de estudio de la ingeniería de software, posteriormente adaptado a otras áreas de conocimiento (ver Figura 1). En términos particulares, son tomados en cuenta los aportes de Kitchenham et al. (2010) y Schön et al. (2017) con referencia a los procesos desarrollados en cada una de las fases del SRL.

Figura 1. Fases de la SLR



Fuente: adaptado de Kitchenham et al. (2010) y Schön et al. (2017).

Planeación

Identificación de la necesidad de la revisión sistemática

La fase de planificación consistió en tomar decisiones relevantes sobre las unidades de análisis de esta investigación. Posterior a ejercicios exploratorios y de revisión de tendencias de publicación sobre los programas de prevención para el consumo de cannabis recreativo, se determina como necesidad de indagación el estudio de las variables que son tomadas en cuenta para la generación de dichos programas en países que cuentan con un mercado de cannabis regularizado.

Preguntas de investigación

Las preguntas de investigación (RQ, por sus siglas en inglés) planteadas para este estudio pretenden explorar los aportes investigativos más relevantes frente al tema de investigación seleccionado. Las preguntas de investigación de este estudio se describen a continuación:

- RQ1: ¿Qué población ha sido vinculada al proceso de desarrollo de los programas de prevención de consumo de cannabis recreativo?
- RQ2: ¿Cuáles han sido los entornos de desarrollo de los programas de prevención de consumo de cannabis recreativo?

- RQ3: ¿Cuáles han sido los riesgos identificados en el desarrollo de los programas de prevención de consumo de cannabis recreativo?
- RQ4: ¿Cuáles han sido las estrategias diseñadas para el desarrollo de los programas de prevención de consumo de cannabis recreativo?

Protocolo de desarrollo

Posterior a la definición de los objetivos de la investigación y las RQ, se elabora la estrategia de investigación mediante los criterios de búsqueda. Inicialmente, se establecen como categorías principales de búsqueda: cannabis medicinal, prevención y cannabis recreativo. La búsqueda se realizó con los términos en el idioma inglés con el fin de recuperar mayor cantidad de estudios y reconocer los componentes de los programas de prevención resaltados en las investigaciones y que, más adelante, se sintetizan en elementos de análisis. El protocolo es desarrollado en congruencia con los lineamientos teóricos de los autores del SLR.

Desarrollo

Búsqueda de estudios

La fase de desarrollo inicia con la búsqueda de información mediante las categorías principales establecidas y los operadores boléanos en las bases de datos Scopus y Web Of Science (WoS). Los criterios de búsqueda se delimitan a artículos de acceso abierto, en cualquier idioma y con fecha de publicación posterior al año 2016 y hasta el 2020.

Selección de estudios

En la selección de los estudios, el filtro inicial reportó 1788 artículos de ambas bases de datos. Posteriormente se realiza la depuración de la información por áreas del conocimiento, seleccionando los correspondientes a Ciencias Sociales (*Social Sciences*),

Multidisciplinar (*Multidisciplinary*), Psicología (*Psychology*), Enfermería (*Nursing*), Artes y Humanidades (*Arts and Humanities*) y Medicina (*Medicine*). De esta forma permanecen 537 artículos de investigación.

Evaluación de calidad

Se realiza la evaluación de pertinencia de los artículos resultado del segundo filtro con las siguientes preguntas de calidad: 1. ¿los hallazgos se basan en múltiples proyectos?; 2. ¿las investigaciones discuten algún problema con la validez/confiabilidad de sus resultados?; 3. ¿se presentan resultados negativos?; 4. ¿está claro el propósito del análisis de datos?; 5. ¿se describen adecuadamente los métodos de recopilación de datos?; 6. ¿están claramente especificados los objetivos de la investigación?, y 7. ¿el documento destaca el enfoque empírico o conceptual? Posteriormente, los estudios se codificaron en categorías inductivas según la información identificada de cada documento; como resultado se obtuvieron 320 artículos clasificados.

Extracción y análisis de datos

Para la extracción de datos, los documentos se organizaron en sublíneas temáticas según categorías emergentes de descripción de los componentes de los programas de prevención, de acuerdo con el objetivo del SRL. El análisis de los datos es orientado por las preguntas de investigación de nuestro estudio, esto permite la identificación de 6 textos que responden a las sublíneas temáticas: cannabis medicinal regulado, planes de prevención y comunidad.

Reporte

Extraer y discutir los resultados

Posterior al análisis de los datos se realiza el proceso de extracción y síntesis de la información, los detalles son presentados en la siguiente sección de resultados de este texto.

Desarrollo

Los programas de prevención de consumo de cannabis en países como Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos se caracterizan por resaltar la necesidad de considerar las diferentes estrategias desde el marco de la prevención en articulación con los lineamientos nacionales de salud pública, ya que, como se observa, diferentes estudios evidencian el aumento del consumo recreativo de cannabis en etapas tempranas como la infancia y la adolescencia. Esto es llamativo, ya que las políticas de los diferentes países están direccionadas a la despenalización del uso medicinal del cannabis y en consecuencia existe aumento en la demanda de las estrategias de prevención del consumo recreativo. Se reconoce que el efecto de las estrategias de intervención está centrado en la prevención y no en la atención clínica del consumidor, esto tiene un efecto que permanece en el tiempo e incluso retrasa el inicio temprano del consumo recreativo del cannabis.

Particularmente, los programas de prevención de los Países Bajos enfatizan que la caracterización de la población objeto y su contexto es la clave para aumentar no solo la cobertura sino también las tasas de permanencia en las estrategias. Por esta razón, diferentes municipios de estos países establecieron un programa coordinado de estudios de Evaluación y Respuesta Rápida (RAR, por sus siglas en inglés) con el fin de obtener conocimientos básicos y fundamentales para la implementación del mejor paquete de herramientas preventivas para el consumo problemático de cannabis entre los jóvenes. A partir de allí, exponen que su experiencia con el uso de este método les ha permitido identificar poblaciones consumidoras, así como poblaciones en riesgo, lo que demanda la adaptación y articulación de las estrategias de prevención; pues estas deben ser coherentes con las características situadas de la población evaluada y adaptarse al mismo tiempo a las características de las poblaciones en riesgo identificadas (Dupont et al., 2015). La adaptación de diferentes modelos de los programas de prevención, como lo es el RAR, ha demostrado diferentes ventajas, por una parte se evidencia que el

conocimiento adquirido por parte de los trabajadores vinculados al proceso de prevención de las intervenciones basadas en la evidencia promueve una rápida eliminación de las propuestas preventivas que no son factibles. Además, la interacción que el trabajador de prevención tiene con el grupo objetivo durante la fase de evaluación ayuda a construir la red que será necesaria para implementar el plan de respuesta en una fase posterior. Por último, se evidencia la posibilidad de adaptar rápidamente las intervenciones basadas en evidencia al contexto de los grupos vulnerables.

Así mismo, los resultados obtenidos como implementación de los programas de prevención son eficaces para promover y consolidar actitudes contrarias al consumo de drogas. Estos resultados se sitúan en consonancia con los hallazgos, puesto que las intervenciones basadas en el entrenamiento de habilidades personales son eficaces para reducir el consumo de cannabis y las variables que lo median a corto plazo, según lo plantean Lemstra et al. (2010) transcurridos dos años, según mencionan Sussman et al. (2003) y hasta 5 años posteriores a la aplicación de las intervenciones, según Furr-Holden et al. (2004).

Población vinculada al proceso de prevención

Una de las características principales de los programas de prevención es que no solo se centran en la población consumidora, sino que, más bien, son una estrategia de articulación comunitaria que implica la participación de diferentes actores, fortalece las redes de apoyo y genera un sentimiento de identificación y pertenencia, ya que el diseño de las estrategias es una co-construcción entre la comunidad y el equipo interdisciplinario de prevención. De igual manera, coinciden en que los actores involucrados en la problemática del consumo de cannabis en la infancia y la adolescencia no puede estar limitada únicamente a los consumidores habituales de cannabis, sino que, por el contrario, en el marco de un programa de prevención las estrategias deben considerar la participación de población

no consumidora, redes sociales, culturales y, por supuesto, las normativas específicas de cada contexto. La eficacia de estos programas no dependen de la existencia o no de los mismos, sino del esfuerzo y eficiencia con que se impartan (Sellers Asensio, 2013).

Del mismo modo, se resalta el rol de los padres de familia como primeros respondientes en los procesos educativos. Dentro de las estrategias, se encuentran los procesos de empoderamiento de los padres como actores activos de los procesos de desarrollo de sus hijos. También se resalta que el éxito de las estrategias está centrado en una prevención con la participación de los infantes y adolescentes como protagonistas del proceso de prevención, esto quiere decir que las estrategias se diseñan a partir del reconocimiento de la motivación que tiene la población para iniciar el consumo del cannabis, que en muchos casos está ligado a dificultades familiares, sociales e incluso escolares y académicas y, en otros, es cuestión de curiosidad o retos impuestos por grupos sociales.

La vinculación de los padres en el proceso de prevención nace desde la problemática del aumento del consumo de cannabis en población adolescente como idea arraigada de las consecuencias de la legalización; en ese sentido, el papel de los padres es estimulado por el cambio inminente del estatus legal del cannabis en la población adolescente, las estrategias de prevención están direccionadas a que los padres asuman un rol educador y fomenten el diálogo con sus hijos sobre el cannabis, supuestamente para evitar un consumo y uso mayor del mismo, ya que se asume que la legalización conduce a un consumo generalizado en la población (Haines-Saah et al., 2019). Se hace énfasis en el diálogo abierto en el cual los adolescentes puedan expresar las motivaciones o curiosidades que puedan llevarlos al consumo de cannabis, pero, al mismo tiempo, y entendiendo que es una comunicación en doble vía, puedan también conocer las consecuencias y problemáticas que trae consigo el consumo.

Sin embargo, algunos estudios han demostrado que hasta el momento no existen estrategias claras que permitan guiar a los padres a realizar acciones preventivas más allá del diálogo. Generalmente se hace referencia a los programas escolares de prevención del consumo (West & O'Neal, 2004; Faggiano et al., 2008), los cuales no han demostrado tener tanta eficacia. Los modelos centrados en la abstinencia y los enfoques didácticos no logran involucrar a los estudiantes (Skager, 2008) y los modelos autoritarios que se centran en una estructura de “arriba hacia abajo” de educación sobre las drogas, han sido cuestionados, ya que en su mayoría se enfocan en la exposición del riesgo a nivel individual pero no se tienen en cuenta las características propias del contexto en el cual se presenta el riesgo, como el consumo determinado por influencias contextuales y culturales (Moffat Haines-Saah & Johnson, 2017). En ese sentido, y teniendo en cuenta que la evidencia de investigación sobre la educación y la prevención más allá de los entornos escolares es limitada y escasa, la estrategia basada en el acompañamiento y empoderamiento de los padres y los procesos de auto información de los jóvenes representa una alternativa viable y confiable (Haines-Saah et al., 2019).

Los programas también hacen referencia a que las estrategias de prevención deben continuar con la participación de los entornos escolares, estimulando el proceso dialógico entre los estudiantes y los profesores, promoviendo también las acciones interactivas por encima de las estrategias de conferencia, ya que involucran a los participantes en actividades de desarrollo de habilidades y se enfocan en la interacción entre los participantes, favoreciendo los procesos de apropiación y uso del conocimiento o información (Lize et al., 2017)

Así que, como se puede observar, la población que participa en los procesos de prevención va más allá de la población objeto de la estrategia. Se resalta que la participación de los diferentes actores del contexto en el que se desarrollan los niños, niñas y adolescentes permite la permanencia en los programas de prevención. Así mismo, se hace énfasis en el reconocimiento del

rol diferenciado de cada uno de los actores, es decir, el rol interno que pueden llegar a tener los docentes y padres de familia y roles o representaciones externas que puede llegar a tener el personal de salud o psicólogos que acompañen el proceso de prevención (Gázquez Pertusa et al., 2016).

Entorno de desarrollo

Una característica adicional de los programas de prevención de países como Canadá y Estados Unidos es que centran sus estrategias en la articulación de diferentes servicios sociales, ya que se considera que los procesos de prevención no se deben limitar únicamente al equipo de salud, sino que deben contar con la participación de agentes educativos, resaltando que las estrategias tienen un lugar de aplicación en escenarios escolares; pues es allí donde la mayoría de actores pueden coincidir con la población objeto, la infancia y la adolescencia. Además, Norberg et al. (2013) muestran que los efectos de los programas escolares de prevención del cannabis pueden diferir según la modalidad y los componentes externos, como las características familiares y comunitarias que potencialmente mejoran la prevención. Los programas escolares pueden ser un componente rentable de estrategias de prevención más amplias. Si bien se siguen necesitando estudios más rigurosos que evalúen el impacto de estos programas, la investigación desarrollada hasta el día de hoy proporciona más apoyo para el uso de programas interactivos en las escuelas intermedias para prevenir el consumo de cannabis por parte de los adolescentes en países como Estados Unidos (Lize et al., 2017).

Así mismo, en los Países Bajos, los programas centran el panorama de los procesos de prevención en la identificación integral de la población objeto, es decir, desde los programas de prevención centrados en entornos escolares hasta las intervenciones específicas con población en riesgo por ser hijos de toxicómano (Dupont et al., 2015). Diferentes estudios también apoyan la idea de que los programas de prevención centrados en entornos

escolares pueden llegar a reducir el consumo de sustancias, sin embargo, se requiere de la participación activa y constante del personal del escenario educativo, ya que en ocasiones puede haber dificultades de disponibilidad de recursos o tiempo para ejecutar los programas (O'Brien et al., 2010).

Los diferentes programas resaltan el escenario escolar como un entorno positivo para el desarrollo de programas, pero hacen énfasis en que no debe limitarse a solo la participación del personal escolar, sino que debe haber acciones coordinadas con la propia comunidad y con entidades públicas y privadas que impulsen la continuidad de las estrategias fuera del entorno protector escolar (Burnett, 2020).

Reducir el consumo de cannabis entre los jóvenes de los países como Canadá, Estados Unidos y los Países Bajos es una prioridad de salud pública, teniendo como precedente las estrategias centradas en el escenario escolar. Estos programas resaltan los procesos de articulación con las políticas regionales y nacionales, con el fin de garantizar no solo la disponibilidad de recursos, tiempos y espacios, sino también de garantizar la sostenibilidad y sustentabilidad de las estrategias en la comunidad, resaltando un enfoque universal que trasciende los entornos escolares (Zuckermann et al., 2020).

Riesgos

Los programas de prevención de los diferentes países también coinciden en que existen factores de riesgo asociados, los cuales varían y no pueden ser determinados por las mismas características cambiantes de la evolución social. Uno de los factores es la determinación de la edad de inicio del consumo, dado que esta característica nunca es constante y, como se mencionó, puede deberse a múltiples factores extrínsecos o intrínsecos del contexto en el que se encuentran los niños, niñas y adolescentes. Otro de los factores para tener en cuenta es la composición bioquímica del cannabis que consumen, específicamente relacionada con

los niveles de THC que pueda tener el producto. El conocimiento de dichas proporciones implicaría la realización de exámenes específicos y de calidad confiable, que logren determinar la exactitud de los compuestos. Sin embargo, esto desencadena en la invasión a la privacidad de los usuarios y en consecuencia al tercer factor de riesgo identificado: la frecuencia del uso o uso actual del cannabis, porque aun cuando la mayoría de los países tiene una legislación que tiende a la legalización medicinal, el uso recreativo aún depende en gran medida de fuentes ilícitas donde no se controla la frecuencia ni la calidad de lo que se está consumiendo, de ahí el aumento en la demanda de las estrategias de prevención y la preocupación social por el aumento del consumo de cannabis en la población joven (Deursen et al., 2010).

Estrategias diseñadas

Los programas de prevención resaltan que una vez identificados los riesgos de las estrategias que comúnmente se utilizan, el paso a seguir es la diversificación de las mismas y hacen mención al uso de la tecnología como apoyo en los procesos de diseño de estrategias de prevención, teniendo como base la ampliación en la cobertura y mayor disponibilidad de acceso y tiempo; reduciendo así el umbral para acceder a la atención y generando un fuerte impacto en la salud pública (Boumparis et al., 2019). Aquí es necesario resaltar, por supuesto, que estas estrategias deben ser guiadas por un equipo interdisciplinario con experiencia en los procesos de prevención de adicciones, ya que ellos pueden adaptar y en determinado caso graduar las diferentes estrategias dependiendo de las características mismas de la población que las esté utilizando, de ahí que se haga énfasis en la caracterización primaria de la población objeto de las estrategias de prevención.

Por otro lado, en España actualmente existe el programa de prevención denominado Plan Autonómico sobre Drogodependencias y Otras Conductas Adictivas 2018-2024, el cual plantea un modelo asistencial multisectorial y propone un modelo homogéneo en el que se utilizan los recursos territoriales

a través de una intervención cooperativa entre los servicios sociales, sanitarios, educativos y entidades en general. Además, cuenta con cinco áreas de actuación entre las que se encuentran: prevención y promoción de la salud; reducción de la oferta; red asistencial de atención de las adicciones; formación y gestión del conocimiento y coordinación. Se realiza un énfasis en la primera, prevención y promoción de la salud, en donde se expone un modelo sistematizado para la actuación en la prevención con el fin de reducir tanto el consumo como los daños en la salud. Además, refuerza en todo momento la atención de los servicios sociales y la coordinación de estos con los diferentes sistemas y ámbitos que intervienen en las diferentes acciones (Martínez Manzano, 2019).

Se resalta también a la familia como el primer agente de salud y que su deber está centrado en ejercer una autoridad compartida y responsable, con normas, enfatizando que el propósito de formación es el desarrollo de un joven autónomo y crítico (Sellers Asensio, 2013). Los programas en general reportan procesos de disminución del consumo, sin embargo, la preocupación se centra principalmente en la permanencia en el tiempo de las estrategias utilizadas, ya que se espera que el uso de las estrategias no dependa únicamente de la presencia del personal de salud o de la asistencia a la escuela, sino que sean estrategias que al ser construidas en comunidad y ajustadas a las características de cada población objeto, sean integradas en la cotidianidad de las comunidades (Gázquez Pertusa et al., 2016).

Conclusiones

Teniendo en cuenta el objetivo inicial de esta revisión, centrado en la identificación de las características de los programas de prevención en países donde se encuentra legalizado el uso de cannabis medicinal, se resaltan los puntos en común de dichos programas, ya que a partir de este punto fue posible el análisis presentado anteriormente que además sirve de guía para el diseño y ejecución de un plan de prevención del consumo de

cannabis recreativo de cara a la naciente industria en Colombia del cannabis medicinal

En ese sentido, se menciona que la caracterización de la población objeto de un plan de prevención debe trascender la población consumidora. Parte de la estrategia es considerar también a la población no consumidora o incluso identificar aquellas que podrían estar en riesgo, teniendo en cuenta sus particularidades familiares, económicas y sociales. Así mismo, se resalta que el proceso de caracterización debe ser en sí mismo un ejercicio participativo en donde la población identifique cuáles son sus características y dificultades y, a partir de allí, en un ejercicio de co-construcción, se diseñen las estrategias a aplicar; esto con el fin de generar mayores procesos de adherencia y de permanencia en términos de sostenibilidad en el tiempo

La mayoría de los programas señalan que el éxito del diseño de las estrategias está basado, por una parte, en los procesos de caracterización y, por otra parte, en la participación de la comunidad. Esto es un factor positivo para la apropiación y transferencia de las estrategias dentro de las comunidades y es desde ahí, desde el mismo diseño de las estrategias, que la identificación de los diferentes actores del proceso de prevención se hace indispensable, ya que cada actor, bien sea institucional, comunitario o familiar aporta al proceso.

Así mismo, el diseño de las estrategias requiere un proceso de diversificación que favorezca los procesos de adaptación a las características propias de cada población. El uso de la tecnología y de la implementación de las asesorías virtuales puede favorecer no solo la cobertura, sino la disponibilidad de las estrategias, sin importar el tiempo o la distancia.

Es importante resaltar que estos procesos de diseño deben estar acompañados y guiados por todo el personal capacitado para los procesos de prevención, no solo el personal de salud, ya que desde el mismo proceso de caracterización se evidencia la influencia

de factores sociales, económicos y comunitarios, entre otros. Por este motivo, se recomienda que para el diseño de variables se plantee el uso conjunto de estrategias entre las modalidades presenciales y virtuales, con énfasis en las actividades interactivas que aportan a los procesos de pertenencia e identidad con el mismo programa de prevención.

Finalmente, se recomienda que para el desarrollo e implementación de los programas de prevención del consumo recreativo de cannabis en países que tienen legalizado el uso del cannabis medicinal, se realicen acciones articuladas con lo expuesto en las políticas públicas, con el fin de asegurar la sostenibilidad y la participación de entidades privadas, el sector público y la sociedad civil.

Referencias

- Boumparis, N., Loheide-Niesmann, L., Blankers, M., Ebert, D. D., Korf, D., Schaub, M. P., Spijkerman, R., Tait, R. J., & Riper, H. (2019). Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, *200*, 82–94. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.03.016>
- Burnett, T. (2020). *The association between public health engagement in school-based substance use prevention programs and student alcohol, cannabis, e-cigarette and cigarette use* [Tesis inédita de maestría]. McMaster University. https://macsphere.mcmaster.ca/bitstream/11375/26059/2/Burnett_Trish_C_2020November_MSc.pdf
- Coffey, C., & Patton, G. (2016). Cannabis use in adolescence and young adulthood: a review of findings from the victorian adolescent health cohort study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *61*, 318–327. <https://doi.org/10.1177/0706743716645289>
- Dupont, H. B., Kaplan, C. D., Braam, R. V., Verbraeck, H. T., & De Vries, N. K. (2015). The application of the rapid assessment and response methodology for cannabis prevention research among youth in the Netherlands. *International Journal of Drug Policy*, *26*(8), 731–738.
- Furr-Holden, C. D. M., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., Petras, H., & Kellam, S. G. (2004). Developmentally inspired drug prevention: middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug and Alcohol Dependence*, *73*(2), 149–158.
- Gázquez Pertusa, M., José A, G. del C. R., García del Castillo-López, Á., & López-Sánchez, C. (2016). Comparación de tres programas de prevención escolar para reducir el consumo de cannabis, en función del tipo de aplicador. *Universitas Psychologica*, *15*(4), 1–14.
- Haines-Saah, R. J., Mitchell, S., Slemon, A., & Jenkins, E. K. (2019). ‘Parents are the best prevention’? Troubling assumptions in

- cannabis policy and prevention discourses in the context of legalization in Canada. *International Journal of Drug Policy*, 68, 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.06.008>
- Kitchenham, B., & Charters, S. (2007). *Guidelines for performing Systematic Literature Reviews in Software Engineering*. https://www.elsevier.com/__data/promis_misc/525444systematicreviewsguide.pdf
- Lemstra, M., Bennett, N., Nannapaneni, U., Neudorf, C., Warren, L., Kershaw, T., & Scott, C. (2010). A systematic review of school-based marijuana and alcohol prevention programs targeting adolescents aged 10-15. *Addiction Research & Theory*, 18(1), 84-96.
- Lize, S. E., Iachini, A. L., Tang, W., Tucker, J., Seay, K. D., Clone, S., Dehart, D., & Browne, T. (2017). A Meta-analysis of the effectiveness of interactive middle school cannabis prevention programs. *Prevention Science*, 18(1), 50-60. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0723-7>
- Martínez Manzano, M. D. (2019). *Prevención del consumo de cannabis en educación primaria* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de Zaragoza. <https://zaguan.unizar.es/record/84960/files/TAZ-TFG-2019-3552.pdf>
- Montanari, L., Guarita, B., Mounteney, J., Zipfel, N., & Simon, R. (2017). Cannabis use among people entering drug treatment in Europe: a growing phenomenon? *European Addiction Research*, 23(3), 113-121. <https://doi.org/10.1159/000475810>
- Norberg, M. M., Kezelman, S., & Lim-Howe, N. (2013). Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials. *PloS One*, 8(1), artículo e53187.
- O'Brien, L., Polacsek, M., Bruno, P., Ellis, J., Berry, S., & Martin, M. (2010). Impact of a school health coordinator intervention on health-related school policies and student behavior. *The Journal of School Health*, 80, 176-185. <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2009.00484.x>

- Sellers Asensio, P. (2013). *Intervenciones en educación para la salud en drogas: promoción de la salud y prevención primaria del consumo de cannabis en adolescentes* [Tesis inédita de pregrado]. Universidad de Cantabria. <http://hdl.handle.net/10902/3004>
- Schön, E.-M., Thomaschewski, J., & Escalona, M. J. (2017). Agile requirements engineering: A systematic literature review. *Computer Standards & Interfaces*, 49, 79-91. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.csi.2016.08.011>
- Stimson, G., Fitch, C., Rhodes, T., & Ball, A. (2009). Rapid assessment and response: Methods for developing public health responses to drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 18, 317-325. <https://doi.org/10.1080/09595239996464>
- Sussman, S., Sun, P., McCuller, W. J., & Dent, C. W. (2003). Project Towards No Drug Abuse: two-year outcomes of a trial that compares health educator delivery to self-instruction. *Preventive Medicine*, 37(2), 155-162.
- Zuckermann, A. M. E., Gohari, M. R., De Groh, M., Jiang, Y., & Leatherdale, S. T. (2020). The role of school characteristics in pre-legalization cannabis use change among Canadian youth: implications for policy and harm reduction. *Health Education Research*, 35(4), 297-305. <https://doi.org/10.1093/her/cyaa018>