

Valores y Preferencias de las  
Poblaciones Clave respecto a los  
Servicios de VIH, Hepatitis y otras  
ITS: *Un Estudio Cualitativo*



International  
Network of People  
who Use Drugs





## CONTENIDO

SECCIÓN	PÁGINA
<b>1.0 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN</b>	04
1.1 ¿Qué es la INPUD?	04
1.2 Propósito y objetivos del estudio	04
<b>2.0 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</b>	07
<b>3.0 METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</b>	09
3.1 Características de los participantes en las ES	10
3.2 Características de los Participantes de las DGF	12
3.3 Limitaciones del estudio	13
3.4 Resultados y discusión	14
<b>4.0 CONCLUSIÓN</b>	62
<b>5.0 APÉNDICE 1: PREGUNTAS PICO</b>	65
<b>6.0 APÉNDICE 2: GUÍA DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS Y GRUPOS FOCALES</b>	66
6.1 Guía de Entrevistas Semiestructuradas para personas usuarias de drogas inyectables	66
6.2 Guía de grupos focales para las personas usuarias de drogas inyectables	74



## 1.0 ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

### 1.1 ¿QUÉ ES LA INPUD?

La Red Internacional de Personas Usuarias de Drogas (INPUD por sus siglas en inglés) es una red mundial que busca promover la salud y proteger los derechos y la dignidad de las personas que han sido o son usuarias de drogas, incluidas las personas usuarias de drogas inyectables. *(Para más información acerca de la INPUD, véase [www.inpud.net](http://www.inpud.net))*

### 1.2 PROPÓSITO Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Estudios recientes alrededor del mundo muestran que las personas usuarias de drogas inyectables continúan teniendo mayor vulnerabilidad al VIH, al virus de la hepatitis C (VHC), al virus de la hepatitis b (VHB), a la tuberculosis (TB), así como a las sobredosis. En 2020 la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNDOC) reportó que del estimado mundial de 11 millones de usuarios de drogas inyectables, aproximadamente el 8% (1,4 millones) viven con el VIH<sup>1</sup>. Una reciente revisión sistemática mundial descubrió que se calcula que 6,1 millones de personas de entre 15 y 64 años que han consumido drogas por vía parenteral recientemente viven con el VHC en todo el mundo, y que el mayor número se encuentra en el este y el sureste de Asia (1,5 millones), Europa del Este (1,5 millones) y América del Norte (1 millón).<sup>2</sup> Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que aproximadamente el 10% de los nuevos casos de infección por VIH a nivel mundial (ONUSIDA, 2020) y casi el 40% de los nuevos casos de VHC se concentran en las personas usuarias de drogas inyectables<sup>3</sup>. Asimismo, se constató que una de cada tres muertes en el mundo por VHC se atribuye a prácticas de inyección inseguras<sup>4</sup>. En regiones como Europa del Este y Asia Central la prevalencia del VIH y VHC es particularmente elevada.

Para reducir la transmisión del VIH, el VHC y el VHB, así como las muertes por sobredosis, organizaciones como la OMS, UNODC y ONUSIDA (2009) han recomendado que las personas usuarias de drogas inyectables cuenten con acceso a un **paquete integral de intervenciones de reducción de daños** que incluya:

1. World Drug Report 2020 (United Nations publication, Sales No. E.20.XI.6).
2. Grebely J, Larney S, Peacock A, Colledge S, Leung J, Hickman M, Vickerman P, Blach S, Cunningham EB, Dumchev K, Lynskey M, Stone J, Trickey A, Razavi H, Mattick RP, Farrell M, Dore GJ, Degenhardt L. Global, regional, and country-level estimates of hepatitis C infection among people who have recently injected drugs. *Addiction*. 2019 Jan;114(1):150-166. doi: 10.1111/add.14393. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30035835; PMCID: PMC6657799.
3. Véase: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>
4. Ibid.





1. Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ)
2. Terapia con Antagonistas Opiáceos (TAO) y otros tratamientos para la dependencia basados en evidencia científica.
3. Uso de Naloxona para la prevención de sobredosis
4. Acceso a pruebas de detección del VIH y servicios de asesoramiento.
5. Terapia antirretroviral
6. Prevención y tratamiento de ITS
7. Programas de uso de preservativo para las personas usuarias de drogas inyectables y sus parejas.
8. Información, educación y estrategias de comunicación focalizadas para personas usuarias de drogas inyectables y sus parejas.
9. Prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento para la hepatitis viral
10. Prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis.<sup>5</sup>

A pesar de que algunas de estas intervenciones cuentan con el apoyo de la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas, y que se consideran esenciales para alcanzar las metas para la erradicación del VIH y la hepatitis, el acceso a estas intervenciones —particularmente las que son prioritarias para quienes usan drogas inyectables como los Programas de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) y la Terapia con Antagonistas Opiáceos (TAO)— distan de ser adecuado en diversos países y regiones alrededor del mundo. De hecho, menos del 1% de todas las personas usuarias de drogas inyectables vive en entornos con alta cobertura de PIJ y TAO<sup>6</sup>. Barreras estructurales como la criminalización y el estigma del uso de drogas, así como la discriminación contra las personas usuarias de drogas inyectables contribuyen a la transmisión del VIH, la hepatitis viral y la TB y actúan como barreras importantes para el acceso a estrategias de reducción de daños y otros servicios de salud. La OMS establece que

*“En muchos casos, los programas de reducción de daños simplemente no están disponibles o son extremadamente limitados en cuanto a la accesibilidad y la disponibilidad debido a políticas públicas y leyes restrictivas e ineficientes. La cobertura mundial de las intervenciones de reducción de daños es extremadamente baja: menos del 1% de las personas usuarias de drogas inyectables vive en entornos donde la cobertura de estos servicios es suficiente, alta y combinada.”*

Es en este contexto que el INPUD ha accedido a colaborar con el Departamento de Programas Mundiales del VIH, la hepatitis y otras ITS (VHI) en un estudio cualitativo de carácter mundial para fundamentar la actualización de las Directrices Unificadas

---

5. WHO, UNODC and UNAIDS (2009). Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.

6. Harm Reduction International (2018). The Global State of Harm Reduction 2018.



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

sobre Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Atención de la Infección por el VIH para Grupos de Población Clave. Las cuatro poblaciones clave que participaron en el estudio son: hombres homosexuales y bisexuales, así como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres; hombres y mujeres y personas transgénero que se dedican al trabajo sexual; personas usuarias de drogas inyectables, y personas transgénero. Como quinta población, se determinó que las personas que se encuentran en prisión se presentan como una categoría transversal en nuestras redes debido a los altos índices de criminalización a los que se enfrentan nuestras comunidades. Estas poblaciones se consideran clave puesto que, de acuerdo con estimaciones de ONUSIDA en el 2020<sup>7</sup>, la mayoría de los nuevos casos de VIH (62%) se producen entre las poblaciones claves y sus parejas. Aunque las Directrices Unificadas tienen un enfoque específico en VIH, la versión actualizada incluirá (por primera vez) la hepatitis viral y otras ITS.

Durante los meses de abril y mayo del 2021, las redes mundiales de cada una de las cuatro poblaciones clave realizaron estudios cualitativos liderados por pares (*peer-driven* en inglés) sobre los valores y preferencias de las comunidades en relación con los programas e intervenciones destinados al VIH, la hepatitis viral y otras ITS. En este informe se presenta el resumen y los hallazgos principales del estudio cualitativo de INPUD sobre los valores y preferencias de las personas usuarias de drogas inyectables. Los principales hallazgos del presente documento pasarán a formar parte de un informe combinado con las otras redes de poblaciones clave para ser presentado ante la OMS, y fundamentar la actualización de las Directrices Unificadas de 2016. Una vez actualizadas, dichas directrices proporcionarán orientación a los países sobre el diseño y la implementación de paquetes de salud para poblaciones clave. Es crucial que cualquier nueva recomendación potencial comprenda y considere los valores y preferencias específicos de las poblaciones clave, ya que, en último término, son ellas las beneficiarias finales de la versión actualizada de las Directrices Unificadas.

---

7. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_aids-data-book\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf)



## 2.0 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN


Las preguntas de investigación para el estudio cualitativo se basaron en las siete preguntas PICO que constituyen la base del componente de revisión sistemática basada en la evidencia del proceso de actualización de las directrices (véase el *apéndice 1*). Específicamente, esta rama cualitativa explora las intervenciones y servicios investigados en las preguntas PICO en relación con los valores y preferencias de los miembros de las poblaciones clave sobre cómo se brindan los servicios / intervenciones, dónde se brindan y quién los proporciona, así como los daños, las desventajas y las ventajas percibidas de los diferentes servicios y enfoques. Adicionalmente, las preferencias y valores de las poblaciones clave también han sido evaluadas en relación con barreras e intervenciones estructurales (y de otros tipos) con el fin de facilitar la comprensión del contexto de implementación de las intervenciones para el VIH/VHC/ITS. Las respuestas de las comunidades a las preguntas de investigación ponen de manifiesto cómo los factores estructurales y contextuales influyen en el interés de los participantes<sup>8</sup>, así como en su compromiso y las percepciones sobre la eficacia de dichas intervenciones.

Las intervenciones cubiertas por las preguntas cualitativas a personas usuarias de drogas inyectables, así como los modelos de servicio, las barreras estructurales y otros asuntos cubiertos fueron los siguientes:

- Preferencias en relación con el chemsex y por intervenciones comportamentales para reducir la vulnerabilidad al VIH, la hepatitis viral y otras ITS entre la población de usuarios de drogas inyectables.
- Valores y preferencias relacionados con la respuesta liderada por personas usuarias, así como a la respuesta entre pares (por ejemplo, servicios y programas implementados y administrados por pares)
- Preferencias relacionadas con intervenciones en persona, en comparación con las digitales/en línea.
- Efecto que tiene la criminalización del uso de drogas en la adopción estrategias de prevención, realización de pruebas, vinculación y retención del tratamiento del VIH, el VHC y otras ITS.

---

8. Para efectos de traducción, el término 'los participantes' debe leerse como una traducción literal del inglés the participants. En este sentido, se debe entender el término incluyendo a los hombres, las mujeres, las personas de género no binario, las personas de género no conforme y demás identidades de género, y no en su acepción enteramente masculina.



VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO  
A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

- Intervenciones para abordar las barreras estructurales, incluida la criminalización, en relación con el aumento del acceso a los servicios sanitarios.
- Efecto del estigma y la discriminación en la adopción de estrategias de prevención, realización de pruebas, vinculación y retención del tratamiento del VIH, el VHC y otras ITS
- Preferencias sobre las pruebas del VHC, así como de diagnóstico y tratamiento AAD (Antivirales de Acción Directa)
- Preferencias comunitarias sobre los productos y desarrollos tecnológicos para la prevención del VIH, incluido el uso de PrEP entre personas usuarias de drogas inyectables.





## 3.0 METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La información de este informe fue obtenida mediante entrevistas individuales semiestructuradas (ES), así como de discusiones en grupos focales (DGF). Dicha información fue recolectada ya sea por alguno de los investigadores principales (AM & JC), uno de los cinco (5) Puntos de Enlace Regional (PER), o por alguno de los dos (2) consultores/investigadores comunitarios subregionales contactados por los PER. Los PER fueron identificados, seleccionados y orientados para asegurar que la investigación incluyera una amplia representación de las personas usuarias de drogas inyectables en las diferentes regiones de la OMS, la demografía de edad y género y las diferentes interseccionalidades de las poblaciones clave. Tanto los investigadores principales (IP) como los PER y los consultores comunitarios subregionales tienen experiencia significativa trabajando con personas usuarias de drogas inyectables, realizando EIS y DGF, y en la realización de consultas comunitarias. Los IP llevaron a cabo una sesión informativa y de capacitación con los PER antes del inicio de la recolección de datos.

INPUD estuvo directamente involucrado en la elaboración del protocolo de investigación, los guiones de las entrevistas y materiales relacionados de investigación en consulta con la OMS y otras redes mundiales de poblaciones clave (GATE, MPact y NSWP). Se elaboraron guías separadas para las ES y los DGF (véase el *apéndice 2: Guías de Entrevistas y Grupos Focales*). Ambas guías de entrevista se pusieron a prueba. Se tuvieron en cuenta todos los comentarios y, según el caso, se incorporaron para mejorar la validez, accesibilidad y aplicabilidad de las guías y otros materiales de investigación. El Comité de Revisión Ética de la Investigación de la OMS dio su aprobación ética.

Los investigadores principales y PER utilizaron una estrategia de muestreo intencional para identificar potenciales participantes para las ES y los DGF. Los criterios de elegibilidad fueron diseñados para asegurar diversidad en características demográficas como la geográfica, el género y la edad. Todos los participantes en la investigación debían poder y estar dispuestos a dar su consentimiento informado verbal para participar en la investigación, poder comunicarse en inglés, español, francés o ruso, estar dispuestos a autoidentificarse como personas que se inyectan drogas, tener al menos 18 años de edad; y ser miembros de una organización local, nacional, regional o mundial de personas usuarias de drogas inyectables. En total, cincuenta y cuatro (n=54) individuos de cuatro (4) regiones de la OMS y veintisiete (27) países participaron en una entrevista semiestructurada o en un grupo focal de discusión. El desglose por género de los 54 participantes fue el siguiente: 15 (31%) mujer-cis, 30



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

(56%) hombre-cis, 6 (11%) persona no binaria, y 1 (2%) otras identidades de género no conforme. A continuación, se ofrecen más detalles y se desglosa el número de participantes y sus características por método de investigación.

### Entrevistas semiestructuradas (ES)

Las entrevistas individuales semiestructuradas (ES) fueron realizadas a personas líderes de opinión en las comunidades de personas que usan o se inyectan drogas, y que están afiliadas a las organizaciones y redes dirigidas a estas poblaciones. Un total de diez (n=10) ES fueron realizadas con líderes de cinco (5) regiones de la OMS y nueve (9) países. De ellos, cinco (5) son hombres, cuatro (4) mujeres y una (1) persona con género no-binario. El rango de edad de los participantes de las ES fue entre 26-65 años con 20% (n=2) entre 26-35 años, 40% (n=4) entre 36-45 años, 30% (n=3) entre 46-55 años, y 10% (n=1) 56-65 años (ningún participante en las ES se encuentra en el rango de edad de 18-25, ni en el de mayores de 65). Las entrevistas fueron realizadas en línea mediante plataformas virtuales de comunicación (Zoom, WhatsApp, Teams). Cabe mencionar que todas las entrevistas se adhieron a la guía de ES (véase el *apéndice 2: Guías de Entrevistas Semiestructuradas y Grupos Focales*) y cuentan con un proceso de consentimiento libre e informado diseñado para mantener la confidencialidad de los participantes. Las entrevistas duraron entre 60-120 minutos y se llevaron a cabo en inglés, francés o ruso de acuerdo según cada participante. Las características de los participantes en las ES, incluidos la región de la OMS, el país de residencia y el género se presentan en el cuadro siguiente:

### 3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES EN LAS ES

No. de participante	Región de la OMS	País de Residencia	Género*	Rango de edad
1	Europa	Italia	Mujer	36-45
2	Europa	Ucrania	Hombre	46-55
3	África	Kenia	Mujer	26-35
4	África	Senegal	Hombre	56-65
5	Europa	Rusia	Hombre	36-45
6	Europa	Ucrania	Mujer	46-55
7	Américas	EUA	Mujer	36-45
8	Américas	Canadá	Hombre	26-35
9	Región del Pacífico Occidental	Australia	No binario	36-45
10	Región del Pacífico Occidental	Nueva Zelanda /Aotearoa	Hombre	46-55

\*Todos los participantes identificados como "Hombre" y "Mujer" son cisgénero

Todas las ES fueron realizadas por alguno de los IP, PER u otro investigador experimentado, que fue contactado y seleccionado por los PER. Las entrevistas se grabaron



de forma electrónica (con consentimiento previo) y transcritas textualmente. Además, durante estas se tomaron notas. Inmediatamente después de cada entrevista, los investigadores comunitarios y los relatores redactaron un Informe mediante la plantilla proporcionada por INPUD. Las grabaciones y transcripciones fueron revisadas para detectar discrepancias y seleccionar las citas textuales relevantes para el Informe. Posteriormente, las respuestas fueron codificadas usando un análisis temático inductivo basado en el marco analítico elaborado por INPUD y otras redes de poblaciones clave. Dicho marco está enfocado en las percepciones, valores y preferencias relacionados con las siete preguntas PICO. Los registros de los participantes, informes, transcripciones, y respuestas codificadas temáticamente se almacenaron de forma segura y fueron revisados por uno de los investigadores principales (AM) con el fin de garantizar la coherencia del proceso.

### **Discusiones en Grupos Focales (DGF)**

Se llevaron a cabo discusiones de grupos focales (DGF) con miembros de la comunidad de base designados por las organizaciones y redes afiliadas a INPUD en función de los criterios de participación. Todas las DGF se realizaron después de las ES para permitir una discusión más profunda sobre asuntos clave y las brechas detectadas por los líderes de opinión en las entrevistas individuales. Un total de ocho (n=8) DGF se realizaron en cinco (5) regiones de la OMS y veinticuatro (24) países. Cada DGF incluyó entre 4 y 8 participantes con un total de cuarenta y cuatro (44) participantes en todas las DGF. El desglose por género de los participantes en las DGF incluyó un 57% (n=25) de hombres, un 30% (n=13) de mujeres, un 11% (n=5) de participantes de género no binario y un 2% (n=1) de participantes de otro género no conforme. El rango de edad de los participantes en las DGF fue de entre 18 y más de 65 años, con un 5% (n=2) entre los 18-25 años, un 20% (n=9) entre 26-35 años, un 36% (n=16) entre 36-45 años, un 32% (n=14) entre 46-55 años, un 5% (n=2) entre 56-65 años y un 2% (n=1) con más de 65 años. La duración de las discusiones fue entre 60-150 minutos cada una, y se llevaron a cabo en inglés, francés o ruso dependiendo de las necesidades del grupo. Las DGF se llevaron a cabo mediante plataformas virtuales de comunicación (Zoom, WhatsApp, Teams). Todas las discusiones siguieron las directrices de la guía de entrevistas DGF (véase el apéndice 2: Guías de Entrevistas Semiestructuradas y Grupos Focales) y cuentan con un proceso de consentimiento libre e informado diseñado para salvaguardar la confidencialidad de los participantes. Las características detalladas de los participantes en los FGD, incluidos la región de la OMS, el país de residencia y el desglose por sexo y edad, se incluyen en el cuadro siguiente:

### 3.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES DE LAS DGF

No. DGF	Número de participantes	Región de la OMS	País de residencia	Género*	Rango de edad
DGF 1	5	África	Sudáfrica	Identidad de género no conforme**	26-35
			Nigeria	Mujer	26-35
			Uganda	Hombre	18-25
			Tanzania	Non-binary	36-45
			Mauritania	Mujer	26-35
DGF 2	5	África	Burundi	Hombre	46-55
			Camerún	Hombre	26-35
			Ruanda	Hombre	26-35
			Costa de Marfil	Hombre	26-35
			Mali	Hombre	46-55
DGF 3	4	Américas	Canadá	Non-binary	36-45
			Canadá	Hombre	36-45
			EUA	Hombre	36-45
			EUA	Mujer	36-45
FGD 4	8	Américas	EUA	Hombre	36-45
			Canadá	Hombre	36-45
			EUA	Hombre	36-45
			EUA	Hombre	56-65
			EUA	Non-binary	26-35
			EUA	Mujer	26-35
			EUA	Mujer	46-55
			EUA	Hombre	26-35
DGF 5	5	Europa	UK	Hombre	46-55
			Grecia	Mujer	46-55
			Grecia	Hombre	46-55
			Portugal	Hombre	46-55
			España	Mujer	36-45
DGF 6	7	Europa	Georgia	Hombre	56-65
			Georgia	Hombre	36-45
			Kazajistán	Hombre	36-45
			Moldova	Hombre	36-45
			Ucrania	Hombre	46-55
			Ucrania	Hombre	46-55
			Rusia	Hombre	36-45
DGF 7 <sup>^</sup>	4	Europa	Kirguistán	Mujer	36-45
			Rusia	Mujer	46-5
			Kazajistán	Mujer	36-45
			Kazajistán	Mujer	46-56
DGF 8	6	Región del Pacífico Occidental	Australia	Mujer	46-55
			Australia	Hombre	46-55
			Australia	No binario	18-25
			Australia	Mujer	36-45
			Australia	No binario	26-35
		Nueva Zelanda /Aotearoa	Hombre	46-55	

\* Todos los participantes identificados como "Hombre" y "Mujer" son cisgénero

\*\* No se proporcionó más información

<sup>^</sup> Grupo focal designado para mujeres



Todas las discusiones de los grupos focales fueron realizadas por alguno de los IP, PER, u otro investigador experimentado, que fue contactado y seleccionado por los PER. Los anotadores y los facilitadores de la comunidad documentaron las respuestas y las DGF se grabaron electrónicamente (con consentimiento) y se transcribieron literalmente. Inmediatamente después de cada DGF, los encargados de tomar notas y los facilitadores de la comunidad elaboraron un informe resumido por escrito utilizando una plantilla proporcionada por la INPUD. Las grabaciones y transcripciones fueron revisadas para identificar discrepancias y seleccionar las citas textuales relevantes para el Informe. Posteriormente, las respuestas fueron codificadas usando un análisis temático inductivo basado en el marco analítico desarrollado por INPUD y otras redes de poblaciones claves. Dicho marco está enfocado en las percepciones, valores y preferencias relacionadas con las siete preguntas PICO. Los registros de los participantes, informes, transcripciones, y respuestas codificadas temáticamente fueron almacenados de forma segura y revisados por uno de los investigadores principales (AM) para garantizar que el proceso sea consistente y de acuerdo con las temáticas identificadas en las ES.

Durante el análisis de los datos, se identificaron áreas de consenso y divergencia dentro de los participantes y entre ellos, así como cualquier variación regional significativa, y se han destacado en el análisis contenido en este informe.

### **3.3** LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio cuenta con varias limitaciones clave, en particular las dificultades a las que se enfrentan los participantes y las redes comunitarias para acceder a equipo tecnológico y/o conexión confiable a Internet, así como trabajar en múltiples zonas horarias con recursos muy limitados. Además, los plazos han sido muy ajustados en todo el estudio, con las consiguientes implicaciones para el número de entrevistas y grupos de discusión que pudieron organizarse y llevarse a cabo dentro del plazo disponible.

Otra limitación importante en este estudio ha sido que el enfoque en valores y preferencias sobre los servicios e intervenciones para el VIH y la hepatitis viral también significó un enfoque subsecuente hacia las personas usuarias de drogas inyectables. Esto excluyó algunas regiones geográficas debido a que este tipo de drogas es menos relevante, como en América Latina y el Caribe. Además, aunque la realización de los ES y las DGF en inglés, francés o ruso aseguraron un mayor nivel de participación que si solo se hubieran sido realizado en inglés, no incluir el chino como idioma dentro del estudio, o contar con la posibilidad de traducir a otros idiomas usados en la región (tailandés, jemer, vietnamita, hindi) no solo excluyó países en la región del Pacífico Occidental como China, sino también países en la región del Sureste Asiático.





También es importante señalar que, debido a la heterogeneidad de las poblaciones de usuarios de drogas inyectables y a la subjetividad inherente de los valores y las preferencias, los resultados de este estudio no son representativos ni generalizables de personas usuarias de drogas inyectables. A pesar de las limitaciones anteriores, este estudio ofrece una variedad de perspectivas importantes con respecto a los valores, las preferencias y percepciones de los usuarios de drogas inyectables que participaron, y al mismo tiempo, proporciona información valiosa para la actualización de las Directrices Unificadas. Las perspectivas de esta investigación también pueden complementar las pruebas de investigaciones en curso y/o proporcionar un marco base para guiar investigaciones futuras sobre usuarios de drogas inyectables como un grupo con altos niveles de marginalización y criminalización.

### 3.4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 1. Percepciones sobre las Intervenciones Comportamentales

A todas las personas que participaron en el estudio se les hicieron dos preguntas sobre sus valores y preferencias con respecto a las intervenciones comportamentales. El término 'Intervenciones comportamentales' puede tener una amplia gama de connotaciones en diferentes contextos, incluido su uso para describir intervenciones orientadas a reducir y/o detener el consumo de drogas. En este estudio, se pidió específicamente a los participantes que pensarán en las intervenciones (incluidas las medidas de asesoramiento y educación) destinadas a reducir el riesgo de infecciones por VIH, ITS y hepatitis viral, más que en la reducción del consumo de drogas. La primera pregunta estaba específicamente centrada en 'chemsex', y la segunda abordaba de forma más amplia las intervenciones comportamentales dirigidas al VIH, la hepatitis viral y otras ITS.

##### a. *Valores y preferencias en relación con el chemsex*

Para comenzar la conversación, se les preguntó a los participantes hasta qué punto el chemsex es relevante para ellos y su comunidad. Algunos participantes indicaron que el chemsex no era relevante o no lo era realmente para ellos o su comunidad, con comentarios como "No tengo ninguna experiencia con el chemsex", "No es realmente importante para mí", y "Tiene relevancia para nosotros, pero no es lo más importante". En consonancia con este último comentario, otro participante ofreció la opinión de que, en algunas regiones, como el África subsahariana y Asia, aunque el chemsex se practique ampliamente, no se ha planteado realmente como una prioridad por parte de la comunidad de consumidores de drogas hasta la fecha, en gran parte debido a que se ha centrado más en abordar violaciones de los derechos humanos más urgentes.

Sin embargo, para otros participantes de este estudio, entre los que se encuentran varios participantes que se identifican como hombres gays o bisexuales, el "chemsex" se consideraba muy relevante tanto para ellos como individuos como



para sus comunidades y, además, estaban interesados en entablar un diálogo matizado y sofisticado sobre una amplia gama de temas en relación con el chemsex (ver más detalles a continuación). Esto no quiere decir, sin embargo, que el chemsex solo sea visto como relevante por los participantes que se identifican como hombres homosexuales y bisexuales y, de hecho, hubo un debate entre los participantes sobre cómo el término “chemsex” se discute con demasiada frecuencia como si solo se relacionara con las comunidades homosexuales y bisexuales, pero de hecho, el uso de drogas para mejorar las experiencias sexuales ha estado sucediendo durante mucho tiempo y tiene una amplia gama de prácticas no solo entre las comunidades LGBTQIA+, sino también entre las poblaciones heterosexuales - incluso si el término “chemsex” no se utiliza específicamente:

*“El primer punto que me quedó claro es que la gente piensa que el término chemSex solo está relacionado con ciertas poblaciones como las personas LGBTQIA+. Debería definirse en un contexto y unas definiciones mucho más amplias. Yo he usado drogas para mejorar el sexo prácticamente toda mi vida, pero debido a que se trata predominantemente de parejas heterosexuales [que tienen relaciones sexuales con personas que no son su pareja] nos mantenemos alejados de usar el término en la población general”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

*“La región y la cultura africana no les enseña a sus hijos acerca del sexo y el uso de drogas. Algunas personas usan Tramadol como Viagra para incrementar su libido. El uso de Tramadol es muy común entre gente joven.”* Hombre usuario de drogas, región de África.

Otros participantes hablaron acerca de las personas jóvenes (con diferentes identidades, orígenes y regiones) y el uso de sustancias psicoactivas para mejorar las experiencias sexuales en festivales y eventos musicales. Destacaron que estos eventos a menudo se llevan a cabo durante varios días en entornos rurales aislados con un acceso muy variado a la educación y al asesoramiento en relación con el VIH, la hepatitis viral y otras ITS, así como en suministros para la reducción de daños. Los participantes también hablaron de las prácticas de ‘chemsex’ entre grupos cerrados de jóvenes que van a clubes y otros locales y que usan predominantemente psicoestimulantes, y, por ende, difieren de sus pares de mayor edad que usan opioides, y que a su vez son educadores experimentados en la prevención del VIH, la hepatitis viral y otras ITS, así como en educación sobre reducción de daños:

*“Se trata de grupos cerrados (formados por participantes conocidos y de confianza), en los que los riesgos de transmisión del VIH, las ITS y la hepatitis mientras se practican relaciones sexuales sin protección se suman a*



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*los riesgos del consumo de drogas inyectables. Es evidente la falta de líderes de opinión “pares” formados y competentes de este grupo, que son la base de las intervenciones de comportamiento”* Hombre usuario de drogas, región de Europa.

Aunque las prácticas asociadas al “chemsex” o al uso de drogas para mejorar las experiencias sexuales están bien reconocidas entre los hombres homosexuales y bisexuales en algunos contextos y regiones, los participantes destacaron que esto no significa necesariamente que el “chemsex” esté siempre reconocido o incluso que se reconozca abiertamente dentro de las comunidades homosexuales y bisexuales, lo que a su vez puede crear barreras a las respuestas eficaces de reducción de daños. A este respecto, los participantes destacaron la importancia del entorno y el contexto, y que lo que se reconoce y se aborda en entornos privados, como los domicilios particulares, puede ser muy diferente a lo que se reconoce en entornos más públicos, como los clubes y los locales de encuentro sexual, donde las drogas pueden utilizarse para mejorar las experiencias sexuales, pero no se reconocen abiertamente estas prácticas debido a las leyes, las normativas y otras barreras. Por ejemplo, los agentes de divulgación entre pares que participaron en este estudio hablaron de lugares en los que el chemsex se produce, pero no se reconoce y las actitudes y leyes antidrogas hacen que dichos agentes tengan que ocultar lo que están haciendo, lo que socava fundamentalmente el trabajo que están tratando de hacer:

*“... te dicen, puedes repartir condones, pero si los dueños te ven entregar pajillas para inhalar, o kits G, o equipo de inyección, te van a echar. Entonces tienes que dejarlas en tu mochila, y nadie puede ver que las tienes... Es muy frustrante en realidad”* Hombre usuario de drogas, Región de las Américas.

Los participantes también llamaron la atención sobre el silencio y la falta de reconocimiento sobre los espacios donde el chemsex interactúa con las apps y los locales de encuentro sexual que, por ser espacios libres de droga y contar con políticas de tolerancia cero, prohíben cualquier conversación sobre chemsex y reducción de daños. Esto puede impactar negativamente en estos entornos en cuanto al acceso a estrategias de prevención del VIH, la hepatitis viral y otras ITS, así como a los intentos para brindar acceso a información e insumos para la reducción de daños mediante de divulgación entre pares.

Otros participantes varones homosexuales y bisexuales también llamaron la atención sobre la complejidad que rodea a los conceptos de “chemsex”, incluyendo que el uso de drogas para mejorar las experiencias sexuales es realizado por hombres homosexuales y bisexuales de muchos grupos de edad, orígenes y niveles de conocimiento. Estos participantes añadieron que puede haber razones muy variadas por las que las



personas practican 'chemsex', lo que afecta el tipo de intervenciones comportamentales, de educación y de apoyo que podrían ser necesarias. Como ejemplo, un participante de la región de Europa explicó que algunos hombres mayores gays y bisexuales podrían usar el 'chemsex' para mejorar el placer y su rendimiento sexual en el contexto de los aspectos físicos del envejecimiento. Esto podría significar que hombres que quizás nunca se habían inyectado drogas antes, se encuentran participando en estas prácticas de 'chemsex' sin información adecuada o acceso a suministros de reducción de daños. Además, puede ser muy difícil acercarse a ellos debido a las barreras como el estigma relacionado con el uso de drogas, la vergüenza y las restrictivas políticas en torno a las drogas.

Varios participantes resaltaron la importancia de escuchar a la comunidad, así como del lenguaje y los términos que prefieren usar y que los empoderan más en las conversaciones sobre el 'chemsex' y en la prevención del VIH, la hepatitis viral y otras ITS. Por ejemplo, los participantes expresaron su preocupación por las percepciones de "riesgo" y "daño" y por el hecho de que estos conceptos no son universales, sino más bien relativos, y que la práctica potencialmente arriesgada o dañina de una persona puede ser la fuente de placer, significado y conexión de otra. Es por esto por lo que los participantes manifestaron la importancia de no solo centrarse en los 'riesgos':

*"... hay una idea de que el sexo gay es inherentemente riesgoso. Entonces, cuando usas la palabra riesgo como cinco o diez veces en medio de una oración al hablar del sexo gay y el uso de sustancias, lo que estás haciendo es reforzar el miedo cuando podrías tener el mismo mensaje con un giro más positivo. Podemos hablar de cómo protegernos entre nosotros, prevenir cosas, en lugar de estos son los riegos y por esto es arriesgado"*  
Persona no binaria usuaria de drogas, región de las Américas.

*"Nunca hablamos de los placeres, y de cómo tal vez mediar o balancear el placer y el riesgo. Cuando hablamos de chemsex, parece ser exclusivamente enfocado en la regulación del riesgo"* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

La primera persona mencionada arriba, subrayó los problemas relacionados con la separación y el aislamiento en las intervenciones y los servicios relacionadas con la salud sexual y el uso de drogas al mencionar que *"... pienso que es un tema fundamental cuando hablamos de chemsex ¿sabes? Ve a esta clínica de salud sexual para hablar de sexo y después caminas más abajo sobre esta calle para, ya sabes, educación sobre drogas."* Los participantes resaltaron que esto podría significar que los hombres que realizan prácticas de chemsex podrían saber mucho sobre prevención del HIV, PrEP e incluso pruebas para la detección de ITS, pero no saber nada sobre la prevención de



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

sobredosis o de la naloxona y porque podrían necesitarla. En última instancia, estos participantes estaban interesados en las formas de eliminar el tradicional aislamiento de la información y los servicios y en eliminar los refuerzos negativos en relación con el sexo y las drogas y, en su lugar, centrarse en cómo involucrar con éxito a las personas de una manera que les capacite y les ayude a acceder a la información, los suministros y los servicios que necesitan.

En este contexto, varios participantes hablaron con mayor detalle sobre enfoques contemporáneos y nuevas formas de trabajar en el espacio del 'chemsex', particularmente con hombres gays, queer y bisexuales, y de cómo dichos programas y enfoques se están compartiendo y adaptando cada vez más entre regiones. Por ejemplo, participantes de Australia dieron el ejemplo de retomar programas diseñados en Europa y Asia. También destacaron que el lenguaje ahora está mucho más enfocado en conceptos como "PnP", incluyendo "Party & Play" y "Push & Play" en lugar 'chemsex', mucho menos usado en estos contextos.

El término 'uso sexualizado de drogas' también surgió como alternativa al 'chemsex'. Se explicó que el 'uso sexualizado de drogas' está mucho más enfocado en el "placer y la diversión", la "fluidéz", el "crear culturas de cuidado", con "ser un buen anfitrión" que pueden crear vías para la aplicación de pruebas de VIH entre pares y otras intervenciones breves entre pares relacionadas con las ITS y el uso de drogas. Estos participantes sienten que conceptos más amplios como el 'uso sexualizado de drogas' y 'culturas del cuidado' benefician a las personas más allá de los hombres gays, queer y bisexuales, por ejemplo, en los hombres y mujeres transgénero, así como en las personas heterosexuales cisgénero que practican el uso de drogas para mejorar las experiencias sexuales.

Por último, en relación con las preferencias sobre cómo se prestan los servicios/intervenciones, los lugares dónde se prestan y por quiénes se realizan, hubo un consenso general entre los participantes en el sentido de que las intervenciones y servicios relacionados con el chemsex/PnP/uso sexualizado de drogas deben ser específicos y también flexibles para atender las necesidades específicas y cambiantes de las diferentes comunidades.

*"... entonces, parece ser que hay una especie de conjunto de soluciones que funcionan, pues reconocen que no todos los tipos de cosas funcionan para cada persona, y que las personas están en diferentes lugares en su propia trayectoria en términos de cómo reflexionan en su utilidad también."*

Persona no binaria usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

To the extent that specific behavioral interventions were suggested these could be briefly summarized as including:





1. Adoptar medidas afirmativas de género en el área de la salud y otras áreas del cuidado relacionadas con el ‘uso sexualizado de drogas’/‘PnP’/‘chemsex’ de manera que apoyen enfoques inclusivos y no estigmatizadores de prevención del VIH, la hepatitis y otras ITS, así como de reducción de daños;
2. Información y educación entre pares personalizada para grupos y comunidades específicos, así como para diversos contextos, locales y para diferentes prácticas en el uso de drogas (como se mencionan anteriormente) incluyendo información actualizada que reconozca el placer y la diversión no solo como potenciales riesgos;
3. Acceso a paquetes o kits (como “paquetes de alojamiento” o “paquetes de seguridad” que sean cómodos, fáciles de transportar y que incentiven a la gente a “planificar su seguridad”) incluyendo equipos de inyección estériles, preservativos masculinos y femeninos, lubricantes, tiras de detección de drogas, naloxona, equipos para medir la frecuencia cardíaca y los niveles de líquido en el cuerpo, así como información sobre la prevención del VIH, la hepatitis, y otras ITS y la reducción del daños (incluida la prevención y respuesta a sobredosis), y otros materiales identificados por las comunidades.

Los participantes también resaltaron la necesidad de contar con servicios más completos que proporcionen vínculos y rutas para atender asuntos que van más allá de la prevención del VIH y los servicios básicos de detección de ITS:

*“... hablamos con hombres que están involucrados en el chemsex y tienen muchas prioridades que nunca son atendidas, como el manejo de una crisis de salud mental, así como el manejo de la psicosis y lidiar con alguien que pasa por un momento angustiante o con sobredosis... Hum, si estás lidiando con la cantidad de personas racializadas que usan PNP, las personas transgénero, las personas no binarias, hay muchas otras cosas que entran en juego, pero [la prevención] del VIH como el uso adecuado del preservativo y la PrEP como que se nos mete a la fuerza todo el tiempo”* Hombre usuario de drogas, región de las Américas.

*“Se necesitan más servicios psicosociales en la Clínica de Hombres para educar sobre los riesgos y otros asuntos relacionados con el uso de drogas”* Hombre usuario de drogas, región de África.

Finalmente, los participantes destacaron lo central que es la comunidad, la conexión y la cultura, así como el papel clave de los enfoques de reducción de daños y liderazgo entre pares. Esto no solo en el intercambio de información y aprendizaje mutuo, sino para construir comunidades positivas y empoderadas. Sin embargo, entre las conversaciones que se tuvieron sobre el chemsex y las estrategias de reducción de daños entre pares, estuvo presente el hecho de que los participantes sienten que hasta la fecha



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

el chemsex no se relacionado estrechamente con el movimiento en defensa de los derechos de las personas que usan drogas. Algunas de las personas que participaron sintieron que esto se debe en parte a que algunas personas que practican chemsex no desean que se las identifique como usuarias de drogas, debido principalmente al estigma y la discriminación. Estas también expresaron la opinión de que tanto el estigma internalizado como el miedo al estigma y la discriminación pueden significar que los principios y las prácticas de la reducción de daños no siempre alcanzan a las comunidades de chemsex. Los participantes consideraron que los programas de reducción de daños y liderados por consumidores de drogas deberían realizar más esfuerzos para abordar esta cuestión en el futuro. Asimismo, hubo una fuerte opinión de que estos deberían ser encabezados por trabajadores entre pares que formen parte de las comunidades de chemsex para realizar actividades de alcance o divulgación, vincular a las personas y proporcionar servicios de apoyo y asesoramiento entre pares.

*“Es necesario educar a una nueva generación de trabajadores de divulgación, consultores comunitarios que sean parte de esta generación y de esta subcultura, etc.”* Hombre usuario de drogas, región de Europa.

Aunque no son intervenciones comportamentales, es importante mencionar que muchos participantes resaltaron la importancia crítica de políticas públicas y reformas legislativas para eliminar barreras estructurales, como las políticas y prácticas discriminatorias y específicamente las políticas represivas en torno a las drogas, de modo que las personas no tengan que esconderse y mantenerse en secreto y puedan estar seguras y contar con acceso a estrategias para reducir cualquier potencial daño relacionado con el uso sexualizado de drogas/‘PnP’/‘chemsex’.

### **b.** Intervenciones comportamentales para reducir el daño relacionado con el VIH, el VHC y otras ITS.

Se preguntó a los participantes sobre las intervenciones comportamentales que, en su opinión, podrían ser útiles para reducir los comportamientos de riesgo asociados al VIH, las ITS y la hepatitis viral entre las personas que se inyectan drogas. Aunque se les pidió centrarse específicamente en intervenciones educativas y de asesoramiento, es importante reconocer que varias de las personas que participaron manifestaron la necesidad de que la OMS definiera de una mejor forma lo que se entiende por “intervenciones comportamentales”, especialmente en el contexto de la revisión y actualización de las Directrices Unificadas 2016. Habiendo dicho esto, cuando nos concentramos específicamente en las intervenciones educativas y de asesoramiento en relación al VIH, la hepatitis viral y otras ITS entre las personas que se inyectan drogas, la mayoría de los participantes expresaron ampliamente que, aunque dichas intervenciones pueden ser útiles, lo que es verdaderamente



importante son las estrategias, herramientas, capacitaciones y actitudes de las personas que educan y ofrecen asesoramiento:

*“Lo que realmente importa es quién está haciendo el asesoramiento, si tiene suficientes habilidades y formación. ¿Son capaces de hacerlo de una manera eficaz que no sea paternalista y, de nuevo, en relación con la educación sanitaria, quién la imparte y cómo se hace y de qué manera están transmitiendo los mensajes clave? Creo que mi principal preocupación sobre las intervenciones comportamentales, cuando se trata de personas que consumen drogas, es cuál es el objetivo final y encuentro que muchas de ellas suelen ser de asesoramiento o educación con el objetivo final de la abstinencia o, ya sabes, la recuperación y creo que cuando se hace de esa manera puede ser muy desalentador.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Una vez que los participantes establecieron que los principios y fundamentos de cualquier intervención comportamental entre las personas usuarias de drogas inyectables deben estar centrados en un enfoque de reducción de daños, la mayoría expresó que las intervenciones sobre la educación para la salud necesitaban enfocarse en prácticas seguras de inyección. Específicamente, recalcaron que las personas usuarias de drogas inyectables necesitan tener acceso a agujas y jeringuillas esterilizadas, así como a otro tipo de equipo de inyección a través de PIJ. Al mismo tiempo, las personas que participaron recalcaron lo prioritario de la educación e información acerca de prácticas de inyección segura, la reducción de los riesgos para la salud relacionados con las inyecciones inseguras, incluidos los abscesos, la hepatitis C, el VIH y la hepatitis B, y la educación sobre prácticas sexuales más seguras:

*“Quiero decir que tener la información es esencial. Si no tienes la información, ¿qué puedes hacer? ¿No es así? Creo que eso es lo primero, antes de cualquier cosa, antes del asesoramiento, antes de cualquier otra cosa, tenemos que proporcionar a la gente información. Si no tengo la información, entonces no puedo protegerme de todos modos.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

Los participantes también destacaron la importancia de los mensajes clave y de una educación entre iguales precisa que siga los principios de reducción de daños, como no compartir ni reutilizar el material de inyección, tener su propio kit, no inyectar a otros y la concienciación general sobre la sangre durante la inyección, el lavado de manos, etc. Sin embargo, habiendo dicho esto muchos participantes también señalaron que, dependiendo del contexto, aunque la educación y los mensajes pueden ser ‘mejores prácticas’ y ser facilitados por pares, esto no significa que las personas usuarias de drogas inyectables tengan los medios necesarios para implementar dichas estrategias:



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*“Una cosa es dar a las personas que se inyectan drogas mensajes de educación para una inyección más segura, pero ¿tienen siquiera acceso a los nuevos equipos de inyección e incluso si lo tienen, tienen suficiente acceso para poner en práctica los mensajes?”* Hombre usuario de drogas, región del Pacífico Occidental.

Otros participantes, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, destacaron la importancia de la educación sanitaria continua que se imparte a través de una variedad de mecanismos y formatos diferentes para tener en cuenta los diferentes niveles de acceso, conocimiento y alfabetización, y combinarla con el asesoramiento y otros apoyos psicosociales para lograr la máxima eficacia:

*“La educación continua se repetirá muchas veces y no se limitará a dar folletos, sino que se explicará a las personas, ya que algunas son analfabetas, y se realizarán intervenciones psicosociales en las que incluso se impartirán clases y se enseñará una habilidad que se combinará con los objetivos de aprendizaje.”* Persona no binaria usuaria de drogas, región de África.

La necesidad de incrementar el acceso específico de intervenciones sobre el acceso a la salud relacionadas con la hepatitis C para personas usuarias de drogas inyectables en PIMB fue destacada por algunos participantes que reportaron que, a pesar de la disponibilidad de información como servicio, aún existen barreras significativas en el conocimiento de las personas sobre la prevención, la detección y el tratamiento del VHC:

*“La información sobre la hepatitis C no se conoce en el nivel comunitario, incluso cuando existen servicios para ello, es aún limitado.”* Hombre usuario de drogas, región de África.

Como se destacó anteriormente, algunos participantes resaltaron la importancia no solo de quién proporciona el asesoramiento, sino de la filosofía subyacente de la reducción de daños en lugar de la abstinencia del uso de drogas en sí misma. Mientras que los participantes reconocieron que, aunque los individuos deseen acceder a asesoramiento para reducir o detener el uso de drogas, no creen que este no debería ser el objetivo principal del asesoramiento para la prevención del VIH, la hepatitis y otras ITS entre usuarios de drogas inyectables, pues puede alejar a las personas de servicios y programas esenciales. De hecho, cuando se les preguntó a los participantes si el asesoramiento es más útil en sesiones individuales o en formato de grupo, algunos de ellos relacionaron sus respuestas de nuevo con asuntos clave relacionados con el contexto, con quién está llevando a cabo el asesoramiento, quién está en el grupo y cuáles son sus perspectivas y filosofía respecto al uso de drogas:



*“Ya sabes, depende de dónde estés y de lo que hagas, y lo que quiero decir es que el asesoramiento nunca es eficaz si se exige. Como forzar a la gente a ir a terapia, niega por completo lo que es la terapia.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

Luego, esta participante continuó hablando sobre el asesoramiento grupal:

*“Y así, si me avientan a rehabilitación con un montón de personas, y solo lo estás haciendo esto para perder o pasar el tiempo, tampoco es útil. Entonces, la única vez en la que un grupo me es útil es si yo respeto a las personas en el grupo, y creo que es realmente importante que yo vea a las personas en el grupo como mis pares, personas que tengan el mismo espíritu que yo, personas que piensen sobre el consumo de sustancias de la misma forma que yo. No sería capaz de sentarme en un grupo con personas que creen que el uso de drogas es inherentemente malo y, como que no hay forma segura de consumir, porque estaría muy ocupada, como, pensando todas las razones por las que están equivocados que no podría pensar en las formas en las que lo que están diciendo podría ayudarme.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

Además, algunos participantes de diferentes regiones también relataron específicamente experiencias en las que se les negó el acceso al asesoramiento sobre el VIH debido a que no se les consideraba suficientemente motivados hacia la abstinencia del consumo de drogas, incluido el TAO:

*“Cuando me diagnosticaron con VIH, se me fue negado el servicio de asesoramiento porque estaba usando metadona. Entonces, digo, esto no es solo en el caso del asesoramiento, sino para una variedad de servicios de salud, y especialmente si eres usuario de opioides.”* Hombre usuario de drogas, región de Europa Occidental.

Otros participantes resaltaron la necesidad de una variedad de enfoques de asesoramiento (y de otras intervenciones comportamentales) para asegurar que las personas tengan acceso a tipos específicos de apoyo y de servicios necesarios en las diferentes etapas de su salud y de sus vidas. Un participante mencionó la idea de un “caja de herramientas” para equipar a las personas con información, habilidades y apoyo clave necesarios para manejar su salud y estar bien a lo largo del tiempo:

*“Depende del individuo. Supongo que con el VIH es mucho más difícil hablar con un grupo. Me tomó 10 años admitirme a mí mismo que lo tenía, y mucho menos a alguien más. Entonces, el pensamiento de estar sentado*





## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*con un grupo y discutiendo cosas, como que no iba a pasar. Entonces, supongo que una variedad de opciones para la gente en cada intervención, de forma que sea individualmente o en grupo, ya sea asesoramiento en VIH, naloxona, [para sobredosis] prevención, y prevención de recaída. Todas esas pequeñas cosas que te dan herramientas para llevar en tu caja de herramientas para evitar daños y riesgos y reducir ese riesgo.”* Hombre usuario de drogas, región de Europa.

Por último, aunque los participantes de algunos entornos identificaron como muy útil el asesoramiento durante las pruebas del VIH, las ITS y la hepatitis, así como otro tipo de apoyo psicosocial, especialmente el proporcionado por los servicios comunitarios dirigidos por pares, otros participantes señalaron que el asesoramiento solo es útil si está fácilmente disponible. Uno de los participantes se refirió a las continuas deficiencias en la disponibilidad de asesoramiento para personas que se inyectan drogas, especialmente en los países de ingresos bajos y medios y personas usuarias de drogas inyectables:

*“En un inicio, cuando teníamos suficiente personal era efectivo, pues las personas que de otro modo hubieran tenido comportamientos de riesgo contaban con una estructura en la que sabían que hay alguien para hablar, pero ahora no es efectivo porque no hay suficientes personas que ofrezcan asesoramiento.”* Mujer usuaria de drogas, Región de África.

### 2. Modalidades en la prestación de servicios relacionados con el VIH/hepatitis/ITS

A todos los participantes se les preguntó una serie de preguntas sobre la prestación de servicios, y de forma específica sobre cómo es que se proporcionan, incluidas preguntas sobre el valor y el impacto de orientadores entre pares, el rol de los servicios liderados por personas usuarias de drogas y sus opiniones sobre el uso de herramientas y plataformas virtuales para el VIH y la hepatitis viral entre personas usuarias de drogas inyectables.

#### a. Percepciones sobre los orientadores entre pares y su impacto en el inicio y retención del tratamiento y los programas de prevención:

*“Si fuera llevado a cabo por un par, estaría más dispuesto a escuchar”* Mujer usuaria de drogas, región de África.

El comentario anterior resume de muchas formas las respuestas de los participantes sobre los orientadores entre pares y del impacto que tienen en el inicio y la retención en el tratamiento y los programas de prevención. Para la mayoría de quienes participaron en este estudio, sin importar el país o la región, los orientadores entre pares son vistos como “esenciales debido a las experiencias que han vivido”. Hubo una gran



consideración y valoración por los orientadores, educadores y trabajadores entre pares en el contexto de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH, la hepatitis y otras ITS. En términos de la discusión sobre estos temas a nivel global, es importante reconocer que un número de participantes en los grupos focales no estaban familiarizados con el concepto “orientadores entre pares”, pero una vez que les fue explicado, se mostró apoyo por dicho concepto y sus capacidades de forma universal (cuando son apoyados y financiados de forma adecuada) para actuar como un “puente entre dos mundos”, para conectar con personas usuarias de drogas, facilitar su acceso a tratamientos de prevención, y lo que es más importante, para apoyar en el inicio y continuación del tratamiento de las personas:

*“Creo que tiene que haber una especie de figura que una, que inmediatamente empiece a cuidarse contigo, no caminando el camino por ti, sino estando allí con la persona, organizando calendarios para los exámenes, yendo a los hospitales, y esto y lo otro, porque es difícil incluso para los usuarios de más tiempo navegar el sistema de salud y los sistemas de apoyo social”* Hombre usuario de drogas, región de Europa.

Relacionado con los comentarios anteriores sobre ‘chemsex’, otra de las personas que participó resaltó la idea de la ‘atención’ y que no todo el suministro de servicios entre pares se realiza formalmente o a través de programas financiados, sino que en el centro de la educación y apoyo entre pares está el concepto de estar motivados para cuidarse unos a otros:

*“Una vez más, para mí todo tiene que ver con las culturas de la atención, ya sea la distribución por parte de los pares y tener suficiente equipo para que mis compañeros vengan a buscarlo cuando se les acabe, o tener naloxona o distribuir naloxona a mis amigos... Por lo tanto, es algo consciente y puede ser solo informal, pero está ahí y se trata de una cultura de la atención”* Persona no binaria usuaria de drogas, Región del Pacífico Occidental.

En relación con las características específicas que hacen que los orientadores entre pares sean eficaces, los participantes manifestaron una gran variedad de opiniones, dependiendo en gran medida del contexto y la región geográfica, aunque las características más comunes incluyeron “tener pasón”, “ser un buen comunicador”, “un oyente comprensivo”, “digno de confianza”, “que trabaje en equipo” y ser “empático” y “dedicado”. Mientras ningún participante mencionó que los orientadores/trabajadores entre pares deberían de venir de afuera de la comunidad, algunas personas pensaron que en algunos contextos trabajadores entre pares con experiencia previa sobre el uso de drogas inyectables podría funcionar, aunque algunos otros expresaron que los orientadores entre pares deberían ser “usuarios activos” debido al potencial



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

de perder la conexión con la comunidad y a que el conocimiento del uso de drogas de un individuo se vuelva obsoleto o irrelevante:

*“Como alguien que fue par, la gente en la comunidad se identificaba con ella y sabía que podían contarle cosas y que ella iba a entender y ayudarles en la medida de sus capacidades, y dirigirse a ellos en su nivel y hablando su idioma”* Mujer usuaria de drogas, región de África.

*“Entiendo que alguien que ya no se inyecta drogas puede tener mucho que ofrecer, pero ¿son pares? Yo creo que se trata de conexión, porque las prácticas e incluso el uso de drogas cambia todo el tiempo y el conocimiento necesita ser actual, aunque también soy consciente de que la criminalización puede dificultar la exposición pública de la gente en muchos contextos”* Mujer usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

Además de destacar la importancia de la conexión con la comunidad y la actualidad del conocimiento, el comentario anterior resalta las complejidades relacionadas con las personas que son orientadoras/trabajadoras pares, y el impacto que factores estructurales como la criminalización, y el estigma y la discriminación sistémica tienen en la capacidad de hacer lo mejor posible en el apoyo a la vinculación de servicios. En relación con el tema de que los conocimientos sean actuales y relevantes, está el asunto de la edad y de si esta importa al hablar de orientadores entre pares y su capacidad de conectar con personas usuarias de drogas inyectables y ganar su confianza. Para muchas de las personas que participaron en este estudio, los orientadores entre pares son vistos como ejemplos a seguir, pero a pesar de que algunos participantes dijeron que “los orientadores de más edad son más respetados”, otros creyeron que contar con una edad (y sexo) similares, es crítico para que las personas que usan drogas inyectables conecten, entiendan y confíen entre ellas y con sus orientadores entre pares:

*“Las personas jóvenes temen acceder a estos servicios debido a que tal vez se encontrarán a los papás de sus amigos, pero cuando saben que sus amigos hacen actividades de divulgación se abren y te cuentan todos sus asuntos... Esto va a continuar durante un largo tiempo en el tratamiento y la prevención”* Mujer usuaria de drogas, región de África.

*“Si yo soy una persona mayor que usa opioides y vengo a aconsejar a un consumidor menor que usa Mefedrona, no voy a ser una autoridad para él. En los países asiáticos, las tradiciones se honran mucho y tenemos una actitud muy respetuosa hacia la gente mayor desde nuestra infancia. Esta es la razón por la que la gente joven no va a aceptar un consultor de*



*mayor edad, porque en este estilo de vida, rompería la idea de respetar a los mayores. Las personas jóvenes necesitan consultores entre pares de su edad y sexo.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Otro participante señaló que, dependiendo de a quién se intente llegar, así deberán ser los orientadores/trabajadores entre pares. Por ejemplo, si se trata de llegar a los jóvenes, se necesitan jóvenes. Si se trata de personas mayores, se necesitan personas mayores. Y añadió: trabajadores entre pares:

*“No es que sea difícil llegar a la gente. Es solo que no tienes la gente adecuada para llegar a ellos.”* Hombre usuario de drogas, región de las Américas.

También se les preguntó a los participantes acerca de si tenían preocupaciones sobre el uso de orientadores entre pares. En su mayoría, las preocupaciones reportadas por los participantes se centraron en el impacto de ‘estar fuera del armario’ como un usuario de drogas, y en las potenciales implicaciones negativas que esto puede tener para ellos, incluyendo volverse visibles para la policía cuando están tratando de hacer su trabajo:

*“Algunas veces la policía viene a molestar a las personas usuarias de drogas inyectables y a registrarte cuando estás ofreciendo servicios comunitarios pensando que traes drogas contigo.”* Mujer usuaria de drogas, región de África.

Otras personas resaltaron cómo la palabra “par”, e incluso el título “trabajador entre pares” u “orientador entre pares” puede sacar a las personas del armario como usuarios de drogas, y tener implicaciones negativas para ellas, dependiendo del nivel de implicación:

*“Para empezar no podemos solo llamar “pares” a las personas que han usado drogas. Cuando se nos llama pares, automáticamente se nos saca del armario como una persona que usa drogas y algunas veces incluso se especifica el tipo de drogas que se consumen. ¿Por qué tenemos que ponerle más etiquetas a la gente?”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

En relación con las preocupaciones anteriores sobre exponer a las personas y hacerlas visibles ante la policía, así como sobre el estigma y la discriminación, está el asunto de cómo se trata a las personas con experiencias previas de uso de drogas o personas que realizan trabajo entre pares cuando son las únicas, o una de las únicas personas dentro de un sistema de salud más convencional. Estos participantes hicieron hincapié en la necesidad de capacitaciones relacionadas con el estigma y la discriminación a trabajadores del sector salud como un prerrequisito para vincularse con orientadores o trabajadores entre pares.



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*“Usualmente los trabajadores entre pares son tratados muy mal en los servicios convencionales. Digo, ¿cuál es el sentido en mandar pares a servicios donde no los quieren, para trabajar con personas que en realidad no quieren ser tratadas? Al final hay una necesidad muy tangente de capacitación en torno al estigma para trabajadores de primera línea en los servicios de salud en el trabajo con, y el respeto hacia los pares antes que puedan acceder a trabajadores entre pares”* Mujer usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

Finalmente, también se les pidió a los participantes que pensarán sobre cuándo los orientadores/trabajadores entre pares tienen mayor impacto. La mayoría de los que dieron su opinión al respecto comentaron que, en el contexto de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH, la hepatitis y otras ITS, quizás sean los orientadores/trabajadores entre pares quienes tienen mayor impacto. Incluyeron comentarios como que las personas usuarias de drogas inyectables *“no confían ni en los organismos de impartición de ley, ni en los doctores. Los consultores entre pares siempre serán los más efectivos.”* Otro participante trajo a la conversación investigación que muestra que los servicios de PIJ basados en trabajo entre pares muestran impactos significativamente mayores para las personas usuarias de drogas en relación con la prevención del VIH y la hepatitis, que los modelos de PIJ que no son llevados a cabo entre pares.

Sin embargo, varios participantes también destacaron que hay muchos factores que pueden socavar la eficacia y el impacto de los pares. En particular, los participantes resaltaron la importancia de proporcionar a los orientadores/trabajadores entre pares los recursos adecuados, incluyendo una remuneración justa y equitativa en relación con otros trabajadores no pares en el mismo servicio u organización. Los participantes se refirieron a que los pares *“no son vistos como profesionales”,* están *“infravalorados”,* *“no son pagados”* y no son reconocidos, ni se les da la formación y el apoyo adecuados de la misma manera que a otros trabajadores:

*“Lo que vemos es que los trabajadores entre pares siempre son trabajadores entre pares y nunca son vistos como un profesional con conocimientos técnicos. Y por lo general, se dedican solo a estos puestos y no pueden ir más allá. Yo batallo mucho con eso.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

*“Los trabajadores entre pares deben ser capacitados y apoyados, y propiamente remunerados para evitar que la gente se exponga al agotamiento y al estrés.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Al final, a pesar de las muchas sutilezas y complejidades, dos participantes resumieron los mensajes principales relacionados con los orientadores entre pares de la siguiente manera:



*“Creo firmemente en el reconocimiento de los pares como expertos o profesionales en sus propias vidas, porque, en primer lugar, ya tienen la empatía, el apoyo y la conexión, de igual a igual, y, en segundo lugar, si se les dan herramientas como la entrevista motivacional, incluso la TCC, de repente se tiene acceso a equipos de inyección y a un uso más seguro, se suministra naloxona, se realizan pruebas y tratamiento del VHC, y podría seguir... pero es increíble.”* Hombre usuario de drogas, región del Pacífico Occidental.

*“... siempre va a haber ‘nuevas drogas’ y ‘subgrupos’, y siempre vas a tener la necesidad del trabajo de trabajadores entre pares experimentados que conozcan esos contextos específicos. Poder usar el lenguaje comunitario es crítico para establecer relaciones”* Hombre usuario de drogas, región de las Américas.

- b.** El papel de las respuestas lideradas por usuarios de drogas y sus impactos en el inicio y retención de los programas de tratamiento y prevención

*“Quiero decir, no hay otra manera de hacerlo. No hay otra forma de hacerlo de forma eficaz. Así que, cualquier discusión sobre hacer esto sin involucrar a gente que use drogas - ¡es simplemente basura! De acuerdo.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

En consonancia con los comentarios realizados anteriormente por los participantes en relación con los orientadores/trabajadores entre pares, su valor e importancia; la mayoría de los participantes expresaron también la opinión de que las respuestas lideradas por los usuarios de drogas son fundamentales para la capacidad de las personas usuarias de drogas inyectables de satisfacer sus necesidades en relación con la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH, la hepatitis y otras ITS. Además, los participantes afirmaron que las respuestas dirigidas por los usuarios de drogas no solo eran importantes para mejorar el acceso, especialmente a los programas de prevención de las infecciones de transmisión sanguínea, sino también para la capacidad de las personas en acceder al tratamiento del VIH y de la hepatitis C y de adherirse al tratamiento del VIH en el largo plazo:

*“No es solo un grupo de usuarios, es mucho más. Es casi cinco servicios en sí mismo, porque tienes los virus de transmisión sanguíneos cubiertos, tienes la salud mental cubierta, o alguien ha tenido experiencia con el sistema de tratamiento y será capaz de guiar y hacer que otros sean conscientes de lo que se puede esperar, porque muchas veces, el miedo a lo que se espera es la razón por la que la gente no se hace las pruebas... y los grupos de pares son vitales para eso, creo yo, porque muchas personas ni siquiera están comprometidas con el tratamiento. Y eso es lo que les falta*



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*a muchos servicios, tienen un recurso vital que generalmente no usan.”*  
Hombre usuario de drogas, región de Europa.

*“Hoy en día, el tratamiento de la hepatitis C en [mi país] se difunde ampliamente no por el Estado, sino por la comunidad. Las personas que tienen hepatitis C y también experiencia en el uso de drogas han creado sus propias ONG que lidian con el tratamiento de la hepatitis y que ahora trabajan directamente con los fabricantes de genéricos y proporciona tratamiento a todos los que lo necesitan en todo el país. Gracias a estas ONG, el umbral para el tratamiento de la hepatitis C [en mi país] es ahora bastante bajo.”*  
Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Otros participantes hablaron sobre la capacidad única de las respuestas lideradas por usuarios de drogas no solo de ser flexibles y ‘reunirse con las personas donde están’ (en lugar de donde el servicio preferiría que estuvieran) y, por lo tanto, estar verdaderamente ‘centradas en la persona’, así como su capacidad para llegar a una amplia gama de personas que se inyectan drogas de diversos orígenes, identidades y experiencias y ganarse su confianza:

*“Tenemos un centro gestionado por pares. Es un súper centro que mezcla poblaciones, ya sabes, personas no binarias y mujeres y trabajadores sexuales y personas migrantes. Está gestionado por pares e incluso ha acordado con un hospital que un equipo con un médico vaya allí con fibroscan y todo para hacer pruebas y comenzar tratamiento. Consiguieron obtener medicina del hospital para la comunidad. Entonces, es un gran ejemplo.”*  
Hombre usuario de drogas, región de Europa.

Sin embargo, uno de los principales problemas planteados por los participantes fue que, a pesar de su importancia y del papel crítico que estas respuestas desempeñan en la salud de las personas usuarias de drogas inyectables, en muchas de las regiones implicadas en este estudio, los participantes consideraron que, en muchos contextos, no existe un compromiso suficiente con las respuestas lideradas por la comunidad e identificaron una falta general de apoyo a las organizaciones y servicios dirigidos por personas usuarias de drogas:

*“ En mi país existe todo un historial lleno de orgullo de organizaciones lideradas por usuarios de drogas entre pares, y no cabe duda de que nuestras organizaciones y servicios han sido fundamentales en los esfuerzos por acabar con el VIH y eliminar el VHC entre las personas que se inyectan drogas, pero a menudo esto no se reconoce ni se apoya.”* Mujer usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.





En particular, los participantes destacaron la falta de interés del Gobierno y del “Estado” en relación con la participación de los usuarios de drogas en los procesos de toma de decisiones relacionados con su salud y su vida, a pesar de que la comunidad tiene la capacidad y está dispuesta a actuar como un asociado en igualdad de condiciones en la lucha contra las epidemias del VIH y la hepatitis viral:

*“Desde que se creó [nuestra organización liderada por usuarios de drogas], hemos intentado interactuar con el Estado, pero todo va muy lento. Pensarías que el Estado debería estar interesado en nuestra retroalimentación sobre cómo gastar eficazmente el presupuesto en el tratamiento y la prevención del VIH y la hepatitis para reducir la carga de las epidemias. Pero, de hecho, nos vemos obligados a ofrecernos al Estado, porque se trata de nuestra salud y nuestra vida. Esperamos que nuestra interacción con el Estado se desarrolle a medida que la comunidad de PUD se movilice y se profesionalice.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Incluso donde existen organizaciones y servicios dirigidos por personas usuarias de drogas, muchos participantes hablaron de falta de capacidad y de que sus organizaciones carecen constantemente de los recursos necesarios para las funciones y servicios que se espera que presten. Los participantes identificaron la necesidad de capacitar y desarrollar la mano de obra para las organizaciones lideradas por usuarios de drogas y los servicios, incluyendo “información y habilidades clave en relación con los virus de transmisión sanguíneos” (incluyendo las pruebas científicas y clínicas más actualizadas), “desarrollar y mantener los límites profesionales” y “técnicas de vinculación y educación” (incluyendo entrevistas motivacionales, terapia cognitivo conductual y enfoques de enseñanza y aprendizaje). Otros participantes se limitaron a señalar la necesidad de desarrollar en el amplio sentido la capacidad de las organizaciones y servicios liderados por usuarios de drogas, pues con demasiada frecuencia trabajan de forma aislada y sin los recursos y el apoyo adecuados:

*“Tenemos que mejorar los servicios comunitarios incrementando las capacidades y herramientas de los miembros de la comunidad”.* Hombre usuario de drogas, región de África.

A pesar de las barreras y de la falta de recursos adecuados, los participantes estuvieron de acuerdo en que las respuestas lideradas por los usuarios de drogas definitivamente mejoran el ingreso y la retención en los servicios. Consideraron que cuando las organizaciones y los servicios están dirigidos por personas que consumen drogas, los avances prácticos, como el aumento de los horarios de apertura, las visitas sin cita, y el diseño de servicios que satisfagan las necesidades y el estilo de vida de las personas, son algunas mejoras que pueden dar resultados, ya que hay



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

una mayor comprensión de cómo deben diseñarse los servicios para atraer y retener a los clientes.

Los participantes también consideraron que la incidencia liderada por pares también tiene un impacto importante en garantizar que se tomen en cuenta las experiencias vividas por las personas usuarias de drogas inyectables, al utilizarla para comunicar, presionar y hacer que los coordinadores de programas y los encargados de la toma de decisiones rindan cuentas. Mencionaron que la incidencia liderada por usuarios de drogas es capaz de hacer retroceder la elaboración de políticas públicas dañinas, así como el desarrollo y la implementación de programas. También mencionaron que, al llevar a cabo esta labor, las organizaciones lideradas por usuarios de drogas se vuelven guardianes eficaces muy necesarios para la comunidad. Además, afirman que dichas organizaciones se centran en cuestiones que las organizaciones de la sociedad civil en general no abordan, porque no están tan cerca de las experiencias reales y de los problemas que se viven sobre el terreno.

### c. Uso de herramientas y plataformas virtuales para acceder a servicios de VIH, VHC y otras ITS por personas usuarias de drogas inyectables

En respuesta a la pregunta sobre el acceso a los servicios en línea para el VIH, el VHC y otras ITS, la mayoría de los participantes afirmaron que lo ideal sería que las personas que se inyectan drogas tuvieran acceso a una combinación adecuada de servicios presenciales y herramientas y plataformas digitales, con comentarios como “creo que se necesita una combinación de ambos” y “en línea y presencial - ambos tienen cabida”. Sin embargo, algunos participantes expresaron que, debido a que las personas usuarias de drogas inyectables están muy criminalizadas y estigmatizadas, es importante que se sigan priorizando los servicios e intervenciones ante las preocupaciones sobre la seguridad virtual (véase más abajo), para facilitar el empoderamiento y, en particular, para reconocer los problemas relacionados con la falta de acceso a las tecnologías y los niveles de alfabetización:

*“Las intervenciones presenciales son importantes para las personas usuarias de drogas inyectables, pues se sienten vistas y escuchadas. No podemos quitar las intervenciones presenciales para esta población.”* Hombre usuario de drogas, región de África.

El participante añade...

*“No todas las personas usuarias de drogas inyectables tienen acceso a tecnologías de la información con dispositivos como ‘smartphones’ o computadoras. Las herramientas virtuales nos ayudan a compartir información, o a*



*saber dónde podemos encontrar servicios. Pero la comunidad no puede usar solamente el acceso digital y virtual de servicios, tienen que ir a donde estos servicios están localizados.”* Hombre usuario de drogas, región de África.

Otros también añadieron reflexiones sobre las barreras y limitaciones...

*“Funcionaría bien para las personas usuarias de drogas inyectables, pero no para todas, ya que muchas no tienen un teléfono inteligente y lo conservan durante mucho tiempo, o es un teléfono de segunda mano o incluso robado y puede desaparecer en cualquier momento. Si tienen estos aparatos, siempre están conectados y es una buena forma de acceder a los servicios de tratamiento.”* Mujer usuaria de drogas, región de África.

*“La mayoría de las veces es imposible con las tecnologías, porque se pierde el teléfono, se pierde el correo electrónico. Hemos estado probando diferentes cosas y allí tenemos ordenadores y la gente puede comprobar sus correos electrónicos. Pero también, en el caso de la mayoría de las mujeres que vienen, están acostumbradas a conectar contigo en FB, pero no como una herramienta de información y tratamiento. Verdaderamente estamos muy lejos de esto.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Otra participante de una región diferente también planteó su preocupación por la excesiva dependencia de las plataformas y herramientas digitales para las personas que se usan drogas inyectables. También mencionó que es necesario adoptar un enfoque equilibrado y prestar atención a las implicaciones psicosociales del uso de las tecnologías y plataformas en línea para este tipo de servicios e información:

*“Es decir, las herramientas virtuales son maravillosas, pero hay que utilizarlas con cuidado y en conjunto con otras herramientas. Una de las cosas que puede ocurrir es que nos podemos volver muy dependientes de los servicios en línea que nos gustan porque nos permiten tener distancia de las personas con las que nos sentimos incómodas. No nos tenemos que mover, no tenemos que salir a la comunidad, todo eso y nos facilita las cosas a nosotras. No hay nada en este trabajo que sea fácil... la vida de los seres humanos es desordenada y a menudo los servicios en línea simplemente no captan eso...”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

Sin embargo, otros participantes destacaron que la llegada de la COVID-19 les había empujado, como servicios pares dirigidos a usuarios de drogas, a proporcionar herramientas en línea y acceso a servicios virtuales de virus de transmisión sanguínea y reducción de daños que anteriormente solo se habían proporcionado en persona.



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

También mencionaron que la COVID-19 les obligó a innovar hacia los servicios en línea. Añadieron que algunos de los resultados e impactos de estas innovaciones han sido bastante sorprendentes en el sentido de que han abierto significativamente el acceso a los servicios a grupos a los que antes no se llegaba con la prestación de servicios de reducción de daños relacionados con el VIH y la hepatitis C, incluyendo la combinación de pedidos en línea con servicios postales para ordenar suministros de PIJ/reducción de daños. Una evaluación reciente de uno de estos nuevos servicios pares de PIJ que combinan la web y el servicio postal, ha revelado que estos servicios en línea están atrayendo a más usuarios de drogas jóvenes y mujeres, así como a usuarios de orígenes culturales diversos en comparación con sus servicios tradicionales de carácter presencial:

*“Nuestra reciente encuesta sobre el servicio virtual/por correo de PIJ ha mostrado que estamos llegando a un número mucho mayor de personas en el grupo de edad de 18 a 25 años, seguido por el de 25 a 35 años. Y nuestra proporción de hombres y mujeres es casi igual, lo que es casi inaudito en los servicios presenciales de PIJ. También vemos una mayor proporción de personas para las que el inglés no es su primera lengua. Estos datos son realmente increíbles y muestran lo que se puede conseguir mediante una combinación de diferentes modelos de servicio.”* Mujer usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

Sin embargo, otros destacaron que la COVID-19 también ha causado problemas en relación con el uso de herramientas y plataformas virtuales, incluida la forma en que estos enfoques pueden socavar o, al menos, hacer retroceder algunos de los logros importantes alcanzados en el reconocimiento del valor y el profesionalismo de los educadores y activistas entre pares. En concreto, los participantes llamaron la atención sobre el hecho de que el cambio en el uso de herramientas y plataformas en línea en materia de incidencia, así como la capacitación para proveedores convencionales de servicios, ha llevado a la expectativa de que las personas que realizan actividades entre pares proporcionen sus experiencias vividas, su experiencia y conocimientos especializados de forma gratuita, en gran medida porque ahora se proporcionan en un entorno en línea:

*“Sabes, uno de los otros problemas de las herramientas en línea es que es menos probable que paguemos a nuestros pares y a nuestra gente por hablar y conversar, porque todo lo que tienen que hacer es aparecer en el ordenador. Así que, mientras que habíamos trabajado muy duro y habíamos llegado a un punto en el que se les pagaba a los usuarios de drogas por sus servicios, ahora siento que hemos retrocedido algo en eso. Yo misma he hablado en muchos seminarios web diferentes durante el año pasado sin que se me*



*haya pagado, mientras que todos esos trabajos habrían sido remunerados antes de la COVID-19.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

Varios participantes también señalaron que deberíamos evitar suponer que las personas que se inyectan drogas probablemente no tienen acceso a los datos (debido a la pobreza y/o a la falta de acceso a la tecnología) o que simplemente no entienden el funcionamiento de las plataformas digitales como lo hacen otros o no participan en ellas. Aunque los participantes reconocieron que algunas personas que usan drogas inyectables pueden no tener un acceso regular o fácil a Internet o pueden no estar muy familiarizados con los espacios y las herramientas virtuales, muchas otras personas sí lo están. Por ello, los participantes consideraron que, en realidad, se trata de reconocer que, como todas las comunidades, las personas usuarias de drogas inyectables son una población muy heterogénea con experiencias, habilidades, recursos y necesidades diversas. En este sentido, algunos participantes destacaron la necesidad de centrarse en mejorar los entornos en línea disponibles con información y herramientas para satisfacer las necesidades específicas de las personas, en lugar de centrarse continuamente en si las personas que usan drogas inyectables tienen acceso o no:

*“Deberíamos centrarnos en mejorar las plataformas en línea con las peculiaridades de cada grupo de poblaciones clave.”* Hombre usuario de drogas, región de África.

*“Cuando preguntamos a la gente, en lugar de hacer suposiciones, descubrimos que las personas que usan drogas inyectables están muy vinculadas con el entorno virtual y solo tenemos que asegurarnos de ofrecer una amplia gama de puntos de acceso para que nadie se sienta excluido.”* Mujer usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

Estos participantes destacaron que las plataformas virtuales y digitales podrían funcionar muy bien en relación con el acceso a la prevención del VIH, las ITS y el VHC para las personas que usan drogas inyectables, pero que muchas organizaciones comunitarias no tienen acceso a las herramientas y los recursos para apoyar la prestación de servicios y el intercambio de información de esta manera. Estos participantes también afirmaron que, en su opinión, las intervenciones presenciales tienen algunas ventajas particulares en relación con la creación de conexiones entre las personas, pero que podían ver el potencial de utilizar herramientas digitales para apoyar el uso de materiales educativos más visuales y gráficos, especialmente para las personas con problemas de alfabetización, por lo que es realmente una cuestión de equilibrio y elección:

*“Ciertamente hay un lugar para ello, pero no como algo independiente. A algunas personas les ayuda porque no tienen que desplazarse al centro de la*



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*ciudad o al otro lado del país para hablar con su trabajador clave. Algunos prefieren no tener ningún contacto. La cuestión clave es la posibilidad de elegir.”* Hombre usuario de drogas, región de Europa.

Además de los muchos beneficios potenciales asociados con el incremento de los servicios en línea, los participantes de algunos entornos también destacaron que el cambio hacia la prestación de servicios en línea debido a la COVID-19 también ha exacerbado las desigualdades estructurales existentes entre las personas que usan drogas inyectables altamente marginadas que a menudo viven en condiciones de pobreza y con menos acceso a las tecnologías digitales. Los participantes expresaron su preocupación por la seguridad en línea, incluido el creciente uso de las huellas digitales para una mayor vigilancia y como evidencia del uso de drogas ilícitas para justificar las acciones policiales y fundamentar procedimientos judiciales contra las personas que usan drogas inyectables.

En última instancia, los participantes consideraron que las herramientas y plataformas en línea deberían considerarse simplemente como otro entorno que conlleva una serie de ventajas y desventajas potenciales en relación con el acceso a los servicios para el VIH, la hepatitis y otras ITS. Además, como destacó una de las participantes, hay personas que usan drogas inyectables que tienen conocimientos y habilidades digitales considerables, y utilizar esta base de conocimientos disponible será fundamental para el futuro de los servicios y organizaciones basados en pares y liderados por usuarios de drogas:

*“Las personas usuarias de drogas deberían liderar todos y cada uno de los programas de personas usuarias de drogas, incluidas las plataformas en línea. Somos más que personas usuarias de drogas, muchas de nosotras sabemos mucho sobre desarrollo de sitios web, diseño gráfico, gestión de casos, prestación de servicios y criptomonedas.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

Estas ideas también se relacionan con algunos comentarios específicos realizados por los participantes de varias regiones diferentes sobre la “Darknet” y las oportunidades y riesgos potenciales en este entorno para proporcionar acceso, en particular, a materiales educativos sobre el VIH y la hepatitis C e información sobre la reducción de daños para las personas que acceden a este entorno:

*“...los consumidores de drogas visitan las tiendas de la Darknet con mucha más frecuencia que los puntos de intercambio de jeringuillas. Por lo tanto, es importante colaborar con los comerciantes de estas tiendas para que publiquen información sobre la reducción de daños dentro de sus anuncios.”*



*Los compradores de sustancias leerán esta información al entrar en la tienda en línea. Además, obtener información de forma virtual es más seguro para ellos - se reduce el grado de ansiedad. Creo que este es un tema distinto y prometedor para la incidencia comunitaria de hoy en día.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Independientemente de si las organizaciones y los servicios entre pares liderados por usuarios de drogas participan en la “Darknet” o simplemente en Internet convencional a través de diversas herramientas y plataformas digitales, está claro a partir de la respuesta de la participante que proporcionar acceso a los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH, la hepatitis y otras ITS a través de mecanismos en línea solo va a crecer en el futuro, aunque queden muchas cuestiones por considerar en relación con el uso de herramientas y plataformas digitales entre las personas usuarias de drogas inyectables.

### 3. Barreras estructurales y entornos favorables

Se les hizo a todos los participantes una serie de preguntas sobre las intervenciones destinadas a abordar las barreras estructurales en el acceso a los servicios de salud para personas que usan drogas inyectables, como la criminalización, el estigma y la discriminación y la violencia. También se les preguntó sobre las intervenciones de apoyo que, en su opinión, podrían ayudar a abordar estas barreras estructurales para el acceso a los servicios de las personas usuarias de drogas inyectables.

#### a. Percepciones sobre cómo la criminalización del uso de drogas afecta al acceso de las personas a los servicios y a su capacidad para seguir con el tratamiento del VIH, la hepatitis viral y otras ITS.

La abrumadora mayoría de las respuestas en relación a la pregunta anterior fue sencilla y directa. Para la gran mayoría de los participantes, la continua criminalización del consumo de drogas en la mayoría de los países y regiones del mundo es el factor que más afecta a la salud, los derechos y la dignidad de las personas que usan drogas y las personas que usan drogas inyectables. Esto incluye (aunque no de forma exclusiva) el impacto devastador en la capacidad de las personas para prevenir y tratar los virus de transmisión sanguínea como el VIH y la hepatitis C, así como las ITS y la tuberculosis:

*“Si quieres ver como la vida de alguien pasa de ser decente a ser un caos, involucra a la policía. Quiero decir, la criminalización es lo peor que se le puede hacer a una persona y los tribunales y la cárcel y todo eso es una buena manera de destruirle la vida a alguien.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.





## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*“La criminalización es la principal barrera en el acceso a los servicios y al tratamiento del VIH, las ITS y la hepatitis, ya que inmediatamente presenta al usuario de drogas no como un paciente que sufre de adicción a las drogas, sino como un delincuente, ante el que la sociedad, incluidos los trabajadores sanitarios, tienen una actitud adecuada.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

*“Nuestras vidas se acaban cuando nos quedamos con nada más que con antecedentes penales, ni siquiera podemos encontrar vivienda o empleo.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

Como se ha indicado anteriormente, la gran mayoría de los participantes, independientemente del país o la región, señalaron que la penalización es el principal obstáculo para que las personas que usan drogas inyectables accedan a los servicios y al tratamiento del VIH y la hepatitis. Además, muchos participantes insistieron en que, de un modo u otro, todos los demás obstáculos que experimentan las personas que usan drogas inyectables se derivan en gran medida o son consecuencia de la penalización del consumo de drogas:

*“Cambia la ley y las personas usuarias de drogas accederán fácilmente a los servicios de reducción de daños”* Hombre usuario de drogas, región de África.

*“Todos sabemos que, en particular, las personas que usan drogas inyectables no acuden a todo tipo de servicios de apoyo sociales y de salud debido a la criminalización. Crea muchas barreras. Casi no importa lo que sea. Si es negativo y afecta a la salud de alguien que se inyecta drogas, casi puedes garantizar que se debe a la penalización.”* Hombre usuario de drogas, región del Pacífico Occidental.

Los participantes destacaron cómo la criminalización aísla a las personas de su comunidad, lo cual dificulta, cuando no imposibilita, el acceso a la prevención, a las pruebas y al tratamiento, pero también a la adherencia al tratamiento por miedo a ser detenido o algo peor. Quienes participaron también contaron cómo la criminalización contribuye al estigma y la discriminación incluso en los centros de salud:

*“Incluso en el centro médico hay una sensación de criminalización, si me encuentran tomando metadona fuera del centro, el castigo es severo.”* Hombre usuario de drogas, región de África.

*“En nuestro país, seguimos enfrentándonos a la criminalización incluso teniendo programas de TSO. La TSO no se le entrega al paciente, no hay puntos de distribución en las localidades pequeñas, no puedes seguir en*



*el programa de TSO si vas a la cárcel. Con un umbral tan alto de acceso a la TSO, muchos se ven obligados a consumir drogas de la calle, por lo que caen en la criminalización.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Dada la importancia de esta cuestión para el enfoque de este estudio, hemos optado por incluir el relato ampliado de uno de los participantes de la región de Europa que, en nuestra opinión, pone de manifiesto el impacto de la criminalización en el acceso a los servicios y la capacidad de adherencia al tratamiento del VIH, la hepatitis viral y otras ITS para las personas usuarias de drogas inyectables:

*“Llevo 35 años consumiendo drogas y he vivido en un país con una política de drogas represiva, donde no hay programas de TSO. Llevo 22 años viviendo con el VIH y 32 años con la hepatitis C. La criminalización afectó enormemente a la calidad de mi vida, porque en lugar de cuidar mi salud, visitar instituciones médicas, recibir tratamiento para el VIH, desde la madrugada me veía obligado a buscar dinero para las drogas de forma delictiva, y luego a buscar las drogas en sí. El síndrome de abstinencia dominaba toda mi vida, y lo único en lo que podía pensar era en cómo deshacerme de él lo antes posible sin caer en la mira de la policía. Lo último en lo que pensaba era en el tratamiento del VIH y la hepatitis, ya que no era mi necesidad básica. El tratamiento de la tuberculosis para las personas con VIH y adicción a las drogas es un gran problema. En la clínica de tuberculosis no se proporciona ayuda narcológica, por lo que es imposible permanecer allí con síntomas de abstinencia y tratar el VIH y la tuberculosis. La persona se ve obligada a salir y buscar drogas arriesgándose a ser dada de alta por violar el régimen.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Por último, es interesante señalar que varios participantes también mencionaron el modo en que la criminalización no solo repercute negativamente en la vida y la salud de las personas que usan drogas inyectables, sino que también tiene implicaciones negativas para las organizaciones lideradas por la comunidad que representan a las personas que usan o han usado drogas. Esto, a su vez, afecta a la capacidad de estas organizaciones para incidir y prestar servicios de forma eficaz a la propia comunidad a la que representan:

*“La criminalización no solo afecta a los usuarios de drogas, sino también a las organizaciones que trabajan con ellos, ya que los servicios, especialmente el suministro de información sobre el riesgo y la reducción de daños, se consideran a menudo como propaganda de drogas.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

- b. Percepciones sobre las intervenciones habilitadoras para ayudar a abordar las barreras estructurales de acceso a servicios para las personas usuarias de drogas inyectables:

De nuevo, la respuesta clave de la mayoría de los participantes en relación con las intervenciones de habilitación fue la necesidad de la despenalización para hacer frente a las numerosas barreras y desigualdades señaladas anteriormente. Aunque varios participantes señalaron algunas de las llamadas medidas de “despenalización” que han sido muy celebradas en varios países que han emprendido tales reformas, en línea con el reciente informe de investigación de la INPUD<sup>9</sup>, también consideraron que la mayoría de estos esfuerzos no han ido lo suficientemente lejos y siguen basándose en enfoques estigmatizadores, controladores, punitivos y sentenciosos que hacen poco para abordar las preocupaciones fundamentales en el corazón de la criminalización:

*“La despenalización no significa que la gente no esté criminalizada. Puedes consumir, pero no puedes comprar tus drogas ni venderlas en la calle. No es cierto. Se habla de despenalización y no es algo real. De todos modos, hay otras formas de criminalizar a la gente. ¿Cómo se puede diferenciar cuando se sabe que la mayoría de la gente necesita hacer estas otras cosas para consumir drogas? Aquí llevamos 30 años despenalizando las drogas, pero el 80% de la gente que está en la cárcel es por delitos relacionados con el consumo de drogas.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

En el contexto de la despenalización y de las intervenciones habilitadoras, varios participantes subrayaron la necesidad crítica de garantizar un suministro seguro de drogas como primer y principal paso para crear un entorno propicio para las personas que usan drogas inyectables y su acceso a los servicios de salud para el VIH, la hepatitis y otras ITS. Para estos participantes, si se toma en serio la mejora de la salud de las personas que usan drogas inyectables, incluso en relación con los virus de transmisión sanguínea, se debe dar prioridad a garantizar un suministro de drogas seguro y a detener los niveles actuales de muertes por sobredosis mediante la creación de lugares de prevención de sobredosis, salas de consumo seguro y tratamiento de TAO a demanda:

*“Creo que, si tenemos un suministro de drogas seguro, eso debería ser lo primero; todo lo demás sigue a partir de ahí...”* Hombre usuario de drogas, región de las Américas.

Otros participantes destacaron la necesidad de realizar intervenciones habilitadoras que incluyan el empoderamiento comunitario y que permitan a las personas que usan

9. International Network of People Who Use Drugs (INPUD). 2021. Drug Decriminalisation: Progress or Political Red Herring? Assessing the Impact of Models of Decriminalisation on People Who Use Drugs.: <https://www.inpud.net/en/drug-decriminalisation-progress-or-political-red-herring>



drogas inyectables desarrollar su autoestima y confianza en los sistemas de salud y como miembros de la comunidad en general. En particular, destacaron la necesidad de contar con capacitaciones de sensibilización a la policía y al sistema de justicia penal de forma más amplia, así como a los líderes religiosos y en un contexto cultural y comunitario más amplio, educando a la gente sobre cuestiones relacionadas con el consumo de drogas, la criminalización, el estigma y la discriminación y la necesidad de reformas legales. También hicieron hincapié en la importancia de contar con estructuras y formación adecuadas en materia de violencia de género, incluyendo a los agresores:

*“Si hay una estructura en la que puedo denunciar la violencia y si la comunidad está inspirada, entonces tenemos un grupo de personas que se motivan unas a otras para decir estoy tomando TAR, me siento mejor, y la otra persona también lo hará.”* Mujer usuaria de drogas, región de África.

*“La reforma legislativa en materia de drogas es un precursor esencial para mejorar la forma en que se trata a las personas que usan drogas inyectables en la sociedad. Mientras las leyes sobre drogas nos traten como a ciudadanos de segunda clase, siempre habrá estigma y violencia y barreras para acceder a los servicios de salud.”* Persona no binaria usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

- c. Percepciones sobre el impacto del estigma y la discriminación en el acceso a la prevención, la detección, la vinculación y la adherencia al tratamiento para las personas usuarias de drogas inyectables:

*“El objetivo de la criminalización es estigmatizar.”* Hombre usuario de drogas, Región de las Américas.

Para la mayoría de los participantes en este estudio, las cuestiones relacionadas con el estigma y la discriminación de las personas que usan drogas inyectables están tan intrínsecamente vinculadas a la criminalización que los participantes no tenían mucho más que añadir en respuesta a esta pregunta, aparte de lo que ya se ha detallado anteriormente y en otras partes de este informe. De hecho, las investigaciones han revelado que, en el contexto de la criminalización, las experiencias de estigma y discriminación son tan generalizadas que constituyen una experiencia casi universal para las personas que consumen drogas<sup>10</sup>. En este contexto, no es de extrañar que, en respuesta a esta pregunta, los participantes describieran sistemáticamente el estigma y la discriminación como el núcleo de las barreras y los problemas que

---

10. Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 143-155.



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

experimentan las personas que usan drogas inyectables en relación con el acceso a los servicios y la adherencia al tratamiento:

*“El estigma y la discriminación son como, son el eje. Es decir, es lo que nos está matando. Es el estigma y la discriminación lo que impide que los servicios se ofrezcan de forma útil, lo que impide que podamos acceder al tratamiento. Es decir, el estigma y la discriminación están en el centro de todos los problemas negativos. Tenemos que eliminar el estigma y la discriminación.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

*“Existen barreras para acceder a los servicios, si quitas el estigma, entonces no tendré vergüenza a ir.”* Mujer usuaria de drogas, región de África.

*“Creo que la gente no puede ni siquiera imaginar lo grave que es el estigma y la discriminación para las personas que se inyectan y lo mucho que afecta la capacidad de las personas para acceder a los servicios y mantenerse bien. Hay que experimentarlo de primera mano. Es tan implacable que la gente se da por vencida.”* Hombre usuario de drogas, región del Pacífico Occidental.

*“Hace que la gente no se relacione con las personas que usan drogas inyectables, lo que hace que las consuman a solas y a escondidas, lo que las pone en riesgo de sufrir una sobredosis y de usar la misma aguja varias veces porque no quieres que te vean en la cola de las personas que usan el PIJ.”* Hombre usuario de drogas, región de África.

Quizás tampoco sorprenda que los participantes consideren que la necesidad de abordar el estigma y la discriminación a través de una reforma legislativa integral sobre drogas y la despenalización total es una necesidad urgente y la única forma de hacer realidad la salud y los derechos humanos de las personas que usan drogas inyectables:

*“Con la reforma legal sobre las drogas, ha habido algunos avances, pero no muchos. ¿Sabes? solo estamos sustituyendo un sistema defectuoso por otro menos malo, pero que sigue teniendo daños similares o trabas ridículas y castigos similares. Por lo tanto, creo que tenemos que avanzar hacia la despenalización total de las drogas como única vía para garantizar que las personas que usan drogas inyectables gocen del derecho a la salud. También creo que, mientras se criminalice el consumo de drogas, no habrá suficiente financiamiento ni atención para la introducción o la ampliación de servicios como los del VIH, la hepatitis C y la reducción de daños.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.



4. Valores y preferencias en torno a las pruebas y el tratamiento del VHC

En cuanto al virus de la hepatitis C (VHC), se les preguntó a los participantes sobre sus opiniones y preferencias en relación con dos aspectos específicos de la detección y tratamiento del VHC. En primer lugar, se pidió a los participantes que consideraran la disponibilidad de los Antivirales de Acción Directa (AAD) pangenotípicos de nueva generación y si a las personas que usan drogas inyectables se les debería ofrecer un tratamiento con AAD inmediatamente después del diagnóstico. También se exploraron preguntas de seguimiento sobre las barreras al tratamiento, las posibles preocupaciones sobre el tratamiento inmediato y los posibles modelos y servicios de apoyo. En segundo lugar, se preguntó a los participantes si preferían o estaban dispuestos a someterse a una nueva prueba para detectar la presencia del VHC en la sangre (viremia o prueba de ARN por PCR) tras un resultado negativo gracias a un tratamiento exitoso o a la eliminación sin tratamiento. Si los participantes se mostraban dispuestos a volver a someterse a las pruebas, se exploraban las preguntas de seguimiento en relación con la frecuencia de las pruebas de viremia y los posibles modelos de prestación de servicios.

a. Valores y preferencias en relación con el tratamiento con ADD del VHC:

En respuesta a las preguntas sobre la disponibilidad de los Antivirales de Acción Directa (AAD) pangenotípicos de nueva generación y sobre si a las personas que usan drogas inyectables se les debería ofrecer un tratamiento con AAD inmediatamente después del diagnóstico, quizás no sea sorprendente que los participantes respondieran mayoritariamente “sí” a esta pregunta. De hecho, uno de los facilitadores resumió la respuesta del grupo de discusión a esta pregunta como “¡Todos respondieron que Sí!”. Esta fuerte preferencia también se reflejó en algunas de las respuestas específicas de los participantes:

*“¡Todo el mundo merece tener el tratamiento que necesite! La eliminación de la hepatitis C nunca ocurrirá si no lo hacemos llegar a las personas que la necesitan.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

*“¿Es una pregunta seria? Por supuesto que las personas que usan drogas inyectables deberían tener acceso al mejor tratamiento disponible contra el VHC si lo desean.”* Persona no binaria usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

*“Negar el tratamiento o la salud no es una solución.”* Hombre usuario de drogas, región de Europa.

Dadas las altas tasas de curación, la buena tolerabilidad, la baja carga de píldoras, la menor interacción entre medicamentos y la disminución significativa de los efectos secundarios en comparación con las terapias anteriores, muchos participantes



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

consideraron que el acceso a las nuevas terapias era una cuestión muy sencilla. De hecho, muchos participantes expresaron su preferencia por reducir las barreras al tratamiento y hacer que el tratamiento con AAD contra el VHC sea lo más accesible posible para las personas que usan drogas inyectables, incluidas las que ya han sido tratadas con éxito y posteriormente han contraído una nueva infección por el VHC:

*“Me siento muy afortunado de vivir en un país con acceso universal a tratamiento con AAD y que es fuertemente subvencionado por el Gobierno, por lo que es costeable. Esto ha hecho que muchas personas puedan recibir tratamiento sin necesidad de un costoso genotipo o incluso de un fibroscan en la mayoría de los casos. Esto no es ciencia espacial como se dice... si la persona tiene el virus, se le debería ofrecer el tratamiento – simple”.* Mujer usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

*“Tratar a cualquiera que tenga el VHC, simple y sencillo.”* Hombre usuario de drogas, región de las Américas.

A pesar de esta abrumadora preferencia por el tratamiento inmediato, en muchos contextos siguen existiendo importantes problemas y obstáculos para el tratamiento con AAD contra el VHC. Aunque los participantes de algunos países hablaron de tener un alto nivel de acceso a tratamiento con AAD contra el VHC, los participantes de muchos otros países y regiones de este estudio siguen experimentando importantes obstáculos para el tratamiento con AAD para el VHC, como el precio, los retrasos, el estigma y la discriminación y la falta de voluntad política:

*“Tenemos tratamiento para el VHC, pero puede llevar hasta 3 meses empezar con la medicación porque te hacen muchas pruebas y tratan primero otras enfermedades que pudieras tener antes de darte la medicación para el VHC. Por lo tanto, muchos de mis amigos se desaniman a recibir el tratamiento.”* Mujer usuaria de drogas, región de África.

*“Estuve en una conferencia y todos los países hablaban de cómo habían eliminado la hepatitis C. Y me dije: ‘Vaya, es posible hacerlo’. Y simplemente no tenemos la voluntad política para hacerlo. Y es triste, es desgarrador...”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

*“Si un paciente no es seropositivo, tiene que pagar los medicamentos para el tratamiento del VHC. Se les aconseja sobre las opciones de tratamiento y luego pueden comprar estos medicamentos en la farmacia (de diferentes fabricantes y a diferentes precios), pero esto es solo si tienen el deseo y la capacidad financiera.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.





*“En algunos países, el tratamiento de la hepatitis C simplemente no es posible o no está disponible o es demasiado caro. También hay políticas que impiden que las personas que usan drogas inyectables puedan acceder al tratamiento contra el VHC o, ya sabes, el consumo de drogas es un criterio para poder acceder al tratamiento. Esto es inaceptable cuando los tratamientos son tan eficaces y las muertes relacionadas con la hepatitis C siguen siendo altas a nivel mundial.”*  
Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

La cuestión planteada anteriormente sobre las barreras al tratamiento del VHC debido a las malas actitudes de los profesionales de la salud y, específicamente, de los proveedores de TAO y de otros tratamientos contra las drogas, fue planteada por varios otros participantes como un problema constante. A pesar de que existe una amplia y creciente literatura que muestra una alta adherencia al tratamiento con AAD contra el VHC, y de RVS, así como altas tasas de finalización entre las personas que usan drogas inyectables y/o en TAO<sup>11</sup>, y de que la “reinfeción” no debería utilizarse como razón para negar el tratamiento a las personas que continúan usando drogas inyectables<sup>12</sup>, los profesionales de la salud especializados en alcohol y otras drogas siguen utilizando en algunos contextos el abandono del uso de drogas inyectables (y a veces incluso la interrupción del TAO) como criterio de acceso al tratamiento:

*“Teníamos un médico en un hospital grande aquí, donde la gente tenía que estar fuera de la metadona para poder optar al tratamiento de la hepatitis C.”* Hombre usuario de drogas, región de las Américas.

*“También quieren que dejes de consumir para recibir tratamiento. También dicen cosas como que, si te vuelves a infectar, no te van a volver a tratar.”* Mujer usuaria de drogas, región de África.

Además de las barreras mencionadas anteriormente, los participantes de África también manifestaron problemas con profesionales sanitarios que impiden el acceso al tratamiento del VHC a las personas que usan drogas inyectables y que viven con el VIH. Esta situación es muy preocupante, ya que actualmente hay muy pocas interacciones clínicamente importantes entre los medicamentos de AAD para el VHC y los regímenes de TAR. No obstante, incluso si estas prácticas se basan en la

11. Cunningham EB, Hajarizadeh B, Amin J, Litwin AH, Gane E, Cooper C, Lacombe K, Hellard M, Read P, Powis J, Dalgard O, Bruneau J, Matthews GV, Feld JJ, Dillon JF, Shaw D, Bruggmann P, Conway B, Fraser C, Marks P, Dore GJ, Grebely J; SIMPLIFY and D3FEAT study groups. Adherence to Once-daily and Twice-daily Direct-acting Antiviral Therapy for Hepatitis C Infection Among People with Recent Injection Drug Use or Current Opioid Agonist Therapy. Clin Infect Dis. 2020 Oct 23;71(7): e115-e124. doi: 10.1093/cid/ciz1089. PMID: 31677262..
12. Hajarizadeh B, Cunningham EB, Valerio H, Martinello M, Law M, Janjua NZ, Midgard H, Dalgard O, Dillon J, Hickman M, Bruneau J, Dore GJ, Grebely J. Hepatitis C reinfection after successful antiviral treatment among people who inject drugs: A meta-analysis. J Hepatol. 2020 Apr;72(4):643-657. doi: 10.1016/j.jhep.2019.11.012. Epub 2019 Nov 27. PMID: 31785345.



preocupación por las posibles interacciones del tratamiento, los comentarios de las personas que participaron en el estudio sugieren, como mínimo, una falta de información y comunicación con las personas que usan drogas inyectables sobre los motivos por los que se pueden adoptar determinados enfoques en relación con el tratamiento de la coinfección por el VIH y el VHC. Sin embargo, desgraciadamente, también puede indicar una reticencia constante a seguir el tratamiento del VHC para las personas que usan drogas inyectables accesible y sin barreras y regulaciones discriminatorias y/o suposiciones sobre la adherencia/finalización del tratamiento:

*“Si vives con el VIH y aún no estás en tratamiento [contra el VHC], te dejarán obtener la medicación para el VHC solo cuando hayas tomado el tratamiento contra el VIH durante 3 meses.”* Persona de género no conforme usuaria de drogas, región de África.

En relación con las estrategias para abordar las barreras al tratamiento del VHC, hubo un apoyo marcado entre los participantes a la apertura del tratamiento con AAD contra el VHC a través de una amplia gama de opciones y configuraciones, incluidos los centros de salud pública, los servicios de reducción de daños, los centros de acogida y las clínicas de TAO; así como los médicos generales y los centros hospitalarios para maximizar el acceso y reducir los obstáculos lo más posible.

En particular, los participantes también destacaron la importancia de las organizaciones lideradas por usuarios de drogas y de los modelos de servicios entre pares tanto para la detección, el tratamiento y el seguimiento del VHC. Esto coincide con investigaciones que han descubierto que los modelos basados en pares pueden aumentar la aceptación del tratamiento del VHC y los resultados entre las personas que usan drogas inyectables<sup>13</sup>. Varios participantes de programas del Norte Global hablaron sobre el desarrollo de modelos basados en pares (a menudo como parte de proyectos piloto de investigación formales) que se basan en el uso de pruebas de ARN en puntos de atención dirigidos por los pares, con pruebas rápidas DBS que pueden solicitarse en línea para el autodiagnóstico o a través de servicios de PIJ, clínicas entre pares, o servicios de acogida y alcance para la detección entre pares. Las pruebas se completan en el momento y se envían a patología. El diagnóstico se entrega por teléfono, apoyo de pares disponible en cada etapa. Si el resultado es positivo, hay apoyo disponible para comenzar el tratamiento inmediatamente, y los medicamentos pueden recogerse en persona o enviarse por correo. También se utilizan incentivos económicos y de otro tipo para fomentar la realización de las pruebas, la obtención de los resultados, el inicio del tratamiento, y el alcance de una RVS, así como la incorporación o canalización de un compañero. Con los nuevos avances

13 Grebely J, Robaeys G, Bruggmann P, et al. Recommendations for the management of hepatitis C virus infection among people who inject drugs. *Int J Drug Policy*. 2015;26(10):1028-1038. doi:10.1016/j.drugpo.2015.07.005



en las pruebas rápidas de ARN en puntos de atención y en los modelos de servicio, estos enfoques basados en los pares están trabajando para que el diagnóstico del VHC y el inicio del tratamiento con AAD se realicen el mismo día en un futuro próximo:

*“Es totalmente el camino a seguir: pocas barreras, ningún juicio y la gente recibe el apoyo durante todo el proceso tanto como quiera. A nuestros compañeros les encanta hacer este trabajo y queremos ampliar lo que ofrecemos, pero tenemos pocos recursos y el servicio es muy popular, así que nos cuesta satisfacer la demanda de este enfoque entre pares.”* Hombre usuario de drogas, región del Pacífico Occidental.

Aunque estos modelos innovadores liderados por pares se muestran cada vez más como fundamentales para alcanzar los objetivos de eliminación de la hepatitis C en estos países, también sirven para subrayar las disparidades actuales y crecientes en el acceso a las pruebas del VHC y al tratamiento con AAD entre los países del Norte Global y los del Sur Global. Los participantes en este estudio expresaron la firme opinión de que deben abordarse urgentemente estos obstáculos en el acceso al diagnóstico y tratamiento del VHC para las personas que usan drogas inyectables en los países del Sur. Este llamamiento también cuenta con el firme apoyo de INPUD como la red mundial de personas usuarias de drogas inyectables.

Además, como ya se ha destacado en la sección anterior sobre los valores y las preferencias en relación con las intervenciones comportamentales sobre el VIH y el VHC, en muchos contextos (tanto en el Sur como en el Norte) siguen existiendo importantes obstáculos para la prevención del VHC entre las personas que usan drogas inyectables, principalmente debido a la financiación inadecuada y al acceso a los programas de prevención de PIJ, TAO, a las salas de consumo seguras, así como a la falta de evolución en el tratamiento de los obstáculos estructurales, como la garantía del suministro de drogas seguras y las reformas de despenalización, etc. Además de los mensajes contundentes sobre la necesidad de abordar estas barreras existentes para la prevención del VHC, varios participantes destacaron la importancia de incluir siempre el tratamiento del VHC en un enfoque más amplio de reducción de daños para la prevención del VHC, que también ha resultado ser fundamental para prevenir la adquisición de nuevas infecciones por el VHC (o lo que a menudo se denomina “reinfeción”) después de la cura<sup>14</sup>:

*“Los servicios de tratamiento y reducción de daños de la hepatitis C van de la mano. Eso tiene que ser un hecho. Creo que mucha gente habla*

14 Hajarizadeh B, Cunningham EB, Valerio H, Martinello M, Law M, Janjua NZ, Midgard H, Dalgard O, Dillon J, Hickman M, Bruneau J, Dore GJ, Grebely J. Hepatitis C reinfection after successful antiviral treatment among people who inject drugs: A meta-analysis. J Hepatol. 2020 Apr;72(4):643-657. doi: 10.1016/j.jhep.2019.11.012. Epub 2019 Nov 27. PMID: 31785345.



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*del acceso al tratamiento [contra el VHC] y deja de lado la parte de la prevención, o espera que una vez que alguien reciba el tratamiento [contra el VHC] se mantenga abstinentes y eso no siempre es así. Por lo tanto, el programa de prevención siempre debe estar vinculado al tratamiento porque, obviamente, los servicios sanitarios y el tratamiento no existen de forma aislada.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Por último, ninguno de los participantes expresó su preocupación por la posibilidad de un tratamiento excesivo asociado a la oferta de tratamiento inmediato entre las personas que aún no han recibido tratamiento o para el retratamiento. Más bien, unos pocos participantes se mostraron preocupados ante la idea de que es peligroso negar el acceso al tratamiento basándose únicamente en que algunas personas eliminan el virus espontáneamente (sin tratamiento), no solo por la salud del individuo en cuestión (y la posible falta de seguimiento), sino también por la posibilidad de que se produzca una nueva transmisión. De hecho, sería justo decir que los participantes en este estudio estaban mucho más preocupados por la actual falta de acceso a los tratamientos altamente eficaces de AAD contra el VHC en determinados países y regiones, que por cualquier riesgo hipotético de sobretratamiento. Por último, aunque no fue un tema específico de este estudio, los participantes de varias regiones también destacaron la importancia de ofrecer el tratamiento con AAD para el VHC (y la prevención y reducción del daño para el VHC) a las personas que se encuentran en prisiones, especialmente en el contexto de la abrumadora falta de acceso a equipos de inyección estériles y otras medidas de reducción de daños en la mayoría de las prisiones del mundo, que se juntan con los niveles de encarcelamiento asociados a los delitos relacionados con las drogas.

- b.** Valores y preferencias relacionados con la repetición de la prueba del ARN del VHC después del tratamiento/la eliminación del virus.

Aunque cada vez hay más investigaciones relacionadas con las personas que adquieren nuevas infecciones por el VHC después de un tratamiento exitoso o de la eliminación del virus, y que destacan la importancia de la detección temprana y el retratamiento, parece que se presta poca atención al fomento de la evaluación periódica de la hepatitis C entre las personas que usan drogas inyectables después de un tratamiento exitoso contra el VHC o de la eliminación del virus. De hecho, los participantes de diversas regiones y contextos plantearon una serie de cuestiones relacionadas con la comprensión y el acceso a las pruebas del VHC y a la repetición de las pruebas y el seguimiento después del tratamiento. Por ejemplo, un participante del sur de África planteó las siguientes preocupaciones sobre el acceso a las pruebas del VHC:

*“En relación con las pruebas de la hepatitis C, solo los hospitales privados tienen servicios de hepatitis [en mi país], no es como los servicios del VIH*



*que se puede conseguir en cualquier lugar. Incluso la educación sobre la hepatitis es muy limitada, la gente no la conoce, solo se preocupan por el VIH.”* Hombre usuario de drogas, región de África.

Varios otros participantes plantearon otras frustraciones sobre el acceso a las pruebas del VHC; sin embargo, en este caso, plantearon la preocupación de que incluso muchos servicios de salud y proveedores no tienen claro en qué deben centrarse los esfuerzos de las pruebas del VHC, con un participante de la región de las Américas que preguntó: “¿Por qué seguimos haciendo pruebas de anticuerpos del VHC?”. Este participante y los participantes de otras regiones expresaron su preocupación por el hecho de que los limitados recursos disponibles se sigan utilizando para las pruebas de anticuerpos del VHC cuando deberían centrarse en las pruebas rápidas de ARN del VHC para determinar rápidamente el estado del VHC, inmediatamente abriendo vías para el tratamiento y minimizando la posibilidad de que las personas se pierdan durante el seguimiento, especialmente entre los grupos marginados de personas que usan drogas inyectables.

Dicho esto, la INPUD reconoce la importancia de las pruebas de anticuerpos con fines de compromiso y que el hecho de poder establecer rápidamente la exposición al VHC, en particular mediante enfoques de intervención breve en la población de referencia y en entornos de baja prevalencia del VHC, puede ser una importante herramienta de compromiso con las personas que, de otro modo, podrían no ser conscientes o no comprender plenamente su estado respecto al VHC. En este contexto, algunos participantes hablaron de protocolos de intervención breve de PdC basados en pares (incluso en entornos en los que no todos los usuarios de los servicios son personas que usan drogas inyectables, por ejemplo, los servicios para personas sin hogar) para evaluar rápidamente la posible exposición al VHC (o no), seguida de pruebas rápidas de anticuerpos de PdC. A esta breve intervención le sigue la provisión de información y servicios de reducción de daños y/o pruebas de seguimiento del ARN del VHC, así como información relacionada con estas, tratamiento con AAD y apoyo, según corresponda. Los participantes señalaron que estos modelos pueden ser muy útiles para la vinculación inicial y, al menos, informar a las personas de su estado de VHC en contextos en los que las personas pueden no estar dispuestas o no ser capaces de esperar y/o volver a realizarse las pruebas de ARN, lo que lleva más tiempo y puede dar lugar a la pérdida de seguimiento y a la posibilidad de transmisión continua.

Estas conversaciones más generales sobre las pruebas del VHC derivaron durante las entrevistas y los grupos de focales en conversaciones sobre la repetición de las pruebas del VHC en concreto. Varios participantes expresaron la opinión de que la repetición periódica de las pruebas del ARN del VHC después de la recuperación



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

debería estar disponible y promoverse de forma similar a los enfoques de 'detección y tratamiento' del VIH, en los que se promueve de forma pública y positiva el seguimiento periódico del estatus del VIH, se facilita la realización de pruebas del VIH de forma generalizada y se fomenta el TAR inmediato para las personas diagnosticadas con el VIH:

*“¿Por qué no tratamos el potencial de reinfección de la hepatitis C del mismo modo que el monitoreo periódico del VIH? Deberíamos animar a las personas que han hecho el tratamiento o han eliminado el virus y que siguen inyectándose drogas, a que se hagan regularmente las pruebas para asegurarse de que siguen libres de hepatitis C y, si no es así, deberíamos ofrecerles un nuevo tratamiento de inmediato. Debería ser superfácil y normalizado, en lugar de estigmatizar a la gente o culparla por reinfectarse.”*  
Hombre usuario de drogas, región del Pacífico Occidental.

Otra participante también planteó cuestiones relacionadas con la reinfección por el VHC y la necesidad de garantizar que las personas que podrían acudir a hacerse una nueva prueba del VHC no sean juzgadas, y que la educación sobre la posibilidad de una nueva infección tras el tratamiento debería tratarse de forma periódica y rutinaria como un aspecto fundamental de la prestación de servicios para las personas que usan drogas inyectables:

*“Yo recibí el tratamiento contra el VHC gracias a un programa gratuito en la clínica y unos años después volví a infectarme. La forma de pensar de la gente es estereotipada. Debemos mencionar que la exposición secundaria, terciaria y cuaternaria al VHC es posible, y esto debería formar parte del asesoramiento primario. Es importante tener en cuenta todos estos puntos sobre la reinfección y la re-comunicación.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Varios otros participantes hablaron de las preocupaciones asociadas a presentarse a las pruebas de ARN del VHC tras el tratamiento o la eliminación del virus, especialmente si están actualmente en TAO, debido a la preocupación de tener que admitir el uso simultáneo de drogas inyectables y/o que esto se asuma en cualquier caso, porque el profesional de la clínica asumirá automáticamente que se están inyectando drogas porque, de lo contrario, no tendrían que volver a someterse a las pruebas para detectar la presencia del virus de la hepatitis C. Estos participantes hablaron del riesgo de ser 'castigados', con medidas como perder las dosis para llevar a casa o incluso ser excluidos del programa de TAO. Estos riesgos, dijeron, crean importantes barreras potenciales para que las personas que usan drogas inyectables estén dispuestas a someterse a una nueva prueba del ARN del VHC después de la cura:



*“Es ridículo, mi salud se está poniendo en riesgo porque no puedo hablar con mi prescriptor de TSO para que me vuelva a hacer la prueba porque sabe que he hecho el tratamiento y si no tendría que estar consumiendo, ¿por qué tendría que hacerme la prueba de la hepatitis C regularmente? No puedo arriesgar mis tomas. Es un círculo vicioso.”* Hombre usuario de drogas, región del Pacífico Occidental.

Como se comenta con más detalle a continuación, los participantes también destacaron que estas cuestiones ponen en enfoque sobre la importancia crítica de los servicios de detección y tratamiento del VHC entre pares y dirigidos por la comunidad para reducir estas barreras de acceso en el sistema sanitario general. Algunos participantes también plantearon la cuestión de las pruebas autodiagnósticas y cómo las tecnologías del ARN del VHC en el ámbito de las pruebas autodiagnósticas/caseras también podrían ser un aspecto importante para reducir las barreras a la repetición de las pruebas del ARN del VHC para las personas que usan drogas inyectables:

*“Se necesita un acceso a las pruebas que no esté asociado a la visita a instituciones médicas, si un asesor entre pares y la persona que usa de drogas pueden hacerlo por su cuenta, es mucho más conveniente y efectivo.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Los asuntos relacionados con los posibles riesgos asociados a la realización de una nueva prueba del ARN del VHC también se relacionaron entre algunos participantes con debates más amplios sobre el concepto completo de ‘voluntad’ y cómo este puede significar cosas muy diferentes en distintos contextos y dependiendo de las circunstancias individuales de las personas. Los participantes se refirieron a ser “tratados como niños”, vistos como “irresponsables” y juzgados como si “no estuvieran preocupados por su salud” si se vuelven a infectar después del tratamiento. En este contexto, algunos participantes también se refirieron a un “doble estándar” y a un “conjunto de normas diferentes” para las personas que usan drogas inyectables que no solo hacen que las personas se sientan mal consigo mismas, sino que pueden disuadir a las personas de presentarse incluso para acceder a los servicios que saben que podrían beneficiarles, debido al temor y a los requisitos y respuestas potencialmente punitivas:

*“...como implica el uso de drogas, hay un paisaje cultural diferente en torno a eso, donde la gente es más abusiva en las recomendaciones para realizarse las pruebas, como si se convirtieran en requisitos”.* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

En este sentido, se aclaró a los participantes que, al pedirles su opinión sobre la “voluntad” de acceder a la repetición de las pruebas del ARN del VHC y la frecuencia de





## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

estas, se partía de la base de que todos los servicios de pruebas del VHC deben ser totalmente voluntarios y basados en el consentimiento. Sin embargo, por los comentarios de varios participantes, queda claro que estos principios no se dan necesariamente por sentados. Por ejemplo, los participantes de una serie de contextos diferentes plantearon preguntas específicamente sobre la naturaleza del consentimiento para las personas que usan drogas inyectables y/o sintieron la necesidad de aclarar que estábamos hablando definitivamente de pruebas totalmente voluntarias y basadas en el consentimiento antes de estar dispuestos a ofrecer cualquier opinión sobre la disposición al acceso o frecuencia de las pruebas repetidas de ARN del VHC:

*“No se puede imponer la realización de pruebas y decirle a la gente que debe someterse a ellas y obligarla a hacer cosas. Debe ser con información y consentimiento.”* Mujer, región de Europa.

*“Cuando no tenía hogar y vivía en la calle, nos ofrecieron hacernos la prueba y nos dijeron que nos darían R100, solo fui por el dinero, no por la prueba”.* Persona de género no conforme, región de África.

*“Cuando eres una persona criminalizada el consentimiento informado no siempre es real, te pueden hacer aceptar algo porque necesitas algo más. ¿Es eso voluntario? ¿Eso es consentimiento?”* Hombre usuario de drogas, región de Europa.

*“Antes de responder sobre la frecuencia, ¿puedo verificar que aquí estamos hablando de pruebas que serían voluntarias y con consentimiento, ¿verdad?”* Persona de género no binario usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

En relación con la cuestión de la frecuencia o qué tan seguido se les debería ofrecer a los participantes el ARN para el VHC, estos ofrecieron una serie de plazos potenciales, pero también quedó claro en las respuestas de los participantes que la mayoría de ellos nunca había considerado este asunto con mucha antelación, ¿quizás porque nunca antes se les había preguntado formalmente su opinión sobre este tema? Aunque no hubo un consenso claro entre los participantes que expresaron una opinión específica sobre la voluntad y la frecuencia de las nuevas pruebas, varios participantes afirmaron que, potencialmente, cada tres meses durante el primer año después de haber completado con éxito el tratamiento/eliminado el virus (basándose en gran medida en el período de ventana para las nuevas infecciones) y, posteriormente, cada 6 o 12 meses después del primer año podría ser un buen método:

*“Esto debería estudiarse caso por caso; así de improvisto, diría que de 1 a*



*3 meses durante el primer año y, una vez completada la RVS, dos veces al año.”* Mujer usuaria de drogas, región de las Américas.

*“Creo que probablemente deberían hacerse la prueba una vez cada tres meses, ya que el VHC puede desaparecer por sí solo del sistema.”* Persona de género no conforme usuaria de drogas, región de África.

*“Yo diría que todo el mundo debería volver a hacerse la prueba cada tres meses durante el primer año después del tratamiento y, a partir de ahí, una vez al año”.* Hombre usuario de drogas, región de Europa.

*“Si una persona tiene un riesgo más elevado, debería volver a hacerse la prueba una vez cada tres meses, en cualquier caso, o por lo menos una vez cada seis meses. Su disposición a hacerse a la prueba del VHC dependerá de lo bien que le informe el trabajador de divulgación.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Como mencionó la participante anterior, algunos participantes también destacaron que la participación en prácticas de riesgo, como el uso de drogas inyectables, debería ser una consideración clave en los protocolos de pruebas subsecuentes y un factor muy importante a la hora de considerar los tipos de servicios, la frecuencia de las pruebas y la forma en que podrían estar disponibles:

*“...el historial de consumo de drogas de una persona, creo que es un factor importante. Si sabemos que les va bien, que trabajan y que no consumen, deberían hacerse la prueba. Pero creo que, en comparación con la persona que volvió a consumir después de terminar su tratamiento o que nunca dejó de consumir, ahí es donde vamos a encontrar las tasas de reinfección.”* Persona de género no binaria usuaria de drogas, región de las Américas.

*“Si tenemos comportamientos de riesgo a diario y compartimos jeringuillas, debería haber una prueba rápida en todos los centros de salud.”* Persona de género no conforme usuaria de drogas, región de África.

Como se ha señalado anteriormente, los participantes también destacaron la importancia de modelos de servicios entre pares y de desarrollar enfoques que animen, pero también eduquen, a las personas que usan drogas inyectables sobre las pruebas subsecuentes del VHC y por qué es importante el monitoreo posterior al tratamiento. En el contexto de los comentarios anteriores sobre el riesgo de respuestas punitivas y la preocupación por el consentimiento, y los modelos de detección entre pares se consideraron fundamentales para un grupo de personas que está altamente



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

criminalizado, a menudo marginalizado, desvinculado del sistema de salud y que suele vivir en la pobreza:

*“Todo se reduce a que nosotros, que como pares, les eduquemos sobre estas cosas y les ofrezcamos incentivos.”* Persona de género no conforme usuaria de drogas, región de África.

*“Se necesita un acceso a las pruebas que no esté asociado a la visita a instituciones de salud, si un asesor entre pares y el propio usuario de drogas pueden hacerlo por su cuenta, es mucho más conveniente y efectivo.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

*“Si me he curado del VHC y no tengo conductas de riesgo, entonces no tengo necesidad de volver a hacerme la prueba. Pero si una persona tiene un estilo de vida de riesgo, entonces debe tener acceso al servicio de pruebas subsecuentes; pero, de nuevo, ¿qué tipo de acceso es este? Si una persona tiene que ir al laboratorio dos veces al año, perforar una vena, pasar por las colas y ver a menudo las caras de descontento de las enfermeras, entonces en este caso la persona no irá a hacerse la prueba de nuevo, aunque sea gratis. Y cuando se trata de pruebas autodiagnósticas (como las del VIH) o de un trabajador entre pares, entonces la gente se volverá a hacer la prueba en cualquier momento... Entonces no hay necesidad de ir a los médicos, que a todos nos desagrada.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

### 5. Prioridades de salud de las personas usuarias de drogas inyectables

A todos los participantes se les proporcionó un diagrama visual que incluía un marco para priorizar las intervenciones de salud y se les pidió, de acuerdo con este diagrama, que identificaran los problemas de salud que son prioritarios para las personas que usan drogas inyectables y otras ideas que tuvieran sobre las mejores intervenciones o prácticas para abordar estos problemas. En este contexto, las prioridades clave identificadas incluyen:

**Reducción de daños:** los participantes señalaron que la reducción de daños era como una prioridad paraguas que abarca una amplia gama de cuestiones, intervenciones y enfoques, incluida la prevención de la hepatitis C, la prevención del VIH, la prevención de sobredosis y el TAO. Uno de los participantes señaló que *“todas estas cosas están relacionadas con la reducción de daños y creo que todo lo que se pueda ofrecer a través de los servicios de reducción de daños debería de hacerse porque suele ser el primer punto de contacto con los servicios sanitarios para las personas que usan drogas inyectables.”* También se observó que, de forma global,



los servicios de reducción de daños no se han incrementado ni están ampliamente disponibles, y que incluso se están volviendo cada vez menos asequibles, ya que su financiamiento se está contrayendo, lo cual es muy preocupante al ser una intervención clave en la salud de las personas que usan drogas inyectables.

**Reformas legislativas en materia de drogas:** la mayoría de los participantes la consideraron una prioridad fundamental debido a su papel crítico en abordar los *“daños significativos y generalizados asociados a la criminalización y al estigma y la discriminación que conlleva”*. Se consideró que, sin una reforma integral de la legislación sobre drogas, las personas que usan drogas inyectables seguirán *“experimentando obstáculos para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del VIH y la hepatitis C”* y también seguirán experimentando *“la violencia policial, altos niveles de encarcelamiento y todos los daños y traumas asociados que conlleva la criminalización”*.

**Empoderamiento comunitario:** varios participantes lo identificaron como una prioridad debido a que se percibe como un facilitador crítico de la reducción de daños y de los servicios basados en pares y liderados por usuarios de drogas, así como debido a su papel en *“estimular y alentar los comportamientos de búsqueda de la salud”*.

**Prevención de la violencia:** los participantes la identificaron debido al papel de la violencia a nivel social y estructural y cómo actúa como un impedimento y una barrera importante para que las personas puedan acceder a los servicios o incluso priorizar su salud. Los participantes también señalaron que *“experimentar violencia es muy común entre la comunidad de usuarios de drogas, ya sea violencia de la pareja, la violencia de turbas en la comunidad en el África subsahariana o la violencia de las fuerzas de seguridad”*. Los participantes consideraron que los enfoques de prevención de la violencia deben incorporarse plenamente a un enfoque que considere la salud como mucho más que *“un simple conjunto de intervenciones”* y que, en cambio, se centre más en *“lo que podría atraer a la gente y lo que podría hacer que la gente se sintiera más empoderada para pensar en su salud y ocuparse su salud”*.

**Salud sexual y reproductiva:** los participantes la identificaron como una prioridad para las mujeres usuarias drogas debido a *“una verdadera falta de acceso o falta de aceptación de la salud sexual y reproductiva, y parte de eso está relacionado con evitar los servicios de salud debido a la criminalización, el estigma y la discriminación”*.

Por último, algunos participantes señalaron que lo que faltaba en el diagrama de prioridades sanitarias eran los centros de acogida, dirigidos por pares. Los participantes insistieron en que los pares son fundamentales, y que el empoderamiento comunitario requiere de inversión. Comunicaron que, por lo general, los “expertos” no entienden que todo empieza en la comunidad y se resisten a asignar más valor y recursos a las



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

respuestas dirigidas por pares, así como a los trabajadores entre pares. También se identificaron afecciones a la salud mental especialmente asociados a la COVID-19 debido al aislamiento, la incertidumbre y una mayor vulnerabilidad como población criminalizada.

### 6. Valores y preferencias en torno a la prevención del VIH (incluyendo la PrEP)

Se preguntó a todos los participantes sobre sus opiniones y preferencias en relación con los diferentes métodos y tecnologías de prevención del VIH, incluidos el uso de preservativo y lubricantes, los suministros para la reducción de daños, la terapia de sustitución de opioides, la buprenorfina de acción prolongada, la profilaxis post exposición (PeP), la profilaxis preexposición (PrEP) y el tratamiento del VIH como prevención (I=I). La discusión se inició con una pregunta sobre los métodos y tecnologías de prevención del VIH en general y, a continuación, se formuló una pregunta más específica sobre la PrEP.

#### a. Valores y preferencias relacionadas con los métodos y las tecnologías de prevención del VIH:

*“Realmente no veo nada tan útil y rentable como los programas de agujas y jeringuillas, la naloxona y las respuestas de prevención de sobredosis. Son fáciles de acceder a ellos y fáciles de explicar... deberían desarrollarse.”*  
Hombre usuario de drogas, región de las Américas.

*“La reducción de daños debe ser la primera tecnología de prevención del VIH en hacerse disponible.”* Hombre usuario de drogas, región de África.

Además de lo que puede describirse como un consenso amplio entre las opiniones y preferencias de quienes participaron en el estudio sobre un conjunto básico de métodos y tecnologías de prevención del VIH, como el PIJ, los suministros para la reducción de daños, la TAO y la prevención de sobredosis, un pequeño número de participantes también planteó la importancia de que los servicios de prevención del VIH se mantengan actualizados. De forma específica, los participantes de diferentes regiones también hablaron de los problemas asociados a que los proveedores de servicios de prevención del VIH no ofrezcan los servicios que la gente necesita, no escuchen a los usuarios de los servicios o no revisen con regularidad los servicios que ofrecen:

*“Cuántas veces lo decimos: recibimos jeringas de 10 ml, pero una persona que usa sales necesita jeringas de insulina, y aun así los proveedores no nos escuchan. No hay profilaxis posible mientras el paciente utilice una jeringa para 30-40 inyecciones.”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa



*“Conozco a mujeres que simplemente no utilizan el PIJ porque les preocupa que las vean y, antes de que se den cuenta, les quiten a sus hijos. Así que reutilizan agujas y jeringuillas todo el tiempo. Pero los proveedores tienen que pensar en estas cuestiones y encontrar formas de proporcionar servicios que sean confidenciales y accesibles, como más máquinas expendedoras, por ejemplo.”* Mujer usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

Otros participantes también destacaron problemáticas actuales relacionadas con la creación de barreras por parte de la policía a los servicios de prevención de VIH para las personas que usan drogas inyectables, al “merodear fuera de los PIJ”. A pesar de políticas destinadas a evitarlo, las personas que usan drogas inyectables “son detenidas y registradas después de salir del PIJ” y “son desnudadas en público y se les confisca el material de inyección nuevo”. Los participantes subrayaron que estas prácticas de la policía, en muchos contextos diferentes, están perjudicando la eficacia de los enfoques de prevención del VIH y creando barreras a los servicios en donde sea que existan.

**b.** Valores y referencias relacionados con la PrEP:

Antes de pedir a los participantes su opinión, los entrevistadores/facilitadores les proporcionaron una explicación breve sobre la PrEP, en particular su propósito, los enfoques recomendados y una breve explicación de las modalidades clave y las novedades recientes. Incluso teniendo esta información de antemano, un pequeño número de participantes declaró que no se sentía suficientemente informado sobre la PrEP para opinar sobre valores y preferencias. Aunque se trata de una pequeña minoría de participantes, sus respuestas muestran una reticencia a formarse una opinión sobre la PrEP, en gran parte debido a la falta de conocimientos, y pueden indicar la necesidad de contar con más información específicamente para personas que usan drogas inyectables:

*“Realmente no sé lo suficiente sobre la PrEP como para comentar o dar una opinión fundamentada.”* Mujer usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

De hecho, incluso entre la mayoría de los participantes que sí se sentían capaces de comentar la PrEP como tecnología de prevención contra el VIH, aun había pruebas de las lagunas en los conocimientos de los participantes, especialmente en relación con los avances sobre las modalidades de PrEP. En relación con esto, los participantes de varias regiones identificaron la necesidad de una mayor educación y formación para los servicios dirigidos por la comunidad y basados en pares sobre la PrEP, su eficacia y la forma en que debería estar disponible como parte del tratamiento más amplio de los problemas de conocimiento de las personas que usan drogas inyectables:



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*“La PrEP tiene la ventaja de curar a las personas que tuvieron comportamiento de riesgo. Pero los miembros de la comunidad necesitan más formación e instrucciones para un mejor uso”.* Hombre usuario de drogas, región de África.

Entre algunos de estos participantes, también se plantearon cuestiones sobre preguntas sin respuesta y deficiencias en la investigación. En concreto, varios participantes plantearon preguntas y preocupaciones sobre lo que creían que podían ser lagunas en la evidencia sobre la eficacia y la idoneidad de la PrEP para las personas que usan drogas inyectables. Si bien algunos de estos participantes son líderes de redes dirigidas por usuarios de drogas y, por lo tanto, podría decirse que son más conscientes de las posibles deficiencias en la investigación, esta cuestión no solo fue planteada por miembros experimentados de las redes. De hecho, podría decirse que el hecho de que los participantes plantearan estas cuestiones indica la necesidad de un mayor debate, educación y formación dentro de las redes dirigidas por personas usuarias de drogas y sus miembros sobre las pruebas disponibles en relación con la PrEP y las personas que usan drogas inyectables con el fin de identificar lo que se sabe, dónde se necesita más investigación y cuáles con las mejores prácticas en relación con la PrEP y las personas que usan drogas inyectables:

*“Algunas de estas modalidades son bastante nuevas para mí, así que no creo que se hayan hecho, como estudios, con personas que usan drogas inyectables. Es decir, creo que es justo decir, que probablemente de todas las modalidades, la investigación es limitada en relación con las personas que usan drogas inyectables, ¿verdad?”* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

Las cuestiones relativas a la falta de investigación en relación con las personas que usan drogas inyectables y las novedades en PrEP, también se relacionan con comentarios sobre las lagunas en los datos acerca de las preferencias y disponibilidad. Por ejemplo, varios participantes plantearon el hecho de que, aunque la PrEP vía oral ya está disponible a través de organizaciones comunitarias en algunos contextos, otras formas de PrEP, como las modalidades inyectables de acción prolongada, o bien no están disponibles para las personas que usan drogas inyectables, o bien las personas desconocen su disponibilidad o cómo acceder a ellas. Esto ocurre a pesar de las preferencias por dichas modalidades debido a la mayor eficacia, tolerancia y comodidad en comparación con la PrEP oral diaria (en particular para las personas que consideran difíciles de manejar los efectos secundarios y la carga de píldoras en la PrEP oral diaria). Particularmente, los participantes de las regiones de África y Europa expresaron su preocupación por la falta de disponibilidad de otras modalidades además de la PrEP oral:





*“La PrEP es una solución, pero para nosotras, las personas usuarias de drogas, los efectos secundarios son demasiado, como la sudoración. Es una situación 60/40, pero los efectos secundarios son abrumadores. Si pudieran desarrollar una PrEP que pudiera durar tres meses, puesto que las personas usuarias de drogas no suelen apegarse a una rutina”. Hombre usuario de drogas, región de África.*

Las participantes de la región de Europa del Este y Asia Central también plantearon cuestiones relacionadas con las novedades más recientes en las modalidades de la PrEP, incluidos los anillos vaginales, pero una vez más destacaron que, a pesar de la concienciación sobre las prácticas de riesgo relacionadas con el VIH, y el interés y las preferencias por estas opciones, o no están disponibles o las mujeres no están seguras de su disponibilidad a pesar de que su uso esté aprobado y sean recomendadas por la OMS. Estas participantes destacaron la necesidad de proporcionar servicios específicos para las mujeres usuarias de drogas, incluidas las trabajadoras sexuales que consumen sustancias psicoactivas novedosas en el contexto del consumo sexualizado de drogas:

*“Creo que es así. Si suponemos hipotéticamente que entro en un maratón cada semana de sábado a domingo, me drogo y tengo sexo de manera promiscua. Soy consciente de que un preservativo podría romperse, y, si sé que seguramente puedo tomar la PrEP, sería estupendo. No puedo decir que sea muy común, pero si un servicio de este tipo es posible, sería de gran ayuda. Ya me he encontrado con información sobre algunas de las recomendaciones de la OMS: es necesario el acceso a anillos vaginales, especialmente para las mujeres que ejercen el trabajo sexual o para las usuarias de drogas, sobre todo para las que consumen nuevas drogas. Una mujer puede utilizar este tipo de anillo antes de meterse en un maratón de dos días.” Mujer usuaria de drogas, región de Europa.*

Además de las preocupaciones mencionadas anteriormente, las mujeres participantes también plantearon preocupaciones éticas por el hecho de limitarse a dar a las usuarias de drogas información sobre la existencia de la PrEP sin asegurarse de que los servicios adecuados estén disponibles y sean accesibles para actuar sobre esa información. Además, destacaron cómo los problemas de disponibilidad de los medicamentos pueden conducir a un estigma y discriminación mayores de las personas que usan drogas inyectables debido a las actitudes y valores arraigados entre los profesionales de la salud sobre quién es “más merecedor” de acceder a estas tecnologías:



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

*“En nuestra región, tenemos que averiguar sobre este tipo de servicios... Informamos sobre la PrEP, hablamos de su existencia, pero no ofrecemos el acceso a esos servicios, porque no se ofrece. Aunque hay documentos que prueban que el acceso debe ser proporcionado, no hay suficiente cantidad de medicamentos, y los médicos siempre nos dicen: “¿Estás loco? ¿Qué tipo de PrEP para usuarios de drogas quieres que te proporcionemos?”.* Mujer usuaria de drogas, región de Europa.

A pesar de los problemas mencionados con la disponibilidad de las modalidades preferidas y de la preocupación generalizada por la falta de investigación con personas que usan drogas inyectables, en última instancia, la mayoría de los participantes en las entrevistas y los grupos focales expresaron la opinión de que la PrEP es potencialmente una intervención útil de prevención del VIH para las personas que usan drogas inyectables. Sin embargo, los participantes subrayaron que la PrEP debe ofrecerse como parte de un conjunto de enfoques de prevención del VIH y junto con otras intervenciones. En este contexto, estos participantes también plantearon la importancia de evitar respuestas excesivamente medicalizadas y simplistas, y de garantizar que las intervenciones se realicen de forma específica para el contexto y tengan en cuenta las necesidades y circunstancias individuales de las personas:

*“La PrEP debería formar parte del panorama, pero no es una ‘bala de plata’ y me preocupa que podamos acabar destinando todos los fondos a una respuesta biomédica a expensas de todo lo demás que sabemos que funciona y es muy rentable pero que es visto como políticamente difícil, como el PIJ.”* Persona de género no binaria usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

*“Solo hay que tener cuidado de no aplicar un único enfoque para todos. Hay que adaptar el método a cada individuo y a su contexto.”* Hombre usuario de drogas, región de Europa.

*“En algunas circunstancias, la PrEP puede parecer excesiva, pero hay otras partes del mundo en las que las tasas del VIH son elevadas entre las personas que usan drogas inyectables y no tienen acceso a diferentes opciones: ahí es donde la PrEP podría ser útil. Se trata de los individuos, del contexto y de lo que hay disponible”.* Mujer usuaria de drogas, región del Pacífico Occidental.

Siguiendo la línea de los comentarios en las secciones anteriores sobre las preferencias en los servicios liderados por los usuarios de drogas y basados en pares, varios participantes también destacaron que las respuestas lideradas por la comunidad y basadas en pares deben ser fundamentales en la forma de posicionar la PrEP y



hacerla disponible a las personas que usan drogas inyectables. Los participantes destacaron que la presencia de barreras estructurales, como la criminalización y los altos niveles de estigma y discriminación, significan que las intervenciones relacionadas con el VIH, como la PrEP, deben ser suministradas a través de servicios liderados por usuarios de drogas, o en total colaboración con ellos, para eliminar las barreras y garantizar el consentimiento pleno e informado. Sin embargo, para que las respuestas dirigidas por la comunidad ocupen el lugar central del diseño y la aplicación de la PrEP y otros enfoques de prevención del VIH, es necesario que las organizaciones comunitarias y los servicios basados en los pares cuenten con el apoyo y los recursos adecuados, una situación que actualmente es insuficiente en todo el mundo:

*“Sabemos qué es lo que nuestra comunidad necesita y cuál es la mejor manera de llevar a cabo una intervención como la PrEP a personas que usan drogas inyectables en su contexto, y cómo podría funcionar junto con el PIJ, por ejemplo, pero necesitamos más apoyo y recursos para hacerlo con eficacia”.* Hombre usuario de drogas, región del Pacífico Occidental.

*“Primero jeringuillas seguras y estériles, y luego la PrEP, ¡si la quieren!”* Mujer usuaria de drogas, región de América del Norte.

El último comentario de la participante anterior llama la atención sobre una conversación más amplia, puesta en evidencia también en las transcripciones de varios participantes, sobre la disponibilidad de la PrEP para las personas que usan drogas inyectables y lo que un participante denominó “el elefante en la habitación”. En concreto, algunos participantes se mostraron preocupados por la posibilidad de que los avances y los debates relacionados con la PrEP distrajeran la atención de lo que consideraban una preocupación mucho más apremiante sobre las deficiencias actuales en la disponibilidad de equipos de inyección estériles y otros suministros esenciales para la reducción de daños en muchos países. Para estos participantes, aunque consideran que la PrEP es una tecnología útil para la prevención del VIH, cuyo uso en personas que usan drogas inyectables debería investigarse adecuadamente para que después se pueda utilizar según sea el caso, estos esfuerzos no deberían distraer la atención de la necesidad urgente de abordar el acceso inadecuado a las intervenciones ya existentes de prevención del VIH para las personas que usan drogas inyectables en todo el mundo, como el PIJ y el TAO, y que son altamente eficaces, rentables y se basan en pruebas.



## 4.0 CONCLUSION

Para concluir, el primer punto que hay que señalar en relación con los resultados de esta investigación es que, independientemente de que estemos hablando de intervenciones comportamentales, biomédicas o estructurales en relación con el VIH, el VHC y otras ITS, o de prioridades sanitarias más amplias para las personas que usan drogas inyectables, es necesario que haya un enfoque de atención genuinamente centrado en la persona. Esto significa que el diseño, el desarrollo y la ejecución de todas las intervenciones y enfoques deben estar impulsados por lo que funciona mejor y es más aceptable para la persona, el individuo involucrado. Dicho esto, desde la perspectiva de la INPUD, la atención centrada en la persona está inextricablemente vinculada a los enfoques basados en pares y liderados por usuarios de drogas, debido al papel fundamental que los trabajadores entre pares desempeñan en llegar a las personas y ayudarlas a acceder a los servicios. En resumen, las respuestas dirigidas por pares y la movilización comunitaria son fundamentales para garantizar que el diseño, el desarrollo y la ejecución de las intervenciones se ajusten a las necesidades y prioridades de la comunidad y de las personas: ambas van de la mano.

Además, a través de los hallazgos se vuelve claro que el contexto y el entorno también son fundamentales. Concretamente, en este estudio los participantes han destacado las repercusiones profundamente negativas que tienen en la salud, los derechos y la dignidad de las personas que usan drogas inyectables las barreras estructurales, como la penalización, el estigma, la discriminación y la violencia. Simplemente no podemos permitirnos seguir ignorando o subestimando lo que los participantes nos han dicho inequívocamente en esta investigación: la criminalización está en el centro del estigma, la discriminación y la violencia contra ellos. Además, los participantes han subrayado que estas experiencias no son raras o esporádicas, sino que son un aspecto omnipresente, rutinario y francamente implacable de sus realidades cotidianas, constantemente reforzadas por leyes y políticas perjudiciales, punitivas y represivas. Durante demasiado tiempo, hemos permitido que estas injusticias y desigualdades continúen de forma constante, a pesar de la amplia evidencia de cómo estos factores disminuyen la capacidad de las personas que usan drogas inyectables para acceder a servicios vitales y socavan su capacidad para proteger su salud y bienestar.

Afortunadamente, existen oportunidades para emprender “acciones urgentes y transformadoras” y rectificar esta situación inaceptable. Estas oportunidades de acción vienen en forma de los “Objetivos de Desarrollo Social 10-10-10”<sup>16</sup> que fueron aprobados como parte del documento de las Naciones Unidas *“Declaración Política sobre el VIH y el Sida: Acabar con las Desigualdades y Estar en Condiciones de Poner Fin*

---

16. “A Landmark Week for HIV Criminalisation”: <https://www.hivjustice.net/newstype/news/>



al Sida para 2030” en la Reunión de Alto Nivel (RAN) celebrada en Nueva York el 8 de junio de 2021. Estos objetivos hacen un llamamiento específico a los Estados miembros para que pongan fin a todas las desigualdades a las que se enfrentan las personas que viven con el VIH, las poblaciones clave y otras poblaciones prioritarias para 2025 y expresa específicamente:

*“... profunda preocupación por el estigma, la discriminación, la violencia y las leyes y prácticas restrictivas y discriminatorias dirigidas contra las personas que viven con el VIH (...) [y nos] comprometemos a eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y a respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de las personas que viven con el VIH, corren el riesgo de contraerlo o se ven afectadas por él (...) [a través de la creación de] un entorno jurídico propicio revisando y reformando, según sea necesario, los marcos jurídicos y de políticas restrictivos, incluidas las leyes y prácticas discriminatorias que crean obstáculos o refuerzan el estigma y la discriminación...”*<sup>17</sup>

En conjunto, los Objetivos de Desarrollo Social 10-10-10 se basan en otros compromisos de la Declaración Política y la Estrategia Mundial sobre el Sida, incluidos los “objetivos 80-60-30”, que también se comprometen a aumentar la proporción de servicios relacionados con el VIH dirigidos y prestados por las comunidades, y a garantizar que, para 2023, el 60% de los programas apoyen la consecución del desarrollo social. Estos objetivos proporcionan no solo el impulso, sino la base clara para actuar en esta área tan necesaria de derechos y reformas para las poblaciones clave, incluidas las personas usuarias de drogas inyectables.

Cuando se consideran las respuestas de los participantes a las preguntas clave de este estudio, lo que destacan por encima de todo es el derecho a la salud, es decir, a unos servicios sanitarios adecuados para las personas que usan drogas inyectables y la importancia fundamental de escuchar sus valores y preferencias con el fin de orientar los servicios y las intervenciones. En última instancia, estos datos reflejan lo que la INPUD escucha constantemente, es decir, que con demasiada frecuencia se pide a los orientadores entre pares que formen parte de programas que no los quieren y/o que son hostiles a su presencia, y en los que las personas que usan drogas inyectables no desean ni son bienvenidas. Esto tiene que cambiar fundamentalmente.

Se habla mucho de las intervenciones habilitadoras, como las respuestas dirigidas por pares, la movilización comunitaria, la despenalización y la reducción y/o eliminación del estigma y la discriminación. La INPUD, por supuesto, acoge con satisfacción

17. [https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021\\_political-declaration-on-hiv-and-aids](https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids)

estos debates y compromisos. El problema, sin embargo, es cómo se llevará a cabo este cambio cuando todavía no vemos un acceso completo en muchos contextos a intervenciones de prevención y tratamiento del VIH y el VHC que sean aceptadas, rentables y basadas en pruebas entre las personas que usan drogas inyectables. Para hacer realidad el derecho a la salud de las personas que usan drogas inyectables será necesario no solo eliminar las leyes, políticas y prácticas perjudiciales y punitivas (aunque esto es, sin duda, fundamental), sino también financiar y escalar adecuadamente las intervenciones y los servicios comunitarios que reconozcan debidamente el valor de las intervenciones lideradas por pares entre las personas que usan drogas inyectables. Hasta que no valoremos adecuadamente la experiencia de los orientadores entre pares y los valores y preferencias de las personas que usan drogas inyectables, la criminalización, el estigma y la discriminación seguirán erosionando fundamentalmente la salud, los derechos y la dignidad de las personas que usan drogas inyectables en todo el mundo.



## 5.0 APÉNDICE 1: PREGUNTAS PICO

Esta investigación tiene como objetivo aportar información a las directrices de las poblaciones clave en relación con los valores y preferencias comunitarios en torno a las preguntas PICO para las que se han realizado revisiones sistemáticas. Las preguntas PICO relevantes son:

- P.1 PICO.** ¿Permiten las intervenciones comportamentales<sup>18</sup> reducir los daños asociados con el chemsex?
- P.2 PICO.** ¿Permiten las intervenciones comportamentales reducirlos comportamientos de riesgo asociados con el VIH, la hepatitis viral y otras ITS?
- P.3 PICO.** ¿Contribuyen los orientadores entre pares a que las poblaciones clave se inicien y permanezcan en los programas de tratamiento y prevención del VIH y la hepatitis viral??
- P.4 PICO.** ¿Mejora la prestación de servicios en línea la aceptación de la prevención, las pruebas, la vinculación al tratamiento y la retención del tratamiento para las poblaciones clave?
- P.5 PICO.** ¿Debería ofrecerse inmediatamente el tratamiento contra el VHC con AAD pangenotípicos, tal como recomienda la OMS, a las personas con comportamientos de riesgo y con una infección reciente por el VHC (incluida la reinfección reciente por el VHC)?
- P.6 PICO.** ¿Con qué frecuencia se debería de volver a realizar la prueba ARN/cAg de VHC a las personas con conductas de riesgo continuas después de la documentación de una prueba de ARN/cAg negativa?
- P.7 PICO.** Entre los hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, así como entre las personas transgénero y las personas que se dedican al trabajo sexual ¿debería utilizarse la agrupación de muestras de tres lugares anatómicos (uretra, ano y faringe) para el cribado en laboratorio de ITS como la infección por gonorrea y clamidia en lugar de muestras individuales de tres lugares anatómicos?

---

18. ONUSIDA utiliza la siguiente definición: las intervenciones comportamentales para la prevención del VIH se implementan con el fin de promover el cambio en el comportamiento sexual, así como de aumentar la utilización de los servicios del VIH y la adherencia a estos. Para lograr este objetivo, suelen abordar los conocimientos, las actitudes, la percepción del riesgo, las normas, la demanda de servicios para el VIH y las aptitudes. Las intervenciones incluyen sobre todo la comunicación interpersonal y mediática, pero también pueden incluir incentivos financieros y de otro tipo. Las plataformas para su implementación pueden ser el alcance comunitario, las escuelas, los centros de salud, los lugares de trabajo u otros entornos. Véase: The effectiveness of behavioural interventions to prevention HIV. A compendium of evidence. Geneva: Global HIV Prevention Coalition; 2017, updated 2019.





## 6.0 APÉNDICE 2: GUÍA DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS Y GRUPOS FOCALES

### 6.1 GUÍA DE ENTREVISTAS SEMIESTRUCTURADAS PARA PERSONAS USUARIAS DE DROGAS INYECTABLES

*Valores y preferencias de las poblaciones clave respecto a los servicios de VIH, hepatitis y otras ITS: Un estudio cualitativo*

Esta guía de entrevista está pensada para generar y orientar las entrevistas de los informantes clave con los miembros de la comunidad de personas que usan drogas inyectables

#### **PREGUNTAS PARA LA DISCUSIÓN**

*Nota para el entrevistador:* el orden de las preguntas puede adaptarse según el flujo de la conversación, pero todas las preguntas deben ser cubiertas durante las entrevistas semiestructuradas.

#### **INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES**

*Nos gustaría discutir con usted dos preguntas en el área de las intervenciones comportamentales.*

- P.1.** ¿Hasta qué punto es el chemsex un problema para su comunidad?
- a.** Si el chemsex es un problema, ¿qué intervenciones comportamentales serían útiles para reducir los daños asociados al chemsex en su comunidad?

*Preguntas detonadoras*

- ¿Qué riesgos conoce en relación con el chemsex?
- ¿Existen otras formas, además de las intervenciones comportamentales, de reducir los riesgos?

*Nota para el entrevistador:* sírvase comenzar explicando los términos intervención comportamental (IC) y chemsex. En este caso, las intervenciones comportamentales se refieren a las intervenciones, como el asesoramiento y las medidas educativas, que tienen como objetivo reducir el riesgo de infección por VIH, hepatitis viral y otras ITS al influir en el comportamiento y aumentar el uso de los servicios de salud, en lugar de las intervenciones destinadas a reducir el consumo de drogas. Las intervenciones incluyen principalmente la comunicación interpersonal y con los medios de comunicación, pero también pueden incluir incentivos financieros o de otro tipo. Las intervenciones comportamentales suelen abordar los conocimientos, las actitudes, la percepción del riesgo, las normas y las habilidades.



El 'chemsex' se refiere al uso de drogas durante las actividades sexuales para aumentar la experiencia sensorial. Las drogas más utilizadas para el chemsex son las metanfetaminas, el GHB/GBL, la mefedrona, la cocaína y la ketamina.

- P.2.** ¿Qué intervenciones comportamentales cree que podrían ser útiles para reducir los comportamientos de riesgo asociados al VIH, la hepatitis viral y otras ITS?
- ¿Por qué cree que esas intervenciones comportamentales son eficaces?
  - ¿Cómo reducen esas intervenciones comportamentales los riesgos asociados al VIH, la hepatitis viral y otras ITS?

*Preguntas detonadoras*

- ¿Cree que el asesoramiento es útil?
  - ¿Es el asesoramiento más útil si se lleva a cabo en grupo, o de manera individual?
- ¿Qué me dice de la educación, es útil?
  - Si es así, ¿cómo cree que debería proporcionarse?

*Nota para el entrevistador:* para esta pregunta, explique que hay muchas 'intervenciones comportamentales' que se han utilizado en programas para tratar de apoyar prácticas sexuales y de inyección de drogas más seguras. Nos gustaría conocer las experiencias de su comunidad sobre las intervenciones que han sido útiles y las que no.

**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

*Ahora nos gustaría abordar preguntas relacionadas con la forma en la que se prestan los servicios, lo que incluye preguntas sobre orientadores entre pares, servicios liderados por pares y servicios en línea para el VIH y la hepatitis viral.*

- P.3.** De acuerdo con usted, ¿qué impacto tienen los orientadores entre pares en el acceso al tratamiento y la adherencia a los programas de prevención y tratamiento del VIH, la hepatitis viral y otras ITS en su comunidad?

*Preguntas detonadoras*

- ¿Qué características hacen que un orientador entre pares tenga éxito (que sea de su comunidad, de fuera de la comunidad, mayor, más joven, etc.)?
- ¿Existe alguna preocupación sobre el uso de orientadores entre pares?
- ¿Cuándo son más eficaces los orientadores entre pares?

*Nota para el entrevistador:* sírvase explicar que los orientadores entre pares son miembros de la comunidad específicamente formados y educados en torno al tratamiento y la prevención del VIH, la hepatitis viral y otras ITS. Por lo general, no son



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

personas con formación en medicina y/o enfermería, pero han recibido una capacitación específica para ofrecer información adecuada y actualizada sobre el tratamiento y la prevención del VIH y la hepatitis viral.

- P.4.** ¿Mejoran las respuestas comunitarias (por ejemplo, los servicios y programas dirigidos a las personas usuarias de drogas y gestionados por ellas) el inicio y la adherencia de los programas de tratamiento y prevención del VIH y hepatitis viral en la comunidad?
- ¿Cómo afectan las respuestas lideradas por usuarios de drogas en la capacidad de su comunidad para acceder a los programas de prevención?
  - ¿Cómo afectan las respuestas lideradas por usuarios de drogas en la capacidad de su comunidad para adherirse al tratamiento?
  - ¿Qué importancia tiene para usted que los servicios y programas para la prevención y el tratamiento del VIH, la hepatitis viral y otras ITS estén liderados por personas usuarias de drogas?

*Preguntas detonadoras:*

- ¿Cuáles son los componentes importantes en los servicios liderados por personas usuarias de drogas (por ejemplo, capacitación y apoyo, vinculación con otros servicios, contar con medidas de confidencialidad, etc.)?

*Nota para el entrevistador:* sírvase utilizar la reciente definición de respuestas lideradas por la comunidad desarrollada por ONUSIDA o consulte la publicación de INPUD/ UNODC “Implementando programas integrales de VIH y VHC personas usuarias de drogas inyectables” (Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes for People who Inject Drugs en inglés) para más información.

- P.5.** ¿Qué opina del uso de herramientas y plataformas virtuales por parte de las personas usuarias de drogas para acceder a los servicios de VIH, hepatitis y otras ITS?
- ¿Cómo afecta (o podría afectar) el uso de herramientas en línea al acceso de servicios en su comunidad?
  - ¿Cómo afecta (o podría afectar) el uso de herramientas en línea a la capacidad de adherencia al tratamiento de su comunidad?

*Preguntas detonadoras:*

- ¿Cuáles son las principales ventajas y desventajas de las intervenciones presenciales en comparación con las digitales?
- ¿Qué tipo de herramientas y/o plataformas virtuales serían más útiles?



### **BARRERAS ESTRUCTURALES E INTERVENCIONES HABILITADORAS**

*A continuación, nos gustaría preguntarle sobre las intervenciones destinadas a abordar las barreras estructurales en el acceso a los servicios de salud a las que se enfrentan las personas que usan drogas inyectables, como la criminalización, el estigma y la discriminación, y la violencia. Estas intervenciones pueden incluir reformas a la legislación, iniciativas de empoderamiento comunitario y las medidas de prevención de la violencia dirigidas a abordar las causas estructurales de la vulnerabilidad.*

- P.6** ¿Cómo afecta la criminalización del uso de drogas al acceso de su comunidad a los servicios y a la capacidad de adherencia al tratamiento para el VIH, la hepatitis y otras ITS?
- a.** ¿Cómo afectan otras formas de criminalización, como la criminalización de la orientación sexual, la identidad de género y el consumo de drogas, al acceso de su comunidad a los servicios y a la capacidad de adherencia al tratamiento?
- P.7** ¿Qué intervenciones habilitadoras podrían ayudar a abordar los obstáculos estructurales en el acceso a los servicios para personas que usan drogas inyectables?
- a.** ¿Qué impacto tienen las iniciativas de empoderamiento comunitario en el acceso a los servicios para el VIH, la hepatitis viral y otras ITS?
- b.** ¿Qué tipo de iniciativas de empoderamiento comunitario tienen más impacto, y por qué?

#### *Preguntas detonadoras:*

- ¿Por qué cree que tanto la despenalización/el estigma y la discriminación/tratamiento de la violencia/las iniciativas de empoderamiento comunitario ayudarían a abordar las barreras en el acceso a los servicios?

*Nota para el entrevistador:* explique que la OMS tiene cuatro recomendaciones para facilitar las intervenciones que abordan las barreras estructurales que afectan a las poblaciones clave y su acceso a los servicios de salud: combatir la criminalización, el estigma y la discriminación, la violencia, y apoyar el empoderamiento comunitario.

- P.8.** ¿Qué tipo de impacto tienen el estigma y la discriminación en el acceso de las personas que usan drogas inyectables a la prevención, el diagnóstico y la vinculación con el tratamiento, así como en su capacidad de adherencia a este?

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C:**

*Nos gustaría abordar dos preguntas en el área del diagnóstico y el tratamiento de la hepatitis C.*

- P.9.** ¿Cree que se les debería ofrecer de forma inmediata el tratamiento con AAD a las personas usuarias de drogas que recientemente hayan contraído el VHC (incluyendo las reinfecciones)?
- a.** ¿Cree que a las personas que usan drogas inyectables que tienen conductas de riesgo se les debería ofrecer este tipo de tratamiento?

*Preguntas detonadoras:*

- ¿Por qué cree que este tratamiento debería ofrecerse o no de forma inmediata a las personas que usan drogas inyectables?
- ¿Cuáles son los obstáculos para que las personas que usan drogas inyectables reciban este tratamiento?
- ¿Existe algún problema por ofrecer tratamiento con AAD para el VHC de forma inmediata?
- ¿Qué otros servicios deberían prestarse junto con el tratamiento?

*Nota para el entrevistador:* antes de formular la pregunta sobre el tratamiento con AAD para el VHC (pregunta 9), explique que los antivirales de acción directa pangenotípicos (AAD) son una nueva generación de AAD que tratan una gama más amplia de cepas de la infección por el VHC. Algunos de estos nuevos regímenes tienen mayores tasas de curación, buena tolerancia (bajos efectos secundarios), baja carga de píldoras y menos interacciones entre medicamentos. La OMS ha actualizado recientemente sus directrices para recomendar los AAD pangenotípicos para la infección crónica por el VHC. También explican que, debido a los avances en el tratamiento del VHC, la OMS está evaluando la posibilidad de recomendar que se ofrezca un tratamiento inmediato a las personas en el momento del diagnóstico, así como a las que siguen estando en riesgo de (re)infección y transmisión. Una de las preocupaciones de este enfoque es cierto nivel de sobretratamiento, pues algunas personas pueden eliminar el virus sin tratamiento.

- P.10.** ¿Con qué frecuencia cree que las personas que usan drogas inyectables que tienen comportamientos de riesgo de contraer el VHC, y que han sido tratadas previamente por este virus o que lo han eliminado sin tratamiento deberían someterse a una nueva prueba para detectar la presencia del virus de la hepatitis C en sangre (viremia o prueba de ARN por PCR)?



*Preguntas detonadoras*

- ¿Cree que las personas estarían dispuestas a realizarse pruebas con regularidad? De ser así, ¿con qué frecuencia/con qué periodicidad se debería repetir la prueba de viremia?
- ¿Existe algún problema con la repetición de pruebas de viremia?
- ¿Qué otros servicios o formas de apoyo deberían estar disponibles junto con la repetición de pruebas de viremia?

*Nota para el entrevistador:* Antes de formular la pregunta sobre la repetición de la prueba de viremia del VHC (pregunta 10), explique que el VHC es un virus de ARN. Cada vez se recomienda más que las personas que han sido tratadas y curadas o que han eliminado el VHC sin tratamiento, se sometan a pruebas para detectar la presencia del virus de la hepatitis C en su sangre con regularidad (lo que se denomina prueba de viremia o de ARN por PCR). Aunque este enfoque se recomienda cada vez más, el acceso a las pruebas de viremia no siempre está disponible, especialmente en los servicios básicos y comunitarios, etc.

**PRIORIDADES EN LA SALUD DE LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS INYECTABLES**

**P.11.** ¿Qué problemas de salud son prioritarios para su comunidad?

*Preguntas detonadoras*

- ¿Por qué son prioritarios?
- ¿Qué intervenciones o enfoques son los más adecuados para abordar estas preocupaciones?

*Nota para el entrevistador:* para orientar este debate, remítase a las prioridades indicadas en la figura 4 del protocolo de entrevista.

**PREVENCIÓN DEL VIH**

*A continuación, nos gustaría preguntarle su opinión sobre diferentes métodos y tecnologías de prevención del VIH. Estos pueden incluir: preservativos y lubricantes, suministros de reducción de daños para personas que usan drogas inyectables, terapia de sustitución de opioides, buprenorfina de acción prolongada para personas que se usan drogas inyectables, profilaxis postexposición (PEP), profilaxis preexposición (PrEP) y tratamiento del VIH como prevención (I=I).*

**P.12.** ¿Qué tecnologías de prevención del VIH se deberían ofrecer a las personas que usan drogas inyectables en cualquier situación?



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

- a. ¿Cuáles son las ventajas y desventajas que tienen las diferentes tecnologías de prevención del VIH para las personas que usan drogas inyectables?

### *Preguntas detonadoras*

- ¿Dónde deberían estar disponibles estas tecnologías y por qué? (por ejemplo, en centros médicos/clínicas de salud, centros comunitarios, farmacias, servicio de divulgación entre pares, otros)
- ¿A qué barreras debe hacer frente su comunidad para acceder a las diferentes tecnologías de prevención del VIH y utilizarlas?

*Nota para el entrevistador:* proporcione definiciones de los distintos métodos, según sea necesario.

Depot-bupe es una nueva formulación de buprenorfina de acción prolongada. Existen dos presentaciones, inyección o inyección subcutáneas (bajo la piel), que liberan lentamente la buprenorfina en el organismo. Aunque actualmente no están disponibles en todas partes, se están promoviendo en algunos entornos, por lo que es importante recoger los valores y las preferencias sobre esta medicación.

### **PrEP**

*Por último, pasaremos a discutir algunas cuestiones relacionadas con la profilaxis preexposición y algunos avances recientes en este ámbito*

- P.13.** ¿Es la PrEP un método de prevención del VIH adecuado para las personas que usan drogas inyectables?
- a. Si su comunidad ha identificado la PrEP como una tecnología de prevención del VIH adecuada para las personas que usan drogas inyectables, ¿cómo repercutiría la oferta de una gama de modalidades de PrEP en su uso y la aceptación entre las personas que usan drogas inyectables?

### *Preguntas detonadoras*

- ¿Cuáles son las posibles ventajas y desventajas de las diferentes estrategias de dosificación y formulación de la PrEP para las personas que usan drogas inyectables?
- ¿Dónde preferiría su comunidad que se prestaran los servicios de PrEP, y por qué? (por ejemplo, en un centro médico/clínica de salud, a través de la comunidad, en una farmacia o en otro lugar)

*Nota para el entrevistador:* sírvase explicar lo siguiente: la profilaxis preexposición (PrEP) es el uso de fármacos antirretrovirales por parte de personas con estatus





negativo de VIH para reducir las posibilidades de infección por este virus. Desde 2015, la OMS recomienda la PrEP oral diaria con tenofovir como una opción de prevención adicional para las poblaciones clave, pero actualmente no se utiliza ampliamente entre las personas que usan drogas inyectables. Se han planteado algunas preocupaciones previas sobre la aceptabilidad, la viabilidad y la idoneidad para las personas que usan drogas inyectables.

La PrEP puede administrarse de múltiples maneras o modalidades. Estas modalidades incluyen la PrEP oral diaria, la PrEP dirigida a eventos (tomada después de un evento que puede conducir a la transmisión del VIH), la PrEP inyectable de acción prolongada y el anillo vaginal de dapivirina.

El anillo vaginal de dapivirina (DVR en inglés) es un producto que se inserta en la vagina para proporcionar protección contra el VIH durante un mes. Está aprobado para su uso y la OMS lo recomienda como una opción adicional para 'cualquier persona en riesgo sustancial'.

EL cabotegravir inyectable de acción prolongada (CAB-LA en inglés) es una modalidad inyectable de PrEP. Estudios recientes han demostrado que CAB-LA es superior a la PrEP oral a la hora de prevenir la adquisición del VIH en hombres homosexuales y bisexuales cisgénero y en mujeres adultas transgénero y cisgénero.

La PrEP dirigida a eventos consiste en tomar una dosis más alta de PrEP oral antes de mantener relaciones sexuales o consumir drogas, seguida de un programa fijo de dosis de seguimiento. Esto significa que las personas pueden tomar esta medicación ocasionalmente antes de un riesgo potencial. Debido a la falta de investigación, la PrEP dirigida a eventos no se ha recomendado para las personas que usan drogas inyectables.

Desgraciadamente, ninguna de las opciones, la PrEP oral, la PrEP dirigida a eventos, la modalidad inyectable de acción prolongada y el anillo vaginal de dapivirina, han sido probadas ni investigadas lo suficiente en personas que usan drogas inyectables.

## **CIERRE**

*Pregunte a los participantes si hay algo más sobre los temas anteriores que todavía no hayan podido decir y que les gustaría añadir antes de cerrar la entrevista.*



## 6.2 GUÍA DE GRUPOS FOCALES PARA LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS INYECTABLES

*Valores y preferencias de las poblaciones clave respecto a los servicios de VIH, hepatitis y otras ITS: Un estudio cualitativo*

Esta guía para grupos focales está pensada para generar y orientar los debates de los grupos focales con miembros de la comunidad de personas que usan drogas inyectables.

### PREGUNTAS DE DISCUSIÓN

*Nota para el moderador:* el orden en que se formulen las preguntas puede adaptarse según el flujo de la conversación, pero todas las preguntas deben cubrirse en las discusiones de los grupos focales.

#### **INTERVENCIONES COMPORTAMENTALES:**

*Nos gustaría debatir con todos ustedes dos preguntas en el área de las intervenciones comportamentales.*

- P.1.** ¿Hasta qué punto el chemsex es un problema para ustedes?
- a.** Si el chemsex es un problema, ¿qué intervenciones comportamentales serían útiles para reducir los daños asociados a esta práctica en su comunidad?

*Preguntas detonadoras*

- ¿Qué riesgos conocen en relación con el chemsex?
- ¿Por qué cree que estas intervenciones comportamentales (comentadas anteriormente) son útiles?
- ¿Qué intervenciones comportamentales no son útiles?
- ¿Existen otras formas, además de las intervenciones comportamentales, de reducir los riesgos?

*Nota para el moderador* sírvase comenzar explicando los términos intervención comportamental (IC) y chemsex. En este caso, las intervenciones comportamentales se refieren a las intervenciones, como el asesoramiento y las medidas educativas, que tienen como objetivo reducir el riesgo de infección por VIH, hepatitis viral y otras ITS al influir en el comportamiento y aumentar el uso de los servicios de salud, en lugar de las intervenciones destinadas a reducir el consumo de drogas. Las intervenciones incluyen principalmente la comunicación interpersonal y con los medios de comunicación, pero también pueden incluir incentivos financieros o de otro tipo. Las intervenciones conductuales suelen abordar los conocimientos, las actitudes, la percepción del riesgo, las normas y las habilidades.



El 'chemsex' se refiere al uso de drogas durante las actividades sexuales para aumentar la experiencia sensorial. Las drogas más utilizadas para el chemsex son las metanfetaminas, el GHB/GBL, la mefedrona, la cocaína y la ketamina.

- P.2.** ¿Qué intervenciones comportamentales creen que podrían ser útiles para reducir los comportamientos de riesgo asociados al VIH, la hepatitis viral y otras ITS?
- ¿Por qué creen que esas intervenciones comportamentales son eficaces?
  - ¿Cómo reducen esas intervenciones comportamentales los riesgos asociados al VIH, la hepatitis viral y otras ITS?

*Preguntas detonadoras*

- ¿Creen que el asesoramiento es útil?
  - ¿Es el asesoramiento más útil si se lleva a cabo en grupo, o de manera individual?
- ¿Qué me dicen de la educación, es útil?
  - Si es así, ¿cómo creen que debería proporcionarse?

*Nota para el moderador:* para esta pregunta, explique que hay muchas 'intervenciones comportamentales' que se han utilizado en programas para tratar de apoyar prácticas sexuales y de inyección de drogas más seguras. Nos gustaría conocer las experiencias de su comunidad sobre las intervenciones que han sido útiles y las que no.

**PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

*Ahora nos gustaría abordar preguntas relacionadas con la forma en la que se prestan los servicios, lo que incluye preguntas sobre orientadores entre pares, servicios liderados por pares y servicios en línea para el VIH y la hepatitis viral.*

- P.3.** De acuerdo con ustedes, ¿qué impacto tienen los orientadores entre pares en el acceso al tratamiento y la adherencia a los programas de prevención y tratamiento del VIH, la hepatitis viral y otras ITS en su comunidad?

*Preguntas detonadoras*

- ¿Qué características hacen que un orientador entre pares tenga éxito (que sea de su comunidad, de fuera de la comunidad, mayor, más joven, etc.)?
- ¿Existe alguna preocupación sobre el uso de orientadores entre pares?
- ¿Cuándo son más eficaces los orientadores entre pares?

*Nota para el moderador* sírvase explicar que los orientadores entre pares son miembros de la comunidad específicamente formados y educados en torno al tratamiento y la prevención del VIH, la hepatitis viral y otras ITS. Por lo general, no son personas con



## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

formación en medicina y/o enfermería, pero han recibido una capacitación específica para ofrecer información adecuada y actualizada sobre el tratamiento y la prevención del VIH y la hepatitis viral.

- P.4.** ¿Mejoran las respuestas comunitarias (por ejemplo, los servicios y programas dirigidos a las personas usuarias de drogas y gestionados por ellas) el inicio y la adherencia de los programas de tratamiento y prevención del VIH y hepatitis viral en la comunidad?
- a.** ¿Cómo afectan las respuestas lideradas por usuarios de drogas en la capacidad de su comunidad para acceder a los programas de prevención?
  - b.** ¿Cómo afectan las respuestas lideradas por usuarios de drogas en la capacidad de su comunidad para adherirse al tratamiento?
  - c.** ¿Qué importancia tiene para ustedes que los servicios y programas para la prevención y el tratamiento del VIH, la hepatitis viral y otras ITS estén liderados por personas usuarias de drogas?

### *Preguntas detonadoras*

- ¿Cuáles son los componentes importantes en los servicios liderados por personas usuarias de drogas (por ejemplo, capacitación y apoyo, vinculación con otros servicios, contar con medidas de confidencialidad, etc.)?

*Nota para el moderador:* sírvase utilizar la reciente definición de respuestas lideradas por la comunidad desarrollada por ONUSIDA o consulte la publicación de INPUD/ UNODC “Implementando programas integrales de VIH y VHC personas usuarias de drogas inyectables” (Implementing Comprehensive HIV and HCV Programmes for People who Inject Drugs en inglés) para más información.

- P.5.** ¿Qué opina del uso de herramientas y plataformas virtuales por parte de las personas usuarias de drogas para acceder a los servicios de VIH, hepatitis y otras ITS?
- a.** ¿Cómo afecta (o podría afectarles) el uso de herramientas virtuales en el acceso a servicios?
  - b.** ¿Cómo afecta (o podría afectarles) el uso de herramientas virtuales en la capacidad de adherencia al tratamiento?

### *Preguntas detonadoras*

- ¿Cuáles son las principales ventajas y desventajas de las intervenciones presenciales en comparación con las digitales?
- ¿Qué tipo de herramientas y/o plataformas virtuales serían más útiles?



### **BARRERAS ESTRUCTURALES E INTERVENCIONES HABILITADORAS**

*A continuación, nos gustaría preguntarles sobre las intervenciones destinadas a abordar las barreras estructurales en el acceso a los servicios de salud a los que se enfrentan las personas que usan drogas inyectables, como la criminalización, el estigma y la discriminación, y la violencia. Estas intervenciones pueden incluir reformas a la legislación, iniciativas de empoderamiento comunitario y las medidas de prevención de la violencia dirigidas a abordar las causas estructurales de la vulnerabilidad.*

- Q.6** ¿Cómo les afecta la criminalización del uso de drogas al acceso a los servicios y a la capacidad de adherencia al tratamiento para el VIH, la hepatitis y otras ITS?
- a.** ¿Cómo les afectan otras formas de criminalización, como la criminalización de la orientación sexual, la identidad de género y el consumo de drogas, al acceso a los servicios y a la capacidad de adherencia al tratamiento?
- P.7** ¿Qué intervenciones habilitadoras podrían ayudar a abordar los obstáculos estructurales en el acceso a los servicios para personas que usan drogas inyectables?
- a.** ¿Qué impacto tienen las iniciativas de empoderamiento comunitario en el acceso a los servicios para el VIH, la hepatitis viral y otras ITS?
- b.** ¿Qué tipo de iniciativas de empoderamiento comunitario tienen más impacto, y por qué?

#### *Preguntas detonadoras*

- ¿Por qué creen que tanto la despenalización/el estigma y la discriminación/tratamiento de la violencia/las iniciativas de empoderamiento comunitario ayudarían a abordar las barreras en el acceso a los servicios?

*Nota para el moderador:* explique que la OMS tiene cuatro recomendaciones para facilitar las intervenciones que abordan las barreras estructurales que afectan a las poblaciones clave y su acceso a los servicios de salud: combatir la criminalización, el estigma y la discriminación, la violencia, y apoyar el empoderamiento comunitario.

- P.8.** ¿Qué tipo de impacto tienen el estigma y la discriminación en el acceso de las personas que usan drogas inyectables a la prevención, el diagnóstico y la vinculación con el tratamiento, así como en su capacidad de adherencia a este?



### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

*Nos gustaría abordar dos preguntas en el área del diagnóstico y el tratamiento de la hepatitis C*

- P.9.** ¿Cree que se les debería ofrecer de forma inmediata el tratamiento con AAD a las personas usuarias de drogas que recientemente hayan contraído el VHC (incluyendo las reinfecciones)?
- a.** ¿Cree que a las personas que usan drogas inyectables que tienen conductas de riesgo se les debería ofrecer este tipo de tratamiento?

#### *Preguntas detonadoras*

- ¿Por qué cree que este tratamiento debería ofrecerse o no de forma inmediata a las personas que usan drogas inyectables?
- ¿Cuáles son los obstáculos para que las personas que usan drogas inyectables reciban este tratamiento?
- ¿Existe algún problema por ofrecer tratamiento con AAD para el VHC de forma inmediata?
- ¿Qué otros servicios deberían prestarse junto con el tratamiento?

*Nota para el moderador:* antes de formular la pregunta sobre el tratamiento con AAD para el VHC (pregunta 9), explique que los antivirales de acción directa pangenotípicos (AAD) son una nueva generación de AAD que tratan una gama más amplia de cepas de la infección por el VHC. Algunos de estos nuevos regímenes tienen mayores tasas de curación, buena tolerancia (bajos efectos secundarios), baja carga de píldoras y menos interacciones entre medicamentos. La OMS ha actualizado recientemente sus directrices para recomendar los AAD pangenotípicos para la infección crónica por el VHC. También explican que, debido a los avances en el tratamiento del VHC, la OMS está evaluando la posibilidad de recomendar que se ofrezca un tratamiento inmediato a las personas en el momento del diagnóstico, así como a las que siguen estando en riesgo de (re)infección y transmisión. Una de las preocupaciones de este enfoque es cierto nivel de sobretratamiento, pues algunas personas pueden eliminar el virus sin tratamiento.

- P.10.** ¿Con qué frecuencia cree que las personas que usan drogas inyectables que tienen comportamientos de riesgo de contraer el VHC, y que han sido tratadas previamente por este virus o que lo han eliminado sin tratamiento deberían someterse a una nueva prueba para detectar la presencia del virus de la hepatitis C en sangre (viremia o prueba de ARN por PCR)?



*Preguntas detonadoras*

- ¿Creen que las personas estarían dispuestas a realizarse pruebas con regularidad? De ser así, ¿con qué frecuencia/con qué periodicidad se debería repetir la prueba de viremia?
- ¿Existe algún problema con la repetición de pruebas de viremia?
- ¿Qué otros servicios o formas de apoyo deberían estar disponibles junto con la repetición de pruebas de viremia?

*Nota para el moderador:* Antes de formular la pregunta sobre la repetición de la prueba de viremia del VHC (pregunta 10), explique que el VHC es un virus de ARN. Cada vez se recomienda más que las personas que han sido tratadas y curadas o que han eliminado el VHC sin tratamiento, se sometan a pruebas para detectar la presencia del virus de la hepatitis C en su sangre con regularidad (lo que se denomina prueba de viremia o de ARN por PCR). Aunque este enfoque se recomienda cada vez más, el acceso a las pruebas de viremia no siempre está disponible, especialmente en los servicios básicos y comunitarios, etc.

**PRIORIDADES EN LA SALUD DE LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS INYECTABLES**

**P.11.** ¿Qué problemas de salud son prioritarios para su comunidad?

*Preguntas detonadoras*

- ¿Por qué son prioritarios?
- ¿Qué intervenciones o enfoques son los más adecuados para abordar estas preocupaciones?

*Nota para el moderador:* para orientar este debate, remítase a las prioridades indicadas en la figura 4 del protocolo de entrevista

**PREVENCIÓN DEL VIH**

*A continuación, nos gustaría preguntarles su opinión sobre diferentes métodos y tecnologías de prevención del VIH. Estos pueden incluir: preservativos y lubricantes, suministros de reducción de daños para personas que usan drogas inyectables, terapia de sustitución de opioides, buprenorfina de acción prolongada para personas que se usan drogas inyectables, profilaxis postexposición (PEP), profilaxis preexposición (PrEP) y tratamiento del VIH como prevención (I=I).*

**P.12.** ¿Qué tecnologías de prevención del VIH se deberían ofrecer a las personas que usan drogas inyectables en cualquier situación?





## VALORES Y PREFERENCIAS DE LAS POBLACIONES CLAVE RESPECTO A LOS SERVICIOS DE VIH, HEPATITIS Y OTRAS ITS: UN ESTUDIO CUALITATIVO

- a. En su opinión ¿Cuáles son las ventajas y desventajas que tienen las diferentes tecnologías de prevención del VIH para las personas que usan drogas inyectables?

### *Preguntas detonadoras*

- ¿Dónde deberían estar disponibles estas tecnologías y por qué? (por ejemplo, en centros médicos/clínicas de salud, centros comunitarios, farmacias, servicio de divulgación entre pares, otros)
- ¿A qué barreras debe hacer frente su comunidad para acceder a las diferentes tecnologías de prevención del VIH y utilizarlas?

*Nota para el moderador:* proporcione definiciones de los distintos métodos, según sea necesario.

Depot-bupe es una nueva formulación de buprenorfina de acción prolongada. Existen dos presentaciones, inyección o inyección subcutáneas (bajo la piel), que liberan lentamente la buprenorfina en el organismo. Aunque actualmente no están disponibles en todas partes, se están promoviendo en algunos entornos, por lo que es importante recoger los valores y las preferencias sobre esta medicación.

### **PrEP**

*Por último, pasaremos a discutir algunas cuestiones relacionadas con la profilaxis preexposición y algunos avances recientes en este ámbito*

- P.13.** En su opinión ¿Es la PrEP un método de prevención del VIH adecuado para las personas que usan drogas inyectables?
- a. Si han identificado la PrEP como un método que les gustaría utilizar ¿cómo repercutiría la oferta de una gama de modalidades de PrEP en su uso y aceptación?

### *Preguntas detonadoras*

- ¿Cuáles creen que son las posibles ventajas y desventajas de las diferentes estrategias de dosificación y formulación de la PrEP para las personas que usan drogas inyectables?
- ¿Dónde preferirían que se prestaran los servicios de PrEP, y por qué? (por ejemplo, en un centro médico/clínica de salud, a través de la comunidad, en una farmacia o en otro lugar)

*Nota para el moderador:* sírvase explicar con más detalle los diferentes métodos de PrEP según sea necesario.



La profilaxis preexposición (PrEP) es el uso de fármacos antirretrovirales por parte de personas con estatus negativo de VIH para reducir las posibilidades de infección por este virus. Desde 2015, la OMS recomienda la PrEP oral diaria con tenofovir como una opción de prevención adicional para las poblaciones clave, pero actualmente no se utiliza ampliamente entre las personas que usan drogas inyectables. Se han planteado algunas preocupaciones previas sobre la aceptabilidad, la viabilidad y la idoneidad para las personas que usan drogas inyectables.

La PrEP puede administrarse de múltiples maneras, o modalidades. Estas modalidades incluyen la PrEP oral diaria, la PrEP dirigida a eventos (tomada después de un evento que puede conducir a la transmisión del VIH), la PrEP inyectable de acción prolongada y el anillo vaginal de dapivirina.

El anillo vaginal de dapivirina (DVR en inglés) es un producto que se inserta en la vagina para proporcionar protección contra el VIH durante un mes. Está aprobado para su uso y la OMS lo recomienda como una opción adicional para ‘cualquier persona en riesgo sustancial’.

EL cabotegravir inyectable de acción prolongada (CAB-LA en inglés) es una modalidad inyectable de PrEP. Estudios recientes han demostrado que CAB-LA es superior a la PrEP oral a la hora de prevenir la adquisición del VIH en hombres homosexuales y bisexuales cisgénero y en mujeres adultas transgénero y cisgénero.

La PrEP dirigida a eventos consiste en tomar una dosis más alta de PrEP oral antes de mantener relaciones sexuales o consumir drogas, seguida de un programa fijo de dosis de seguimiento. Esto significa que las personas pueden tomar esta medicación ocasionalmente antes de un riesgo potencial. Debido a la falta de investigación, la PrEP dirigida a eventos no se ha recomendado para las personas que usan drogas inyectables.

Desgraciadamente, ninguna de las opciones, la PrEP oral, la PrEP dirigida a eventos, la modalidad inyectable de acción prolongada y el anillo vaginal de dapivirina, han sido probadas ni investigadas lo suficiente en personas que usan drogas inyectables.

## **CIERRE**

Pregunte a los participantes si hay algo más sobre los temas anteriores que todavía no hayan podido decir y que les gustaría añadir antes de cerrar la entrevista.

La INPUD desea su reconocimiento y agradecimiento a todas las personas que ha participado en este estudio, ya sea como informantes clave o como participantes en grupos focales. La INPUD también desea expresar su reconocimiento y agradecimiento a los Puntos de Enlace Regional (PER) y a los investigadores de la comunidad que actuaron como consultores para organizar y llevar a cabo las entrevistas semiestructuradas a los informantes clave y los debates de los grupos focales regionales, y que resumieron y codificaron los datos recopilados. Como red global de pares, la INPUD es tan fuerte como su comunidad de personas que usan drogas. Agradecemos a todas las personas que han participado, a los PER y a los investigadores comunitarios su trabajo y sus contribuciones en este estudio, así como a comprender estas cuestiones clave para nuestra comunidad global.



Editorial: Red Internacional de Personas Usuarias de Drogas (INPUD)

Investigadores Principales: Annie Madden y Judy Chang

Puntos de Enlace Regional: Olga Belyaeva, Matthew Bonn, Angela McBride, Charity Monareng, Richard Nininahazwe, Kassim Nyuni y Louise Vincent.



Este trabajo tiene licencia de Creative Commons Reconocimiento – No commercial sin derivados 3.0 Licencia no exportada.

Publicado por primera vez en 2021 por  
INPUD Secretariat  
Unit 2B15, South Bank Technopark  
90 London Road, London SE1 6LN  
[www.inpud.net](http://www.inpud.net)



International  
Network of People  
who Use Drugs