

El enfoque de reducción de daños y riesgos para personas usuarias de drogas

Ideas clave:

- > La reducción de daños y riesgos se refiere a las políticas, programas y prácticas orientadas a minimizar los impactos negativos del consumo de drogas y de las políticas públicas y leyes sobre drogas, tanto a nivel de salud, social y legal.
- > Entre los principales programas de reducción de daños y riesgos se encuentran: programas de suministro de agujas y jeringas, sustitución de opiáceos, prevención de sobredosis y salas de consumo supervisado.

De acuerdo con los últimos datos disponibles, mientras que, en 2011, 5 millones 745 mil personas entre los 12 a los 65 años manifestaron haber consumido alguna droga ilegal, para 2016 esta cifra aumentó a 8 millones 425 mil personas en México (ENCODAT, 2017, p. 115).

En este contexto, investigadoras e investigadores han señalado la importancia de impulsar una política nacional de reducción de daños y riesgos para atender a la población que consume drogas y que puede necesitar de los programas englobados en este enfoque (Bejarano, et al., 2023; Ospina-Escobar, 11/06/2019).

Por su parte, organismos internacionales como Harm Reduction International han señalado, a partir de

evidencia, los cambios positivos que las comunidades y la sociedad civil están logrando entre las personas que consumen drogas en virtud de servicios de reducción de daños y riesgos. Pero es necesario, señala, que el gobierno invierta en las soluciones lideradas por las comunidades para que la reducción de daños funcione, además, de que el acceso a la atención de salud es un derecho humano (HRI, 2022, p. 8).

A su vez, diversas investigaciones han demostrado la importancia de los programas de reducción de daños, por ejemplo, el suministro de agujas y jeringas han generado una reducción de contagios de VIH o Hepatitis C; la sustitución de opiáceos ha reducido el consumo de éstos, como la heroína; los programas de prevención de sobredosis con Naloxona reducen las sobredosis por opiáceos; y las salas de consumo reducen la inyección de drogas de alto riesgo y las sobredosis (Arribas-Ibar, et al., 2014; Bosques-Prous y Brugal, 2016; Dahm, et al., 2023).

Así, el objetivo de esta nota estratégica es describir los principales elementos del enfoque de reducción de daños y riesgos, los programas en torno a este enfoque, así, como la situación actual de la reducción de daños y riesgos en México y el trabajo legislativo en la materia.

Cuadro 1. Principales programas de reducción de daños y riesgos

Programas de suministro de agujas y jeringas	Consisten en la distribución de agujas y jeringas con el objetivo de reducir o eliminar la reutilización de equipos de inyección entre las personas que se inyectan drogas, con la finalidad de reducir las enfermedades como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o el Virus de la Hepatitis.
Sustitución de opiáceos	Consiste en la intervención destinada a reducir las conductas de dependencia de opiáceos mediante la sustitución de las sustancias objeto de consumo por otras (metadona o buprenorfina) que permitan un mejor control de la salud, con el objetivo de mejorar la esperanza y calidad de vida de los consumidores.
Prevención de sobredosis	Consisten en cursos especiales diseñados para enseñar a los usuarios de drogas y sus familiares cercanos como evitar sufrir una sobredosis. Además, de establecer mecanismos que permitan que las personas usuarias de drogas puedan acceder a la Naloxona (un antagonista opioide) para revertir una sobredosis.
Salas de consumo supervisado	Centros de atención médica supervisados profesionalmente, en donde las personas pueden consumir drogas en un entorno seguro. Cuentan con instalaciones que brindan un entorno limpio y seguro para personas usuarias de drogas de alto riesgo, y pueden incluir programas de intercambio de agujas y jeringas y asesoramiento social y atención médica en caso de sobredosis.

Fuente: elaboración propia con base en Arribas-Ibar, et al., 2014; Dahm, et al., 2023; Des Jarlais, 2017; Izuzquiza, 1999; Resiak, et al., 2021.

1. Modelos de interpretación del consumo de drogas

Los especialistas sobre el consumo de drogas han establecido diversas clasificaciones sobre los modelos de interpretación y explicación sobre éste. Una de las clasificaciones más amplias la presenta Xavier Pons (2008), quien distingue nueve grandes interpretaciones del consumo de drogas:

- Modelo jurídico;
- Modelo de la distribución del consumo;
- Modelo médico tradicional;
- Modelo de la privación social;
- Modelo de los factores socioestructurales;
- Modelo de educación para la salud;
- Modelo psicológico individualista;
- Modelo socioecológico; y
- Modelo de reducción del daño.

El modelo jurídico interpreta el consumo de drogas desde sus implicaciones legales y delictivas. Asume que las drogas ilegales causan graves daños físicos, psíquicos y sociales y deben quedar fuera del alcance de las y los ciudadanos. Las acciones asociadas directa o indirectamente al consumo de drogas pueden ser consideradas como delito o causa de delito. En este sentido, las medidas de prevención tendrán un carácter restrictivo y coercitivo, y estarán operando no sólo a través del sistema normativo, sino también del policial y judicial (Pons, 2008, pp. 160-162).

El modelo de la distribución del consumo se centra en el análisis de la oferta y disponibilidad de las drogas en la sociedad, sobre todo de las drogas lícitas. Así, esta perspectiva pretendería reducir los efectos negativos de las drogas lícitas mediante la restricción de la oferta y su disponibilidad, a través de medidas como el aumento de los precios, el control de la publicidad, el aumento de las edades de consumo legal, las restricciones en los horarios de establecimientos vinculados al consumo, sanciones a conductores ebrios, entre otras (Pons, 2008, pp. 162-163)

El modelo médico tradicional concibe la dependencia de las drogas como una enfermedad originada por la pérdida de control que tienen las personas sobre su consumo. En este sentido, presupone que cuando las personas tienen el conocimiento de aquello que puede dañar su salud, esto las disuadirá de llevar a cabo ciertos comportamientos (Pons, 2008, pp. 163-165).

El modelo de la privación social supone que aspectos como la pobreza, la discriminación o la

carencia de oportunidades son factores que pueden generar la aparición del fenómeno del consumo de drogas. Por consiguiente, las medidas para disminuir o eliminar el consumo problemático de sustancias están orientadas a eliminar los factores ambientales que lo favorecen (Pons, 2008, pp. 169-170).

El modelo de factores socioestructurales supone que los estilos de vida del grupo social al que pertenece una persona están vinculados a su consumo de sustancias. Así, el consumo de drogas variará de acuerdo con los grupos sociales en función del sexo, la edad, la profesión, el grado de educación, el lugar de residencia, o de procedencia. Por tanto, los factores explicativos del consumo van más allá de los rasgos individuales (Pons, 2008, p. 171).

El modelo de educación para la salud considera el consumo de drogas como un problema que afecta la salud física, psíquica y relacional de las personas, y que puede ser reducido mediante la educación. Las intervenciones educativas están orientadas en cuatro ámbitos: 1) centros educativos, 2) campañas en medios de comunicación, 3) centros comunitarios y 4) centros de salud (Pons, 2008, pp. 172-173).

El modelo psicológico individualista supone que el consumo de sustancias satisface algunas necesidades físicas, psicológicas o sociales de las personas, que no pueden ser satisfechas mediante otros medios. En este sentido, plantea que existen variables psicológicas que actúan como factores que predisponen el consumo y la adicción, tales variables son consideradas como factores de riesgo (Pons, 2008, pp. 174-175).

El modelo socioecológico plantea el consumo de drogas como un fenómeno global y problema social que incluye al individuo, la familia, la comunidad, la sociedad, al sistema histórico-cultural, al sistema político, al sistema económico, al sistema jurídico y a la propia sustancia y sus efectos en las personas. Por consiguiente, un factor de riesgo no sólo se busca en la persona, sino también en su entorno (Pons, 2008, pp. 177-178)

El modelo de reducción de daños se enfoca en disminuir las consecuencias negativas que el consumo de drogas puede tener sobre la salud, el entorno social y económico de los consumidores, sin necesariamente plantear la reducción del consumo. La premisa básica de este modelo es que las personas tienen derecho al consumo de drogas; así, lo importante es el daño y no el consumo; los esfuerzos se orientan en reducir el daño por el consumo y no en cambiar el comportamiento o las actitudes de las personas (Pons, 2008, pp. 166-167).

Las intervenciones propuestas en el modelo de reducción de daños incluyen diversas acciones, entre ellas: programas basados en la provisión de jeringas y

agujas estériles; lugares específicos para el uso de drogas; programas educativos basados en la reducción de daños; análisis de sustancias; y regulación de ciertas sustancias para eliminar la criminalización de los usuarios (Pons, 2008, pp. 167-168).

En este sentido, como lo menciona la Harm Reduction International (HRI), la reducción de daños “se basa en principios de justicia y derechos humanos. Se centra en realizar cambios positivos y en trabajar directamente con las personas sin juzgarlas, coaccionarlas, discriminarlas, ni exigirles que dejen de consumir drogas como condición previa para recibir apoyo” (HRI, última consulta 07/08/2023).

2. ¿Qué es reducción de daños y riesgos?

La HRI señala que “el término reducción de daños se refiere a las políticas, programas y prácticas orientadas a minimizar los impactos negativos del consumo de drogas y de las políticas públicas y leyes sobre drogas, tanto a nivel de salud, social y legal” (HRI, última consulta 07/08/2023).

En este mismo sentido, diversos investigadores han concebido la reducción de daños y riesgos, como una serie de políticas públicas implementadas por la sociedad a través de organizaciones y/o el Estado, que tienen como objetivo apoyar sociosanitoriamente a las y los usuarios de drogas. Con relación a lo anterior, la perspectiva de reducción de daños y riesgos opta por medidas institucionalizadas y reguladas que velen por el bienestar de las personas a través de acciones proactivas que reduzcan los riesgos y daños del consumo de drogas. Es decir, aminorar las consecuencias negativas que producen las drogas tanto en el individuo como en la sociedad. En este sentido, este enfoque se antepone a las políticas prohibicionistas que han preponderado en el plano internacional (Bosques-Prous y Brugal, 2016; Romaní, 2008; Markez, 2010).

Al respecto, Eduardo Menéndez (2012, pp. 11-13) señala que las principales características de las políticas prohibicionistas son:

- Las acciones prohibitivas respecto de las drogas consideradas adictivas están sustentadas sobre los criterios de adicción y dependencia;
- Consideran al adicto como un sujeto dependiente de la sustancia que determina su comportamiento y debe ser controlado;
- La mayoría de las sustancias adictivas son consideradas ilegales por lo que su consumo es considerado un delito;
- El objetivo central de estas políticas es reducir el consumo hasta eliminarlo;

- La legislación relacionada con las sustancias consideradas adictivas implica castigos, incluido el encarcelamiento;
- Estas políticas generan criminalización, persecución, estigmatización de las drogas consideradas adictivas, y de los actores implicados en la producción, comercialización y consumo de dichas sustancias;
- Estas políticas afectan principalmente a los sectores sociales más pobres, tanto en términos de usuarios como de operadores del narcomenudeo;
- Estas políticas favorecen en ciertos contextos la expansión de VIH-SIDA, pues la prohibición convierte al consumidor en un delincuente que no demanda atención médica;
- La aplicación de estas políticas ha posibilitado grandes ganancias económicas ilegales, además de favorecer e impulsar procesos de impunidad y corrupción;
- Estas políticas han posibilitado y desarrollado aparatos jurídico-policiales y, en ocasiones, también militares, que actúan contra el crimen organizado, incluidos los usuarios de sustancias;
- Estas políticas favorecen el desarrollo de mecanismos de autocontrol social a través del miedo y la inseguridad;
- Todos los indicadores subrayan el fracaso de estas políticas, ya que no sólo no se redujo la producción ni el consumo, sino que incluso aumentó.

Respecto del origen de la perspectiva de reducción de riesgos y daños, ésta varía de acuerdo con cada país, los especialistas en la materia usualmente especifican sus orígenes durante las décadas de 1960 y 1970 en Reino Unido, Países Bajos, Suiza, Estados Unidos. Se hace énfasis en zonas urbanas, como Liverpool, Amsterdam, San Francisco o Nueva York, ya que eran ciudades con poblaciones consumidora en situación de calle, y en donde existían centros de asistencia sanitaria con mayores capacidades para atender estas situaciones (Riley y O’Hare, 2000).

De acuerdo con Maristela Moraes, et al., (2015, p. 149) en la década de 1960, en Londres, ya se utilizaban técnicas de inyección dirigidas a usuarios de drogas y salas en las que se podían inyectar. Mientras que, en Italia, se implementó una iniciativa para eliminar los estrictos controles de la venta de jeringas en los supermercados debido a la epidemia de Hepatitis B en la década de 1970.

Para la década de 1980, las políticas de reducción de daños fueron reconocidas en Europa como una alternativa de asistencia sanitaria debido a las preocupaciones por la expansión del VIH/SIDA (Moraes et al., 2015, p. 149). Lo anterior, con relación al consumo de drogas opiáceas como la heroína, que necesitan ser administradas por vía endovenosa. Bajo la misma línea, las personas consumidoras comparten jeringas entre sí o las usan las veces necesarias a falta de la obtención de nuevas. Esto provocó contaminación cruzada, que significa que el uso compartido e insalubre genera la propagación de enfermedades que se contagian por sangre u otros fluidos que tengan contacto con la aguja. Así, los profesionales de la salud pensaron en ofrecer jeringas reutilizables gratis y sin estigmatización para reducir los casos de enfermedades virales contraídas por uso regular de drogas (O'Hare, 2007).

Así, las principales propuestas y características del enfoque de reducción de daños consisten en (Menéndez, 2012, pp. 14-15):

- Proponer y propiciar en la legislación y en las políticas sobre drogas la despenalización y legalización de una parte importante de las drogas;
- Evitar, reducir y en lo posible eliminar la criminalización de las sustancias y de las y los consumidores;
- Evitar y reducir hasta eliminar la discriminación y la estigmatización de las sustancias y de sus usuarios;
- Difundir los éxitos obtenidos de la aplicación general o específica de actividades de reducción de daños;
- Cuestionar que los tratamientos médicos y/o las acciones de reducción de daños tengan como único objetivo la abstinencia;
- Difundir que las personas usuarias pueden ser tratados mediante diversas formas de atención, sin convertir a ninguna forma de atención en una obligación penalizada;
- Favorecer que el consumo sea considerado como un derecho de las personas usuarias, un comportamiento normal y no uno patológico, aunque reconociendo que puede tener consecuencias negativas;
- Favorecer que la persona usuaria conozca los aspectos positivos y las consecuencias negativas de las diferentes sustancias consideradas adictivas, e impulsar el manejo de los efectos negativos por parte del usuario para reducir sus consecuencias;

- Favorecer la existencia de grupos que se organicen y luchen contra la ilegalidad y la penalización y por el reconocimiento de las políticas de reducción de daños;
- Impulsar la construcción de redes sociales de protección entre las y los usuarios de sustancias; y
- Difundir que la persona usuaria de drogas tiene derecho a consumirlas, así como a decidir si busca o no tratamiento o ayuda, articulado con los daños que el sujeto puede generar no sólo a su propio cuerpo sino al de otros.

Además, es necesario puntualizar, como señala Menéndez (2012, pp. 17-18), que la reducción de daños incluye, en parte, el enfoque de reducción de riesgos, que operan en diferentes procesos de salud-enfermedad. Por ejemplo, la reducción del riesgo de contraer VIH-SIDA u otros procesos infectocontagiosos debido al uso de drogas inyectables. Aunque este autor establece que el enfoque de reducción de riesgos no sólo debería de actuar sobre estos aspectos, sino sobre aquellos aspectos estructurales de riesgos, por ejemplo, que jóvenes en América Latina se incluyan en actividades criminales no sólo para conseguir drogas para su consumo propio, sino como parte de su trabajo en el narcotráfico.

A su vez, respecto de las personas que se inyectan drogas, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) recomiendan brindar un conjunto integral de servicios de reducción de daños, incluidos (ONUSIDA, 2019, p. 17):

- Programas de suministro de agujas y jeringas;
- Tratamiento de la drogodependencia, incluida la terapia de sustitución de opioides;
- Pruebas de VIH y asesoramiento;
- Terapia antirretroviral;
- Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual;
- Programas de condones para personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales;
- Información, educación, y comunicación dirigida a las personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales;
- Diagnóstico, tratamiento y vacunación de la hepatitis viral; y
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

3. Programas de reducción de daños y riesgos

Como se mencionó con antelación, las políticas o programas de reducción de riesgos y daños consisten en una serie de acciones que se originan de los riesgos y daños del consumo de drogas sin, necesariamente, dejar de usarlas. Así, estas políticas tienen la base fundamental de respetar y garantizar los derechos de las personas mediante la implementación de estrategias que prevengan la vulneración a sus derechos y también la muerte.

En este sentido, los programas de reducción de riesgos y daños más conocidos a nivel internacional son el suministro de agujas y jeringas, que consiste en la entrega de estos materiales estériles y de un sólo uso a las personas consumidoras de drogas endovenosas, todo con la finalidad de que no se contagien de enfermedades por jeringas contaminadas y/o compartidas. Otros programas son la sustitución de opiáceos, la prevención de sobredosis con Naloxona y las salas de consumo supervisado. Las anteriores, junto a la despenalización/descriminalización y legalización, han sido propuestas como acciones que velan por los derechos de los consumidores.

3.1. Programas de suministro de agujas y jeringas

Los programas de suministro de agujas y jeringas comprenden servicios primarios, secundarios, móviles y de extensión, máquinas expendedoras de jeringas y farmacias que venden o proporcionan equipos de inyección de forma gratuita. El objetivo principal de estos programas es la distribución de agujas y jeringas para reducir o eliminar la reutilización de equipos de inyección entre las personas que se inyectan drogas. Con la finalidad, principalmente, de reducir los contagios de enfermedades como el VIH o la Hepatitis C. Gran parte de estas acciones viene acompañada de información sobre los riesgos del uso de drogas y sobre otros programas de desintoxicación que complementan el apoyo de salud (Resiak, et al., 2021, p. 2; Des Jarlais, 2017, p. 3).

De acuerdo con Marina Bosques-Prous y María Brugal (2016, p. 101) estos programas de suministro de agujas y jeringas estériles han evidenciado una reducción de contagios por VIH y/o Hepatitis C en las y los usuarios de drogas vía intravenosa.

Y es que según datos del informe *El Estado Global de la Reducción de Daños 2022*, elaborado por la HRI (2022, p. 8) el riesgo de adquirir VIH es 35 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas que entre las que no lo hacen. A pesar de ello, señala este organismo, a nivel mundial los servicios de reducción de daños no están disponibles en el nivel y escala necesarios para acabar con esta enfermedad. Ya que solo el 1% de las personas que se inyectan drogas viven en países con los

niveles recomendados por la Organización de Naciones Unidas (ONU) de cobertura de agujas, jeringas y sustitución de opiáceos; y en muchos países no existen este tipo de servicio de reducción de daños.

De acuerdo con la HRI (2022, pp. 23-24) en 2022, a nivel mundial, 92 países implementaron al menos algún programa de suministro de agujas y jeringas. A su vez, señala que la gran mayoría de los países de Eurasia, América del Norte y Europa occidental implementaron estos programas, sin embargo, estos estuvieron ausentes en África, América Latina y el Caribe y Oriente Medio.

En cuanto la existencia de programas de suministro de agujas y jeringas en centros penitenciarios, sólo 9 países tenían algún programa: Armenia, Canadá, Alemania, Kirguistán, Luxemburgo, Moldavia, España, Suiza y Tayikistán (HRI, 2022, p. 25).

3.2. Sustitución de opiáceos

Los programas de sustitución de opiáceos consisten en estrategias de intervención destinadas a modificar las conductas de dependencia mediante la sustitución de las sustancias objeto de consumo por otras que permitan un mejor control de salud, con el objetivo de mejorar la esperanza y calidad de vida de las personas consumidoras (Izuzquiza, 1999, p. 199).

Los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos como la Metadona y la Buprenorfina –que eliminan los síntomas de abstinencia y alivian el deseo intenso de consumir la droga al actuar sobre los receptores opioides en el cerebro– son unos de los principales programas de sustitución, en los que se sustituye la heroína por una de estas sustancias. Y pueden distinguirse entre los programas orientados al cambio, donde el tratamiento es sólo un paso para lograr la abstinencia sin opioides. Y los programas de orientación paliativa, destinados a reducir la morbilidad y mortalidad asociados a la dependencia de heroína (Izuzquiza, 1999, p. 199).

De acuerdo con Bosques-Prous y Brugal (2016, p. 100) los programas de mantenimiento con opiáceos son efectivos en la reducción del consumo de opiáceos como la heroína y en problemas asociados al consumo de drogas ilícitas. Asimismo, señalan, hay evidencia que reducen los comportamientos de riesgo de infección por VIH y Hepatitis relacionados con el consumo de drogas; a su vez, se han descrito como un elemento para reducir problemas sanitarios, sociales y judiciales asociados al consumo de heroína.

De acuerdo con el HRI (2022, pp. 23-25) en 2022, 87 países tenían al menos un programa de terapia agonista de opioides. Y de la misma manera como sucede con los programas de suministro de agujas y jeringas, los programas de sustitución de opiáceos estaban ausentes

en las regiones de África, América Latina y el Caribe. Y únicamente Canadá es el país, a nivel mundial que proveía algún programa de sustitución de opiáceos en centros penitenciarios.

3.3. Prevención de sobredosis

El desarrollo de programas de prevención de sobredosis, acompañados de cursos especiales diseñados para enseñar a los usuarios de opiáceos cómo evitar sufrir una sobredosis y capacitarlos en el tratamiento de sus pares, han sido una respuesta a las sobredosis accidentales que suelen ocurrir en compañía de compañeros cuya ayuda inmediata puede ser fundamental para ayudar a las víctimas, es decir, una atención entre pares (Arribas-Ibar, et al., 2014, p. 5).

La Naloxona, como un antagonista de los opiáceos, ha demostrado ser muy útil para reducir la sobredosis de opiáceos, y considerando que diversas investigaciones han demostrado su eficacia se ha incorporado a los programas de prevención de sobredosis (Arribas-Ibar, et al., 2014, p. 5).

De acuerdo con Bosques-Prous y Brugal (2016, p. 101) la distribución de Naloxona debe ir acompañada con talleres formativos que enseñen como actuar frente una sobredosis, identificar los síntomas y como utilizar este medicamento. Según estos autores, la evidencia sugiere que los talleres de prevención de sobredosis ayudan a los participantes a aumentar su conocimiento, confianza y habilidades para responder de forma eficaz a una sobredosis.

Al respecto, según datos del HRI (2022, p. 23) a nivel mundial, en 2022 en 35 países estuvo disponible la Naloxona para llevar a casa y en 21 países operaron programas de distribución de naloxona entre pares. Sin embargo, puntualiza el organismo, estos programas suelen ser de muy pequeña escala y muy vulnerable a los cambios normativos o de financiación, espacialmente en países de ingresos bajos y medianos.

A su vez, HRI (2022, p. 88) puntualiza que en América Latina y el Caribe se tuvo un acceso limitado a la Naloxona sólo en Colombia, República Dominicana y México. Y estuvo disponible a través de organizaciones de la sociedad civil en Puerto Rico. En este sentido las restricciones legales y la persistencia de políticas punitivas son las principales barreras que afectan su disponibilidad, señala este organismo.

3.4. Salas de consumo supervisado

Las salas de consumo supervisado son centros de atención médica supervisados profesionalmente, en donde las personas pueden consumir drogas ilícitas en un entorno seguro y sin prejuicios. Cuentan con instalaciones que brindan un entorno limpio y seguro para usuarios de drogas de alto riesgo, y pueden incluir programas de intercambio de agujas, asesoramiento social, análisis de drogas para identificar su contenido y atención médica en caso de enfermedad o sobredosis de drogas (Dahm, et al., 2023, p. 1).

De acuerdo con diversos investigadores se ha demostrado que las salas de consumo tienen un impacto positivo en la reducción de inyección de drogas de alto riesgo y en la prevención de la mortalidad por sobredosis. Además, se ha demostrado que estas salas mejoran el entorno local mediante la reducción de personas usuarias de drogas consumiendo en espacios públicos y no se han relacionado con un aumento en el tráfico de drogas (Dahm, et al., 2023, p. 2; Bosques-Prous y Brugal, 2016, p. 101).

El HRI (2022, pp. 23-24) señala que en 2022 solo 16 países tenían salas de consumo supervisado de forma legal y operacional. En este sentido, añade que sólo algunos países de América del Norte, Oceanía, Europa Occidental y México han sancionado oficialmente este tipo de salas, e incluso en estos países el apoyo puede provenir del gobierno local o estatal en lugar del gobierno nacional.

Cuadro 2. Países de América Latina y América del Norte que cuenta con al menos un programa de reducción de daños

País	Referencia de apoyo explícito a la reducción de daños en documentos de política nacional	Al menos un programa de agujas y jeringas operativo	Al menos un programa de sustitución de opiáceos operativo	Al menos una sala de consumo supervisado operativa	Al menos un programa de prevención de sobredosis operativo (Naloxona)
Argentina	✓	✗	✓	✗	✗
Colombia	✓	✓	✓	✗	✗
República Dominicana	✓	✓	✗	✗	✗
México	✓	✓	✓	✓	✗
Puerto Rico	✓	✓	✓	✗	✗
Canadá	✓	✓	✓	✓	✓
Estados Unidos	✓	✓	✓	✓	✓

Fuente: elaboración propia con base en HRI, 2022.

4. Situación actual de los programas de reducción de daños y riesgos en México

De acuerdo con los últimos datos disponibles, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT) en la población total de personas de 12 a 65 años, el consumo de cualquier droga, de drogas ilegales y de marihuana alguna vez en la vida aumentó significativamente entre el 2011 y el 2016, al pasar de 7.8%, 7.2% y 6% a 10.3%, 9.9% y 8.6% respectivamente (ENCODAT, 2017, p. 47).

En la ENCODAT 2017 se establece que según la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 la prevalencia de drogas ilegales fue mayor en la región Norte del país (Coahuila, Chihuahua, Durango, Baja California, Baja California Sur, Sonora, Sinaloa, Nuevo León, Tamaulipas y San Luis Potosí) en comparación con la región Sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco) 2.3% y 1.1% respectivamente (ENCODAT, 2017, p. 21).

Y entre 2011 y 2016, el consumo de drogas ilegales se incrementó mayormente en la región Occidente (Zacatecas, Aguascalientes, Jalisco, Colima y Nayarit) al pasar de 9.2% a 13.7%; de 7.3% a 10.9% en la región Norcentral (Coahuila, Chihuahua y Durango); de 5% a 9.3% en la región Sur (Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco), y de 6.2% a 9.1% en la región Centro (Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato) (ENCODAT, 2017, p. 56).

En este contexto, donde los últimos datos disponibles muestran tendencias en el aumento del consumo de drogas ilegales, el enfoque de reducción de daños y riesgos se presenta como una alternativa, con un enfoque de salud pública y de derechos humanos, para generar una política nacional en México.

En este sentido, el primer programa de reducción de daños del que se tiene registros fue en 1988, cuando se implementó de forma informal un programa de intercambio de jeringas en Ciudad Juárez, Chihuahua, a cargo de la organización de la sociedad civil Compañeros A.C. (Magis-Rodríguez, et al., 2018, p. 154).

En 2001, Centros de Integración Juvenil A.C. abrió la primera clínica pública de Metadona en Ciudad Juárez, Chihuahua. Esta clínica fue la primera en su tipo establecida por el sector público, cuenta con un programa integral, en donde, además de ofrecer Metadona por médicos capacitados, otorga atención médica general, psiquiátrica, psicológica y de trabajo social (Magis-Rodríguez, et al., 2018, p. 154; Guisa, 2001, pp. 20-21).

El programa de la clínica de metadona abarca dos enfoques (Guisa, 2001, p. 21):

- Programa de mantenimiento. Mediante la administración de agonistas opiáceos o medicamentos mixtos (metadona o buprenorfina).
- Programa de desintoxicación. Con la reducción programada del medicamento, después de un periodo variable para cada paciente. Una vez que el paciente está libre de opiáceos, se ofrece la opción de administrar un antagonista como la Naltrexona.

En 2006, la Comisión Nacional para Prevención y Control del SIDA inició la distribución de jeringas gratuitas como parte de un programa nacional. Y los programas de intercambio de agujas se extendieron a siete entidades durante el periodo de 2007 a 2009: Baja California, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León, Oaxaca, Sonora y Zacatecas (Magis-Rodríguez, et al., 2018, p. 155).

Para 2009 se modifica la NOM-028-SSSA2-1999, para quedar como *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*, que como establece Aleksandra Jargiello (2021, p. 139), es el instrumento legal más importante en México en temas de regulación relacionada con el uso de drogas desde una perspectiva de salud.

Esta NOM establece que los servicios de atención especializada en adicciones representan, de manera inherente, las siguientes actividades:

- Preventivas;
- De urgencias;
- De tratamiento;
- De rehabilitación y reinserción social;
- Reducción de daños y riesgos;
- De enseñanza y capacitación; y
- De investigación científica.

En este sentido, esta NOM define la reducción del daño como:

“Reducción del daño, es el **conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas**, por lo que se articula necesariamente con la prevención y tratamiento.

No pretende necesariamente la abstinencia. Para el caso de VIH/SIDA, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/SIDA, instrucción sobre limpieza adecuada en jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos

interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas” (énfasis añadido; DOF, 21/08/2009).

Sin embargo, Angélica Ospina-Escobar (15/08/2017) señala que a pesar de que esta NOM considera la reducción de daños, ésta no se conforma como una estrategia nacional de acción. Además, de que no se destinan recursos federales ni se tiene manuales de procedimiento para su implementación y no se tienen indicadores que hagan obligatoria su implementación y seguimiento.

En palabras de Ospina-Escobar (15/08/2017), el acceso a programas de tratamiento sustitutivo para opioides con Metadona es limitado a unas pocas ciudades del país y sólo por clínicas privadas. Asu vez, los programas de intercambio de jeringas operan sólo con recursos del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA).

Ospina Escobar (11/06/2019) puntualiza que la falta de una política pública de reducción de daños ha afectado también el número de organizaciones de base comunitaria que realizan intervenciones en la frontera norte, ya que de acuerdo con datos de CENSIDA mientras en 2014 estaban registradas 38 organizaciones, en 2017 sólo se tuvieron 8, y para finales de 2019 el número sería incierto debido a los recortes presupuestales a las organizaciones de la sociedad civil, que podría afectar sobre todo a organizaciones pequeñas que no cuentan con apoyo internacional y en las que las personas usuarias de drogas son parte de los equipos de trabajo.

En este mismo sentido, HRI (2022, p. 88) señala que en México se han hecho algunos esfuerzos hacia la reclasificación de la Naloxona para poderla hacer accesible directamente a las personas que sean testigos de una sobredosis. Sin embargo, el acceso solo ha sido posible a través de donaciones a organizaciones de la sociedad civil de socios en Estados Unidos.

Por su parte, Raúl Bejarano, et al., (2023) mencionan una serie de desafíos actuales relacionados con la prevención de sobredosis de opioides en México:

- Se requiere de un sistema integral de vigilancia de sobredosis a nivel nacional. Ya que debido a la falta de datos confiables de sobredosis en México es difícil observar las tendencias temporales y su prevalencia en todo el país.
- El enfoque de la administración actual hacia el uso de sustancias ha sido desde una perspectiva moral más que de salud pública. Ya que la principal estrategia para la prevención del uso de sustancias es la de anuncios antidrogas.
- Las personas que se inyectan drogas se enfrentan a la criminalización, violaciones a los derechos humanos por parte de las fuerzas de seguridad pública y un acceso limitado a un tratamiento basado en evidencia.
- El acceso a medicamentos para el trastorno por consumo de opioides es limitado. Aunque la Metadona está disponible en México, su acceso está severamente restringido. A diciembre de 2022, la Metadona sólo está disponible en dos servicios públicos en Tijuana y Ciudad Juárez, y su entrega se limita a los pacientes actualmente inscritos que se espera completen el tratamiento en 28 días.
- A pesar de la amplia evidencia que respalda la efectividad de la Naloxona para reducir las muertes por sobredosis de opioides, México actualmente clasifica la droga como un medicamento destinado únicamente a uso hospitalario y la registra como agente psicotrópico. Aspecto que restringe su disponibilidad y accesibilidad, ya que las personas deben obtener una receta para comprar Naloxona y no está disponible en la mayoría de las farmacias.

En este sentido Bejarano, et al., (2023) sugieren una serie de posibles soluciones para atender los anteriores desafíos que tiene México relacionados con la prevención de sobredosis de opioides:

- Crear mecanismos y materiales para el registro de sobredosis en entornos comunitarios y servicios de emergencia, y hacer que los datos estén disponibles públicamente.
- Diseñar campañas y capacitaciones basadas en evidencia que se centren en el tratamiento del uso de sustancias y la reversión de sobredosis de opioides usando Naloxona, con aspectos de salud pública del uso de sustancias y la reducción de daños.
- Proporcionar programas de capacitación sobre reducción de daños y salud ocupacional para miembros de las fuerzas de seguridad pública de los tres niveles de gobierno.
- Implementar un esquema nacional gratuito de tratamiento de opioides de baja barrera con medicamentos como Metadona o Buprenorfina.
- Proporcionar y capacitar sobre el uso de Naloxona a las personas con mayor probabilidad de presenciar una sobredosis, a sus familiares, a los servicios de emergencia y a las fuerzas de seguridad.

5. Trabajo legislativo relacionado con la reducción de daños y riesgos para personas usuarias de drogas

En el Senado de la República, durante las LXIV y LXV legislaturas, se han presentado un punto de acuerdo y dos iniciativas relacionadas directamente con la reducción de daños.

El 23 de marzo de 2022 el Senado de la República aprobó el Dictamen de la Comisión de Salud de la proposición con Punto de Acuerdo en materia de Drogas Sintéticas mediante el cual se exhorta a las personas titulares de las dependencias que integran la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones “Juntos por la paz” para que, se reformule su campaña en medios de comunicación, ya que se considera ésta promueve la estigmatización, discriminación y criminalización de las personas. Y en su caso se implemente un enfoque de respeto a los derechos humanos, reducción de daños y riesgos y se promuevan los servicios para la prevención y atención integral del consumo de drogas (Senado de la República, 23/03/2022).

Respecto de las iniciativas, el 18 de febrero de 2021 el Senador Ricardo Monreal Dávila presentó la Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la fracción IV del artículo 245 de la Ley General de Salud en materia de atención a casos de sobredosis (Senado de la República, 18/02/2021).

En dicha iniciativa el proponente expone que diversos países han implementado prácticas y leyes específicas que permiten garantizar la accesibilidad y asequibilidad de la Naloxona, considerando su gran utilidad para salvar vidas y prevenir consecuencias fatales de quienes enfrentan una sobredosis. Y agrega, que la Naloxona es un opioide, porque se deriva de un compuesto presente en el opio (la tebaína), pero no es una sustancia psicotrópica pues no produce alteraciones en el sistema nervioso central. Sin embargo, señala el proponente, en nuestro país el acceso a la Naloxona es nulo debido a que la legislación en materia de salud lo mantiene indebidamente clasificado como una sustancia psicotrópica (Senado de la República, 18/02/2021).

Por consiguiente, esta iniciativa propone reformar la fracción IV del artículo 245 de la Ley General de Salud con el fin de eliminar la Naloxona de la lista de sustancias psicotrópicas que se encuentran desglosadas en dicho artículo (Senado de la República, 18/02/2021).

A su vez, el 11 de mayo de 2022 la Senadora Olga Sánchez Cordero presentó la Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la fracción IV del artículo 245 de la Ley General de Salud (Senado de la República, 11/05/2022).

En esta iniciativa, la proponente señala que en México existen importantes retos en el acceso a la Naloxona, debido a su clasificación como sustancia psicotrópica y a que se encuentra enlistada en la fracción IV del artículo 245 de la Ley General de Salud, y por consiguiente está sujeta a fiscalización y sólo puede ser utilizada por personal médico. Y agrega, que además de atender el derecho a la salud, la reforma implica proteger el libre desarrollo de la personalidad del consumidor, al brindarle las mismas oportunidades de mantenerse con vida, aún si decide no dejar de consumir la sustancia o no puede hacerlo porque presenta dependencia (Senado de la República, 11/05/2022).

Así, esta iniciativa también propone reformar la fracción IV del artículo 245 de la Ley General de Salud para eliminarla de la lista de sustancias enlistadas (Senado de la República, 11/05/2022).

Consideraciones finales

El consumo de drogas es un problema global que afecta la salud, economía, gobernanza, y otros tantos tópicos, no obstante, recae en la sociedad, los dirigentes y los profesionales el establecer las acciones para contrarrestar las dificultades que trae consigo esta práctica.

Bajo el enfoque de derechos humanos, la reducción de daños y riesgos beneficia a las personas consumidoras y a la sociedad en general, ya que vela por la integridad física y mental de las y los usuarios, sus familiares y los habitantes de la comunidad. En las y los consumidores, se les ofrece la oportunidad de dejar de consumir de una forma menos agresiva, si así lo desean, y procedimientos más seguros para evitar el contagio de enfermedades y reducir las muertes relacionadas al abuso de las drogas. Para los familiares, permite relaciones intrafamiliares más sanas y con menos violencia gracias a la atención psicológica ofrecida en centros de atención. Y, para la sociedad, reduce la inseguridad causada por la marginalización de las drogas, y consecuentemente de las personas usuarios.

En este sentido, el enfoque de reducción de daños y riesgos se convierte en una herramienta fundamental para la atención de las personas que usan drogas y que requieren del uso de los programas descritos en este documento. Por ello, se vuelve necesario la generación de una política nacional en esta materia.

Referencias

- Arribas-Ibar, E., Sánchez-Niubó, A., Majó, X., Domingo-Salvany, A. y Brugal, M. (2014) "Coverage of overdose prevention programs for opiate users and injectors: a cross-sectional study", *Harm Reduction Journal*, vol. 11, núm. 33. Disponible en: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7517-11-33>
- Bejarano, R., Arredondo, J., Slim, S., Chávez, A., Angulo L., Salimian, A., Romero, J, y Goodman-Meza, D. (2023) "Implementing a decentralized opioid overdose prevention strategy in Mexico, a pending public policy issue", *The Lancet Regional Health – Americas*, vol. 23, pp. 1-8. Disponible en: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X%2823%2900109-6>
- Bosque-Prous, M., & Brugal, M. T. (2016) "Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones", *Gaceta Sanitaria*, vol. 30, pp. 99-105. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S02139116300838?via%3Dihub>
- Dahm, G., Roschel, K., Marson, C., Bourmaud, A., Macedo, J., Lupo, M., Fauchet, L., Allar, C., Schaaf, R. y Schneider, S. (2023) "Consumer expectations, drug effects, price and purity of heroin and cocaine purchased at drug consumption rooms" *Harm Reduction Journal*, vol. 20, núm. 106. Disponible en: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-023-00837-3>
- Des Jarlais, D. (2017) "Harm reduction in the USA: the research perspective and an archive to David Purchase" *Harm Reduction Journal*, vol. 14, núm. 51. Disponible en: <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-017-0178-6>
- DOF (21/08/2009) Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Diario Oficial de la Federación. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5106313&fecha=21/08/2009#gsc.tab=0
- ENCODAT (2017) Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-1027. Comisión Nacional contra las Adicciones. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
- Guisa, V. (2001) Clínica de Metadona. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/jn2602meta.pdf>
- HRI (última consulta 07/08/2023) ¿Qué es reducción de daños? Harm Reduction International. Disponible en: <https://hri.global/what-is-harm-reduction/spanish/>
- HRI (2022) The Global State of Harm Reduction 2022. Harm Reduction International. Disponible en: https://hri.global/wp-content/uploads/2022/11/HRI_GSHR-2022_Full-Report_Final-1.pdf
- Izuzquiza, D. (1999) "Reflexiones éticas sobre los programas de sustitución para dependientes a opiáceos", *Revista de Fomento Social*, vol. 54, pp. 197-219. Disponible en: <https://revistas.uoyola.es/rfs/article/view/2509/1064>
- Jargiello, A. (2021) "Harm Reduction Model in Mexico's Drug Policy", *Anuario Latinoamericano Ciencia Política y Relaciones Internacionales*, vol. 11, pp. 131-145. Disponible en: <https://journals.umcs.pl/al/article/view/12798>
- Magis-Rodriguez, C., García-Sánchez, J., y Marín Navarrete, R. (2018) "Harm reduction among people who inject drugs in Mexico", *Salud Mental*, vol. 41, núm. 4, pp. 153-156. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v41n4/0185-3325-sm-41-04-153.pdf>
- Markez, I. (2010) "Dependencias: de la coerción a la reducción de daños", *Crítica*, núm. 967, pp. 33-38.
- Menéndez, E. (2012) "Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos", *Salud Colectiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 9-24. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100002
- Moraes, M., Montenegro, M., Medrado, B. y Romaní, O. (2015) "Los retos de la reducción de daños como política pública de drogas en Brasil", *Psicologia em Pesquisa*, vol. 30, pp. 99-105. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v9n2/v9n2ao5.pdf>
- O'Hare, P. (2007) "Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction", *International Journal of Drug Policy*, vol. 18, núm. 2, pp. 141-144.
- ONUSIDA (2019) *Health, rights and drugs: harm reduction, decriminalization and zero discrimination for people who use drugs*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Disponible en: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2019/JC2954_UNAIDS_drugs_report_2019

- Ospina-Escobar, A. (11/06/2019) “La reducción de daños en México: entre el Milagro y el Malabar”, Nexos. Disponible en: <https://economia.nexos.com.mx/la-reduccion-de-danos-en-mexico-entre-el-milagro-y-el-malabar/>
- Ospina-Escobar, A. (15/08/2017) “¿Para cuándo habrá programas de reducción de daños por consumo de drogas en México?”, Nexos. Disponible en: <https://economia.nexos.com.mx/para-cuando-habra-programas-de-reduccion-de-danos-por-consumo-de-drogas-en-mexico/>
- Pons, X. (2008) “Modelos interpretativos del consumo de drogas”, *POLIS*, vol. 4, núm. 2, pp. 157-186. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006
- Resiak, D., Mpofu, E. y Rothwell, R. (2021) “Sustainable Harm Reduction Needle and Syringe Programs for People Who Inject Drugs: A Scoping Review of Their Implementation Qualities”, *Sustainability*, vol. 13, núm. 5. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2071-1050/13/5/2834>
- Riley, D. y O’Hare, P. (2000) “Harm Reduction: History, Definition and Practice”, en James Inciardi y Lana Harrison (ed.), *Harm Reduction: National and International Perspective*. Saga Publications.
- Romani, O. (2008) “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”, *Salud Colectiva*, vol. 4, núm. 3, pp.301-318. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2008.v4n3/301-318/es>
- Senado de la República (11/05/2022) Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la fracción IV del artículo 245 de la Ley General de Salud. Gaceta del Senado. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_comision_permanente/documento/125892
- Senado de la República (23/03/2022) Dictamen de la Comisión de Salud de la proposición con Punto de Acuerdo en materia de Drogas Sintéticas. Gaceta del Senado. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_del_senado/documento/124580
- Senado de la República (18/02/2021) Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la fracción IV de artículo 245 de la Ley General de Salud en materia de atención a casos de sobredosis. Gaceta del Senado. Disponible en: https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_del_senado/documento/115493

notas estratégicas son investigaciones sintéticas relevantes para el Senado de la República. Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Elaboración de este número a cargo de Juan Manuel Rodríguez Carrillo del Área de Derechos Humanos, Seguridad y Justicia y Luis Mauricio Pérez Bautista quien realizó sus prácticas profesionales en el Área como estudiante de la carrera de Relaciones Internacionales en la Universidad Autónoma de Baja California.

El Instituto Belisario Domínguez es un órgano del Senado de la República especializado en investigaciones legislativas aplicadas.