

MONITOREO DIRIGIDO POR LA COMUNIDAD DE LOS SERVICIOS DE VIH Y REDUCCIÓN DE DAÑOS PARA LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS

Guía para los responsables de la
aplicación del MDC

2023



Contenido

Lista de acrónimos	4
1. Introducción	6
2. ¿Qué servicios estamos monitoreando para las personas que consumen drogas?	9
2.1. Las dimensiones clave del acceso a los servicios que deben tener en cuenta los responsables de la implantación de MCD	10
2.2. Reducción de daños e intervenciones contra el VIH entre PQCD	11
2.2.1. Programas de monitoreo de agujas y jeringas	13
2.2.2. Seguimiento del tratamiento de sustitución de opioides	14
2.2.3. Supervisión de la calidad del servicio y la satisfacción del cliente	15
2.2.4. Monitoreo de la combinación óptima de servicios	17
2.2.5. Evaluación de los proveedores de servicios	19
2.2.6. Representación ante los organismos de control	21
3. ¿Cómo monitoreamos los servicios para las personas que consumen drogas?	22
3.1. Herramientas de recopilación de datos MDC: Calidad del Servicio y Satisfacción del Cliente	22
3.2. Herramientas de recopilación de datos del MDC: lista de verificación de productos de reducción de daños	25
3.3. Herramientas de Recogida de Datos de MDC: Comunicación para la reducción de daños	26
4. ¿Qué sucede después de la recopilación de datos de MDC?	27
5. ¿Por qué el MDC es un buen enfoque para mejorar los servicios para las PQCD?	29
5.1. La secuencia del MDC	31
5.2. Resultados del MDC	33
6. Servicios básicos de reducción de daños	35
6.1. Programas de agujas y jeringuillas	35
6.2. Terapia de sustitución de opioides	36
6.3. Otros tipos de tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS))	36
6.4. Prevención y tratamiento de la sobredosis	37
6.5. Control de drogas	38
6.6. Despenalización del consumo de drogas	38
6.7. PSID vs PQCD. ¿Deberían los consumidores de drogas no inyectables recibir servicios relacionados con el VIH y la reducción de daños?	39

6.7.1. Servicios para jóvenes consumidores de drogas	40
7. Integración de servicios y servicios complementarios	42
7.1. Integración con los servicios de detección, atención y tratamiento del VIH	42
7.2. PrEP	43
7.3. Servicios de salud sexual y reproductiva (Prevención de la transmisión sexual del VIH)	44
7.4. Comunicación en el trabajo de VIH y reducción de daños	44
7.5. Otros servicios complementarios	45
7.6. Intervenciones estructurales	47
8. Otras lecturas /Recursos útiles	48
Anexo 1: Preguntas orientativas del Marco AAAA	51
Anexo 2: Enfoque general de la supervisión de las intervenciones relacionadas con el VIH	55
Anexo 3: Instrumentos de inyección de espacio muerto bajo	60
Anexo 4: Consideración de los requisitos del cliente al elaborar las especificaciones técnicas de los equipos de inyección que se van a adquirir	63
Anexo 5: Temas y métodos de trabajo de IEC	65

Lista de acrónimos

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
NAR	Tratamiento antirretroviral
CATA	Centro de Asistencia Técnica de la Alianza
ETA	Estimulantes de tipo anfetamínico
C19RM	Mecanismo de Respuesta COVID-19 del Fondo Mundial
MCP	Mecanismo de Coordinación de País
MDC	Monitoreo dirigido por la comunidad
MEB	Música electrónica de baile
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
SPV	Servicios de pruebas del VIH
VBCI	Vigilancia bioconductual integrada
IEC	Información, Educación y Comunicación
CIPT	Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento
PD	Población clave
LGBTTO	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales, Queer/Questioning, Asexuales y otras personas con diversidad sexual o de género o con identidades sexuales y/o de género no heteronormativas/no binarias.
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ONG	Organización No Gubernamental
PAJ	Programas de agujas y jeringuillas
YAO	Tratamiento con agonistas opiáceos
BOC	Búsqueda optimizada de casos
TSO	Terapia de sustitución de opiáceos
SPA	Sustancias psicoactivas
PPE	Profilaxis postexposición
PEPPAS	Plan de Emergencia del Presidente de EE.UU. para el Alivio del Sida
PVVIH	Personas que viven con el VIH
PrPE	Profilaxis preexposición
PTMI	Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH
PSID	Personas que se inyectan drogas
PQCD	Personas que consumen drogas
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
ITS	Infección de transmisión sexual
TCS	Trastorno por consumo de sustancias
TS	Trabajador sexual
TB	Tuberculosis
CUI	Código Único de Identificación UIC
OMG	Organización Mundial de la Salud

Finalidad de la Guía

El objetivo de esta guía es ayudar a los representantes de las OSC, OBC, organizaciones dirigidas por la comunidad (OCL), grupos de activistas y otras partes interesadas pertinentes de todo el mundo que tengan la intención de participar o que ya estén implementando servicios de monitoreo dirigidos por la comunidad dentro de los programas de eliminación de enfermedades.

Ofrece una visión general de las cuestiones relacionadas con la prevención del VIH y la reducción de daños como aspectos importantes de la respuesta al VIH y, por lo tanto, un enfoque crucial para las iniciativas de MDC.

Este recurso también es valioso para los proveedores de AT, las instituciones gubernamentales, los donantes y las agencias técnicas que apoyan la MDC, ya que les ayuda a comprender los procesos implicados y a planificar sus programas en consecuencia.

La guía no es exhaustiva, sino que sirve como punto de partida, dividida en secciones que cubren aspectos como: qué programas de reducción de daños existen, qué se debe supervisar, cómo se puede supervisar y cómo se pueden utilizar posteriormente los datos recopilados para informar y abogar por el cambio.

Público objetivo/ quién debe usar esta guía

Esta guía está diseñada para representantes de poblaciones clave y otras poblaciones afectadas en diferentes rincones del mundo que planean o tienen menos experiencia, pero tienen la intención de participar en el monitoreo dirigido por la comunidad de los servicios de prevención /reducción de daños del VIH.

Cómo utilizar esta guía

Este documento sirve de guía de referencia. El lector puede seleccionar un capítulo de su interés o utilizarlo de forma holística para obtener una visión general de la planificación y ejecución de la MDC de los servicios de reducción de daños.

1. Introducción

Esta guía ha sido elaborada por el **Centro de Asistencia Técnica de la Alianza (ATAC)** con el apoyo del **Fondo Mundial de Lucha** contra el **Sida, la Tuberculosis y la Malaria**, como parte de la inversión en seguimiento dirigido por la comunidad dentro del **Marco de Respuesta COVID-19 (C19RM) del Fondo Mundial**.

La mayoría de los recursos disponibles relacionados con la vigilancia dirigida por la comunidad (MDC) se centran en el tratamiento de la infección por VIH, mientras que la prevención, una parte crucial de la respuesta a la epidemia, no ha recibido suficiente atención. Esta guía está diseñada para apoyar a las comunidades más afectadas por el VIH en el seguimiento de las intervenciones relacionadas con el VIH y la reducción de daños para las personas que consumen sustancias psicoactivas (SPA).

La guía incluye principios clave, explicaciones, herramientas y ejemplos prácticos de temas específicos que pueden requerir monitoreo comunitario para garantizar la relevancia, efectividad e inclusión de los servicios de VIH y reducción de daños ofrecidos a las personas que consumen drogas.

La reducción de daños y los servicios relacionados con el VIH son dos áreas de trabajo que se solapan y que toman prestados muchos elementos clave la una de la otra. Por un lado, la reducción de daños es más amplia que las intervenciones contra el VIH, ya que el espectro de daños asociados al consumo de SPA, aparte de la infección por el VIH, incluye una variedad de otros problemas de salud física y mental, salud sexual y reproductiva, violencia, estigma, discriminación y otros problemas sociales. La prevención, el tratamiento y la atención eficaces del VIH en la comunidad

de PQCD pueden no tener suficiente éxito si no se abordan adecuadamente estos otros retos a los que se enfrentan las comunidades de PQCD. Por otro lado, el trabajo relacionado con el VIH incluye una serie de elementos que generalmente no se identifican como una reducción de daños, como la prevención de la transmisión sexual del VIH. Sin embargo, para atraer a los clientes, los programas de reducción de daños deben abordar la salud sexual y reproductiva y otras necesidades de la comunidad de PQCD, incluidas las necesidades humanitarias esenciales en tiempos de crisis.

Además de esto, las comunidades definidas en base a comportamientos de alto riesgo a menudo se superponen, y la satisfacción de las necesidades de varios segmentos de la comunidad de PQCD requiere considerar y abordar aspectos de la prevención y atención del VIH relacionados con poblaciones clave que no sean PQCD, incluidas las trabajadoras sexuales (TS), LGBTIQ+ o personas en prisiones y otros entornos cerrados. Tanto para la prevenir el VIH como para reducir los daños, es fundamental comprender que la abstinencia (de sexo o de consumo de drogas) no debe exigirse como condición previa para recibir apoyo.

La prevención del VIH es una parte esencial de la respuesta al VIH. Sin una prevención efectiva, la población de personas que viven con el VIH continúa creciendo, lo que lleva al sufrimiento, aumenta las muertes, sobrecarga el sistema de salud y aumenta los costes de los servicios relacionados con el tratamiento

Cuando se trata de comunidades marginadas, incluso la detección del VIH no es posible sin servicios de prevención, que establecen el contacto inicial con las personas vulnerables y ofrecen servicios de prueba del VIH amigables y de bajo umbral. Esta es la razón por la que los servicios de prevención del VIH y de reducción de daños –y, en particular, la divulgación por parte de los servicios dirigidos por la comunidad y basados en las comunidades– sientan las bases esenciales para cualquier trabajo relacionado con el VIH en la comunidad de las PQCD. Esta guía tiene como objetivo ayudar a las organizaciones dirigidas por la comunidad a monitorear los elementos centrales del trabajo de prevención y reducción de daños del VIH entre las PQCD y utilizar el MDC para garantizar que estos servicios se centren de manera relevante, sean de escala suficiente y de calidad aceptable para tener un impacto significativo en la epidemia del VIH y los desafíos asociados.

Imagen 1. La cascada de servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH para poblaciones clave (PC) (esquemática por el proyecto Linkages financiado por los Estados Unidos).¹ El esquema demuestra que el compromiso inicial con los PCs asociados con los programas de prevención del VIH constituye la base del acceso a cualquier servicio de VIH.

Logo LINKAGES			Cascada de servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH para la población clave				
A b o g a c i a	Derechos humanos		Igualdad entre hombres y mujeres		Tolerancia cero con la estigmatización, la discriminación y la violencia		
			HIV-				
	Identificar las poblaciones clave	Llegar a las poblaciones clave	HIV+ 95% conocimiento de las poblaciones clave	Elegible para <u>PrPE</u>	Iniciado en <u>PrPE</u>	Continuó con la <u>PrPE</u> y regresó para someterse a la prueba del VIH y al control de las ITS.	Siguió siendo seronegativo
				<u>PrPE</u> como parte de la <u>prevención combinada</u> 95% 95%			
			Inscribirse en la asistencia	Iniciar TAR	Sostener en TAR	Suprimir las cargas virales	
Compromiso continuo con todos los grupos de población clave en materia de prevención, incluido el acceso a preservativos, lubricantes, agujas/jeringas y apoyo psicosocial. Detección y tratamiento periódicos de las ITS, SPV y <u>PrPE</u> para las PC seronegativas.			Acceso lo antes posible y cumplimiento del TAR por parte de los PC seropositivos tras el diagnóstico del VIH, en apoyo del tratamiento como prevención y de la detección y el tratamiento periódicos de las ITS.				

¹ Citado de: <https://www.fhi360.org/projects/linkages-across-continuum-hiv-services-key-populations-affected-hiv-linkages>. Acceso realizado el día 5 de diciembre de 2022.

2. ¿Qué servicios estamos monitoreando para las personas que consumen drogas?

El seguimiento dirigido por la comunidad complementa los esfuerzos de seguimiento estándar u oficial, que en sí mismos pueden presentar deficiencias y requerir la atención específica de las comunidades afectadas como parte del MDC. Aunque es más habitual que las actividades de MDC se centren en servicios o aspectos concretos de los programas, las organizaciones dirigidas por la comunidad participan en los análisis más amplios de la arquitectura de los programas nacionales o regionales y pueden examinar la idoneidad de los objetivos de los programas y las poblaciones destinatarias, la suficiencia de la cobertura, la exhaustividad de los datos de seguimiento o la idoneidad de las asignaciones de fondos y la distribución de la financiación entre los diversos componentes de las intervenciones relacionadas con el VIH y la reducción de daños. Los supervisores comunitarios pueden evaluar la situación actual de la financiación y elaborar recomendaciones sobre los ajustes necesarios basándose en las buenas prácticas internacionales y en las pruebas científicas y operativas disponibles.

Esto es muy importante para la financiación de servicios complementarios, donde la falta de financiación puede conducir a la pérdida de cobertura debido a la baja capacidad de ofrecer lo que las personas sienten que más necesitan y a la disminución de las tasas de retención, lo que indica el fracaso de la intervención.

MDC aborda los servicios y la prestación de servicios de manera diferente a los sistemas de monitoreo estándar u oficiales. En un mundo ideal, estos dos se complementarían entre sí o incluso se integrarían, pero en realidad, esta transformación del enfoque del monitoreo está lejos de ser completa. MDC asume intrínsecamente que es probable que haya deficiencias en la forma en que se diseñan, enfocan y entregan los servicios que son mejor identificados por aquellas personas que necesitan esos servicios. MDC tiene como objetivo identificar y remediar las deficiencias que pueden hacer que los servicios sean ineficaces o inútiles, es decir, que no respondan a los desafíos esenciales de salud pública y/o a las necesidades vitales de las poblaciones afectadas.

² Por favor, consulte el Anexo 2 (Enfoque general para el seguimiento de las intervenciones sobre el VIH) para conocer los parámetros esenciales de los esfuerzos de seguimiento, que pueden llamar la atención de los líderes comunitarios.

2.1. Las dimensiones clave del acceso a los servicios que deben tener en cuenta los responsables de la implantación de MCD.

La evaluación y el análisis de los servicios se pueden estructurar utilizando el Marco Conceptual de las Cuatro "A". A continuación, se exponen las cuatro áreas del marco que pueden tener en cuenta los responsables de la aplicación del MDC, junto con algunas de las cuestiones que los esfuerzos del MDC podrían examinar y mejorar:

Disponibilidad: La disponibilidad se refiere a la presencia y adecuación de los servicios, recursos e intervenciones de prevención. Examina si los métodos esenciales de prevención del VIH, como el acceso a condones, PrPE, asesoramiento, TSO y servicios de pruebas, están fácilmente disponibles dentro de la comunidad.

Accesibilidad: la accesibilidad se centra en la facilidad con la que las personas y las comunidades pueden acceder a los servicios de prevención del VIH. Esta dimensión tiene en cuenta la proximidad geográfica, las opciones de transporte, los horarios de apertura, la asequibilidad, la seguridad del entorno de servicios, la accesibilidad administrativa y el conocimiento de los servicios. El acceso a los servicios no debe limitarse en función de criterios sociodemográficos o de otro tipo, como la edad, el sexo/género, la orientación sexual, la nacionalidad, la raza o el origen étnico, la situación laboral o la profesión (incluido el trabajo sexual), las restricciones de libertad, el estado de la vivienda, las condiciones de salud mental, el embarazo o el consumo de drogas pasado/actual.³ Garantizar que los servicios de prevención sean fácilmente accesibles fomenta una mayor utilización y, a su vez, contribuye a reducir la propagación del VIH.

Aceptabilidad: la aceptabilidad se refiere a los factores culturales, sociales y personales que influyen en la voluntad de las personas de participar en los servicios de prevención del VIH. Esta dimensión evalúa si los servicios de prevención proporcionados son culturalmente sensibles, respetuosos de la diversidad y libres de estigma y discriminación. Otras cuestiones relevantes incluyen la confidencialidad, la privacidad y el consentimiento informado. Garantizar la aceptabilidad es esencial para llegar e involucrar a las poblaciones clave de manera efectiva.

³ OMS, ONUDD, ONUSIDA, guía técnica para que los países establezcan objetivos de acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH para consumidores de drogas inyectables, OMS, 2009, P.9. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf.

Calidad: La calidad se refiere a la percepción del usuario de la efectividad del servicio, la seguridad y la satisfacción general con los servicios de prevención prestados. Analiza factores como la competencia de los profesionales sanitarios, los tiempos de espera, la facilidad del proceso de derivación, la adopción de un enfoque centrado en el cliente y la experiencia general de los usuarios de los servicios. Evaluar y mejorar la calidad de los servicios de prevención del VIH garantiza que éstos sean eficaces a la hora de reducir el riesgo de transmisión del VIH.

Las preguntas guía para explorar estas cuatro áreas clave se incluyen en el Anexo 1. Explorar estas y otras áreas puede ayudar a los implementadores del MDC a identificar algunos de los desafíos esenciales que afectan negativamente la prestación y utilización de los servicios. Sin embargo, es esencial que los esfuerzos del MDC vayan más allá de la identificación de lagunas y desafíos y se conviertan en esfuerzos sistemáticos de promoción y apoyo técnico

dirigidos a mejorar el acceso a los servicios y su calidad. Para abogar y trabajar en las mejoras, es importante tener alguna referencia a las buenas prácticas en la programación de reducción de daños, que las comunidades intentarán lograr con la ayuda de MDC, el desarrollo de programas y los esfuerzos de promoción.

2.2. Reducción de daños e intervenciones contra el VIH entre PQCD

Los programas de reducción de daños y el VIH para las PQCD son combinaciones complejas de múltiples componentes y características. El siguiente cuadro ilustra la complejidad de los servicios del VIH para las personas que se inyectan drogas (PSID), destacando los principios generales de la prestación efectiva de servicios, los servicios esenciales y complementarios,

y una serie de funciones de gestión y apoyo realizadas por los proveedores de servicios en colaboración con diversas partes interesadas. Más adelante en el capítulo, vamos a considerar los aspectos que pueden requerir la mayor atención de los implementadores de MDC.

Tabla 1. Los Principios y Componentes Clave del Trabajo de Reducción de Daños y VIH entre PQID

Principios generales y Fundamentos de la eficacia	Combinación de servicios recomendada		Funciones de gestión y soporte	
	Servicios esenciales de salud para prevenir, diagnosticar y tratar el VIH, la hepatitis viral y las ITS	Habilitación de intervenciones y servicios complementarios (permitir el acceso a los servicios, proteger los derechos humanos, satisfacer las necesidades básicas, atraer y retener a los clientes)	Gestión estratégica	Nivel de proveedor
<ol style="list-style-type: none"> 1. Participación y liderazgo de la comunidad 2. Responsabilidad de la comunidad 3. Protección de los clientes 4. Evaluación formativa y seguimiento 5. Estrategia de divulgación 6. Gestión integral de casos 7. Integración de servicios y derivaciones 8. Segmentación de clientes 9. Marketing y generación de demanda 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programas de agujas y jeringas (PAJ) que ofrecen equipos de inyección estériles, que incluyen agua, cocinas, filtros, etc. 2. Reducción de la frecuencia de inyección/ Garantizar el acceso y el apoyo a la terapia de sustitución de opioides (TSO). 3. Prevención y manejo de sobredosis (incluyendo naloxona y control de drogas)⁴ 8. Prevención de la transmisión sexual (condones y lubricantes, servicios de ITS) 4. PrPE para el VIH.⁵ 5. PPE del VIH y ITS 6. Prevención de la transmisión vertical (VIH, sífilis y VHB) 7. Vacunación contra el VHB 8. Lucha contra el chemsex 9. Pruebas y tratamiento del VIH 10. Servicios de tuberculosis relacionados con el VIH 11. Pruebas y tratamiento del VHB y el VHC 12. Generación de conocimiento, habilidades y cambio de comportamiento (IEC) 	<p>Realización de cambios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eliminación de las leyes, políticas y prácticas punitivas 2. Reducción del estigma y la discriminación 3. Empoderamiento de la comunidad 4. Lucha contra la violencia <p>Servicios sanitarios y complementarios más amplios:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salud sexual y reproductiva (incluida la atención de la concepción y el embarazo, la anticoncepción, los servicios de cáncer de cuello uterino, el aborto sin riesgo) 2. Servicios de salud mental y apoyo psicosocial 3. Servicios para abordar el uso problemático de sustancias 4. Servicios de TB 5. Asistencia sanitaria básica 6. Apoyo jurídico 7. Desarrollo de los medios de subsistencia 8. Respuesta a las crisis y asistencia humanitaria 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planificación estratégica y presupuestación 2. Movilización de recursos, Aseguramiento del uso adecuado y eficaz de los recursos 3. Aseguramiento del acceso a los medicamentos y otros productos relacionados con la salud 4. Tecnología y desarrollo de los recursos humanos 5. Vigilancia y evaluación, e investigación. 6. Gestión y apoyo de los subreceptores 7. Intervenciones estructurales y promoción 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestación ininterrumpida de servicios 2. Gestión de abastecimiento 3. Calendario y ubicación de las unidades de prestación de servicios 4. Gestión de recursos humanos 5. Costes de los servicios 6. Políticas y procedimientos adecuados con respecto al uso de drogas por parte de los clientes y el personal 7. Protección de la confidencialidad 8. Condiciones seguras de trabajo 9. Protección de los niños y adolescentes 10. Eliminación de instrumentos de inyección y residuos médicos 11. Garantizar el apoyo de la comunidad y las de las autoridades

⁴ Los servicios de control de drogas permiten a los consumidores de SPA someterse a un análisis químico de sus drogas y les proporcionan información sobre el contenido de las muestras, así como asesoramiento y, en algunos casos, orientación o intervenciones breves. Aunque la OMS aún no ha emitido recomendaciones relacionadas con el control de drogas, los servicios de control de drogas se encuentran entre los servicios de reducción de daños más demandados y actualmente están disponibles en más de 20 países de todo el mundo. Un número creciente de estudios han demostrado el alcance de su utilidad. Consulte el Capítulo 4.4 para obtener más información sobre la verificación de drogas.

⁵ La PrPE (profilaxis preexposición) para la infección por VIH es un medicamento que reduce las probabilidades de contraer el VIH a través del sexo o el uso de drogas inyectables. Cuando se toma según lo prescrito, la PrPE es altamente efectiva para prevenir el VIH. Las pastillas de la PrPE reducen el riesgo de contraer el VIH en al menos un 74% si se toman según lo prescrito. No se han observado efectos significativos en la salud de las personas que son VIH negativas y han tomado PrPE durante un máximo de 5 años.

2.2.1. Programas de monitoreo de agujas y jeringas.

MDC Focus: Programas de agujas y jeringas.

Propósito: Garantizar el acceso suficiente y la calidad de PAJ.

De qué se hace un monitoreo:

- Si existe alguna restricción en la cantidad de instrumentos de inyección distribuidos para satisfacer las necesidades de los clientes.
- Si las agujas y jeringas con bajo espacio muerto⁶ se utilizan dondequiera que sean aceptadas por las personas que se inyectan drogas.
- Los instrumentos de inyección distribuidos deben satisfacer las demandas clave del público destinatario. Estas demandas se basan en los detalles de las prácticas de inyección prevalentes en una localidad determinada. MDC puede monitorear si las necesidades de la población objetivo y las peculiaridades de la práctica local de inyección se tienen en cuenta en el desarrollo de especificaciones técnicas para la adquisición de instrumentos de inyección
- Si se distribuyen instrumentos que no cumplen con los requisitos de los clientes y no tienen en cuenta las peculiaridades de la escena local de drogas y las prácticas de inyección.
- Si los clientes están informados sobre las precauciones de seguridad durante la manipulación del equipo de inyección utilizado.
- Si PAJ es fácilmente accesible (horarios de apertura, proximidad geográfica, opciones de transporte, asequibilidad).
- Si se respetan los derechos de confidencialidad y privacidad de los clientes.
- Si los proveedores de servicios poseen las cualificaciones, conocimientos, aptitudes y características actitudinales requeridas.

En el capítulo siguiente se ofrece un ejemplo de método de recopilación de datos de MDC para supervisar el alcance y la viabilidad de la distribución de productos de reducción de daños. Consulte el Anexo 4 para obtener información sobre cómo garantizar la idoneidad de los productos de reducción de daños distribuidos.

⁶ Consulte el Anexo 3 para obtener una consideración detallada del espacio muerto en el equipo de inyección.

2.2.2. Seguimiento del tratamiento de sustitución de opioides.

Enfoque de MDC: tratamiento de sustitución de opioides.

Propósito: Garantizar un acceso suficiente y la eficacia de TSO.

De qué se hace un monitoreo:

- Si las normas locales de TSO favorecen un acceso suficiente y un tratamiento eficaz.
- Si los servicios reales cumplen con los procedimientos y estándares establecidos.
- Si el contenido del trabajo de IEC y las características específicas de la entrega de información y el desarrollo de habilidades apoyan el logro de la entrega de medicamentos y la reducción del riesgo de VIH.
- Si los proveedores de servicios poseen las cualificaciones, conocimientos, aptitudes y características actitudinales requeridas.
- Si la prestación del servicio es lo suficientemente flexible como para permitir el reclutamiento y la retención de pacientes (horas de funcionamiento, dosis para llevar a casa, requisitos de entrada, etc.)
- Si los pacientes tienen acceso a servicios complementarios que requieren para poder adherirse al TAO.
- Nivel de satisfacción de los clientes de TAO.

Otros problemas que pueden estar sujetos al monitoreo MDC de TAP:

- Umbral: identificar los requisitos o prácticas que disminuyen la accesibilidad al servicio, incluido el requisito de múltiples formularios, tarifas de pruebas adicionales, hospitalizaciones para comenzar el tratamiento, etc.
- Entrega: Medicamentos permitidos por ley o reglamento y restricciones en la escala o expansión del servicio como resultado de regulaciones innecesariamente restrictivas sobre el uso, almacenamiento o distribución de medicamentos, lo que puede desalentar a los proveedores de servicios TSO de buscar una mayor expansión de la cobertura del servicio.
- Dosis terapéuticas adecuadas basadas en indicaciones clínicas y en la satisfacción del cliente, más que en normativas rígidas.
- Dosis para llevar a casa: explorar si existe un compromiso práctico entre la percepción del cliente y del proveedor sobre el periodo óptimo para llevar a casa y los procedimientos de seguimiento.
- Análisis de orina para detectar sustancias ilícitas y sanciones: asegurarse de que los pacientes no quedan excluidos de los servicios por consumo de sustancias ilícitas y de que dicho consumo se aborda mediante el ajuste de la dosis de TSO y otros apoyos.

Muchos de los retos del OST están relacionados con normativas nacionales inadecuadas, que puede ser necesario reformar o cuestionar a través de organismos nacionales de coordinación. Esto requiere esfuerzos concertados de promoción de múltiples partes interesadas, incluidos grupos de pacientes y profesionales. Sin embargo, ciertas mejoras son posibles a nivel de las instalaciones y no requieren la revisión de las políticas a nivel nacional. Los datos del MDC (por ejemplo, los datos de la encuesta de satisfacción del cliente triangulados con los registros clínicos) pueden ser una herramienta poderosa en las negociaciones con los proveedores de servicios con respecto a las mejoras.

2.2.3. Supervisión de la calidad del servicio y la satisfacción del cliente.

La satisfacción del cliente con los servicios es la principal medida de su relevancia en el contexto local y temporal específico y en muchos otros aspectos de la calidad del servicio. Consulte el siguiente capítulo para obtener un ejemplo de una herramienta de recopilación de datos de MDC para monitorear la calidad de los datos y los niveles de satisfacción del cliente.

Enfoque MDC: Monitoreo de la calidad del servicio.

Propósito: Asegurar que los servicios prestados sean de calidad aceptable para la población objetivo.

De qué se hace un monitoreo:

- Accesibilidad del servicio (tiene en cuenta la disponibilidad de diversos servicios adicionales, así como diversos componentes específicos para cada servicio, como la gama completa de productos básicos para la reducción de daños, servicios específicos de género, servicios y productos básicos necesarios para diferentes subgrupos de clientes, como los consumidores de opiáceos o estimulantes o las personas que utilizan SPA para cambiar su experiencia sexual. Explorar las necesidades insatisfechas de los clientes que podrían satisfacerse con servicios adicionales o modificaciones de servicio).
- Accesibilidad del servicio (tenga en cuenta la accesibilidad geográfica/espacial, temporal, financiera, los requisitos de admisión y la altura del umbral). Prestar especial atención a las restricciones de acceso y justificaciones/justificación de las mismas)
- Aceptabilidad del servicio (considerar si las diversas características del servicio y las modalidades de prestación de servicios corresponden a las necesidades y preferencias de las diversas categorías de clientes)

- Otros aspectos de la calidad de servicio no considerados en las categorías anteriores, como los mecanismos de salvaguardia del cliente y la rendición de cuentas de la comunidad integrados dentro del mecanismo de prestación de servicios, la capacidad, las calificaciones, las habilidades y las características de actitud de los proveedores de servicios.
- Normas de prestación de servicios. ¿Cubren todos los parámetros esenciales de los servicios? ¿Los proveedores cumplen con las normas?
- Relevancia contextual de los servicios. ¿Los servicios están diseñados para abordar las peculiaridades de las escenas locales de drogas, o están desactualizados?
- Si los servicios tienen un enfoque informado sobre el trauma y centrado en el cliente.
- Si los servicios ofrecen tratamiento para comorbilidades comunes, como cuidado de heridas, tratamiento de drogodependencia, servicios de hepatitis C, servicios de TB, servicios de salud sexual y reproductiva.
- Si los servicios respetan los derechos de confidencialidad y privacidad de los clientes.

Nivel de satisfacción del cliente. La satisfacción del cliente con el servicio prevalece en la determinación de la calidad del servicio sobre las percepciones del proveedor. Las evaluaciones regulares de la satisfacción del cliente permiten medir el progreso en la mejora del servicio.

Por ejemplo, MDC puede investigar qué tan fácil es para las mujeres que usan drogas acceder a los servicios de reducción de daños. Estos servicios generalmente están diseñados más para hombres, y esto puede significar que las necesidades específicas de las mujeres a menudo no se reconocen ni abordan adecuadamente. Por ejemplo, los programas de reducción de daños pueden no garantizar la seguridad y la privacidad de las mujeres. También pueden carecer de apoyo o referencias para servicios importantes como salud sexual y reproductiva, atención a mujeres embarazadas o asistencia para el cuidado de niños. Es posible que el personal de estos programas no tenga la capacitación necesaria para ofrecer la ayuda adecuada a las mujeres que consumen drogas, incluidas las trabajadoras sexuales y las mujeres trans, muchas de las cuales han sufrido violencia de género. MDC puede analizar todos estos aspectos para ver si los servicios de reducción de daños son realmente accesibles y responden a las necesidades de las mujeres.

La MDC puede integrar las consideraciones de derechos humanos de varias maneras. MDC puede evaluar la prestación de servicios de prevención del VIH para garantizar que estén libres de discriminación, estigma y prejuicios. MDC también puede examinar el respeto por la privacidad y la confidencialidad durante la prestación de servicios, defendiendo los derechos de las personas a mantener la confidencialidad de su estado de VIH y verificar el consentimiento informado para los procedimientos médicos.

2.2.4. Monitoreo de la combinación óptima de servicios

Es importante reconocer que la combinación óptima de servicios es un compromiso inevitable entre los intereses de la salud pública y las necesidades esenciales de las comunidades afectadas. Para alcanzar eficazmente los objetivos últimos de salud pública, la combinación de servicios propuesta debe incluir no sólo servicios destinados a lograr la prevención primaria y el tratamiento de la infección por el VIH u otros objetivos de salud pública pertinentes, sino también una serie de servicios complementarios destinados a garantizar el acceso a los servicios, proteger los derechos humanos, satisfacer las necesidades humanitarias básicas de los clientes y generar demanda, compromiso y retención de las comunidades afectadas en los programas de salud.

Por ejemplo, la MDC puede incluir preguntas como si los encuestados han sufrido discriminación en función de su consumo de drogas en el último año, han experimentado la denegación de atención médica debido al consumo de drogas o al estado de VIH, han sufrido violaciones de la confidencialidad en los centros de atención médica o no se han sentido bienvenidos en los servicios debido a su consumo de drogas.

Para los servicios para las personas que consumen drogas, un principio clave de reducción de daños es "conocer a las personas donde están" y hacer una alianza terapéutica con las personas proporcionándoles los servicios que hayan considerado importantes.

Estos servicios facilitadores y complementarios influyen directamente en la consecución de los objetivos primarios de salud pública, ya que la satisfacción de las necesidades humanitarias básicas es necesaria para garantizar una cobertura suficiente de las intervenciones de salud pública. Los servicios adicionales también contribuyen directamente a mejorar la calidad de vida de las comunidades marginadas y desfavorecidas y a alcanzar los derechos humanos esenciales, eliminando así obstáculos importantes para el acceso a los programas de salud pública.

Tipología de Combinaciones de Servicios: Balance de Prioridades de Salud Pública, Necesidades del Cliente y Financiamiento Disponible

- **Mínimo** (generalmente definido por la disponibilidad de fondos y otros recursos).
- **Básico** (servicios que se requieren para establecer contacto con los clientes y mantener su interés en el programa).
- **Esencial/Vital/Núcleo** (servicios que se requieren para lograr los objetivos de salud pública y/o responder a las necesidades vitales de los clientes – equilibrio de la salud pública y de la perspectiva del usuario).
- **Combinación de servicios** (paquete) integral e ideal que responde a todas las necesidades de los clientes y garantiza el logro de todos los objetivos de salud pública.
- **Óptimo:** suele combinar los servicios esenciales con un cierto número de servicios complementarios que el organismo de ejecución puede ofrecer en un contexto determinado.

Enfoque MDC: Combinación de servicios

Una posible tarea del MDC es la validación periódica de la combinación de servicios ofrecidos por los programas de VIH y reducción de daños. Esto puede llevarse a cabo elaborando un inventario de los servicios existentes con el análisis de las razones para la inclusión de cada uno de los componentes en la combinación ofrecida. A continuación, se compara el inventario actual con la combinación de servicios a la que se aspira en función de las necesidades reales de salud pública y de la comunidad en la localidad en cuestión.

Si se recogen con regularidad, estos datos pueden utilizarse para evaluar la evolución hacia una combinación más integrada de servicios, vínculos y derivaciones entre servicios no relacionados que operan en la región, y para utilizar argumentos en la defensa y las negociaciones con las partes interesadas para mejorar la situación. Este es un ejemplo de cómo el MDC mira más allá de los servicios o componentes específicos y examina la arquitectura general de los programas. Las combinaciones específicas de dos o más servicios pueden ser de particular interés para la comunidad local de PQCD.

Por ejemplo, si los servicios de diagnóstico y tratamiento del VIH y el VHC están disponibles para los clientes de TSO en el centro o en la zona geográfica, si los programas de TSO ofrecen agujas, jeringuillas y otros equipos de inyección a sus clientes (o si pueden obtenerse fácilmente en las cercanías a través de otro proveedor de reducción de daños),

y si existen protecciones de los derechos humanos para los clientes de reducción de daños (por ejemplo, si los centros de reducción de daños cuentan con abogados entre su personal para ofrecer asesoramiento jurídico y defensa a sus clientes).

2.2.5. Evaluación de los proveedores de servicios

Diversos tipos de organizaciones pueden prestar servicios relacionados con el VIH a poblaciones clave. Los centros sanitarios públicos tienen capacidad para prestar una amplia gama de servicios, pero a menudo carecen de mecanismos para llegar eficazmente a las poblaciones marginadas. Para cerrar esta brecha, la colaboración con organizaciones comunitarias con métodos de divulgación efectivos es crucial. Estas organizaciones deben emplear a miembros de las comunidades objetivo para establecer contacto y penetrar en las redes sociales de estos grupos marginados.

El MDC puede desempeñar un papel importante en la evaluación de los proveedores de servicios promoviendo estos esfuerzos de colaboración y haciendo hincapié en la importancia de la participación de la comunidad para mejorar el acceso, la calidad de la atención y el apoyo a las poblaciones clave.

Enfoque MDC: Proveedores de servicios

Agenda MDC: Tipos de Prestadores de Servicios y Adecuación de los Equipos Desplegados

Objetivo: Garantizar que los servicios sean prestados por proveedores de confianza que empleen a coetáneos para realizar funciones básicas de primera línea.

Lo que hay que controlar:

- Si el tipo de proveedor es adecuado para las tareas realizadas y el contexto local.
- Si el proveedor garantiza el nivel óptimo de participación de la comunidad en las circunstancias dadas.
- Si el proveedor cuenta con personal paritario para realizar funciones esenciales de primera línea, como la promoción, la gestión de casos, la comercialización de servicios y la educación de los clientes.
- Nivel de satisfacción del cliente con el personal que realiza diversas funciones relacionadas con la prestación de servicios.

Consulte el estudio cualitativo de la RIPCD (Red internacional de personas que consumen drogas) sobre los valores y preferencias de las poblaciones clave respecto a los servicios relacionados con el VIH, la hepatitis y las ITS para obtener un análisis detallado y una justificación⁷ para abordar los valores y preferencias de las personas que consumen drogas con el fin de mejorar el acceso a las intervenciones esenciales. Los resultados del estudio influyeron en la revisión de las Guías consolidadas de la OMS para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención del VIH, las hepatitis víricas y las ITS (Infecciones de transmisión sexual) en poblaciones clave.⁸

⁷ Disponible en: <https://inpu.net/wp-content/uploads/2022/01/INPUD-WHO-Values-Preferences-Study-Report.pdf>

⁸ Guías consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, las hepatitis víricas y las ITS para grupos de población clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

2.2.6. Representación ante los organismos de control

El grado en que las personas que consumen drogas están representadas en las estructuras de toma de decisiones a diversos niveles es otra área para la supervisión dirigida por la comunidad. Los múltiples beneficios asociados con dicha representación se discuten en publicaciones relevantes del Fondo Mundial y otras organizaciones internacionales. El Fondo Mundial, el PEPPAS, otros donantes y gobiernos y organizaciones profesionales asignaron a las comunidades importantes funciones en la toma de decisiones, la planificación y la ejecución de los programas. Esto refuerza y legitima aún más a las comunidades a la hora de hacer valer su derecho a participar en los órganos de coordinación y toma de decisiones de las partes interesadas.

Un área que puede resultar compleja de evaluar en el MDC es la calidad de la representación comunitaria. Existen sutiles distinciones entre representación percibida, reclamada y real. Incluso la dirección de la representación, a veces no está clara: si los líderes de la comunidad representan sus intereses de abajo hacia arriba, construyendo un sistema de representación que esté atento a las necesidades reales de las personas afectadas en

el terreno, o si los líderes utilizan el sistema de representación para traducir las posiciones de las partes interesadas y sus propias agendas a sus representantes en el campo. Ambos flujos de representación deben estar bien equilibrados, y es importante una comunicación bidireccional efectiva entre los diversos niveles de la estructura de representación. Un buen sistema de representación también debe incluir la representación proporcional de diferentes subpoblaciones específicas de PC, por ejemplo, cuotas adecuadas de sexo y edad, así como segmentos de la población que difieren significativamente en cuanto a vulnerabilidad y otras características, por ejemplo, consumidores de opiáceos y estimulantes, personas que se inyectan drogas (PSID) que son pacientes de TSO, etc.

3. ¿Cómo monitoreamos los servicios para las personas que consumen drogas?

El MHM se basa en una serie de fuentes de datos y herramientas, como encuestas de satisfacción de los clientes, protocolos operativos que establecen normas de servicio, estadísticas de prestación de servicios (en comparación con las evaluaciones de las poblaciones clave locales), entrevistas estructuradas tanto con los proveedores de servicios como con los clientes, observaciones estructuradas de la prestación de servicios, datos periódicos recogidos a través de diversos mecanismos de retroalimentación de los clientes y documentación de los esfuerzos de desarrollo de capacidades para mejorar la calidad del servicio.

3.1. Herramientas de recopilación de datos MDC: Calidad del Servicio y Satisfacción del Cliente

RECOMENDACIONES DE RECOPIACIÓN DE DATOS PARA MONITOREAR LA CALIDAD DEL SERVICIO Y LA SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Los datos de satisfacción del cliente obtenidos a partir de encuestas o entrevistas con clientes seleccionados pueden triangularse con datos de otras fuentes, como informes de prestación de servicios, procedimientos operativos de los proveedores de servicios y sus informes de seguimiento internos y externos, y observaciones directas de la prestación de servicios.

Los aspectos de la prestación de servicios que deben explorarse para determinar la satisfacción del cliente y la calidad del servicio incluyen:

- El espectro de servicios esenciales y complementarios y cómo se corresponde con las necesidades reales de los clientes.
- La eficacia de los sistemas de remisión para garantizar el acceso a servicios complementarios.
- El espectro de productos distribuidos de prevención del VIH y reducción de daños y otros productos de salud.
- La adecuación de la información proporcionada a los clientes con respecto a sus desafíos, condiciones, vulnerabilidades y riesgos y orientación específica para abordarlos o superarlos.

- La capacidad para satisfacer las necesidades específicas de varias subpoblaciones dentro de la clientela objetivo, incluidos los grupos de género y edad, los usuarios de tipos específicos de sustancias, etc.
- La sensibilidad de los proveedores de servicios al estigma, vulnerabilidad psicológica/emocional de los clientes.
- La salud mental comprometida debido a una amplia variedad de factores estresantes adicionales que incluyen criminalización, estigma, relaciones complejas con las fuerzas del orden y comorbilidades.
- La capacidad para acomodar horarios agitados de los clientes o horarios que no se ajustan a las rutinas diarias comunes de la mayoría de las personas y servicios.
- Las comorbilidades comunes que requieren la atención coordinada de varios especialistas, por ejemplo, especialista en tratamiento de drogas, especialista en enfermedades infecciosas, cirujano, dermatólogo, psicólogo, psiquiatra, especialista en salud sexual y reproductiva, etc.
- La capacidad para ofrecer apoyo relacionado con los desafíos sociales o legales concurrentes relacionados con la vivienda, la nutrición, la higiene, el cuidado infantil.
- Adecuación de los requisitos de confidencialidad (o anonimato) relacionados con la **criminalización de las elecciones personales y los estilos de vida**, la protección contra la divulgación de comportamientos socialmente desaprobados o información sobre el estado de salud a socios, familiares e instituciones sociales (por ejemplo, la policía, el personal no sanitario en las cárceles, etc.). Mecanismos para proteger a los clientes de la detención o el acoso policial.

Las comunidades pueden usar el siguiente guión de muestra para diseñar la combinación deseada de servicios o el programa ideal. Entonces, estos parámetros preferidos pueden convertirse en objetivos e hitos de promoción que se pueden utilizar en el monitoreo.

¿QUÉ NECESITAMOS SABER PARA PRESTAR SERVICIOS EFICACES DE PREVENCIÓN DEL VIH Y REDUCCIÓN DE DAÑOS?

¿Quiénes somos (cuál es nuestra identidad)?
¿Existen diferentes grupos o comunidades dentro de nuestra comunidad colectiva más amplia (también conocida como trabajadores de la salud como población clave)?
¿Cuántos de nosotros estamos en riesgo?
¿Cuáles son los factores de riesgo (exactamente por qué estamos en riesgo, incluidas las causas estructurales de riesgo, como las leyes y políticas que impiden el acceso o la prestación de servicios relacionados con el VIH)?
¿Dónde encontrarnos para educar y participar en las intervenciones?
¿Cómo atraernos a los servicios?

¿Qué valoramos y cuáles son nuestras necesidades prioritarias, cómo las percibimos?
¿Cómo se pueden reducir los riesgos de transmisión del VIH en nuestras comunidades? ¿Qué necesitamos saber?
¿Cómo debe expresarse y comunicarse ese conocimiento para que lo aceptemos? ¿Qué habilidades necesitamos? ¿Cómo debemos modificar nuestros comportamientos? ¿Qué prácticas específicas debemos evitar?
¿Modificar? ¿Presentar?
¿Qué productos sanitarios u otros productos básicos necesitamos para poder protegernos a nosotros mismos y a nuestras parejas?

¿QUÉ NIVEL DE DETALLE NECESITAMOS PARA ENTENDER LOS RIESGOS ESPECÍFICOS Y DESARROLLAR SOLUCIONES DE PREVENCIÓN?

¿Qué sustancias utilizamos para inyectar? ¿Cuánto dura el efecto?
¿Cuántas veces nos inyectamos al día?
¿Qué cantidad de sustancia se inyecta cada vez en una jeringuilla? ¿En qué parte del cuerpo nos inyectamos? ¿Qué grosor de una aguja necesitamos/preferimos? ¿Cuánto debería durar? ¿Qué otras propiedades de una jeringa son importantes?
¿Utilizamos agua para disolver la sustancia que inyectamos?
¿Compartimos jeringas/agujas/agua/filtros/cocinas/hisopos de alcohol/herramientas de agitación/jeringas u otros recipientes para mezclar/preparar/distribuir las sustancias? ¿Tenemos relaciones sexuales bajo la influencia de sustancias psicoactivas?

¿Tenemos sexo cuando estamos sobrios? ¿Usamos condones?
¿Lubricantes? ¿Cuántas parejas sexuales tenemos? ¿Con qué frecuencia nos hacemos la prueba del VIH?
¿Cuántos de nosotros somos VIH positivos? ¿Todas las personas VIH positivas tienen acceso al TAR?
¿Conocemos los beneficios de la profilaxis previa a la exposición (PrPE)?
¿Cuántos de nosotros usamos PrPE?
¿Contemplar? ¿Qué más necesitamos saber para decidir sobre el inicio de la TAR o la PrPE? ¿Tenemos acceso a la naloxona? ¿Sabemos cómo usarlo y cómo actuar en caso de sobredosis en la comunidad? ¿Tenemos acceso a un test de drogas (aunque sea una simple tira de fentanilo)?

3.2. Herramientas de recopilación de datos del MDC: lista de verificación de productos de reducción de daños.

Lista de productos básicos esenciales para la reducción de daños que los programas de prevención del VIH deberían poner a disposición y a los que se debería poder acceder fácilmente en función de la situación local en materia de drogas.

- Jeringas.
- Agujas
- Agua estéril
- Filtros
- Torniquetes
- Naloxona (antídoto eficaz contra las sobredosis de opioides)
- Tiras de fentanilo (pruebas rápidas para la detección de fentanilo en muestras de sustancias psicoactivas) (para países donde el fentanilo está presente).
- Preservativos y lubricantes (dependiendo de las necesidades específicas de ciertas comunidades).
- Vendajes, ungüentos antisépticos y otros medicamentos dependiendo de la prevalencia de condiciones específicas que afectan las venas, etc.

Productos y servicios complementarios

- Accesibilidad de la prueba del VIH con el asesoramiento y el apoyo de seguimiento pertinentes en función de los resultados
- Accesibilidad de la TAR para los clientes que dan positivo en la prueba de infección por VIH
- Accesibilidad de la PrPE y los procedimientos preparatorios requeridos (pruebas de infección por VIH y evaluación médica de la función hepática)
- Accesibilidad al diagnóstico y tratamiento del VHC.
- Accesibilidad del diagnóstico y tratamiento de la TB.

3.3. Herramientas de recopilación de datos del MDC: Comunicación de reducción de daños

MODELO DE PLAN DE COMUNICACIÓN PARA EL TRABAJO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS CON PSID

- Las sustancias psicoactivas, sus efectos e interacciones farmacológicas. Las medidas para reducir los daños asociados con sustancias y modos de administración específicos. La utilización de material de inyección estéril. La prevención del compartir. TSO. La sobredosis y los antídotos disponibles y métodos de prevención y gestión de sobredosis. Pruebas de VIH/VHC/VHB/TB. PrPE y PPE. La vacunación VHB.
 - Los equipos y parafernalia utilizados en la preparación, el intercambio y el consumo de sustancias psicoactivas. Riesgos asociados al uso de diversos equipos. Tipos preferidos de equipos y procedimientos para una utilización más segura.
- Incluye consultas con los clientes sobre los tipos y características preferidos de equipos y parafernalia y las razones de las preferencias, así como el nivel de satisfacción con los productos distribuidos por los programas de prevención del VIH, seguido del desarrollo de estrategias de comunicación para abordar los mitos dañinos y promover estrategias alternativas de utilización. Considere la posibilidad de ofrecer incentivos para la participación en encuestas de satisfacción del cliente y otras actividades de recopilación de datos.

4. ¿Qué sucede después de la recopilación de datos de MDC?

Tras la fase de recogida de datos de MDC, se analiza la información obtenida. Mediante el análisis, los datos derivados del MDC se transforman en pruebas de apoyo. Esta evidencia es fundamental para reconocer y ejecutar las soluciones para mejorar la prestación de programas y servicios y para proporcionar orientación para las acciones de promoción.

La difusión de los resultados desempeña un papel clave a la hora de garantizar que las conclusiones se comuniquen eficazmente como pruebas a los responsables de la toma de decisiones y la elaboración de políticas. Esta comunicación sirve como base para un mayor desarrollo y mejora del programa, así como para abordar las necesidades de promoción. Se pueden explorar varias opciones para difundir estos resultados, incluida la organización de mesas redondas, la participación en consultas, la realización de presentaciones y la distribución de una versión impresa del informe. Además, tener una copia impresa de un breve resumen, que destaca los resultados clave, puede ser útil para transmitir información crítica a un público más amplio. Las acciones de promoción también son un paso vital del proceso de MDC, ya que desempeñan un papel central para impulsar un cambio positivo.

Los objetivos de la incidencia política suelen implicar la introducción de cambios a múltiples niveles, desde el nacional hasta el regional y el local, y pueden abarcar diversos aspectos, como la reforma de las políticas, la modificación de los mecanismos de prestación de servicios, los cambios en los procesos de toma de decisiones o los cambios en las actitudes y comportamientos del personal implicado en la prestación de servicios. Esta abogacía suele hacerse visitando clínicas, creando grupos consultivos comunitarios o utilizando los foros y estructuras existentes donde se toman las decisiones políticas. A través de esta labor de abogacía, las conclusiones del MDC pueden dar lugar a respuestas positivas, como un mayor alcance (que, en sí mismo, no es un servicio, sino una serie de estrategias y actividades diseñadas para identificar, implicar y retener a los clientes en cualquiera de los programas sanitarios y sociales) y una mayor generación de demanda (que puede lograrse a través de la promoción de servicios). La recopilación de datos del MDC puede constituir en sí misma una potente herramienta de promoción, que influya en el comportamiento y las actitudes de los proveedores de servicios que son conscientes de las actividades de supervisión en curso en sus instalaciones.

El paso final es monitorear los cambios iniciados como resultado del proceso del MDC. Aunque se haya superado el reto inicial, es crucial garantizar que los resultados obtenidos sean sostenibles. A veces se producen cambios en las políticas, pero las prácticas reales sobre el terreno no se ven afectadas, o puede que cierto personal y ciertos lugares se resistan a los cambios o los rechacen.

Esta es precisamente la razón por la que el monitoreo continuo es vital. No solo ayuda a prevenir una situación de retroceso en la que todo el trabajo duro y los recursos invertidos se echen a perder, sino que también garantiza que los cambios positivos se mantengan y tengan un impacto duradero.

5. ¿Por qué el MDC es un buen enfoque para mejorar los servicios para las PQCD?

El concepto del MDC se basa en el reconocimiento del papel único de las comunidades para garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud. La justificación común para este papel establece que las comunidades tienen atributos únicos que pueden ser nutridos y aprovechados para mejorar la planificación y la prestación de servicios de salud a nivel comunitario, incluida la capacidad de abogar de manera efectiva, desempeñar el papel de “perro guardián” y utilizar experiencias para asesorar sobre lo que funciona y lo que no. El MDC no reemplaza los sistemas de monitoreo convencionales, sino que aborda los aspectos del diseño, la financiación y la prestación de servicios que son más importantes desde la perspectiva de la comunidad y pueden no recibir suficiente atención en los sistemas de monitoreo convencionales.

Si bien los métodos convencionales de monitoreo y evaluación pueden proporcionar estadísticas e información sobre los servicios, el MDC va más allá de la superficie para recopilar datos complementarios sobre la experiencia del usuario de manera sistemática.

Este enfoque proporciona una perspectiva cualitativa, lo que permite una comprensión profunda de los problemas que enfrentan las PQCD. La MDC está dirigida a poblaciones específicas e involucra directamente a la comunidad afectada; en consecuencia, proporciona información valiosa sobre las necesidades y preocupaciones específicas de las PQCD.

El Fondo Mundial define la MDC como un mecanismo de rendición de cuentas que utiliza un proceso estructurado y planificado de forma independiente, diseñado y dirigido por miembros equipados, formados y remunerados de organizaciones dirigidas por la población de las comunidades afectadas, para recopilar y analizar de forma sistemática y rutinaria datos cuantitativos y cualitativos de los centros de prestación de servicios sanitarios (es decir, basados en instalaciones o no) y de las comunidades afectadas, ya sea para un componente de enfermedad específico (es decir, VIH, VIH/TB, TB, malaria) o para una atención primaria de salud más amplia.⁹

⁹ Nota informativa de RSSH 2022 <https://www.theglobalfund.org/en/applying-for-funding/design-and-submit-funding-requests/applicant-guidance-materials/>

Hay cinco ¹⁰condiciones clave requeridas para un monitoreo efectivo realizado por la comunidad, a saber:

- Debe ser llevado a cabo **por las comunidades;**
- Debe llevarse a cabo de **forma rutinaria**, y no como una actividad única;
- Debe llevarse a cabo **rigurosamente con** respecto a la recopilación y el tratamiento de datos, que deben ser verificables, confiables y recopilados de conformidad con los principios de derechos humanos que garanticen el consentimiento informado, la confidencialidad, la seguridad y ningún daño;
- Debe ser **independiente** de los sistemas gubernamentales o patrocinios, y el derecho a la propiedad de datos debe pertenecer a las comunidades;
- Debe ser **procesable** y conducir a **victorias de promoción** que mejoren los servicios desde cero. **La identificación de los problemas no es el objetivo final – es necesario avanzar hacia la solución.**

Al permitir que las comunidades obtengan, procesen, analicen y utilicen datos de manera más sistemática, el MDC lleva el compromiso de la comunidad a un nuevo nivel. Los casos presentados por las comunidades adquieren el peso necesario en el diálogo con las partes interesadas a medida que se fundamentan en la recopilación y el análisis sistemáticos de información estructurada relacionada con los programas. Esto legitima aún más la contribución crucial de la comunidad a:

- Entendiendo la escena de las drogas
- Comprender la demanda, definir y empaquetar los servicios
- Penetrar las redes sociales de PQID y fomentar la relación
- Desarrollar una estrategia eficaz de divulgación y retención
- Definir una estrategia de comunicación, utilizando la vid
- Desafiar y cambiar las normas de comportamiento
- Movilizar el apoyo para la retención y la adherencia
- Legitimar y liderar la acción política y de promoción y
- Esfuerzos de supervisión dirigidos por la comunidad.

¹⁰ Guía del MDC de ONUSIDA: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/establishing-community-led-monitoring-hiv-services>

La participación sistemática en estos ámbitos, respaldada por datos de seguimiento fiables, permite a las comunidades alcanzar niveles de participación mayores y más sustanciales, pasando de los niveles de participación básicos, como la aportación de comentarios sobre los servicios o la participación en la divulgación y la prestación de servicios (modelos inter pares), a una participación más avanzada en el desarrollo, la gestión, la coordinación y la gobernanza de los programas

(incluida la pertenencia y el liderazgo en órganos consultivos y de coordinación, como el Mecanismo de Coordinación de País (MCP)). Los esfuerzos en la esfera del MDC son colaborativos y tienen la intención de involucrar a múltiples partes interesadas para co-crear e implementar soluciones en lugar de echar la culpa.

5.1. La secuencia del MDC

El objetivo del MDC es garantizar el acceso universal de los beneficiarios a servicios de alta calidad. Las organizaciones que planifican e implementan las actividades del MDC deben definir claramente las agendas para mejorar el acceso a los servicios y la calidad de los servicios en un área geográfica definida, establecer objetivos claros y alcanzables, y planificar a fondo las actividades requeridas para lograr estos objetivos. La secuencia completa de pasos prácticos que pueden ser necesarios para involucrar, planificar e implementar un MDC efectivo incluye:

- Una comunidad bien definida y un alcance geográfico detallado. Es esencial comprender la arquitectura interna de la comunidad y su heterogeneidad para identificar cualquier segmento subrepresentado de la comunidad que requiera un apoyo especial para garantizar su compromiso y participación significativa. Idealmente, la composición del equipo del MDC reflejará la diversidad estructural de la comunidad.

A través de la revisión de la literatura (local e internacional) y consultas en profundidad con profesionales del VIH y la reducción de daños, construimos nuestra comprensión de cómo se implementan intervenciones similares en otros contextos para dar forma a nuestras propias intervenciones. Esto incluye:

- la naturaleza de las intervenciones/servicios,
- los mecanismos de ejecución disponibles/óptimos/avanzados/potenciales/prometedores,
- las evidencias disponibles, tanto científicas (obtenidas mediante estudios adecuadamente diseñados)

como operativas (obtenidas – preferiblemente de primera mano o por socios bien reconocidos y fiables– de una experiencia amplia, cuidadosamente supervisada y minuciosamente documentada),

- desafíos y soluciones comunes.
- Evaluación completa del servicio que supervisamos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Esto requiere herramientas efectivas de recopilación de datos que luego se pueden ajustar y finalizar para el monitoreo de rutina. Este monitoreo identificará aspectos esenciales del servicio que se convertirán en un foco de monitoreo sistemático adicional y las mejoras deseadas.
- Desarrollar un plan para el monitoreo rutinario, que incluya la dotación de personal, la presupuestación, la recopilación y gestión de datos, la producción, la presentación y el uso posterior de los hallazgos y recomendaciones.
- Creación y ajuste de herramientas de recopilación y gestión de datos.
- Implementación del plan de seguimiento. Análisis de los resultados Formulación de hallazgos y desarrollo de recomendaciones.
- Finalización del análisis. Producción de hallazgos y recomendaciones para fines específicos. Implementación de agenda de promoción.
- El plan de promoción incluye la identificación de los resultados específicos deseados, las partes interesadas/socios (aliados/influenciadores y objetivos/influenciados), los recursos y procesos para acceder a los recursos requeridos, los enlaces a los mecanismos de monitoreo y una mayor reevaluación de la situación y el progreso con la mejora del servicio.
- Los mecanismos de cooperación para mejorar continuamente los servicios incluyen amplias consultas y negociaciones con diversas partes interesadas (inventario creado mediante tormenta de ideas y muestreo de bola de nieve), acuerdos y memorandos, obtención de legitimidad, planificación y distribución conjunta de la mano de obra, acceso a los datos y seguridad de los mismos, y restricciones y medidas de privacidad.

No todos estos pasos deben implementarse necesariamente para una actividad del MDC exitoso. En algunas situaciones, los promotores comunitarios tendrán suficientes conocimientos operativos sobre áreas complejas de la programación del VIH y podrán formular objetivos legítimos del MDC basados en los conocimientos existentes sin recurrir a revisiones bibliográficas o complejas evaluaciones de los servicios supervisados.

5.2. Resultados del MDC

Cualquier esfuerzo del MDC será nulo si no conduce a mejoras específicas del servicio. Estas mejoras pueden relacionarse con una variedad de aspectos del acceso y la prestación de servicios, incluidas múltiples funciones de respaldo y procesos preparatorios que permiten la prestación efectiva de servicios. A continuación, se presentan algunos ejemplos relacionados con las intervenciones de reducción de daños:

Área funcional	Resultado del MDC	Ejemplos de mejoras específicas
Adquisición y suministro de productos para la reducción de daños.	Suministro ininterrumpido de productos básicos en cantidades suficientes según las necesidades.	Reducción de la frecuencia/duración de los desabastecimientos de productos básicos y medicamentos clave, por ejemplo, agujas y jeringuillas, otros accesorios de inyección, TSO, preservativos y lubricantes, y PrPE.
	Espectro óptimo de los productos de reducción de daños ofrecidos	Los productos básicos y sus características específicas se definen en función de las necesidades identificadas de la población beneficiaria. La instalación ofrece una variedad de productos de reducción de daños, que incluyen TSO, PAJ, condones y lubricantes, Prpe, PEP, pruebas de VIH/VHC/VHB, vacunación contra el VHB y naloxona.
Mecanismos aceptables de prestación de servicios en los centros de salud.	Mejora de las condiciones en el centro de prestación de servicios (por ejemplo, clínica o centro de acogida).	La instalación ha introducido medidas específicas para proteger la privacidad y la confidencialidad de los clientes/pacientes, específicamente relacionadas con la protección de las personas que viven con las personas afectadas por las enfermedades.
	Reducción de los tiempos de espera.	Las horas de apertura en las instalaciones se ajustan para adaptarse a los horarios diarios de PQUD
	Reducción de la tardanza y el ausentismo del personal de las instalaciones	La tardanza y el ausentismo del personal se abordan en los procedimientos operativos de las instalaciones y son monitoreados y actuados por la gerencia
Recursos humanos en las instalaciones de prestación de servicios	Mejora de las competencias del personal	Personal del centro capacitado en las competencias esenciales como la inclusión y la actitud libre de estigma. Estos aspectos se abordan en los procedimientos de gestión del desempeño y supervisión profesional.
Relación objetivo con las comunidades	Mejora de la confianza de la comunidad en los proveedores de servicios, la alfabetización de servicios, el empoderamiento y el compromiso con los proveedores de servicios	Se introducen los mecanismos eficaces de retroalimentación en los centros: se solicita, fomenta y procesa activamente la retroalimentación, y los problemas planteados por los clientes/pacientes se abordan de forma oportuna y satisfactoria.

Difusión y comercialización de servicios.	Mejora de la estrategia de divulgación en consonancia con las evaluaciones amplias de las necesidades.	Identificación y captación de grupos de clientes con bajos ingresos mediante un mecanismo de divulgación adaptado y una combinación equilibrada de servicios, incluidos servicios adicionales que satisfagan las necesidades básicas de los clientes.
Entorno regulatorio.	La mejora de la normativa favorece la prestación de servicios de calidad y el acceso a los mismos por parte de las comunidades desatendidas.	Permisos adecuados para la posesión de SPA para consumo personal a fin de evitar la criminalización de las PQCD y la intervención de las fuerzas del orden que impiden el acceso a los servicios de reducción de daños. La presencia de material de inyección no se utiliza como prueba indirecta del consumo de sustancias ilegales. Las dosis justificadas para llevar a casa de medicamentos agonistas opioides permiten a los pacientes cumplir eficazmente sus funciones sociales.
Igualdad de acceso.	Mejorar el acceso a los servicios para las comunidades insuficientemente atendidas.	Medidas específicas establecidas para garantizar el acceso de los grupos de población con necesidades y requisitos especiales (como la necesidad de servicios sanitarios o sociales específicos, mayores requisitos de confidencialidad o restricciones específicas de acceso físico).
Asignación de fondos.	Mejoramiento de la pertinencia de la financiación asignada	Los servicios priorizados por las comunidades objetivo se priorizan en las asignaciones de fondos

6. Servicios básicos de reducción de daños

6.1. Programas de agujas y jeringas

Los programas de agujas y jeringas (PAJ) se consideran la estrategia de prevención del VIH más importante para las personas que se inyectan drogas. Pueden reducir significativamente la transmisión y adquisición del VIH relacionada con el consumo de drogas inyectables, al tiempo que ofrecen una serie de beneficios adicionales y vinculan a las personas con servicios complementarios. El objetivo del PAJ y de las actividades integradas de comunicación y capacitación es garantizar un uso más seguro del material de inyección y el acceso a los productos de prevención mediante la distribución directa y el marketing social, así como facilitar la retirada de la circulación de los instrumentos usados.

Garantizar el acceso a material de inyección estéril reduce la probabilidad de compartirlo, lo que conlleva una disminución estadística de la probabilidad de transmisión del VIH a través del consumo de drogas inyectables. La ONU ha establecido el objetivo de distribuir ~ 200 agujas limpias por persona que se inyecta por año. Además de agujas y jeringuillas, la OMS también recomienda la distribución de otros suministros para inyecciones, como agua estéril,

hisopos con alcohol, filtros, torniquetes, recipientes para preparar soluciones inyectables y acidificantes para aumentar la solubilidad de algunas sustancias psicoactivas. La Estrategia Global contra el SIDA 2021-2026¹² ha establecido el objetivo de que el 30% de los servicios sean prestados por organizaciones dirigidas por las comunidades.

La guía de reducción de daños del Fondo Mundial establece que las PAJ pueden incluir una amplia gama de servicios, entre los que se incluyen la atención sanitaria básica, como el cuidado de heridas y la vinculación al tratamiento de la drogodependencia, la atención, el apoyo y el tratamiento del VIH, el diagnóstico y el tratamiento del VHC y la tuberculosis, la PrPE, la distribución de material de autodiagnóstico y otros servicios médicos, psicológicos, sociales y jurídicos. La distribución de material de inyección debe ir acompañada del acceso a la información, en particular ofreciendo aclaraciones sobre los riesgos asociados a determinadas prácticas de inyección, así como sobre las ventajas de utilizar modos de administración alternativos (no inyectables) e instrumentos de inyección como jeringuillas y agujas de bajo espacio muerto.

¹¹ Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave – Actualización de 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. pp.32,70.

¹² ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) 2021Estrategia Mundial sobre el SIDA 2021-2026. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

Los requisitos rígidos con respecto al intercambio de jeringas y agujas (que requieren la recepción de agujas usadas para distribuir las estériles) pueden reducir significativamente la efectividad del programa.

Se prioriza la distribución, en lugar del intercambio, para la prevención del VIH, mientras que la eliminación de los equipos usados se puede promover y organizar por separado.

6.2. Terapia de sustitución de opiáceos

La terapia de sustitución de opiáceos, también conocida como tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos o tratamiento con agonistas opiáceos, se considera una intervención esencial para las personas que consumen heroína u otros opiáceos, tanto por sus beneficios en la prevención del VIH como por sus efectos en el aumento de la adherencia al tratamiento del VIH, la reducción de las sobredosis y otros beneficios sanitarios y sociales.

El acceso a la TSO reduce la inyección de opiáceos y el deseo de consumirlos, lo que disminuye la probabilidad de transmisión del VIH

Además, se ha demostrado que la TSO mejora la función social y familiar, mejora la adherencia al tratamiento del VIH y puede integrarse con otros importantes servicios sanitarios y de prevención del VIH, como la PrPE, la salud sexual y reproductiva y los servicios de tuberculosis. El castigo o la expulsión de los programas de la TSO por consumo de opiáceos u otras drogas disminuye el alcance del programa, y en su lugar debe recurrirse al ajuste de la dosis o a un apoyo adicional.

6.3. Otros tipos de tratamiento de los Trastornos por Consumo de Sustancias (TCS)

Además de TSO, se pueden ofrecer otros servicios para los trastornos por uso de sustancias. Entre ellos se incluyen la desintoxicación hospitalaria, el tratamiento ambulatorio de la drogodependencia, el tratamiento residencial de corta duración, el tratamiento residencial o en régimen de internamiento de larga duración, los grupos de apoyo entre iguales (por ejemplo, los grupos de 12 pasos de Narcóticos Anónimos) y las intervenciones de corta duración en entornos no especializados.

Si bien no están recomendados para la prevención del VIH por la OMS o con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, estos pueden ser servicios importantes para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Las organizaciones destinadas a satisfacer las necesidades y proteger los derechos de PQCD a menudo encuentran oportunidades para brindar estos servicios a sus clientes. Sin embargo, estos servicios generalmente se financian con fuentes que no están destinadas a la prevención y atención del VIH.

La detención obligatoria por consumo de drogas con fines de tratamiento o rehabilitación es inaceptable. En 2012, doce organismos de la ONU se unieron para pedir a los países que cerraran estos centros y no los utilizaran para los consumidores de drogas, sino que garantizaran que las personas que necesitan servicios sanitarios puedan acceder a ellos voluntariamente en la comunidad.¹³

El MDC puede desempeñar un papel importante en la documentación de los abusos de los derechos humanos y otros problemas que enfrentan los pacientes de los centros de rehabilitación y tratamiento, planteando estos problemas a los propietarios y gerentes, así como a los organismos gubernamentales que regulan la prestación de servicios a los PQCD, y abogando por las mejoras necesarias.

6.4. Prevención y tratamiento de la sobredosis

La sobredosis de opiáceos es la principal causa de mortalidad entre las PSID. La sobredosis de opioides es prevenible y, si se observa, tratable. El TSO es un método de prevención eficaz entre las personas que dependen de los opioides. La sobredosis de opiáceos puede tratarse con asistencia respiratoria y un antagonista opiáceo de acción corta, la naloxona, que es segura, no da lugar a abusos, se administra fácilmente y es barata. La OMS recomienda la disponibilidad de **naloxona** a todos aquellos que puedan presenciar una sobredosis, incluidas las personas que se inyectan drogas, sus familias y compañeros. La evaluación de la disponibilidad de naloxona entre pares y la falta de interferencia o castigo policial por su uso es un área de importancia para MDC, ya que se ha demostrado que ambos factores son parte integral del éxito de las estrategias de reducción de daños.

La sobredosis y la intoxicación aguda también son factores de riesgo importantes para los consumidores de SPA no opiáceos, los consumidores no inyectables y las personas que consumen SPA en contextos recreativos. Para los usuarios no opiáceos, el control de drogas es la intervención de prevención de sobredosis más significativa.

¹³ <https://digitallibrary.un.org/record/3950265?ln=en>

6.5. Control de drogas

Los servicios de control de drogas proporcionan a las personas que usan drogas análisis químicos de sus drogas, ofreciendo la información sobre su contenido químico, asesoramiento y, a veces, asesoramiento o intervenciones breves. Los sitios en los que se realizan las pruebas incluyen servicios directos con laboratorios fijos, donde las personas y las organizaciones pueden enviar medicamentos para las pruebas (con resultados días después), y laboratorios móviles en festivales, clubes o salas de consumo de drogas, que proporcionan resultados casi inmediatos.

Entre los distintos tipos de tecnologías de comprobación de drogas figuran los reactivos colorimétricos, la espectrometría infrarroja por transformada de Fourier, la cromatografía líquida de alta resolución (EIRF), la cromatografía de gases y las tiras de fentanilo. Actualmente, no existe una guía formal de la OMS sobre el control de drogas, pero esta intervención se ha implementado con éxito en más de 20 países. Tanto los usuarios de opioides como los no opioides pueden beneficiarse del control de drogas.

6.6. Despenalización del consumo de drogas

La despenalización del uso de drogas y la posesión de equipos de inyección para uso personal es importante para el desarrollo y la ampliación de los programas de reducción de daños, así como para cualquier expansión significativa del acceso al tratamiento del VIH para las PQCD. Incluso sin cambios en la legislación, en muchos países se ha implantado el uso de la discrecionalidad de las fuerzas del orden para no detener ni acosar a los participantes en la educación o los servicios de reducción de daños. La educación para la reducción de daños y los servicios para usuarios recreativos

contribuyen a una comprensión más matizada y objetiva del consumo de sustancias y de los fenómenos asociados entre los especialistas sanitarios, el personal encargado de hacer cumplir la ley y el público, formando así una actitud social más adecuada y permitiendo las mejoras legislativas necesarias para lograr la despenalización de los usuarios de sustancias, eliminando así una de las barreras más importantes de acceso a los servicios para las PQCD.

6.7. PSID vs PQCD. ¿Deberían los consumidores de drogas no inyectables recibir servicios relacionados con el VIH y la reducción de daños?

La ampliación de los servicios de reducción de daños se ha apoyado principalmente a través de la financiación de la prevención del VIH, con servicios centrados en la reducción del riesgo de infección para las personas que se inyectan drogas. Las PSID son una de las poblaciones clave más afectadas por el VIH. Muchos organismos de financiación y organizaciones que apoyan las respuestas al VIH limitan sus programas para las PQCD, a las que se inyectan drogas.

Centrar los esfuerzos de prevención del VIH en los grupos de población clave

(PC) afectados de forma desproporcionada por el VIH es más eficaz cuando las infecciones por el VIH entre las PC representan una parte significativa de las infecciones. Esto es especialmente cierto en el caso de las personas que se inyectan drogas, ya que el VIH puede propagarse rápidamente si no se dispone de material de inyección estéril. Esperar a que el VIH se generalice es una oportunidad perdida. También es importante abordar la entrada de nuevas personas en la población de personas vulnerables al VIH. Una gran proporción de estos proxys PCs son jóvenes que experimentan con sustancias psicoactivas y exploran su sexualidad.

Foto 3. Uso no inyectable de heroína.



Muchas sustancias psicoactivas se pueden administrar a través de varios modos. Uno de los objetivos de las intervenciones de reducción de daños es prevenir el consumo por vía intravenosa o fomentar el consumo no intravenoso entre las personas que se inyectan actualmente.

Fotografía: © Slava Kushakov

Ampliar el trabajo de reducción de daños para abordar otros aspectos además del consumo de drogas inyectables también puede ayudar a reducir el riesgo, ya sea al prevenir la transición a la inyección o al abordar las combinaciones de consumo de drogas y sexo que aumentan la vulnerabilidad al VIH. Otros modos de administración de drogas son fumar, esnifar o tragar.

Las intervenciones de prevención del VIH para los usuarios de drogas no inyectables abarcan una serie de estrategias para abordar sus necesidades específicas y reducir los riesgos asociados. Estas intervenciones se dirigen a los consumidores experimentales, incluidos los jóvenes en riesgo de evolucionar hacia modelos de consumo de sustancias más problemáticos. Incluyen servicios de reducción de daños, PrPE, divulgación en línea, detección, derivación a servicios y asesoramiento para las PSID y sus parejas sexuales. Además,

6.7.1. Servicios para Jóvenes Consumidores de Drogas

Aunque la infección por VIH se concentra principalmente entre los PCs (incluidas las personas que se inyectan drogas), la experimentación con SPA y sexo pone a los más jóvenes en riesgo de contraer el VIH y otras infecciones, así como en riesgo de transición a patrones más problemáticos de consumo de SPA, como la inyección. Usamos el término experimentar

las intervenciones tienen como objetivo evitar la transición al uso de drogas inyectables, ya que plantea riesgos sustanciales para la salud. Se centran en la creciente prevalencia de los estimulantes de **tipo anfetamínico** y **las catinonas sintéticas**, que aumentan la **probabilidad de inyectarse**, así como en la reducción de los daños relacionados con el estrés y la prevención de sobredosis.¹⁴ El fomento de comportamientos sexuales seguros entre los consumidores de drogas no inyectables, el estudio de las escenas de drogas recreativas y la promoción de la inclusividad en la cultura moderna de la vida nocturna también forman parte integral de estas intervenciones. Por último, ofrecer información y servicios de reducción de daños a las personas en las primeras etapas de su consumo de drogas, antes de que se deteriore la salud y surjan otros problemas graves, traerá beneficios significativos en la prevención y la atención.

con jóvenes para denotar a las personas más jóvenes que están comenzando a explorar patrones de comportamiento que los ponen en mayor riesgo de contraer el VIH y otras infecciones, pero que no necesariamente se identifican como miembros de la población clave de PSID y no se sienten atraídos por el marketing social y los servicios dirigidos a PSID.

¹⁴ Cabe señalar que el consumo de SPA por vía intravenosa no siempre va precedido de un consumo no intravenoso. Una parte considerable de PQCD en contextos recreativos se inyecta SPA de forma regular u ocasional o tiene experiencia en la inyección. Estos inyectores experimentales, ocasionales o regulares pueden requerir y necesitan que se les presten todos los servicios descritos en este capítulo, de modo pertinente y lo antes posible.

Los jóvenes experimentadores incluyen personas que experimentan con SPA en contextos recreativos y de otro tipo, así como parejas sexuales de PSID.

The approach to working with younger people who practice high-risk behaviours is radically different from the approach that prevails in most harm reduction programming for people who inject drugs. Problem and solution-focused information and service delivery may not be attractive to people at the pre-problematic phases in their lives despite the prevalence of high-risk behaviours. Young people or those early in their drug use (including experimenting young people exploring their sexuality) are not attracted by explicitly HIV or KP-focused services. Still, they can be attracted by information on areas of interest and by delivering services designed to reduce the risk and harm associated with pleasure-seeking behaviours. Effective harm reduction services for young people should focus on aligning interventions with their values and preferences to engage experimenting individuals at an early stage of drug use. By building and maintaining rapport with these individuals, Effective harm reduction services for young people should focus on aligning interventions with their values and preferences to engage experimenting individuals at an early stage of drug use. By building and maintaining rapport with these individuals,

los servicios de reducción de daños pueden prevenir la transición a comportamientos de mayor riesgo, incluido el consumo de drogas inyectables, y reducir el riesgo de infección por el VIH y otros problemas relacionados. Para llegar a los jóvenes deben utilizarse canales culturalmente apropiados, como Internet y las redes sociales. El diseño y la marca de los materiales de comunicación y las plataformas de prestación de servicios también deben tener resonancia entre los jóvenes. Los servicios deben utilizar productos de reducción de daños y prevención del VIH que sean atractivos y hayan sido probados sobre el terreno con el público destinatario. Además, el seguimiento de la escena de las drogas mediante estudios sobre el consumo de sustancias y las prácticas sexuales puede servir de base para las intervenciones y la elaboración de políticas, con encuestas sobre el terreno y en línea que sirvan de canales de divulgación. Cuando estén disponibles, los servicios de control de drogas son muy valorados entre los jóvenes y deben incorporarse a los programas de reducción de daños.

7. Integración de servicios y servicios complementarios

7.1. Integración con los servicios de detección, atención y tratamiento del VIH

Además de su efecto de prevención directa, los programas de prevención del VIH y reducción de daños desempeñan un papel importante para garantizar el acceso de las poblaciones clave a las pruebas y el tratamiento del VIH. Las comunidades marginadas suelen posponer la búsqueda de atención médica hasta que se enfrentan a una enfermedad aguda. La inscripción en el programa de prevención facilita el acceso a los servicios de pruebas del VIH. Muchos programas también ofrecen diversos servicios de apoyo para ayudar a los clientes seropositivos a iniciar y mantener el tratamiento. Por ejemplo, el diagnóstico rápido durante las actividades de divulgación y los PAJ llevados a cabo por los agentes de divulgación y el autodiagnóstico por parte de los agentes de divulgación tienen el potencial de llegar a más personas que los servicios de análisis clínicos, especialmente a aquellas que probablemente no acudan a un centro sanitario para someterse a las pruebas y a las que son asintomáticas. Así pues, la integración de las pruebas del VIH con otros servicios de reducción de daños o de prevención del VIH mejora enormemente la detección de casos de VIH y la consecución de los primeros 95 objetivos de la cascada de atención del VIH.

El tratamiento antirretroviral (TAR) tiene un efecto terapéutico directo y un efecto de prevención indirecto. Influye directamente en la reducción de la mortalidad y la morbilidad del VIH y reduce la probabilidad de transmisión del VIH debido a la reducción de la carga viral. También es importante garantizar el acceso a las mujeres que consumen drogas, las parejas sexuales de las PQCD a los servicios de prevención de la transmisión de madre a niño (PTMI) y el apoyo para controlar el uso de sustancias durante el embarazo, incluido el acceso al TSO para los usuarios de opioides.

La organización de pruebas del VIH y la inscripción de seguimiento de los clientes en TAR o PrPE es un área importante de monitoreo comunitario. El MDC se puede centrar en medir el umbral de los servicios de pruebas y atención del VIH en el programa, la confidencialidad de los historiales de los pacientes, la estigmatización entre los trabajadores sanitarios y otros aspectos de la prestación de servicios.

Existen muchos recursos útiles desarrollados para guiar la implementación de la monitorización comunitaria de la atención y

7.2. PrPE.

La PrPE (profilaxis preexposición) para la infección por VIH es un medicamento que reduce las probabilidades de contraer el VIH a través del sexo o el uso de drogas inyectables. Cuando se toma según lo prescrito, la PrPE es altamente efectiva para prevenir el VIH. La PrPE es segura y reduce el riesgo de contraer el VIH a través del sexo en aproximadamente un 99% cuando se toma según lo prescrito. Aunque hay menos información sobre la eficacia de las píldoras de PrPE entre las personas que se inyectan drogas, sabemos que las píldoras de PrPE reducen el riesgo de contraer el VIH en al menos un 74% cuando se toman según lo prescrito. Actualmente, las inyecciones de PrPE no se recomiendan para las personas que se inyectan drogas. La PrPE es segura. Tomar las pastillas de la PrPE sólo cuando se corre el riesgo de contraer el VIH se conoce como PrPE "a demanda".

La PrPE debe complementar, en lugar de sustituir, la programación de agujas y jeringas y la TSO como medida de prevención del VIH. Al igual que con otros servicios para personas que consumen

el tratamiento, incluida una serie de recursos desarrollados por el ITPC sobre observatorios de tratamiento y otros modelos de monitorización comunitaria.¹⁵

es importante garantizar la protección frente a las violaciones de los derechos humanos y la coerción. Las protecciones deben incluir la confidencialidad de los datos de los pacientes (incluido el consumo de sustancias) y la no exigencia de asistencia obligatoria a los centros sanitarios.

Al igual que ocurre con otros servicios para consumidores de drogas, la promoción y el despliegue de la PrPE pueden beneficiarse de la participación de organizaciones comunitarias y dirigidas por la comunidad. El MDC puede evaluar los obstáculos al acceso a la PrPE y las importantes lagunas en la cobertura de la PrPE entre las poblaciones elegibles, los problemas de adherencia para las personas que llevan estilos de vida caóticos, el riesgo de estigmatización adicional que aumentará la carga de las comunidades ya muy estigmatizadas y marginadas, y la limitada respuesta a las necesidades humanitarias básicas como el alojamiento, la alimentación y la atención sanitaria básica.

¹⁵ Véase, por ejemplo:

<https://stoptbpartnershiponeimpact.org/resources/Conceptual%20Framework/OneImpact%20CLM%20Conceptual%20and%20Implementation%20Framework%20FN.pdf>

<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2020/11/Ritshidze-Activist-Guide-2020-1.pdf>

<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2022/07/Precision-in-a-Pandemic.pdf>

https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2022/06/0618_C19Toolkit_Complete_03.pdf

https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2021/12/1205_ITPC_CLM_Design_FullReport06_compressed.pdf

La profilaxis posterior a la exposición (PPE) es otro servicio importante que debe estar disponible para PQCD cuando lo necesiten. Muchos PQCD no lo conocen o no pueden acceder a él. Se necesita más promoción para informar a la comunidad sobre esta intervención,

para desarrollar políticas que se centren en la importancia de la PPE para las PSID y para trabajar con las fuerzas del orden en los casos en que las PSID corren el riesgo de ser procesadas cuando buscan servicios sanitarios en instalaciones públicas.

7.3. Servicios de salud sexual y reproductiva (Prevención de la transmisión sexual del VIH)

En los países con epidemias concentradas de VIH asociadas al consumo de drogas inyectables, la transmisión sexual del VIH de las PSID a sus parejas sexuales es uno de los canales más importantes de adquisición del VIH por parte de las personas sin antecedentes de consumo de drogas inyectables. Garantizar el **acceso a productos de prevención** como preservativos y lubricantes mediante la distribución directa o la comercialización social acompañada de la promoción de su uso y la formación de la motivación y las habilidades necesarias reduce la probabilidad de comportamientos inseguros y el riesgo asociado de transmisión del VIH. La distribución de preservativos y el trabajo de IEC pertinente deben combinarse con la utilización de las oportunidades de prevención de la TAR y la PrPE,

así como con otras formas de trabajo de prevención específico entre las PVVIH, que desempeñan un papel decisivo en la prevención de una mayor transmisión del virus. Los servicios de **diagnóstico y tratamiento** de las ITS también son esenciales en los programas de prevención del VIH, ya que las infecciones de transmisión sexual agudas aumentan la probabilidad de transmisión y adquisición del VIH durante el contacto sexual. Los diferentes segmentos de las poblaciones clave pueden tener distintas necesidades de salud sexual y reproductiva. La MDC puede contribuir a la verificación de la salud sexual y reproductiva (SSR) y otras necesidades de diversos segmentos dentro de las poblaciones clave y elaborar recomendaciones para ajustar las combinaciones ofrecidas de servicios y productos básicos.

7.4. Comunicación en el trabajo de VIH y reducción de daños

Un conocimiento suficientemente profundo por parte de las PQCD de los riesgos de transmisión del VIH relacionados con el consumo de drogas inyectables y las prácticas sexuales de riesgo, así como de las medidas eficaces

de prevención del VIH, es un factor crucial para reducir la incidencia de las inyecciones de riesgo y otras prácticas relacionadas con la preparación, el transporte y la distribución de sustancias psicoactivas.

La divulgación es más eficaz cuando, además de concienciar, incluye actividades dirigidas a desarrollar las habilidades necesarias para comportarse con seguridad. La eficacia de esta labor aumenta aún más cuando se combina con un suministro simultáneo de instrumentos de inyección estériles y otros productos de prevención necesarios. El trabajo de información, educación y motivación, cuando se organiza adecuadamente y cumple con los estándares esenciales de calidad y gestión, también facilita el inicio oportuno del tratamiento del VIH, así como la reducción de la mortalidad en PQUD (incluida la mortalidad relacionada con la **sobredosis**).

El elemento motivacional del trabajo de Información, Educación y Comunicación (IEC) es importante para promover y garantizar la efectividad del tratamiento, incluido el tratamiento con agonistas opioides y el tratamiento antirretroviral.

Por favor, consulte el Capítulo 3 para ver un ejemplo de una herramienta de recopilación de datos de MDC relacionada con la comunicación para la reducción de daños y el Anexo 5 para obtener información sobre el posible espectro de temas cubiertos en el trabajo de IEC, así como los métodos de trabajo de IEC.

7.5. Otros servicios complementarios

Además de las intervenciones esenciales descritas anteriormente, los servicios complementarios recomendados por la OMS y otras organizaciones internacionales¹⁶ incluyen:

Prevención, vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral. La hepatitis viral, principalmente B y C, afecta negativamente a la salud de las personas con discapacidad y reduce la eficacia de su participación en los programas de prevención y tratamiento. En concreto, la coinfección por hepatitis y VIH se asocia a una progresión más rápida de la enfermedad hepática y a la mortalidad entre las personas con hepatitis víricas B y C. La OMS recomienda el tratamiento de todas las personas con infección activa por VHC, independientemente de si consumen drogas de forma activa, y apoya la administración del tratamiento en entornos no especializados, incluidas las prisiones y los servicios de reducción de daños.

¹⁶ OMS, UNODC, ONUSIDA: orientación técnica para los países sobre el establecimiento de metas para el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH para los usuarios de drogas inyectables, OMS, 2009. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf.

Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave – Actualización de 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016

Directrices consolidadas sobre el VIH, la hepatitis viral y la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de las enfermedades de transmisión sexual para las poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. PQCD, especialmente PVVIH, tienen un mayor riesgo de contraer TB y desarrollar la enfermedad. La OMS recomienda asegurarse de que las PQCD sean conscientes de estos riesgos y que los exámenes y pruebas, así como el tratamiento preventivo con isoniazida para las PQCD VIH positivas con TB inactiva, y el tratamiento de la TB activa estén disponibles para aquellos que son elegibles para dicho tratamiento. El tratamiento principal de la tuberculosis consiste en tomar antibióticos durante al menos 6 meses, pero si la tuberculosis se extiende a zonas críticas como el cerebro y la médula espinal, las personas también pueden necesitar medicación con esteroides. También existe la posibilidad de interacción entre la TSO y la medicación antituberculosa, por lo que puede ser necesario ajustar la dosis de TSO durante el tratamiento antituberculoso. La dosis deberá reducirse al final del tratamiento de la TB, o la persona puede sufrir una sobredosis. La OMS recomienda una estrecha cooperación entre las clínicas de tuberculosis y los programas de prevención para las personas con discapacidad y garantizar el acceso sin obstáculos de las personas con discapacidad al tratamiento en dichos centros.

Apoyo psicosocial y servicios de salud mental. La prestación del apoyo psicosocial necesario y, sobre todo, el apoyo de pares capacitados, es decir, miembros de la población destinataria, es de vital importancia tanto en los programas de prevención del VIH como en la prestación de atención, apoyo y tratamiento a las PVVIH y los pacientes de la TSO, así como en los servicios de pruebas del VIH.

7.6. Intervenciones estructurales

Las intervenciones estructurales o de facilitación, que la OMS considera¹⁷ esenciales para el impacto de los servicios de VIH, son otra área importante para el MDC. Estos están diseñados para influir en los factores estructurales que afectan el riesgo de transmisión del VIH y la eficacia de la intervención. Estos factores incluyen normas sociales, políticas y leyes, marginación, criminalización, estigmatización y discriminación de poblaciones clave, cambios y tendencias en la escena de las drogas que afectan los procesos relacionados con la producción, distribución y uso de drogas, así como unas normas legislativas y prácticas de aplicación de la ley que pueden aumentar inadvertidamente el riesgo de transmisión del VIH e impedir la prestación de servicios. Un impedimento estructural importante es el sistema penitenciario, incluidas las cárceles y los centros de detención preventiva. Las intervenciones estructurales pueden abordar directamente los factores negativos o contribuir a la creación de un entorno propicio a través de los llamados factores críticos. Entre ellas se incluyen la capacitación de las comunidades afectadas, la creación de un compromiso político y el apoyo a la defensa, la revisión y modernización de leyes, políticas y prácticas, la movilización de la comunidad y la lucha contra la estigmatización y la violencia.

Las intervenciones estructurales son un área importante de enfoque para los esfuerzos del MDC. Ejemplos de monitoreo estructural incluyen el monitoreo de regulaciones y leyes que afectan la reducción de daños y los servicios de VIH para PQCD. Esto incluye no sólo la legislación relativa a las sanciones penales, sino también las normativas relacionadas con el uso de registros de consumidores de drogas que pueden compartirse con las fuerzas del orden y cualquier restricción a la circulación de productos de reducción de daños como la naloxona, la TSO, la PrPE o la TAR. El MDC puede examinar el acoso policial de PQCD por llevar productos de reducción de daños o redadas médico-policiales que requieren pruebas forzadas de drogas o VIH y otras prácticas policiales dañinas, así como monitorear el desarrollo de una policía basada en evidencia y consciente de la salud pública.

¹⁷ Directrices consolidadas sobre el VIH, la hepatitis viral y la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de las enfermedades de transmisión sexual para las poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

8. Otras lecturas /Recursos útiles

Guías de la OMS

- Las guías técnicas de OMS, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA para los países sobre el establecimiento de objetivos para el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención de los consumidores de drogas inyectables infectados por el VIH. OMS, 2009. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf.
- Herramienta para establecer y monitorear objetivos: complemento a las directrices consolidadas de 2014 para la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241508995>
- Directrices consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave – Actualización de 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511124>
- Guías consolidadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH, las hepatitis víricas y las ITS para grupos de población clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052390>
- Valores y preferencias de las poblaciones clave: Informe consolidado (Anexo web de las [directrices de la OMS: Consejos consolidados sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH para poblaciones clave](#)). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIV-2014.11>
- Guías de política para servicios colaborativos de TB y VIH para usuarios de drogas inyectables y otras drogas, 2008. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596930>

Informes técnicos del Fondo Mundial

- Reducción de daños para las personas que usan drogas, 2022: https://www.theglobalfund.org/media/1279/core_harmreduction_infonote_en.pdf
- Optimización del alcance de la prevención del VIH para poblaciones clave, 2023: https://www.theglobalfund.org/media/13033/core_optimizing-hiv-prevention-key-populations_briefingnote_en.pdf

- Programación del VIH a escala para y con poblaciones clave, 2022: https://www.theglobalfund.org/media/4794/core_keypopulations_technicalbrief_en.pdf
- Prisiones y otros entornos cerrados: prioridades de inversión y mayor impacto, 2022: https://www.theglobalfund.org/media/12471/core_prisons-other-closed-settings_technicalbrief_en.pdf
- Eliminar las barreras relacionadas con los derechos humanos en los servicios relacionados con el VIH, 2022: https://www.theglobalfund.org/media/12445/core_removing-barriers-to-hiv-services_technicalbrief_en.pdf
- Igualdad de género, 2023: https://www.theglobalfund.org/media/5728/core_gender_infonote_en.pdf
- Protección contra la explotación, el abuso y el acoso sexuales, 2022: https://www.theglobalfund.org/media/12159/ethics_protection-sexual-exploitation-abuse-harassment-guidance_note_en.pdf
- Fortalecimiento de los sistemas comunitarios, 2022: https://www.theglobalfund.org/media/4790/core_communitysystems_technicalbrief_en.pdf

Otros recursos

- FHI 360 Guía de monitoreo y kit de herramientas para programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH con poblaciones clave. Durham (NC): FHI 360, 2020. Disponible en: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-linkages-monitoring-tools.pdf>
- Guía técnica de la OMS, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Programa Conjunto de las Naciones Unidas para que los países establezcan objetivos de acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención del VIH para consumidores de drogas inyectables, OMS, 2009, P.9. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/idu_target_setting_guide.pdf
- Alianza Mundial Alto a la Tuberculosis 2015. Resumen de poblaciones clave: personas que consumen drogas. Disponible en: https://stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/kp_peopleuse_drugs_spreads.pdf
- ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH) 2021.Estrategia Mundial sobre el SIDA 2021-2026. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf

- IDUIT – Ejecución de programas integrales contra el VIH y el VHC entre consumidores de drogas inyectables. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Implementing_Comprehensive_HIV_and_HCV_Programmes_with_People_Who_Inject_Drugs_PRACTICAL_GUIDANCE_FOR_COLLABORATIVE_INTERVENTIONS.pdf
- Guía breve de IDUIT para personas que consumen drogas, INPUD, 2017. Disponible en: <https://inpud.net/the-iduit-brief-guide-for-people-who-use-drugs/>
- Manual de capacitación de la herramienta de implementación para usuarios de drogas inyectables (CHIUDI). Disponible en: https://inpud.net/wp-content/uploads/2022/01/000509_INP_IDUIT-Training-manual-1.pdf
- RIPUD (Red Internacional de Personas que Usan Drogas) estudio cualitativo sobre los valores y preferencias de las poblaciones clave para los servicios de VIH, hepatitis y etc. Disponible en: <https://inpud.net/wp-content/uploads/2022/01/INPUD-WHO-Values-Preferences-Study-Report.pdf>
- En el género A. Herramienta de monitoreo comunitario para servicios de reducción de daños con perspectiva de género para mujeres que consumen drogas, RIPUD. Disponible en: <https://inpud.net/wp-content/uploads/2022/01/INPUD-Gender-Sensitive-Monitoring-Tool-2.pdf>

Anexo 1: Preguntas orientativas del marco AAAA

1. Disponibilidad

Téngase en cuenta que la disponibilidad de servicios no significa que las comunidades necesitadas puedan acceder a ellos fácilmente o en absoluto. Las cuestiones relacionadas con la accesibilidad se enumeran en el área 2 a continuación. La disponibilidad de servicios tampoco significa que sean de calidad aceptable o que satisfagan las necesidades de las comunidades afectadas.

¿La gama de servicios o productos sanitarios disponibles en el centro/unidad de prestación de servicios se corresponde con las directrices internacionales basadas en la evidencia, como las Directrices consolidadas de la OMS sobre el VIH, la hepatitis viral y la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención a las ITS para las poblaciones clave?¹⁸ ¿Refleja esta lista las necesidades de las comunidades locales de PQCD, las peculiaridades de la escena local de las drogas, la prevalencia de los daños y los comportamientos de alto riesgo? ¿Dispone este centro/unidad de prestación de servicios de los instrumentos de inyección necesarios? ¿Naloxona? ¿Medicamentos para el tratamiento con agonistas opioides (también conocido como terapia de sustitución de opioides, o TSO, o terapia de mantenimiento con agonistas opioides, o TVAO (tratamiento de mantenimiento con agonistas opiáceos))? ¿Hay existencias suficientes para un mes, un trimestre, un año? Desagregación por productos específicos utilizados/requeridos con mayor frecuencia por la comunidad local de PQCD. Trazar un mapa de la población de PQCD por sustancias específicas, edad, sexo, etc. y considerar las implicaciones para las existencias necesarias de instrumentos de inyección y parafernalia para cada uno de los segmentos identificados, teniendo en cuenta las estimaciones disponibles de los tamaños de las subpoblaciones. Preguntar a los proveedores de servicios y a los clientes (por ejemplo, en el marco de la encuesta de satisfacción de los clientes) sobre el agotamiento de las existencias de productos de prevención. Investigar los motivos de la carencia o falta de existencias. Esta información se puede utilizar para los esfuerzos de divulgación y desarrollo de servicios. Los índices de desabastecimiento pueden calcularse para productos específicos como el número de días que el establecimiento estuvo desabastecido durante cada uno de los desabastecimientos notificados. Los índices se pueden comparar entre varios proveedores. ¿Tenga en cuenta las cantidades de productos ofrecidos a cada cliente en un período de tiempo determinado?

¹⁸ Directrices consolidadas sobre el VIH, la hepatitis viral y la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de las enfermedades de transmisión sexual para las poblaciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¿Son suficientes para satisfacer plenamente las necesidades de los clientes en equipos de inyección estériles y otros productos de salud? ¿Están las cantidades en línea con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) o sus equivalentes nacionales?

¿Hay cotizaciones o tipos de cambio aplicados al número de instrumentos de inyección disponibles para los clientes? ¿Cuál es la explicación de estas cuotas? ¿Las agujas y jeringas proporcionadas son suficientes para abordar los patrones de inyección conocidos/informados para el (los) medicamento(s) en cuestión?

Considere las preguntas anteriores en relación con otros productos y servicios sanitarios esenciales importantes para las personas que se inyectan drogas, como la autoprueba del VIH, la prueba y el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC) o la profilaxis previa a la exposición (PrPE) para la infección por el VIH.

2. Accesibilidad

¿Las áreas del lugar donde se sabe que residen los PQCD están cubiertas por equipos de divulgación y prestación de servicios? ¿Cuáles son las áreas de cobertura realistas de las unidades de prestación de servicios estacionarios existentes (centros de acogida)? ¿Hay equipos móviles de divulgación que lleven los servicios a áreas remotas de la ubicación? ¿Hay asesoramiento en línea y navegación de servicios?

¿Hay entrega a domicilio de productos de prevención del VIH? ¿Qué porcentajes de la población objetivo están cubiertos por cada una de estas modalidades de prestación de servicios? ¿Los servicios están adaptados a segmentos específicos de la comunidad de PQUD? ¿Está realizando el programa un seguimiento de la utilización de los servicios por parte de los segmentos clave de la comunidad, como hombres y mujeres, distintos grupos de edad y consumidores de distintos tipos de sustancias?

¿Clientes con diversas identidades de género u orientaciones sexuales? ¿Qué modificaciones se han introducido para adaptar los servicios y productos disponibles a las necesidades de estas comunidades específicas? ¿El programa promueve activamente los servicios utilizando los canales y medios de comunicación adecuados?

¿Las horas de operación están alineadas con los estilos de vida y las preferencias de la población objetivo? ¿Son estas preferencias diferentes para diferentes subpoblaciones? Para TSO, ¿hay servicios disponibles antes o después de las horas de trabajo para que los pacientes que reciben medicamentos puedan tener trabajos regulares?

¿Hay productos y servicios de reducción de daños disponibles y accesibles en las cárceles, centros de detención preventiva u otros centros de detención? La mayoría de las instituciones penitenciarias tienen un número significativo de PQCD que también requieren servicios de reducción de daños. ¿Pueden empezar o continuar a recibir los servicios y productos en detención?

¿Puede el programa ofrecer o remitir a los clientes a los servicios sociales y otros servicios complementarios que necesitan las comunidades destinatarias? También pueden incluir servicios humanitarios que la población necesita en tiempos de crisis humanitaria. El escaso acceso a productos esenciales como alimentos, productos e instalaciones de higiene, las malas condiciones de vivienda, la falta de apoyo para el cuidado de los hijos, la violencia doméstica y los problemas de salud mental pueden impedir que las PQCD den prioridad a la salud y a la reducción de los daños relacionados con las drogas. ¿Están bien organizadas y funcionan las transferencias a servicios adicionales?

¿Hay algún componente pagado del servicio para los clientes? ¿Hasta qué punto son asequibles y necesarios para los clientes? Puede tratarse de honorarios por determinados procedimientos diagnósticos, medicamentos o productos básicos, recursos necesarios para desplazarse a los centros o pagos por la entrega de productos sanitarios. ¿Cuáles son las fuentes de financiación del servicio y en qué medida son sostenibles? ¿El programa explora oportunidades de financiación alternativas? ¿Se toman medidas para aumentar la rentabilidad del programa?

3. Aceptabilidad

Una clasificación simple de servicios en una escala del 1 al 5 se puede aplicar como la medición más simple de la satisfacción del cliente. Sin embargo, para informar mejor las medidas correctoras de seguimiento, se recomienda desglosar la clasificación de la satisfacción del cliente en varias características más significativas de los servicios y recoger el nivel de satisfacción específico para cada una de estas características.

¿Los servicios están libres de estigma y discriminación? ¿Existen estándares de actitud para los proveedores de servicios? ¿Existe un mecanismo para denunciar o abordar el estigma y la discriminación?

¿Se promueven y protegen los derechos humanos de los pacientes? ¿Los programas tienen protecciones contra el intercambio de datos con la policía? ¿Arreglos con la policía local para no acosar o arrestar a los clientes en o cerca de las instalaciones?

¿La participación en el programa y el acceso a los servicios son seguros para los clientes? ¿Existen medidas suficientes para proteger la confidencialidad de los clientes marginados, salvaguardar la información sensible o de identificación?

4. Calidad

¿Hay suficientes suministros de medicamentos de alta calidad, parafernalia inyectable, condones, lubricantes y otros productos para satisfacer las necesidades de los clientes?

¿Los proveedores de atención médica que brindan servicios de prevención están adecuadamente capacitados y son competentes para proporcionar información precisa y actualizada?

¿Cuál es el tiempo medio de espera para acceder a los servicios de prevención del VIH y si los clientes lo consideran razonable?

¿Con qué facilidad pueden los clientes acceder a referencias a otros servicios de soporte si es necesario, y les resulta sencillo el proceso?

¿En qué medida los proveedores de atención médica utilizan un enfoque centrado en el cliente en la prestación de servicios de prevención? ¿Sienten los clientes que se les ofrecen opciones claramente explicadas y que el personal actúa en función de sus necesidades específicas de prevención? ¿Los clientes participan en el proceso de toma de decisiones para sus planes y estrategias de prevención?

¿Cómo califican los clientes la experiencia general de acceso y uso de los servicios de prevención del VIH?

Anexo 2: Enfoque general de la supervisión de las intervenciones relacionadas con el VIH

Los esfuerzos generales de supervisión relacionados con los servicios del VIH se centran en las poblaciones más afectadas por la epidemia, incluidas las personas que viven con el VIH (PVVIH), las PQCD, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), los profesionales del sexo (TS) y los reclusos. Las medidas de seguimiento están diseñadas para controlar el progreso de las actividades destinadas a prevenir nuevas infecciones por VIH en estas poblaciones y la transmisión del virus. Los programas a escala nacional y local establecen objetivos específicos basados en el tamaño estimado de la población que debe participar en los esfuerzos de prevención del VIH, estudian los perfiles de riesgo de diversos subgrupos de población clave, supervisan las tasas de prevalencia del VIH y la cobertura de los esfuerzos de prevención del VIH, desarrollan sistemas de registro de clientes y de supervisión de la prestación de servicios para garantizar la cobertura adecuada, la regularidad requerida del uso de los servicios y evitar la duplicación. También se toman medidas para garantizar que la ejecución de los programas responda a las necesidades reales de los clientes y que los servicios se presten de acuerdo con los parámetros clave y las normas de calidad establecidos. Por último, los datos de vigilancia se procesan, analizan y presentan periódicamente a los órganos de coordinación y a los órganos rectores y de gestión con el fin de evaluar los progresos y realizar mejoras para garantizar que los programas sean suficientemente amplios y eficaces. Los buenos programas de seguimiento no ponen en riesgo a las comunidades ni a los proveedores de servicios y garantizan la confidencialidad y la seguridad de los datos en todos los niveles del programa. Cada uno de estos elementos del sistema de monitoreo estándar puede tener deficiencias y puede requerir atención específica de las comunidades afectadas como parte de los esfuerzos de monitoreo realizados por una comunidad. A continuación, proporcionamos un resumen más detallado de cada uno de estos componentes.

1

Las estimaciones precisas de las poblaciones clave y afectadas que residen en una zona determinada son los primeros detalles necesarios para desarrollar y supervisar los esfuerzos de prevención y reducción de daños del VIH.

Las estimaciones detalladas y actualizadas periódicamente del número y la ubicación de las poblaciones clave (físicas y virtuales) permiten establecer objetivos realistas para la cobertura y determinar la infraestructura, el personal y los presupuestos necesarios. Esta es una posible área de enfoque para los esfuerzos del MDC, ya que en algunos países no existen estimaciones precisas de las comunidades marginadas o son difíciles de obtener. Algunos países subestiman el número de las comunidades marginadas para evitar la percepción negativa de las sociedades/partes interesadas en otros países que no están directamente involucrados en la salud pública, etc. En tales contextos, las organizaciones implicadas en las actividades del MDC podrán centrarse en obtener estimaciones locales relativamente precisas que permitan establecer objetivos locales realistas sin cuestionar las estimaciones a escala nacional.

La tergiversación de la cantidad real de población marginada también puede tener implicaciones económicas relacionadas con la asignación de fondos públicos para abordar los problemas sanitarios y sociales a los que se enfrentan las poblaciones vulnerables. Una vez más, estas cuestiones pueden ser más fáciles y realistas de abordar a nivel local, donde las asignaciones presupuestarias necesarias pueden distribuirse entre varias fuentes y ser supervisadas de forma más transparente por los activistas de la comunidad local. A niveles locales, las partes interesadas pueden comparar el volumen relativo de inversión en áreas relacionadas y abogar por la reducción o eliminación de la financiación de intervenciones menos efectivas.

2

Además de estimar el número de poblaciones clave, también es importante comprender las características de riesgo de poblaciones específicas.

Diversas comunidades y grupos dentro de los PCs pueden diferir significativamente en términos de su exposición al VIH, comportamientos específicos que afectan el riesgo de transmisión del VIH, la influencia de factores contextuales como el estado socioeconómico, los efectos de la criminalización de los grupos marginados, las desigualdades de género y los estereotipos de género dañinos, el estigma y la discriminación que afectan el acceso a los servicios esenciales y la exposición y percepción de las campañas de comunicación. El MDC garantiza que los perfiles de riesgo utilicen los datos obtenidos localmente en lugar de suposiciones basadas en experiencias internacionales que tienden a ser generales o superficiales y pueden ocultar las características específicas necesarias para desarrollar soluciones locales apropiadas.

3

Los esfuerzos de vigilancia también deben determinar las tasas de prevalencia del VIH en la población destinataria y la cobertura de las intervenciones relacionadas con el VIH.

Los esfuerzos de prevención y atención del VIH se centran principalmente en las comunidades con mayor prevalencia de infección. La alta cobertura de las comunidades más afectadas es la tarea central de los programas del VIH, especialmente en las epidemias concentradas del VIH, es decir, aquellas predominantemente contenidas dentro de las poblaciones clave. Los datos de prevalencia del VIH en las comunidades marginadas pueden ser difíciles de obtener para los organismos públicos y en algunos países los esfuerzos para detectar el VIH en estas poblaciones no son suficientes. La detección efectiva del VIH en poblaciones clave solo es posible con la participación de las comunidades afectadas en el desarrollo y la implementación de servicios de prueba del VIH. Las comunidades también están en una mejor posición para juzgar si los programas de prueba existentes utilizan los mejores mecanismos de divulgación y prestación de servicios posibles, así como los recursos humanos. Las pruebas mal organizadas pueden producir tasas de prevalencia subestimadas, lo que a su vez conduce a una inversión insuficiente en programas de prevención y atención del VIH centrados en el PK.

Otros aspectos importantes de la supervisión del programa son:

4

Seguimiento individual de los miembros de PC para garantizar que accedan regularmente a los servicios requeridos.

El registro de los clientes y la asignación de una identificación única permiten hacer un seguimiento de la prestación de servicios a personas concretas, hacer un seguimiento de la cobertura de las intervenciones y el progreso de la ampliación, planificar la intensidad de las intervenciones, como el número de productos distribuidos, la regularidad de las pruebas, así como los cambios en el estado de salud y los comportamientos mediante la comparación de los datos recopilados en distintos momentos. El seguimiento de clientes individuales también permite evitar la duplicación de servicios, asegurando así el uso eficiente de recursos limitados. Es habitual que los programas (especialmente los financiados y/o gestionados por organismos gubernamentales) recojan datos personales de los clientes (como los datos del documento nacional de identidad) como requisito para acceder a los servicios.

Esto, sin embargo, conlleva riesgos considerables relacionados con la posible revelación de información sensible relacionada con el estado de salud y comportamientos socialmente desaprobados o criminalizados, como el consumo de drogas o la orientación no heterosexual. El uso de códigos únicos de identificación (CUI), que no están vinculados a datos personales y no permiten la identificación de una persona concreta, al tiempo que garantizan la unicidad de cada destinatario de servicios, es la solución preferida para eliminar el riesgo de divulgación. El uso de CIU puede ser difícil de aceptar para las agencias gubernamentales, por ejemplo, debido a las regulaciones que requieren informar la distribución de productos básicos y la prestación de servicios financiados con cargo al presupuesto estatal. El MDC puede desempeñar un papel importante en el suministro de argumentos para el uso de CIU para el seguimiento de la prestación de servicios para las poblaciones marginadas.

5 Monitoreo regular de los programas para garantizar que los servicios de prevención, pruebas, tratamiento y atención satisfagan las necesidades de las PCs y se ejecuten de manera eficiente. Este seguimiento incluye el análisis periódico de los datos de seguimiento por parte de quienes prestan los servicios, así como por parte de sus supervisores, y el uso de los datos en tiempo real para gestionar los programas y mejorar el rendimiento a escala, manteniendo al mismo tiempo la calidad del servicio.

Es posible que los sistemas oficiales de vigilancia no presten suficiente atención a la pertinencia de los servicios relacionados con el VIH y la reducción de daños para las comunidades destinatarias. MDC tiene un papel esencial que desempeñar en esta área. Algunos ejemplos son la necesidad de dar cabida a las características específicas de los productos y servicios de prevención y reducción de daños que son esenciales para sus usuarios, como la calidad de las agujas o los preservativos, la duración del periodo de consumo de los medicamentos de TSO o el acceso sin restricciones a la naloxona, el único medicamento eficaz para proteger a los consumidores de opiáceos de una sobredosis letal.

6 Presentación periódica de datos a los niveles de programas subnacionales y nacionales según lo requiera el gobierno u otros financiadores.

Las decisiones sobre qué datos se comunican a los directores de programas y patrocinadores no siempre tienen en cuenta el punto de vista de la comunidad. La verificación de la pertinencia de los datos comunicados y la determinación de los aspectos esenciales de la ejecución de los programas que deben figurar como datos complementarios en los informes y las medidas resultantes pueden ser una función importante y legítima de las iniciativas de gestión integrada de los contenidos.

7 Garantizar la confidencialidad y seguridad de los datos en todos los niveles del programa.

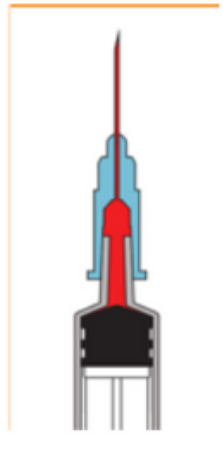

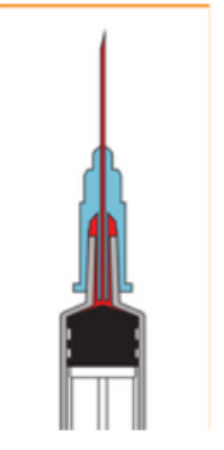
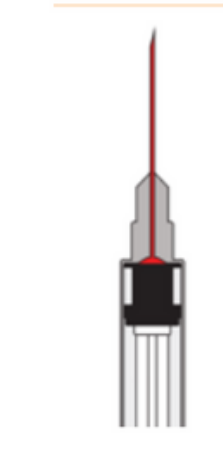
Ya hemos mencionado el uso de CIU como una herramienta importante para garantizar la confidencialidad de los datos y la seguridad de los clientes de intervención. Hay otros aspectos de la seguridad de los datos que deben tenerse en cuenta y que pueden ser monitoreados por iniciativas de MDC. Estos incluyen regulaciones de acceso a datos que contienen información personal identificable, así como políticas que evitan fugas de datos y divulgación de información confidencial a nivel de proveedores de servicios.

Anexo 3: Instrumentos de inyección de espacio muerto bajo

El papel del volumen del llamado espacio muerto en una jeringa ha sido demostrado por varios estudios. El espacio muerto es un espacio que contiene algo de líquido restante en una jeringa con el émbolo totalmente desaprisionado. El espacio muerto más grande lleva una mayor cantidad de sustancia potencialmente contaminada por la sangre y lleva un mayor número de copias del VIH. La reducción del espacio muerto disminuye el riesgo de infección por VIH, ya que pueden entrar menos copias del virus en el torrente sanguíneo de la persona que reutiliza la jeringuilla de otra. La imagen 5 ilustra la cantidad relativa de líquido contenido en espacios muertos de diversas combinaciones de jeringas y agujas. A la izquierda hay una jeringa estándar con aguja desmontable, que tiene el mayor espacio muerto. La siguiente a la derecha es una jeringa modificada con el espacio muerto reducido por una extensión especial del émbolo que desplaza el líquido desde la punta de la jeringa. La siguiente es una jeringa estándar con una aguja modificada que también desplaza el líquido de la punta de la jeringa. Finalmente, a la derecha hay una jeringa con agujas fijas, también llamada jeringa de insulina. La construcción de la jeringa de insulina permite la máxima reducción del espacio muerto, que podría ser hasta 30 veces menor que en una jeringa estándar.

A pesar de su evidente ventaja en cuanto al volumen de espacio muerto, las jeringas de aguja fija sólo están disponibles en tamaños pequeños que no son adecuados para administrar sustancias en volúmenes mayores. El diseño no desmontable también presenta ciertas deficiencias desde la perspectiva de los usuarios en algunos contextos, que también deben tenerse en cuenta.

Imagen 5. Las diferencias en el espacio muerto entre varios tipos de combinaciones de jeringa y aguja¹⁹

Jeringa con espacio muerto reducido	Jeringa con espacio muerto reducido	Jeringa de bajo espacio muerto	Jeringa de bajo espacio muerto
			
Jeringa estándar	Jeringa modificada	Jeringa estándar	Jeringa modificada
Aguja estándar desmontable	Aguja estándar desmontable	Aguja desmontable de dosis total	Aguja fija
Espacio muerto 92 μL	Espacio muerto 59 μL	Espacio muerto 17 μL	Espacio muerto 3 μL
Espacio muerto más elevado		Mínimo espacio muerto	

Todas las mediciones del espacio muerto fueron realizadas de forma independiente por el Departamento de Ingeniería y Microfluidos de la Universidad de Southampton.

¹⁹ La ilustración de Exchange Supplies, Reino Unido: Maximizando la efectividad del intercambio de agujas con jeringas de bajo espacio muerto y la prevención del intercambio accidental. Accesible del 30 November 2022 at: https://www.exchangesupplies.org/pdf/F722_LDS.pdf.

Características de una Jeringa Segura²⁰

- Permite la aspiración libre y completa (movimiento hacia arriba y hacia abajo del émbolo);
- El cilindro de la jeringa es claramente visible en el punto para determinar la presencia de burbujas de aire y sangre durante la inyección;
- El émbolo debe moverse libremente para permitir la inyección con una sola mano;
- El cilindro de la jeringa debe ser lo suficientemente delgado como para permitir el mayor posicionamiento posible de la jeringa en un ángulo necesario para la inyección; y
- Émbolo extraíble para permitir la recuperación del contenido en caso de fallo de la jeringa.

Más allá de estos elementos esenciales, es posible además que una jeringa de seguridad pueda:

- Permita la activación reversible, manual y voluntaria de un mecanismo de desactivación para reducir la posibilidad de reutilización de jeringuillas por terceros o de pinchazos accidentales. Tenga en cuenta que este mecanismo de desactivación debe estar activo hasta el punto de que sea imposible cualquier desactivación accidental. Este mecanismo de inutilización puede consistir en cubrir la punta de la aguja, bloquear el émbolo o inutilizar la jeringa de otro modo.

Características de una jeringa insegura

- Una jeringa que se bloquea o se desactiva pasivamente después de un solo uso o puede desactivarse accidentalmente; y
- Una jeringa "no reutilizable" que se vuelve no reutilizable de cualquier manera que:
 - no permite la aspiración completa
 - oscurece la visibilidad del contenido del cilindro de la jeringa
 - hace que el émbolo se mueva con dificultad
 - significa que el cilindro de la jeringa es grueso hasta el punto en el que se inhibe el ángulo de inyección, lo que daría como resultado la pérdida del contenido de la jeringa en caso de fallo de la jeringa.

²⁰ Citado de: http://www.exchangesupplies.org/article_retractable_and_safety_syringe_debate.php. Accesible del 30 de noviembre de 2022.

Apéndice 4: Consideración de los requisitos del cliente al elaborar las especificaciones técnicas de los equipos de inyección que se van a adquirir

Es muy importante probar los equipos de inyección sobre el terreno antes de cualquier compra al por mayor. La aceptabilidad de parámetros específicos, como la facilidad de movimiento del émbolo, solo se puede definir a través de pruebas de campo. Por un lado, cuanto más fácil se mueva el émbolo, menor será la probabilidad de movimiento de la aguja y su salida de la vena durante la inyección. Por otra parte, mover el émbolo demasiado ligeramente reduce la succión y dificulta la extracción de sangre en la jeringa para asegurar la penetración en la vena. La facilidad de movimiento del émbolo es inversamente proporcional al diámetro del cilindro. Solo PSID puede definir el equilibrio óptimo en el contexto local.

El grosor óptimo de la aguja también depende de una variedad de factores, incluido el tipo de inyección (intravenosa o intramuscular) y el punto de inyección. Si una aguja es demasiado delgada, se daña (se embota) mucho más fácilmente que las agujas más gruesas durante la producción, el almacenamiento, el transporte y el uso. Una aguja dañada provoca una tensión excesiva de la piel y aumenta el dolor en el momento de la punción. Una aguja no dañada prácticamente se desliza a través de la piel y los músculos durante la inyección, mientras que, con una aguja opaca, el usuario siente cuando la aguja penetra en la superficie de la piel y la pared de la vena. El paso de la aguja a través de la pared venosa es similar, pero aún más doloroso. Aunque el usuario obtenga las agujas intactas, las agujas finas se dañan fácilmente durante la preparación del medicamento al agitarse con la punta de la aguja. Cuando se utiliza un filtro, la solución suele introducirse a través de la aguja de forma que la punta de ésta toque el filtro. Esto también puede conducir al embotamiento de la aguja. La aguja también se embota como resultado de las dificultades para encontrar una vena, que son experimentadas por la mayoría de las personas con una larga historia de consumo de drogas. Múltiples punciones de la piel en busca de una vena conducen al daño de la punta de la aguja. Cuanto más delgada sea la aguja, más fácil será dañarla.

Las diferentes preparaciones de medicamentos requieren diferentes calibres de agujas para la inyección. Diferentes usuarios prefieren inyectarse en diferentes lugares del cuerpo, lo que también requiere diferentes calibres de agujas.

Una disolución incompleta o un calentamiento insuficiente de la solución pueden provocar la obstrucción de la aguja con partículas insolubles o el paso lento de la solución a través de la aguja debido a la densidad excesiva. Esto hace que el uso de agujas más finas que 27G sea poco práctico. Por lo tanto, el uso de agujas más gruesas a menudo reduce el número de intentos fallidos de inyección y, en última instancia, causa menos daño a los tejidos que las agujas más delgadas. Se recomienda que los programas almacenen agujas de diferentes espesores. Las preferencias de los clientes varían significativamente en función de la duración del consumo de drogas, el modo de preparación y el tipo de droga preferido.

Anexo 5: Temas y métodos de trabajo de IEC

Temas de trabajo de IEC

La gama temática debe abarcar todas las cuestiones relacionadas con la reducción del riesgo de transmisión o adquisición del VIH y otros daños asociados con el consumo de drogas, así como cuestiones cotidianas de importancia para los clientes. Los temas pueden incluir:

- Análisis detallado de los riesgos de transmisión/adquisición del VIH y otras consecuencias negativas de la preparación, el transporte, la distribución y el uso de drogas. Al trabajar en este y los siguientes temas, se recomienda tener en cuenta los factores de vulnerabilidad asociados con el género, la edad y otras características sociales y demográficas significativas de los clientes;
- Información objetiva sobre las distintas sustancias psicoactivas, información matizada sobre sus efectos positivos y negativos, consejos para la reducción de daños específicos de cada sustancia, información sobre la interacción de sustancias y combinaciones de sustancias particularmente peligrosas;
- Análisis detallado de los riesgos asociados con las prácticas sexuales inseguras, también en relación con el uso de sustancias para modificar las experiencias sexuales (chemsex);
- Explicación detallada de los servicios disponibles, el mecanismo de admisión al programa, abordando los conceptos erróneos comunes con respecto a los servicios ofrecidos;
- Métodos de uso seguro de drogas y prevención del VIH (preparación, transporte y distribución más seguros de la droga, manejo del uso de equipos de inyección, métodos de desinfección de equipos de inyección, eliminación de desechos y manipulación de instrumentos de inyección utilizados), cuidado de las venas, prevención y manejo de sobredosis. Promoción del cambio al uso de drogas no inyectables y prevención de la transición a la inyección;
- Información regulatoria y asesoramiento legal sobre cuestiones relacionadas con el uso y manejo de sustancias, cómo acceder a la asistencia legal;
- Prácticas sexuales seguras, incluido el uso del preservativo y habilidades para negociar un sexo más seguro;
- Manejo de la drogodependencia, tratamiento disponible de drogas y métodos de rehabilitación, con especial atención al tratamiento con agonistas opioides;
- Prevención y manejo de sobredosis. Uso de naloxona Control de drogas. Ayuda de emergencia, incluidas las técnicas de reanimación (también para familiares, parejas, amigos de PQCD);

- Transmisión, adquisición, prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH. El impacto del VIH en la salud y la vida con la infección por VIH;
- Transmisión, adquisición, prevención, diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual (ITS);
- Hepatitis viral: riesgos, prevención, diagnóstico y tratamiento. En particular, se debe proporcionar a los PQCD una información fiable sobre las formas de transmisión de la hepatitis, los métodos de prevención, la ubicación de las pruebas y los servicios de asesoramiento. Los pacientes deben ser conscientes de que la hepatitis vive más tiempo que el VIH fuera del cuerpo humano. Debe destacarse la importancia de la higiene y de mantener limpios todos los instrumentos, incluidos los torniquetes y las superficies de trabajo. Los clientes deben recibir consejos sobre alimentación sana y la necesidad de reducir el consumo de alcohol y otros aspectos de un estilo de vida saludable;
- Tuberculosis: riesgos, prevención, diagnóstico y tratamiento;
- La salud reproductiva y sexual de las personas con discapacidad y sus parejas sexuales (protección de la maternidad, atención prenatal y posnatal, parto sin riesgo, medidas para prevenir la transmisión sexual del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, prevención de embarazos no deseados, planificación de la familia, interrupción del embarazo, prevención de la transmisión vertical del VIH). Los servicios de salud reproductiva deben tener en cuenta las posibles interacciones entre medicamentos, como la interacción de los anticonceptivos hormonales con los fármacos antituberculosos, y la necesidad de un diagnóstico precoz de la tuberculosis entre las pacientes embarazadas con VIH y sus niños recién nacidos;
- Información sobre cómo acceder a otros servicios, incluida una explicación de los mecanismos de reenvío, cómo acceder a prestaciones sociales y derechos, y apoyo jurídico y de otro tipo que puedan necesitar los clientes.

Métodos efectivos de trabajo en campo de IEC

- Ejercicios grupales realizados por coetáneos u otros especialistas, incluidos talleres, sesiones de demostración y juegos de roles (por ejemplo, capacitación sobre habilidades en negociaciones de sexo seguro, técnicas de inyección más seguras, prevención y manejo de sobredosis, habilidades de prevención de lapso, etc.);
- Sesiones individuales y consultas realizadas por pares u otros especialistas;
- Inclusión de IEC y elemento motivacional en el contacto inicial del cliente con extensión o trabajador social;

- Desarrollo y distribución de materiales impresos y visuales, incluida la distribución de folletos temáticos, folletos y publicaciones periódicas (incluidos los diseñados por PQUD) a través de actividades de divulgación;
- La utilización de envases de prevención como soportadores de mensajes de comunicación;
- Uso de medios IEC digitales;
- Asesoramiento telefónico y en línea;
- Uso de la comunicación móvil e Internet para la distribución de información textual y visual.
- Uso de técnicas de entrevista motivacional
- Uso de herramientas de cribado para detectar infecciones asociadas como la tuberculosis y enfermedades mentales.

Nota: El uso de los medios de comunicación (como los medios de comunicación nacionales o locales, la radio local, las juntas comerciales, folletos, anuncios, discursos de celebridades, sitios web, blogs y foros electrónicos) puede ser eficaz para trabajar con el público en general, por ejemplo, para formar una percepción pública positiva de los programas de reducción de daños, en lugar de con PQUD. El uso mal repensado de dichos medios puede resultar en una mayor estigmatización de las PQUD y el desperdicio de recursos preciosos que de otro modo podrían gastarse en intervenciones más efectivas.

