

Preparación y respuesta frente a pandemias

Voces de las personas
que usan drogas



International
Network of People
who Use Drugs

Índice de contenidos

CHAPITRE	PAGE	
1	Introducción	03
2	Antecedentes	05
	A Preparación y respuesta frente a pandemias	05
	B Reglamento Sanitario Internacional y evaluaciones relacionadas	06
	C Propuestas para un Tratado sobre Pandemias y el papel de la sociedad civil (o la falta de este)	07
	D Derechos humanos, igualdad de género y descolonialidad	09
3	Métodos de investigación	11
4	Resultados	14
	A Muestra	14
	B Temas	16
5	Debate	31
6	Conclusiones	33
7	Recomendaciones políticas	35
8	Referencias	39



1. Introducción

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto innumerables deficiencias en la capacidad del sistema sanitario mundial para prepararse ante una pandemia mundial, responder a ella y mitigarla. Las repercusiones sociales, económicas y sanitarias derivadas de esta falta de preparación han sido devastadoras para todos, pero quizá especialmente para los grupos que ya eran objeto de marginación, criminalización y estigmatización, como las personas que usan drogas.

Los investigadores están empezando a documentar estas repercusiones devastadoras. En la ciudad de Nueva York, según se ha informado, los usuarios de drogas inyectables presentaban “niveles más elevados de problemas de salud mental, reutilización de jeringas y consumo de alcohol y recurrían en menor medida a los programas de servicios de jeringas y la utilización de buprenorfina” que antes de la pandemia (Aponte-Melendez et al., 2021). En Escocia, el número de pruebas del VIH y del VHC disponibles en los servicios relacionados con las drogas y los lugares de reclusión, y el número de agujas y jeringas distribuidas “disminuyeron en un 94%, 95% y 18%, respectivamente, inmediatamente después del confinamiento” (Trayner et al., 2022).

Las medidas de salud pública destinadas a prevenir la propagación de la COVID-19 generaron repercusiones y daños para las personas que usan drogas. Los confinamientos repercutieron negativamente en su salud mental y en su capacidad para ganarse la vida (Kesten et al., 2021). Las pautas de distanciamiento social obligaron a las personas que usan drogas a “elegir entre evitar la COVID-19 y las situaciones de contacto próximo en el uso de drogas que contribuyen a su supervivencia” (Schlosser y Harris, 2020). La pandemia afectó a esta comunidad simultáneamente con otras múltiples pandemias —incluidas las del VIH, la hepatitis C y la tuberculosis— pero, debido a la perturbación de los servicios sanitarios, muchos no pudieron acceder al tratamiento necesario.

El momento actual exige una rendición de cuentas en relación con estas y otras repercusiones y daños, así como que se proponga elaborar nuevas leyes internacionales vinculantes para solucionar los numerosos desperfectos en la sanidad mundial. También ofrece la oportunidad de tomar medidas para asegurar que no se produzcan los mismos daños en futuras emergencias de salud pública.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está apoyando un proceso dirigido por los países para desarrollar una convención, un acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta en el marco de pandemias (actualmente conocido como “el CA+ de la OMS”, pero al que nos referiremos aquí como el “Tratado sobre Pandemias”). Al mismo tiempo, muchos países también están llevando a cabo evaluaciones nacionales de preparación y respuesta frente a pandemias para fundamentar la elaboración de planes futuros y el establecimiento de prioridades. Estos procesos

han sido criticados por reproducir desigualdades existentes, por lo que es necesaria una mayor participación.

Durante la pandemia de COVID-19, la Red Internacional de Personas que Usan Drogas (INPUD) llevó a cabo dos encuestas independientes para conocer las experiencias de las personas que usan drogas. La INPUD constató que, además de la pérdida generalizada de vidas, muchos de los encuestados que usaban drogas sufrieron repercusiones sanitarias relacionadas debido a la dificultad para acceder a los servicios sanitarios y de reducción de daños (por ejemplo, la terapia de sustitución de opiáceos (TSO), el acceso al tratamiento de sobredosis, etc.). Muchos afirmaron verse especialmente afectados por las continuas repercusiones negativas de la criminalización, la estigmatización y la discriminación, así como por el fuerte aumento de la violencia de género durante las restricciones de viaje y movimiento. Al mismo tiempo, notificaron innovaciones y movilizaciones comunitarias (INPUD, 2020a y b). Estas dos encuestas de la INPUD, realizadas en seis idiomas, arrojaron datos muy significativos.

La INPUD también tiene una amplia experiencia en la participación en mecanismos mundiales en materia de salud y derechos humanos que, en combinación con estos conocimientos, sitúa a la Red en una posición idónea para contribuir al proceso de elaboración de nuevas normas internacionales. La INPUD también mantiene un compromiso inquebrantable con la reducción de daños, los derechos humanos y la participación significativa de la comunidad de consumidores de drogas en la elaboración, la ejecución y el seguimiento de políticas, programas, servicios e iniciativas que repercuten en la vida de las personas que usan drogas. Esto sitúa a la INPUD en una buena posición para contribuir a redefinir lo que significa la preparación y respuesta frente a pandemias para las personas que usan drogas y la comunidad mundial.

Este estudio de investigación cualitativa se ha realizado bajo la dirección de la INPUD, en colaboración con investigadores en ciencias sociales del Centro de Salud Mundial del Instituto de Posgrado de Ginebra con el fin de conocer mejor las repercusiones continuas de la COVID-19 en la comunidad y adoptar posturas comunes en relación con el tratado sobre pandemias. Se ha seguido un enfoque centrado en la participación comunitaria para:

- Informar a los miembros de la INPUD de las novedades y procesos actuales en la gobernanza de la salud mundial en respuesta a la COVID-19, incluida la seguridad de la salud mundial, el tratado propuesto sobre pandemias y los debates relacionados;
- Investigar más a fondo las diversas experiencias de las personas que usan drogas durante la pandemia de COVID-19 en materia de política de reducción de daños, el uso y suministro de drogas, la vigilancia policial, la detención y los derechos humanos;
- Elaborar un conjunto de recomendaciones políticas basadas en las pruebas obtenidas de la investigación que puedan utilizarse durante la futura labor de promoción de la INPUD.

El informe presenta los antecedentes de la elaboración del tratado sobre pandemias, los métodos y los resultados de la investigación, así como el análisis y las recomendaciones políticas.

2. Antecedentes

En el informe de 2020 del Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias, [COVID-19: Hagamos que esta sea la última pandemia](#), se constató que los países habían tardado en responder a la COVID-19 y que el financiamiento internacional había sido “demasiado escaso, demasiado tardío”. Se infrutilizaron los sistemas de detección precoz de la enfermedad; algunos Gobiernos intentaron restar importancia a la gravedad de la incidencia de la enfermedad; otros países se mostraron reacios a compartir información y muestras; y hubo escasez mundial de EPI, así como, por supuesto, de vacunas —gracias a lo que algunos denominaron “nacionalismo vacunal” o “apartheid de las vacunas” (Kupferschmidt, 2020).

La OMS y algunos Estados Miembros reconocieron estos puntos débiles y la necesidad de abordarlos. Sus defensores creen que un tratado sobre pandemias ayudaría a la mejora global de las iniciativas de preparación y respuesta. Los críticos lo califican de esfuerzo para distraer la atención de la necesidad de introducir cambios más profundos en los sistemas de gobernanza económica y sanitaria mundial que refuerzan las desigualdades. No obstante, se están produciendo avances en relación con el tratado sobre pandemias, y esto puede dar lugar a un nuevo derecho internacional vinculante que incluiría, por primera vez, mecanismos de seguimiento y evaluación de la observancia por parte de los países (Nikogosian y Kickbusch, 2021).

Para enmarcar el estudio y fundamentar las iniciativas de promoción en el futuro, esta sección de antecedentes ofrece una visión general de la preparación y respuesta mundial frente a pandemias, después analiza el Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) y sus herramientas de evaluación, y resume las críticas actuales al posible tratado.

A. PREPARACIÓN Y RESPUESTA FRENTE A PANDEMIAS

Puede resultar útil comenzar por definir este término. La “preparación frente a pandemias” suele referirse al fortalecimiento de los sistemas de salud y a las actividades de creación de capacidad para asegurar que los sistemas de salud puedan soportar el estrés adicional que provocan las pandemias. Entre las actividades específicas de preparación frente a pandemias se incluyen, por ejemplo, la creación de planes de preparación para catástrofes y emergencias en los que participen múltiples partes interesadas; asegurar el acceso a las contramedidas (como EPI, terapias, diagnósticos y vacunas); reforzar las cadenas de adquisición, logística y suministro; formar y ampliar el personal sanitario; ampliar los sistemas de información sobre la gestión sanitaria, etc. El Fondo Mundial también hace hincapié en que el fortalecimiento de los sistemas comunitarios es una parte integral de la preparación frente a pandemias (El Fondo Mundial, 2022). La preparación frente a pandemias tiene como objetivo asegurar que los países dispongan de los recursos, el financiamiento y la capacidad para responder adecuadamente al estrés añadido de las pandemias.

La “respuesta frente a pandemias” se refiere a la capacidad de un país para responder con éxito en tiempo real a la avalancha de desafíos provocados por una pandemia. Incluye actividades como la generación de planes de comunicación exitosos, que eduquen adecuadamente al público y aborden la información errónea y la desinformación sobre la enfermedad, la utilización de estrategias para llegar a las poblaciones clave y vulnerables que a menudo se encuentran en el centro de múltiples pandemias, y el despliegue de fondos de emergencia para programas y poblaciones que requieran un apoyo adicional (El Fondo Mundial, 2022). En cuanto al seguimiento de las enfermedades, la respuesta frente a pandemias implica el uso creciente de sistemas de vigilancia digital para controlar los brotes. Las medidas de respuesta frente a pandemias son fundamentales no solo para frenar la propagación de las enfermedades, sino también para mitigar las dificultades que generan.

B. REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL Y EVALUACIONES RELACIONADAS

El Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) es un instrumento vinculante de derecho sanitario internacional ratificado por 196 países. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 puso de manifiesto sus debilidades.

Al ratificar el RSI, los países se comprometen a asegurar que sus sistemas nacionales de vigilancia y salud tienen capacidad para detectar brotes y responder a estos, notificar rápidamente cualquier brote a la OMS, responder a las solicitudes de información de la OMS y abstenerse de imponer restricciones innecesarias al tráfico y al comercio internacionales. Sin embargo, como han señalado algunos críticos, la mayoría de los países no cumplieron estos compromisos durante la COVID-19. Así se señala en Sohn *et al.* (2021),

Entre los problemas del RSI que se han planteado continuamente, la COVID-19 puso de manifiesto: 1) el suministro de notificaciones e información sobre la base de la evaluación de posibles emergencias de salud pública de importancia internacional (ESPII), 2) el calendario de las decisiones y la declaración sobre la ESPII de la OMS, los procedimientos y los sistemas de alerta, 3) las medidas para responder a las enfermedades infecciosas en relación con el RSI, 4) la falta de fondos de la OMS (Sohn *et al.*, 2021: 1).

Aunque algunos consideran que la OMS tardó en actuar, lo cierto es que los países tardaron aún más en responder a la declaración de la OMS de “emergencia de salud pública de importancia internacional”, la declaración que pone en marcha el RSI. Esto se debe en parte a que el RSI carece de un mecanismo independiente de supervisión o cumplimiento. En su lugar, los países evalúan su propio cumplimiento mediante dos herramientas: la *Herramienta de presentación de informes anuales de autoevaluación de los Estados Partes* (SPAR) y la *Evaluación Externa Conjunta* (EEC).

Estas herramientas fracasaron en gran medida a la hora de predecir lo preparados (o no) que estaban los países para la pandemia de COVID-19. La SPAR es un proceso de autoevaluación anual, multisectorial y dirigido por el país, en el que los países que ratifican el

RSI deben notificar los avances en relación con la ejecución de las capacidades básicas del RSI. Esto incluye la evaluación de 13 áreas distintas, desglosadas en una serie de indicadores, y clasificadas en cinco niveles de desempeño. La EEC es una evaluación voluntaria, externa y revisada por pares que complementa la SPAR, y debe realizarse una vez cada 4-5 años a petición del Estado Miembro (Razavi et al., 2021). Además de estas herramientas, se han desarrollado otras de tipo externo para evaluar la preparación de los países para hacer frente a una emergencia de salud pública, como el [Índice Mundial de Seguridad Sanitaria \(GHS\)](#).

Todas estas herramientas se aplicaban ampliamente antes de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, en su primer informe de evaluación de la respuesta a la COVID-19, el citado Grupo Independiente de Preparación y Respuesta frente a las Pandemias constató que las herramientas no habían logrado predecir adecuadamente las tasas de mortalidad de la COVID-19. Las herramientas tampoco tuvieron en cuenta las debilidades de los sistemas de salud en algunos países de ingresos altos; y no lograron predecir la falta de voluntad política para responder eficazmente a los brotes por parte de líderes populistas en los Estados Unidos, el Reino Unido y el Brasil, entre otros (Batreau y Townsend, 2022; COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022).

Algunos expertos han descubierto que los mayores factores de predicción de éxito durante una pandemia son la confianza pública en los Gobiernos y la confianza interpersonal, lo cual es posible que no sea algo que sorprenda a muchos miembros de la sociedad civil y de las comunidades afectadas. La confianza interpersonal es intrínseca a las comunidades y es clave para la labor que realizan las redes dirigidas por pares durante una crisis, como las redes de personas que usan drogas. Lamentablemente, estas son características que la SPAR, la EEC y otras herramientas no evaluaron.

En resumen, los países consideraron que eran eficaces a la hora prepararse para una emergencia de salud pública de importancia internacional, y no existía ningún mecanismo que pusieran en duda dicho optimismo en las evaluaciones.

Si se hubiera incluido a la sociedad civil y a las comunidades en el proceso de evaluación, podrían haber advertido de que los Gobiernos habían creado autoevaluaciones demasiado optimistas. Sin embargo, no se les incluyó.

C. PROPUESTAS PARA UN TRATADO SOBRE PANDEMIAS Y EL PAPEL DE LA SOCIEDAD CIVIL (O LA FALTA DE ESTE)

Como la pandemia de COVID-19 dejó claro que el RSI y sus herramientas de evaluación relacionadas no eran adecuados para su propósito, los países han puesto en marcha iniciativas a través de las plataformas de la OMS para revisar el RSI, y algunos han pedido que se elabore un nuevo tratado sobre pandemias que pueda cubrir las deficiencias en la gobernanza sanitaria mundial, fortalecer la cooperación entre los países y generar nuevos recursos financieros para la prevención, preparación y respuesta frente a pandemias.

Así, en noviembre de 2021, los Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud, uno de los órganos de gobernanza de la OMS, establecieron un Órgano de Negociación Intergubernamental para redactar y negociar un nuevo tratado y un Grupo de Trabajo sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias (OMS, s.f.).

El proceso que sigue el Órgano de Negociación Intergubernamental está dirigido por los Estados Miembros y, una vez más, no existe ningún mecanismo formal de participación de la sociedad civil. Gracias a la presión de la sociedad civil, en abril de 2022, el Órgano de Negociación Intergubernamental sí celebró audiencias públicas, pero las intervenciones orales se limitaron a declaraciones de dos minutos y los escritos a 250 palabras (Hodgson y Davis, 2022). Los grupos de la sociedad civil “en relaciones oficiales” con la OMS pueden asistir a las reuniones del Órgano de Negociación Intergubernamental y, a veces, formular comentarios, pero estas oportunidades son limitadas. La Alianza de la Sociedad Civil para los Derechos Humanos en el Tratado sobre Pandemias, de la que el INPUD es miembro, promueve una participación más significativa de la sociedad civil y las comunidades en el proceso. Una propuesta ha sido que se establezca una Conferencia Ampliada de las Partes para la gobernanza del tratado pandémico, que podría incluir a la sociedad civil junto con otras partes interesadas. Aunque algunos grupos de la sociedad civil han respaldado esta idea, otros han expresado su preocupación por el hecho de que esto abriría un espacio para que grandes corporaciones y fundaciones privadas, como la Fundación Bill y Melinda Gates, pudieran ejercer su influencia (KEI, 2022). Puede que aún sea necesario un debate más amplio para determinar qué papel, si es que lo hay, desempeñará la sociedad civil en la futura Conferencia Ampliada de las Partes.

En diciembre, el Órgano de Negociación Intergubernamental se reunió para debatir la elaboración de un *proyecto preliminar conceptual* del tratado, en el que se proponían conceptos que podrían incluirse en un futuro proyecto preliminar. Algunos conceptos eran la equidad, la transferencia de tecnología, la propiedad intelectual, las reformas normativas, las propuestas para la investigación y desarrollo en el futuro (I+D), el intercambio de información, One Health (que aborda la relación entre los seres humanos, los animales y el medio ambiente), el financiamiento y la gobernanza. El proyecto preliminar conceptual aborda la equidad entre los países, y también hace un llamamiento a la colaboración entre los Estados y “la sociedad civil, las comunidades y los agentes no estatales, incluido el sector privado” (OMS 2022, pág. 23). Aunque hace hincapié en la necesidad de financiamiento, no aborda dicha necesidad en relación con las respuestas dirigidas por la comunidad. Algunas observaciones de la sociedad civil sobre el borrador señalaron la falta de una referencia clara a las obligaciones de los Gobiernos en virtud de la legislación sobre derechos humanos (Privacy International, 2022).

En INPUD (2022b) se incluye una declaración sobre el *proyecto preliminar conceptual* y su distribución entre los Estados Miembros que participan en el proceso del Órgano de Negociación Intergubernamental, así como a la Unidad de Gobernanza de la OMS. En la declaración se pide apoyo para las respuestas dirigidas por la comunidad y basadas en

pares; para las innovaciones en la atención, como las flexibilidades de la TSO; para los recursos destinados a prevenir la violencia de género que afecta a las mujeres que consumen drogas y responder a esta; y para la participación significativa de las comunidades en todos los aspectos de la prevención, la preparación y la respuesta frente a pandemias (INPUD, 2022d).

El proyecto preliminar conceptual servirá para fundamentar un borrador preliminar del tratado, que se compartirá a principios de febrero de 2023 para su discusión por el Consejo Ejecutivo de la OMS. Los grupos de redacción comenzarán las negociaciones sobre el texto. Está prevista una actualización del proceso para la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2023.

D. DERECHOS HUMANOS, IGUALDAD DE GÉNERO Y DESCOLONIALIDAD

Aunque un tratado sobre pandemias podría aportar muchos beneficios a la coordinación sanitaria mundial, los críticos han expresado su preocupación por la necesidad de abordar desigualdades subyacentes más amplias, como por ejemplo las desigualdades de género y las repercusiones duraderas del colonialismo, al tiempo que se refuerzan las protecciones en materia de derechos humanos. Antes de pasar a los resultados de la investigación de la INPUD, es importante presentar estas críticas.

La OMS define la seguridad sanitaria mundial como “las actividades necesarias, tanto proactivas como reactivas, para minimizar el peligro y la repercusión de los episodios agudos de salud pública que ponen en peligro la salud de las personas a través de las regiones geográficas y las fronteras internacionales” (OMS, s.f.). En la práctica, los debates sobre la seguridad sanitaria mundial se han centrado en gran medida en frenar las enfermedades infecciosas emergentes como el VIH, el Zika, el SRAS y el ébola en el “Sur Global” que podrían propagarse al “Norte Global”, en lugar de abordar las preocupaciones sanitarias prioritarias de los países de ingresos bajos y medianos.

Para algunos, esto plantea la pregunta siguiente: ¿la seguridad *de quién* se está promoviendo en la seguridad sanitaria mundial? En Hassan se sostiene que “la seguridad sanitaria mundial no es mundial en esencia, y sirve para proteger los intereses y la seguridad de quienes ocupan posiciones de poder” (Hassan, 2022). Un movimiento global para descolonizar la sanidad mundial ha hecho hincapié en la necesidad de alejar la toma de decisiones, el poder y el financiamiento de las agendas impulsadas por los donantes, y dirigirla hacia los países de ingresos bajos y medianos. Algunos sostienen que con el proceso relativo al tratado sobre pandemias se desvía la atención de la necesidad de abordar los daños causados por el capitalismo y la desigualdad económica mundial. Cabe la posibilidad de que los futuros mecanismos de salud mundial integrados por múltiples partes interesadas faciliten el dominio continuado de las grandes empresas y otros intereses privados, con lo que se reforzarían esas desigualdades en lugar de remediarlas (Dentico et al., 2021). Otros han argumentado que centrarse en la seguridad sanitaria mundial desvía la atención de la necesidad de reforzar los sistemas de salud y de abordar

los determinantes subyacentes de la salud, como la vivienda, el agua y la educación. Las organizaciones de la sociedad civil han expresado su preocupación por la marginación de los derechos humanos en el proceso del tratado sobre pandemias (The Civil Society Alliance for Human Rights in the Pandemic Treaty, 2022; Davis *et al.*, 2021).

Desde el sector académico feminista también se argumenta que “debido a que la seguridad sanitaria mundial carece de un compromiso feminista sustantivo, las políticas creadas para gestionar un brote de enfermedad se centran en proteger las economías y la seguridad del Estado y fracasan en gran medida a la hora de proteger a las mujeres” (Wenham, 2021). Esta crítica exige que se preste más atención a “la visibilidad, la reproducción social y estratificada, la interseccionalidad y la violencia estructural” (*ibidem*).

Todas estas críticas contribuyen a crear un debate más amplio en el que la INPUD puede aportar contribuciones únicas, basadas en sus propios conocimientos y experiencia. Al centrarse en las necesidades de los marginados, la INPUD puede defender un proceso que sea válido para todos. La INPUD también puede ayudar a asegurar que las innovaciones positivas que surgieron durante la pandemia de COVID-19 para las personas que usan drogas, como el aumento del acceso a la TSO y otros servicios de reducción de daños y flexibilidades (Kesten *et al.*, 2021; Aponte-Melendez *et al.*, 2021), y el reconocimiento de la importancia de la ayuda mutua dentro de las comunidades (Boucher *et al.*, 2022), se mantengan y se apliquen en el derecho internacional. La INPUD también puede promover la inclusión significativa de las personas que usan drogas en la gobernanza sanitaria mundial, más allá del sector del VIH y la necesidad de financiar las respuestas dirigidas por la comunidad como parte fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud en relación con la preparación y la respuesta frente a pandemias.

3. Métodos de investigación

El estudio se basó en las investigaciones anteriores de la INPUD durante la pandemia de COVID-19, y pretendía profundizar en ellas para responder a las preguntas de investigación siguientes:

1. ¿Cuáles fueron las causas de algunos de los daños y desafíos a los que se enfrentaron las personas que usan drogas durante la pandemia de COVID-19, cuáles fueron algunas de las innovaciones positivas (tecnológicas, políticas y dirigidas por la comunidad, entre otras) que atenuaron las repercusiones de la COVID-19, y cuáles son las repercusiones y resultados permanentes de la pandemia y en relación con la respuesta de esta comunidad?
2. ¿Hasta qué punto estaban preparados los Gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil (incluidas las redes dirigidas por pares) para abordar las necesidades de las poblaciones criminalizadas y marginadas, incluidos a) los riesgos relacionados con la ampliación de la vigilancia y la actuación policial durante la pandemia, y b) las repercusiones de las múltiples pandemias simultáneas (COVID-19, VIH, VHC, tuberculosis)?
3. ¿Qué podemos aprender de la pandemia de COVID-19 para mejorar en la preparación y respuesta frente a pandemias en el futuro?

Para responder a estas preguntas, el estudio utilizó un enfoque de investigación-acción participativa, en el que la población objeto de estudio participó en el diseño, la recopilación de datos y el análisis, y reflexionó sobre los resultados a la hora de adoptar medidas. Para ello, el personal del INPUD participó en el estudio como coinvestigador principal y creó una Junta de Investigación Comunitaria, que revisó todos los instrumentos de investigación, participó en el estudio y revisó los documentos finales.¹

El estudio utilizó un triple enfoque para la recopilación de datos:

1. **Revisión documental.** El equipo de investigación llevó a cabo una revisión documental de la literatura académica y gris relativa al tratado sobre pandemias y las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en las personas que usan drogas.
2. **Entrevistas a informantes clave.** El equipo de investigación realizó entrevistas cualitativas semiestructuradas a ocho líderes de redes nacionales o regionales de personas que usan drogas, que incluían a individuos de siete de las ocho regiones geográficas de la INPUD. Las entrevistas se realizaron entre el 3 y el 28 de octubre de 2022. Cada entrevista duró entre 30 minutos y una hora y se realizaron mediante Zoom. El objetivo de las entrevistas era conocer las experiencias de la comunidad representada durante la COVID-19, las repercusiones duraderas y formular recomendaciones en materia de políticas.

1. Miembros de la Junta de Investigación Comunitaria: Anton Basenko, Ernesto Cortés, Yatie Jonet, Angela McBride y Danielle Russell.

3. **Seminarios web y debates de grupos focales.** El equipo de investigación llevó a cabo tres seminarios web de una hora de duración para que miembros de la INPUD pudieran participar en el proceso de elaboración del estudio en calidad de coaprendices. A continuación, se celebraban debates de grupos focales en línea de una hora de duración con participantes que se identificaron como personas que usan drogas. Un total de 35 personas participaron en los seminarios web y en los debates de los grupos focales, en concreto participaron 18 y 10 personas en el primer y el segundo debates de grupos focales respectivamente, y siete personas en el tercer seminario web.
- a. El primer seminario web y debate de grupos focales del 19 de septiembre de 2022 se tituló Preparación y respuesta frente a pandemias para las personas que usan drogas. Contó con las presentaciones de un experto en evaluaciones nacionales de la preparación y respuesta frente a pandemias mediante la herramienta SPAR, y una presentación de los resultados de la encuesta de la INPUD de 2020, junto con preguntas y respuestas. El debate de grupos focales, de una hora de duración, exploró la experiencia de los miembros de la INPUD durante la pandemia de COVID-19.
 - b. El segundo seminario web y debate de grupos focales del 5 de octubre de 2022 se tituló ¿Necesitamos un Tratado sobre Pandemias? Contó con las presentaciones de un miembro del Alianza de la Sociedad Civil explicando por qué consideran valioso participar en el proceso, una crítica del proceso compartida por un ponente del Geneva Global Health Hub (G2H2) y reflexiones de la INPUD. El seminario web fue seguido de un debate de grupos focales de una hora en el que se exploraron preguntas y preocupaciones sobre el tratado.
 - c. El tercer y último seminario web y debate de grupos focales se celebró el 5 de diciembre de 2022. El equipo de investigación presentó los resultados iniciales de la investigación y el análisis conjunto. Durante la segunda mitad del seminario web, los participantes debatieron los resultados y el borrador de las recomendaciones políticas. Dado que el tercer seminario web se centró en la discusión del borrador de resultados y recomendaciones y no incluyó entrevistas, no se recopilaron datos demográficos.

Codificación.

Todas las entrevistas y los debates de grupos focales se transcribieron y, a continuación, se codificaron y analizaron utilizando Dedoose, una plataforma basada en la nube para análisis cualitativos. Tres coinvestigadores principales e investigadores de la INPUD y del Instituto Universitario de Altos Estudios Internacionales de Ginebra elaboraron un libro de códigos compartido basado en la revisión bibliográfica y en los estudios anteriores de la INPUD, y analizaron de manera deductiva temas y patrones en las transcripciones, cada una de las cuales se sometió a la revisión de un segundo codificador.

Ética.

Los principales riesgos para los participantes incluyeron a) el riesgo de que se les identificara fuera del contexto del debate de grupos focales o de las entrevistas a informantes clave como personas que usan drogas o como personas que viven con problemas de salud estigmatizados (como el VIH, el VHC, la tuberculosis); b) el riesgo de volver a

Voces de las personas que usan drogas

revivir una situación traumática al revelar el daño experimentado durante la pandemia de COVID-19, que podría incluir experiencias de abusos, pérdida, mala salud u otras experiencias traumáticas; c) el riesgo de que un participante critique a un interlocutor influyente (un agente estatal, un organismo de las Naciones Unidas, un organismo donante o una organización poderosa de la sociedad civil) y ello se comparta fuera de los debates de grupos focales o de las entrevistas a informantes clave y que conlleve repercusiones para el individuo en cuestión.

Para hacer frente a estos riesgos, el registro corrió a cargo de personal de la INPUD. Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito al registrarse. Se animó a los participantes a que utilizaran seudónimos y no utilizar cámaras. Los investigadores utilizaron códigos para referirse a todos los participantes de los debates de grupos focales y de las entrevistas a informantes clave en todas las comunicaciones dentro del equipo.

Muchos optaron por utilizar sus nombres reales, ya que los participantes en el estudio tienen experiencia en hacer frente a estos riesgos y otros relacionados en su labor de promoción nacional y mundial en curso. Como coinvestigadores principales, el personal de la INPUD también desempeñó un papel central en el examen de los riesgos potenciales y de cómo mitigarlos en el proceso.

4. Resultados

A. MUESTRA

Un total de 43 personas participaron en el estudio, concretamente 8 en las entrevistas a informantes clave y 35 en los debates de los grupos focales.

En general, los participantes en los debates de grupos focales eran predominantemente hombres (45%, n=35) con un número significativo de mujeres (34%, n=35) y dos personas no binarias; cinco se negaron a especificar su identidad de género. El 37% de los participantes en los debates de grupos focales tenían entre 36 y 45 años, mientras que el 31% tenían entre 26 y 35 años. Los miembros africanos de la red estaban bien representados, siendo menor el número de los procedentes de América Latina y el Caribe, quizá en parte por cuestiones de idioma y zona horaria. Este reparto equilibrado entre los participantes fue similar en las entrevistas a informantes clave (véase la tabla 1 y las figuras 1, 2 y 3.)

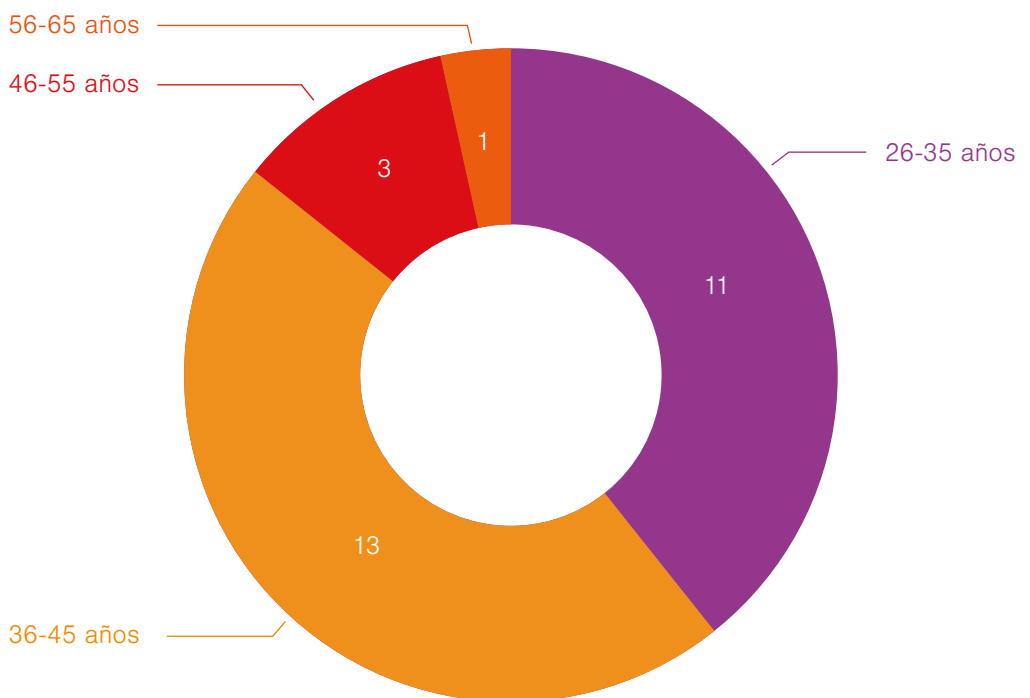


Figura 1. Rango de edad de los participantes en los debates de grupos focales*

* Siete de los 35 participantes decidieron no especificar a qué rango de edad pertenecían.

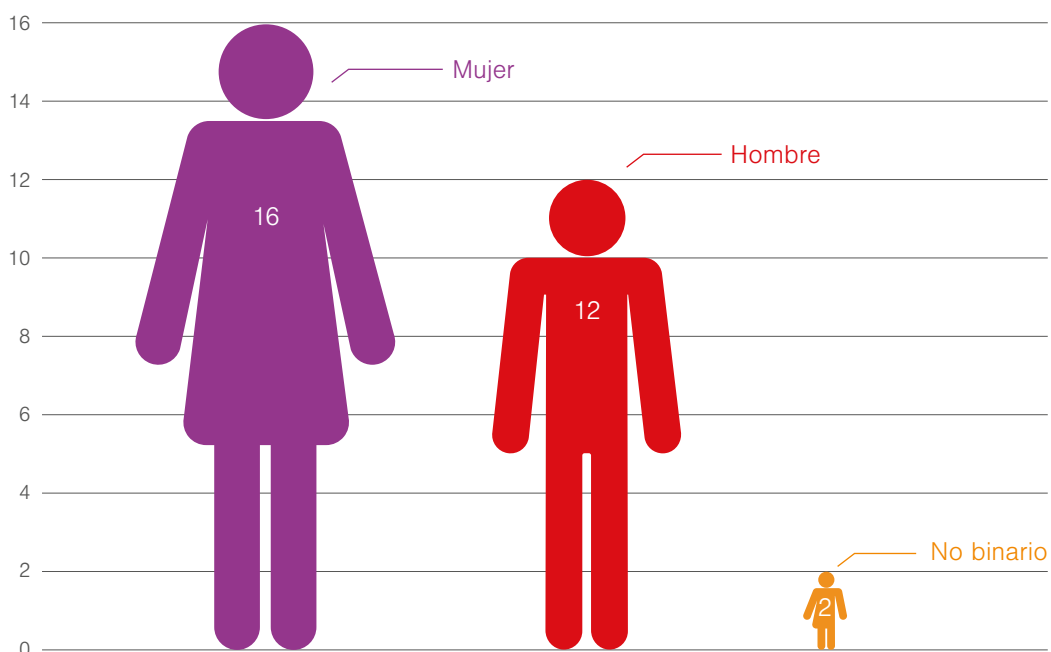


Figura 2. Identidades de género de los participantes en los debates de grupos focales*

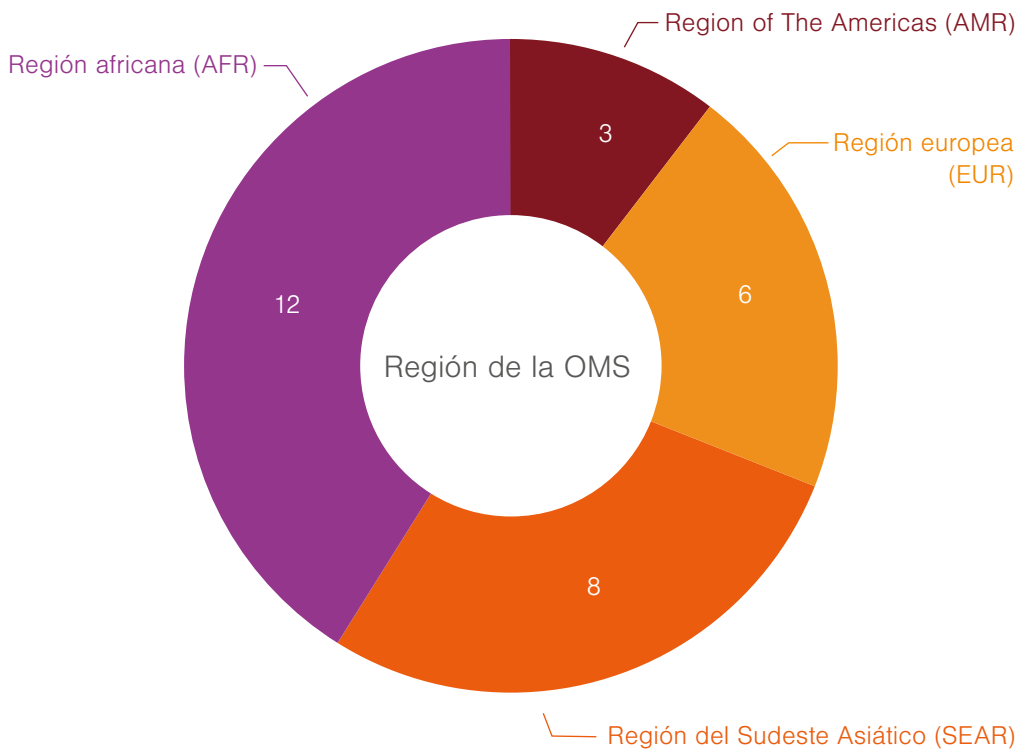


Figura 3. Regiones geográficas de los participantes en los debates de grupos focales **

* Cinco de los 35 participantes no facilitaron información sobre su identidad de género.

** Seis de 35 participantes no facilitaron sus regiones geográficas.

Número de ID	Género	Red	Región geográfica de la OMS
KII-1	Hombre	Red Africana de Personas que Usan Drogas (AfricaNPUD)	Región africana (AFR)
KII-2	Mujer	Red Sudafricana de Personas que Usan Drogas (SANPUD)	Región africana (AFR)
KII-3	Mujer	Harm Reduction Victoria	Región del Pacífico occidental (WPR)
KII-4	Hombre	Red Latinoamericana de Personas que Usan Drogas (LANPUD)	Región de las Américas (AMR)
KII-5	Hombre	Red Europea de Personas que Usan Drogas (EuroNPUD)	Región europea (EUR)
KII-6	Mujer	Red Euroasiática de Personas que Usan Drogas (ENPUD)	Región europea (EUR)
KII-7	Hombre	Foro de Usuarios de Drogas de la India	Región del Sudeste Asiático (SEAR)
KII-8	Hombre	Asociación Canadiense de Personas que Usan Drogas (CAPUD)	Región de las Américas (AMR)

Tabla 1. Lista de entrevistas a informantes clave

B. TEMAS

Los entrevistados compartían muchas preocupaciones similares. Algunas de estas eran:

- la repercusión económica de las restricciones de la pandemia en una comunidad ya precaria;
- el aumento de la violencia (incluida la violencia de género y la ejercida por la policía);
- los desafíos para acceder a los servicios de salud, incluida la TSO.

Al mismo tiempo, los participantes describieron algunas importantes innovaciones positivas que deberían continuar, como la flexibilidad en el acceso a los servicios de reducción de daños y la impresionante movilización de las organizaciones y redes dirigidas por la comunidad para hacer frente a unas necesidades sin precedentes.

Los participantes también reflexionaron sobre los desafíos que plantea el acceso a los fondos para las organizaciones dirigidas por la comunidad, con comentarios para los donantes clave.

Estos temas se tratan a continuación con más detalle antes de pasar al análisis.

1. Repercusión económica de la COVID-19

“La gente perdía sus trabajos; la gente perdía a sus familias; la gente posponía sus necesidades de salud”. (KII-6)

Aunque la pandemia de COVID-19 ha tenido graves repercusiones económicas en la población en general, estas repercusiones las han sentido especialmente las personas que usan drogas, dada la precariedad económica de muchos miembros de la comunidad.

Voces de las personas que usan drogas

Más de una cuarta parte de los participantes en el estudio describieron las repercusiones económicas de la pandemia de COVID-19.

Las restricciones impuestas por el Gobierno en relación con la COVID-19, como las órdenes de permanecer en casa y las restricciones de viaje y movimiento, despojaron a muchas personas de sus medios de subsistencia y de su seguridad económica. Este fue especialmente el caso de quienes trabajaban en la industria del turismo y en el sector informal, como los trabajadores del sexo y otras personas que dependían del empleo diario para satisfacer sus necesidades básicas, según los participantes de África, el Sudeste Asiático y Europa (KII-1, KII-5, FGD1-N1). En la zona costera de Kenya, los participantes en el debate de puntos focales FGD2-N3 afirmaron que las órdenes de restricción de movimientos del Gobierno tenían un efecto directo sobre la industria turística, de la que dependen muchas personas que usan drogas para obtener ingresos. En el Reino Unido, el cierre de la industria turística repercutió en las comunidades callejeras de personas que usan drogas, que dependen de la mendicidad o del hurto para sobrevivir (KII-5). En la red regional africana, los informantes clave entrevistados (KII-1) dijeron:

“En primer lugar, nos veían como consumidores de drogas; pero en segundo lugar, también violábamos el toque de queda. Tenemos que desplazarnos para ir a buscar nuestras drogas, tenemos que desplazarnos para buscar algo de comer, para hacer un pequeño trabajo”. (KII-1)

La carga era aún mayor para las mujeres que usan drogas, según varias entrevistadas (KII-1, KII-2, KII-4). Como explicaron los informados clave entrevistados (KII-1), muchas mujeres que eran las principales cuidadoras de niños u otras personas dependientes no podían mantenerlos sin ingresos. Cuando las mujeres que usan drogas eran encarceladas como consecuencia del aumento de la vigilancia policial en las calles, a veces los niños se quedaban solos. Las mujeres que se dedicaban al trabajo sexual, sobre todo las que trabajaban en la calle, eran objetivos más visibles de la vigilancia policial y ello reducía las posibilidades de tener clientes, con lo que se incrementaban los riesgos de que fueran objeto de explotación y abuso (KII-2, KII-4).

Los entrevistados describieron que tuvieron que hacer frente a importantes desafíos para mantener el acceso a la vivienda. En el Reino Unido, los informantes clave entrevistados (KII-5) notificaron que los Gobiernos consiguieron poner viviendas a disposición de muchas personas que usan drogas que las necesitaban. En el Canadá y Australia, los participantes en el estudio afirmaron que al principio los Gobiernos sí ofrecieron viviendas a las personas durante la pandemia de COVID-19. Lamentablemente, una vez que se levantaron las restricciones y reabrieron los negocios, en algunos casos, las personas se vieron obligadas a volver a las calles (KII-8, KII-3). En Costa Rica, los informantes clave entrevistados (KII-4) dijeron que, aunque se habilitaron refugios, a medida que la pandemia continuaba, las autoridades los cerraron y obligaron a la gente a volver a vivir en la calle o en otras circunstancias precarias de alojamiento. En Sudáfrica, los informantes clave entrevistados (KII-2) también dijeron que los refugios

estuvieron disponibles inicialmente, pero que los Gobiernos no parecían dispuestos a mantenerlos a largo plazo.

Para mitigar la repercusión económica de las restricciones, los Gobiernos pusieron algunas prestaciones a disposición de las personas sin empleo. Sin embargo, los entrevistados describieron estas medidas como insuficientes y a menudo no sostenidas a largo plazo (KII-3, KII-2, KII-1). Por ejemplo, en Sudáfrica, los informantes clave entrevistados (KII-2) dijeron que se había producido un pequeño aumento de los fondos de desempleo, pero no lo suficientemente como para que una persona pudiera sobrevivir durante un mes. La falta de un apoyo suficiente y sostenido provocó que algunos no pudieran hacer frente al pago de servicios esenciales, como las pruebas de la COVID-19, que en Nigeria costaban a los participantes en el debate de grupos focales FGD2-N1 entre 50 y 100 dólares.

La combinación de pérdida de ingresos y vivienda inestable o en condiciones de hacinamiento dejó a muchas personas que usan drogas en la calle y expuestas a una mayor vigilancia policial, así como a un mayor riesgo de violencia.

2. Vigilancia policial, violencia y violencia de género

Las medidas de salud pública de la COVID-19 también repercutieron en la seguridad física: en muchos países, había más policías en las calles durante las restricciones de la COVID-19 que normalmente. Como resultado, el 29% de los participantes en el estudio describieron que se produjo un aumento de las detenciones, los arrestos y los abusos policiales. Las mujeres que usan drogas, que además carecían de acceso a servicios centrados en las supervivientes, informaron de que se produjo un incremento significativo de los casos de violencia de género.

Los confinamientos y los toques de queda impuestos por los Gobiernos hicieron más visibles a las personas que vivían o trabajaban en la calle y, como consecuencia, fueron objeto de más violencia y acoso policial (KII-1, KII-3, KII-4, KII-5, FGD2-N2). Los participantes también notificaron un aumento de la violencia vinculado a la desesperación económica que mucha gente experimentaba, concretamente, en algunos casos, aumentaron los robos locales entre las personas que usan drogas (KII-5). Un participante de Kenya también notificó un aumento de la “injusticia colectiva” o de la violencia de los vigilantes contra las personas que usan drogas (FGD2-N3).

Esto incluía un aumento de los abusos policiales como parte de la aplicación de las restricciones de la COVID-19, lo que exponía de forma desproporcionada a las personas que usan drogas que viven o trabajan en la calle. Los entrevistados afirmaron que las autoridades de las regiones de África y el sudeste asiático exigían que las personas llevaran documentación encima en todo momento, algo de lo que carecían las que vivían o trabajaban en la calle (KII-1, FGD1-N1). En Sudáfrica, los informantes clave entrevistados (KII-2) describieron que la policía acosaba a las personas que volvían a sus refugios después de reunirse con comerciantes o traficantes.

Voces de las personas que usan drogas

En el Reino Unido, los informantes clave entrevistados (KII-5) notificaron que la policía utilizaba las normas y reglamentos de la COVID-19 como excusa para perseguir y castigar a las personas que usan drogas. Esto incluía “controles de bienestar” sin previo aviso en domicilios privados, con multas para las personas que se reunían para consumir drogas infringiendo las restricciones de la COVID-19. En Australia, los informantes clave entrevistados (KII-3) recordaron que los Gobiernos cerraron nueve torres de viviendas públicas en Melbourne sin previo aviso, y un amigo que había estado visitando el complejo de viviendas para comprar drogas acabó atrapado en el edificio mientras duró el confinamiento. En Portugal, un participante en el estudio notificó que la policía vigilaba continuamente a las mujeres que usaban drogas, las identificaba y seguía controlándolas (DGF1-N4).

La policía era a menudo la principal intermediaria entre el Estado y la comunidad. Los informantes clave entrevistados (KII-4) expresaron su frustración por el hecho de que los Gobiernos aumentaran la vigilancia policial en lugar de proporcionar el apoyo que se necesitaba urgentemente:

“Los Gobiernos no llegan a todas partes. Los servicios sanitarios no llegan a las casas de crack, ya sabes, o a las zonas de trabajo sexual. Al final, es la policía la que va allí, y... sus acciones eran más punitivas y no... orientadas a la salud.” (KII-4)

Los participantes notificaron que la violencia policial también había aumentado (KII-1, KII-2, KII-3, KII-4, FGD1-N1). En el Reino Unido, los informantes clave entrevistados (KII-5) notificaron que, en algunos casos, la policía o los guardias de seguridad que evitaban detener a las personas debido a las restricciones de la COVID-19 utilizaban en su lugar la violencia contra las personas que usan drogas como castigo extrajudicial por robar en tiendas. En el Ecuador y México, los informantes clave entrevistados (KII-4) notificaron casos de policías que obligaban a las personas que usan drogas a hacer cantidades excesivas de abdominales u otros ejercicios, así como de otros tratos abusivos y punitivos en la calle.

Las mujeres que usan drogas notificaron un fuerte aumento de la violencia de género, ya sea por parte de sus parejas, de otros miembros de la comunidad o de las fuerzas del orden. Los confinamientos, los toques de queda y los cierres de negocios atrapaban a las mujeres con parejas que las maltrataban dentro de sus casas sin ningún lugar al que acudir en busca de apoyo (KII-4, FGD2-N4).

Cuatro entrevistados de la región del sudeste asiático, la región africana y Costa Rica afirmaron haber sido testigos de aumentos significativos de la violencia de género, la violencia de pareja y la estigmatización y la discriminación (FGD1-N1, KII-4, FGD2-N1, FGD1-N2). En un próximo informe de EuroNPUD sobre la violencia de género durante la pandemia se detalla el aumento de la violencia hacia las mujeres que usan drogas por parte de sus parejas, la policía y otras personas en la calle.

Un enfoque de la violencia de género centrado en las supervivientes trata de empoderar a estas últimas centrándose en sus necesidades y preferencias, y en particular incluye el

acceso a la atención sanitaria, la atención de la salud mental y el apoyo psicosocial, la protección o la seguridad y el acceso a la justicia (UNFPA, 2012). Sin embargo, los participantes afirmaron que el aumento de la violencia de género experimentada por las mujeres que usan drogas durante la COVID-19 no se abordó con un mayor apoyo médico o psicosocial, y que las supervivientes a menudo carecían de canales para denunciar la violencia.

Los informantes clave entrevistados (KII-1) explicaron que algunos de los casos de violencia de género en África se notificaban, pero que muchas víctimas guardaban silencio debido a las normas culturales. Otro participante en un debate de grupos focales de la región africana dijo que “había muchas violaciones y violencia de género que afectaban a las mujeres que usan drogas”, pero que pocas mujeres tenían acceso a los centros de salud sexual y reproductiva, ya que estos habían sido reutilizados para la COVID-19 (FGD1-N7). Como explicaron los participantes del debate de grupos focales FGD2-N4 de la región del sudeste asiático, cuando las mujeres que usan drogas sufren abusos, a menudo carecen de un canal para denunciarlo:

“Incluso la concienciación sobre qué se puede hacer, dónde se puede ir cuando ocurren estas cosas... y hacer que esos servicios se presten realmente. Es realmente frustrante porque no hay nada. Quiero decir, ¿a dónde ir? ¿con quién hablas? Vas a la policía y te dicen: ‘Oh, resuélvelo tú misma’, y realmente no puedes ir allí debido a la grave estigmatización y la discriminación... Automáticamente te etiquetan como alguien que no merece ayuda, alguien que no merece la pena”. (FGD2-N4)

En Sudáfrica, los informantes clave entrevistados (KII-2) dijeron que aunque había campañas y movimientos de larga duración para acabar con la violencia de género, con mucha publicidad y activismo, sigue habiendo una falta de acción real.

3. Desafíos en el acceso a los servicios de salud

El 38% de los participantes comunicaron que había problemas para acceder a los servicios de salud, lo que revela las múltiples repercusiones de vivir simultáneamente con varias pandemias (la COVID-19, el VIH, la tuberculosis y la hepatitis C). Algunos problemas se debieron a la interrupción generalizada de los servicios durante las restricciones de la COVID-19, y a las perturbaciones relacionadas con las cadenas de suministros. Sin embargo, en ocasiones se restó prioridad a los servicios de reducción de daños o se cerraron, con efectos desastrosos para quienes dependían de ellos. Los participantes también describieron las repercusiones persistentes de la estigmatización y la discriminación del sector sanitario contra las personas que usan drogas.

Para las personas seropositivas o afectadas por la tuberculosis o la hepatitis C, las perturbaciones de los servicios sanitarios podrían ser desastrosas. En Nigeria, la India y Kenya, los participantes describieron cómo las restricciones de movimiento impedían a las personas que viven con el VIH y a las afectadas por la tuberculosis acceder al tratamiento (FGD1-N1, FGD1-N7, FGD1-N8). Con las cadenas de suministro mundiales interrumpidas, algunos países carecían de medicamentos esenciales; otros acapararon sus suministros,

lo que provocó desabastecimientos. Por ejemplo, en Costa Rica, un participante describió la falta de tratamiento antirretroviral y señaló que el Ministro de Salud había dicho que todos los fondos disponibles se habían dedicado a la respuesta a la COVID-19 (KII-4). En Australia, los informantes clave entrevistados (KII-3) señalaron que muchos servicios de los que dependía la comunidad —como duchas públicas, comidas y otras necesidades básicas— se cerraron durante la COVID-19.

En muchos países, la TSO y otros servicios de reducción de daños se suspendieron durante la COVID-19, porque no se les dio prioridad. En Georgia, el Gobierno cerró un programa de distribución de TSO para consumo domiciliario; en Kazajstán, el acceso a la metadona se interrumpió durante un mes (KII-6). En el Reino Unido, los programas de intercambio de agujas y jeringas proporcionados por farmacias redujeron su horario de cinco tardes a la semana, a dos tardes a la semana; para facilitar el distanciamiento social, trasladaron sus servicios a la calle, a la vista del público, lo que dificultó el uso de los servicios para muchos (KII-5). En los Estados Unidos, los participantes del debate de grupos focales FGD1-N6 compartieron que su clínica de metadona prestó servicios de telesalud que permitían a los proveedores de atención sanitaria trabajar a distancia, aunque seguían exigiendo a los pacientes que acudieran a las citas en persona.



ESTUDIO DE CASO

Programa de intercambio de agujas y jeringas dirigido por pares

Cuando el programa de intercambio de agujas y jeringas de una ciudad del Reino Unido restringió drásticamente su horario en virtud de las restricciones de la COVID-19 y empezó a funcionar también en un espacio público, un miembro de la INPUD temió que se produjera un brote importante de VIH, por lo que pasó a la acción. En cuestión de semanas, movizaron a los proveedores de drogas locales y a las personas cuyos hogares se utilizaban para el consumo de drogas, y juntos empezaron a distribuir aproximadamente 1.500 agujas y jeringas al mes. Esta intervención dirigida por pares pronto representó casi el 60% de la distribución de agujas y jeringas en el área local.

Aunque fue un éxito, el programa informal y espontáneo no se había negociado formalmente con las autoridades. Dos años después, los asociados locales se están reuniendo para negociar cómo funcionará este programa en el futuro. Las autoridades británicas están pidiendo a la red que les enseñe a mantener sus servicios, y han surgido nuevos fondos de financiamiento. Una consulta reciente entre el programa de intercambio de agujas y jeringas entre pares y el servicio local de drogas ha convertido ahora el programa en una asociación sostenible, y se ofrece a los pares locales la posibilidad de participar en un programa de trabajo entre pares formal e incentivado para que puedan seguir desarrollando esta iniciativa espontánea.

Voces de las personas que usan drogas

En Ucrania, según los informantes clave entrevistados (KII-6), aunque los miembros de la comunidad intentaron advertir a las autoridades de la posibilidad de que se agotaran las existencias, no se dio prioridad a la adquisición de TSO antes del conflicto. Una vez iniciada la guerra, el Gobierno carecía de los suministros necesarios. La gente redujo sus dosis para que los suministros duraran más, pero cuando los niveles de existencias volvieron a la normalidad, los médicos se negaron a volver a recetar las dosis originales (KII-6).

En Sudáfrica, un entrevistado notificó un abastecimiento insuficiente de suministros para la reducción de daños, en particular agujas y jeringas, y no existían paquetes de uso seguro de estimulantes (KII-2). En la India, las existencias de metadona y buprenorfina del Gobierno, que debían durar un año, no llegaron ni a siete meses (FGD1-N9).

La falta de suministros adecuados también se extendió a los equipos de protección individual (EPI) necesarios para la prevención de la COVID-19. Los informantes clave entrevistados (KII-1) explicaron que, aunque las redes africanas recibían EPI de Frontline AIDS, los fondos no se renovaban y la gente terminaban por utilizar artículos de “un solo uso” varias veces.

Allí donde había servicios disponibles, el acceso se veía obstaculizado por la estigmatización y la discriminación constantes que afectaban a las personas que usan drogas. Los participantes afirmaron que se estigmatizaba a quienes intentaban acceder a los servicios de salud pero no tenían acceso a una ducha (KII-2). Según uno de los participantes, las personas identificadas previamente por el personal del hospital como consumidores de drogas eran atendidas en último lugar (DGF2-N1).

El miedo a la estigmatización y la discriminación impidió que muchas personas que usan drogas se vacunaran y accedieran a otros servicios sanitarios esenciales. En Ucrania, se pidió a la gente que facilitara información personal, en particular sobre su estado de salud, para inscribirse en la vacuna contra la COVID-19; pero los informantes clave entrevistados (KII-6) dijeron que muchos miembros de la comunidad tenían miedo de compartir esta información. En la India, los participantes del debate de grupos focales FGD2-N4 explicaron que muchos compañeros han evitado la vacunación hasta ahora, por miedo a que los proveedores de atención sanitaria les exijan documentación que no pueden proporcionar.

Como subrayaron los participantes del debate de grupos focales FGD2-N1:

“La criminalización ya impidió a mucha gente acceder a los servicios antes de que empezara la pandemia”. (FGD2-N1)

4. Rol esencial de los servicios dirigidos por pares

Mientras los Gobiernos se esforzaban por hacer frente a las repercusiones de la pandemia que afectaban a los medios de subsistencia, la vivienda, la seguridad y los servicios sanitarios en una movilización sin precedentes e históricamente significativa, las organizaciones dirigidas por la comunidad llenaron ese vacío.

Como explicaron los participantes del debate de grupos focales FGD1-N5, las lecciones aprendidas de la epidemia del VIH y los esfuerzos de respuesta habían preparado a muchos grupos comunitarios con la experiencia y los conocimientos necesarios para movilizarse rápidamente y prestar servicios. Las organizaciones dirigidas por la comunidad pusieron en marcha servicios de reducción de daños dirigidos por pares, compartiendo información sanitaria, proporcionando apoyo psicosocial y de salud mental y poniendo en contacto a los pares con los servicios. En varios países, ante el desabastecimiento y el cierre de los programas de reducción de daños durante la COVID-19, numerosos participantes afirmaron que los grupos dirigidos por pares pusieron en marcha nuevos programas de reducción de daños (KII-5, FGD2-N2, KII-3, KII-2). En el Reino Unido, Sudáfrica y Australia, las organizaciones dirigidas por la comunidad indicaron que habían eludido las restricciones burocráticas para hacerlo (KII-5, KII-2, KII-3).

En la India, las redes dirigidas por la comunidad coordinaron el acceso a naloxona y otros suministros para prevenir las sobredosis (KII-7). Las organizaciones canadienses dirigidas por pares crearon casas de transición especiales para las mujeres que usan drogas que se dedican al trabajo sexual, con personal de apoyo in situ para proporcionarles naloxona, suministros para un uso seguro y suministros para un sexo seguro (KII-8). En Sudáfrica, un centro de reducción de daños creado durante la pandemia de COVID-19 movilizó a educadores entre pares en bicicleta para hacer entregas a domicilio (KII-2). Otros participantes en el estudio también describieron la entrega de metadona y buprenorfina (FGD1-N9, KII-8, KII-5).

Las redes dirigidas por pares proporcionaron otros servicios sanitarios esenciales. En la India, las redes dirigidas por pares entregaron antirretrovirales en los hogares de las personas sometidas a las restricciones de la COVID-19 (FGD1-N5), así como EPI (KII-4, FGD2-N2). Proporcionaron asesoramiento en línea sobre salud mental (KII-4) y servicios móviles para suministrar vacunas contra la COVID-19 a las personas que no querían ir a las clínicas de vacunación (KII-3). Los entrevistados describieron la distribución de alimentos para las personas necesitadas (KII-5, KII-4, KII-2, KII-7, KII-8), la organización de ayudas económicas (KII-7, KII-5) y la puesta en contacto de las personas con una vivienda (KII-8).

Las redes dirigidas por pares también compartieron información de fácil uso sobre la COVID-19 y las vacunas en folletos en blanco y negro de una página que podían copiarse y distribuirse de forma económica, con lo que se combatía la desinformación con información sanitaria precisa.

Además, las redes dirigidas por pares continuaron con su labor habitual de educar a sus miembros sobre la política de drogas y sus derechos, celebrando sesiones de seminarios web de preguntas y respuestas sobre la despenalización, llevando a cabo cursos de alfabetización sobre la TSO y derechos (KII-5), documentando los obstáculos y desafíos con los servicios sanitarios y transmitiendo esta información a los funcionarios de la salud (DGF1-N3), así como realizando actividades de promoción ante los Gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas y los organismos donantes. En algunos casos, formaron nuevas alianzas: los informantes clave entrevistados (KII-7) señalaron que antes de la pandemia, las poblaciones clave de la India no disponían de una plataforma común para colaborar a escala nacional, pero que se creó una durante la crisis de COVID-19.

Para las comunidades que viven en la Ucrania afectada por el conflicto, estos amplios sistemas comunitarios puestos en marcha rápidamente durante la pandemia de COVID-19 están ayudando ahora a la comunidad a sobrevivir a la guerra. Como observó Anton Basenko, miembro de la Junta de Investigación Comunitaria:

“Todas las buenas y malas lecciones aprendidas de la adaptación de los servicios y el tratamiento, [incluidas] las respuestas al VIH y la reducción de daños en tiempos de la COVID-19, ayudaron definitivamente a Ucrania a estar muy preparada para la emergencia provocada por la guerra, y sin duda podrían ser utilizadas por otros países en otras respuestas de emergencia.”

A su vez, esta movilización provocó innovaciones pioneras en sistemas de salud más amplios.

5. Flexibilidades en la reducción de daños y otras innovaciones positivas

“Creo que los cambios en la TSO son potencialmente muy significativos. Creo que ahora que las ideas de elección, de llevarse a casa los productos de los tratamientos y de entender cómo son las alianzas terapéuticas adecuadas, creo que es algo realmente importante que debemos impulsar.” (FGD1-N3)

Aunque la pandemia de COVID-19 generó muchas dificultades, con el tiempo también surgieron innovaciones positivas. En varios países, las flexibilidades en materia de reducción de daños que los Gobiernos habían señalado durante muchos años que serían impracticables, si no imposibles, se pusieron a prueba con éxito durante la crisis. Surgieron nuevas colaboraciones entre organizaciones dirigidas por pares y Gobiernos para satisfacer nuevas necesidades, por ejemplo, un centro de cuarentena de la COVID-19 gestionado en colaboración por funcionarios de la salud con una red india de personas que usan drogas.

Los participantes de Kenya, la India, Australia y el Reino Unido describieron innovaciones en las flexibilidades para la reducción de daños, incluidas la ejecución de mayores flexibilidades y la ampliación de las dosis de TSO para consumo domiciliario (FGD2-N2,

FGD1-N5, KII-3, KII-5). En la India, se permitía a la gente llevarse a casa dosis de metadona para una media de tres días; en dos o tres estados, las dosis para consumo domiciliario aumentaron a 20-25 días (debido a la distancia que la gente debía recorrer para recoger su medicación) (FGD1-N5). En Australia, las dosis para consumo domiciliario aumentaron de cinco a 14 días en algunos contextos (KII-3). En el Canadá, los informantes clave entrevistados (KII-8) describieron innovaciones que incluyen la prescripción de suministros seguros medicalizados, farmacias que empiezan a proporcionar suministros para la reducción de daños y el uso seguro, y la disponibilidad de programas de naloxona para consumo domiciliario. Aunque estas flexibilidades podrían haberse producido con el tiempo, los informantes clave entrevistados (KII-8) explicaron que la pandemia fue el motor que impulsó su adopción.

Los informantes clave entrevistados (KII-5) informaron sobre un estudio en el que se descubrió que el 70% de las personas que usan drogas en Escocia reaccionaron positivamente a las dosis para consumo domiciliario. Los informantes clave entrevistados (KII-5) argumentaron que, al permitir que la mayoría de la población utilizara un sistema de tratamiento más flexible, los profesionales sanitarios disponen de más recursos para atender las necesidades del grupo más reducido de personas que se benefician de la atención en persona.

Aunque en general algunos participantes consideraban que estos cambios positivos eran objeto de un reconocimiento cada vez mayor, en Australia y el Canadá, dos participantes afirmaron que sus Gobiernos han reducido el número de dosis para consumo domiciliario permitidas (KII-3, KII-8).

Además de las dosis para consumo domiciliario, los entrevistados también describieron otras innovaciones positivas de los sistemas de salud durante la pandemia. Dos participantes del Canadá y Australia citaron casos de médicos que ofrecían servicios de tele-salud para los usuarios de TSO como un avance especialmente beneficioso para los que vivían en zonas más remotas (KII-8, KII-3). En Australia, los sistemas de salud también introdujeron flexibilidades como la “recogida por terceros” de los productos de la TSO para las personas con COVID-19 (KII-3) y servicios móviles y a domicilio para las personas con problemas crónicos de salud o problemas de movilidad.

En la India, donde las redes dirigidas por pares tenían dificultades para proporcionar tratamiento de sobredosis a sus pares en instalaciones para cuarentena y aislamiento a veces remotas, una organización dirigida por la comunidad pudo coordinar la creación de un espacio para cuarentena y aislamiento específico para la COVID-19 dirigido a personas que usan drogas. Con la instalación central, las organizaciones dirigidas por la comunidad pudieron suministrar buprenorfina y medicamentos contra la sobredosis a las personas que usan drogas, y atender otras necesidades asociadas al síndrome de abstinencia. Para evitar una mayor estigmatización, estos centros separados seguían denominándose “centros de aislamiento COVID-19”, pero la comunidad y el Gobierno entendían

que estaban reservados a las personas que usan drogas. Cuando estas últimas acudían a los centros de aislamiento generales, se entendía que se las debía trasladar a los centros de apoyo entre pares (KII-7).

Estas y otras innovaciones se vieron facilitadas en parte por la innovación digital, ya que gran parte del mundo se conectó a Internet durante las restricciones de la COVID-19; aunque la transformación digital no benefició a todos por igual.

6. Promoción digital y brechas digitales

La pandemia de COVID-19 desencadenó un cambio sin precedentes hacia las plataformas de comunicación y reunión en línea, lo que supuso nuevas oportunidades y desafíos para las redes de personas que usan drogas.

El cambio fue una bendición para algunos aspectos de la creación de redes: como describieron los informantes clave entrevistados (KII-8), se hizo más fácil que nunca conectar con pares de distintos continentes, intercambiar experiencias, traducir conocimientos basados en pruebas y crear las redes. La organización de la entrevistas a informantes clave KII-8 se dio cuenta de que el cambio en línea ofrecía la oportunidad de llegar a los miembros de la comunidad de nuevas formas, y creó un vídeo en el que explicaba cómo “localizar virtualmente” a alguien en línea, para que no tuvieran que los usuarios no tuvieran que hacerlo solos. Otras organizaciones desarrollaron nuevos enfoques para trabajar en línea: al enfrentarse a un nuevo desafío para la promoción de las políticas de drogas después de que las reuniones de las Naciones Unidas se trasladaran a Internet, la INPUD desarrolló nuevos recursos de formación, como una lista de consejos para la promoción de alto nivel en línea (INPUD, 2022a).

Sin embargo, la transformación digital ahondó la marginación de algunos. Como ya se ha señalado, una parte importante de las personas que usan drogas vive en la calle y carece de teléfonos móviles o inteligentes. Esta brecha digital deja a muchas personas sin acceso a la información sanitaria o sin la oportunidad de acceder a recursos en línea (KII-1, KII-2, FGD2-N2, KII-4). También puede dejarles aislados de las redes. Como recuerda uno de los informantes clave entrevistados (KII-4):

“Recuerdo, en un taller que tuvimos al principio de la pandemia, a un trabajador del sexo que estaba allí... con un teléfono Nokia. Era un teléfono muy viejo con el que no se podía acceder a WhatsApp ni a ninguna otra cosa. Así que definitivamente, definitivamente, no puede acceder a los mismos recursos que otros.” (KII-4)

Para mitigar la brecha digital en Australia, una organización dirigida por la comunidad proporcionó tarjetas telefónicas, créditos para llamadas y, en algunos casos, teléfonos reales de forma gratuita para que la gente los tuviera y los usara. Sin embargo, como notificaron los informantes clave entrevistados (KII-3), las personas que viven en la calle pueden perder sus teléfonos móviles o no tener dónde recargar las baterías, por lo que, aunque “está bien proporcionar teléfonos a la gente, eso no lo arregla todo” (KII-3). En

respuesta a este hecho, algunas organizaciones volvieron a utilizar material impreso para comunicar a qué lugares podía la gente acudir para su higiene de manos, acceder a EPI y encontrar alojamiento temporal (KII-4).

La pandemia de COVID-19 puso de relieve la necesidad de adoptar un enfoque más interseccional para desarrollar servicios dirigidos por pares. Por ejemplo, los participantes del debate de grupos focales FGD1-N5 recordaron que cuando algunos miembros de las comunidades transgénero y hombres que tienen relaciones con hombres acudían para utilizar los programas de su organización durante la crisis de la COVID-19, se hizo evidente que anteriormente no habían intentado acceder a estos servicios por miedo a la discriminación:

“Han estado consumiendo, pero nunca habían acudido a nuestros servicios por la sensación de que se sentirían discriminados....Esto nos abrió los ojos a muchos de nosotros, que hay muchos otros miembros de la comunidad de otras poblaciones clave que son dependientes de las drogas, y que también necesitan ayuda. Esto es algo que deberíamos aprender de la pandemia: ¿cómo integramos los servicios para transexuales, para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y también aumentamos el número de programas para mujeres que se dedican al trabajo sexual, así como para mujeres que están en el sistema?”. (FGD1-N5)

7. Financiamiento de organizaciones dirigidas por pares

“Es necesario tener redes sólidas de usuarios de drogas establecidas y presentes, porque damos un paso al frente cuando es importante. Tenemos la capacidad y los conocimientos para responder, pero estamos muy mal financiados en comparación con los servicios profesionales de drogodependencia”. (KII-5)

Aunque las organizaciones y los servicios dirigidos por la comunidad fueron el alma de los esfuerzos de respuesta a la pandemia para la comunidad de personas que usan drogas, a menudo seguían sin disponer de financiamiento suficiente. En la mayoría de las regiones, los participantes describieron la necesidad crucial de contar con un financiamiento sostenible para asegurar que las organizaciones dirigidas por pares tengan la capacidad de responder en una emergencia como la pandemia de COVID-19 (KII-5, KII-2, KII-8, FGD1-N3).

Algunos donantes intentaron responder a esta necesidad urgente proporcionando fondos de emergencia a las redes dirigidas por pares. En Sudáfrica, los informantes clave entrevistados (KII-2) describieron el acceso a fondos de emergencia para satisfacer las necesidades de la comunidad. En la región de AfricaNPUD, los informantes clave entrevistados (KII-1) notificaron que se contaba con un fondo de emergencia para la COVID-19 de Frontline AIDS para los países que permitió el acceso a EPI y otros recursos.

El Fondo de Redes de la Sociedad Civil Robert Carr lanzó una ronda de financiamiento de oportunidades excepcionales, financiada por el Plan de Emergencia del Presidente de los



ESTUDIO DE CASO

La burocracia frena los fondos de emergencia del Fondo Mundial

En un país con una elevada carga de VIH, las comunidades se unieron a otros asociados para solicitar fondos de emergencia destinados a las personas que usan drogas con el fin de sufragar los gastos de emergencia —en particular, el apoyo a los medios de subsistencia— durante las restricciones de la COVID-19. Después de una amplia negociación entre los asociados y de abordar las preocupaciones del Gobierno, el Fondo Mundial concedió una subvención de 10 millones de dólares a la red nacional dirigida por pares.

La red negoció con éxito un componente clave de la subvención para incluir desembolsos directos de efectivo de aproximadamente 20 dólares, o la cantidad equivalente en raciones alimentarias, a las personas que los necesitaban. Para evitar fraudes o el despilfarro económico, se exigió a los Receptores Principales que recopilaran información sobre cada uno de los beneficiarios, incluidos los números de las cuentas bancarias y los documentos de identidad emitidos por el Gobierno para decenas de miles de personas.

Sin embargo, muchos de los Estados en los que se estaba llevando a cabo el programa carecían de redes comunitarias que pudieran acceder a los individuos. Además, muchas personas que usan drogas no disponen de cuentas bancarias ni documentos de identidad. Los que obtenían el dinero en efectivo a veces no podían gastarlo en comida, ya que muchas tiendas estaban cerradas durante las restricciones de la COVID-19.

Con recursos limitados, los Receptores Principales, con sede en la capital nacional, pudieron recopilar información de algunos de los Estados, pero no de todos. Por esta y otras razones, los dos Receptores Principales sólo pudieron gastar aproximadamente el 25-30% de la subvención. Además, tuvieron que ejecutar en solo un año lo que en principio iba a ser una subvención de dos años. Estos desafíos crearon numerosas tensiones internas que debilitaron la respuesta durante una crisis.

Para evitar este resultado negativo en una futura crisis sanitaria, uno de los participantes en el estudio sugirió que el Fondo Mundial estableciera de antemano asociaciones adecuadas con redes dirigidas por pares, desarrollando sistemas de rendición de cuentas y notificación más apropiados para fomentar una relación continua entre donantes y beneficiarios.

Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR), para financiar redes regionales y mundiales de poblaciones insuficientemente atendidas. Los fondos ayudaron a algunas redes dirigidas por pares a continuar su trabajo (KII-6). En otro caso, ayudó a redes dirigidas por pares a realizar una evaluación de la situación del acceso a la TSO antes, durante y después de la pandemia de COVID-19 en Grecia, Alemania, Inglaterra y Escocia, documentando algunas innovaciones revolucionarias que podrían continuar a más largo plazo (KII-5; Shevchenko s.f.).

A mayor escala, el Mecanismo de respuesta a la COVID-19 del Fondo Mundial (C19RM) pretendía mitigar la repercusión de la COVID-19 en las respuestas al VIH y la tuberculosis, pero los participantes en el estudio indicaron que existían obstáculos burocráticos para acceder a estos fondos (véase el estudio de caso 2). Según los informantes clave entrevistados (KII-4), en América Latina, el financiamiento del C19RM tuvo que pasar por muchas etapas de consultas y otros obstáculos burocráticos que ralentizaron el proceso, lo que llevó a que los fondos se reasignaran para satisfacer otras necesidades.

En Kenya, los participantes del debate de grupos focales FGD2-N3 también se encontraron con dificultades burocráticas a la hora de distribuir los recursos del C19RM entre las organizaciones dirigidas por pares. Dentro de la red AfricaNPUD, los informantes clave entrevistados (KII-1) señalaron que siete redes financiadas por el Fondo Mundial para la prestación de servicios de reducción de daños no pudieron ejecutar sus subvenciones debido a obstáculos burocráticos. En Europa Oriental y Asia Central, los informantes clave entrevistados (KII-G) indicaron que habían detectado comportamientos de estigmatización y falta de empatía por parte de la Secretaría del Fondo Mundial, y dijeron que daba la impresión de que algunos miembros del personal estaban más preocupados por la notificación de los objetivos en materia de indicadores del VIH que por satisfacer las necesidades de las comunidades.

Los participantes expresaron que, en demasiados casos, los imperativos de los donantes eran restrictivos y no se alineaban con las necesidades identificadas por las comunidades en primera línea de la emergencia de salud pública (KII-6, KII-2, KII-4). Por ejemplo, en Costa Rica, las organizaciones dirigidas por la comunidad solicitaron fondos para proporcionar asistencia de salud mental a los miembros de la comunidad duramente golpeados por la crisis de la COVID-19, pero los financiadores limitaron los fondos para los refugios (KII-4). Por el contrario, en Ucrania, las organizaciones dirigidas por la comunidad solicitaron fondos para proporcionar refugios permanentes a las personas que usan drogas, pero notificaron que los fondos se utilizaron en su lugar para una gran conferencia organizada por el donante (KII-6). Algunos donantes favorecieron el crecimiento de las redes y el desarrollo de capacidades, pero las comunidades carecían de infraestructuras que les permitieran reunirse: como locales, ordenadores, duchas y baños (KII-2).

Un hecho profundamente frustrante descrito por muchos entrevistados, en el contexto de la crisis, fue la falta de reconocimiento de su propia experiencia como veteranos representantes de redes comunitarias que sabían lo que necesitaban y lo que funcionaba.

Numerosos participantes señalaron que a las personas que usan drogas rara vez se les paga un salario digno justo o coherente en reconocimiento de sus conocimientos. Uno de los informantes clave entrevistados (KII-5) dijo:

“A la gente le encantaría que creáramos redes por todas partes. Pero no tenemos dinero para hacerlo. Así que, es esta especie de sensación de que lo que esperan es que siempre hagamos el trabajo por poco o nada de dinero, mientras que ellos esperan que se les pague todo el tiempo.” (KII-5)

Para promover la equidad, los miembros de la junta de una red decidieron que todos los puestos recibirían un salario estándar (KII-6).

Los entrevistados describieron que ya habían experimentado esta frustración antes de la pandemia. Sin embargo, en el contexto de una crisis, estas cuestiones de larga data añadían cargas innecesarias que obstaculizaban las respuestas dirigidas por la comunidad.

8. Tratado sobre Pandemias: ¿participar o no?

A pesar de todos estos desafíos, los participantes en el estudio expresaron en general su voluntad de participar en el proceso del tratado sobre pandemias para seguir impulsando un diálogo significativo sobre las necesidades de las personas que usan drogas durante las emergencias de salud pública (FGD1-N1, FGD2-N1). Varios expresaron su interés en participar y aprender más sobre el proceso. Los participantes del debate de grupos focales FGD2-N5 recomendaron a la INPUD que formara y apoyara a más miembros de la red para que colaboraran con las partes interesadas de la gobernanza mundial, y que mejoraran y diversificaran la representación de las personas que usan drogas en estos espacios.

Aunque comprender el proceso de elaboración del tratado sobre pandemias puede ser una tarea larga y pesada para los representantes de la comunidad con un ancho de banda limitado, los informantes clave entrevistados (KII-5) subrayaron, no obstante, que influir en las estrategias globales puede crear oportunidades reales:

“Definitivamente tardamos 10 años en disponer de directrices en materia de estimulantes... Pero ahora, ya las tenemos. Ahora estamos escribiendo los manuales de formación, ahora vamos por todo el mundo formando a la gente, y en la próxima ronda del Fondo Mundial, el trabajo sobre los estimulantes estará debidamente financiado. Así que estas cosas suceden...”

“Las Naciones Unidas son un poco como un petrolero, no se mueven ni giran muy deprisa. Pero una vez que consigues que el impulso vaya en una dirección determinada, también es bastante difícil pararlo”. (KII-5)

5. Debate

Estos hallazgos muestran que la pandemia de COVID-19 exacerbó aún más los daños existentes a los que se enfrentan las personas que usan drogas en todo el mundo y generó nuevas formas de discriminación, al tiempo que aumentó las desigualdades. Sin embargo, también puso de manifiesto la resiliencia y la creatividad de las personas que usan drogas, los beneficios cosechados gracias al duro trabajo realizado por muchos para crear y reconstruir instituciones y redes en los últimos años, y demostró una vez más que la movilización y la innovación constantes de la comunidad pueden salvar vidas y mitigar los daños causados por la pandemia.

Nuestros hallazgos muestran que muchos de los daños y desafíos a los que se enfrentaron las personas que usan drogas durante la pandemia de COVID-19 fueron, ante todo, el resultado de la criminalización, la estigmatización y la discriminación constantes. Como subrayan Malinowska-Sempruch y Lohman (2022), “la comunidad de la salud pública debe movilizarse contra los intentos de persistir en un enfoque fundamentalmente erróneo de la política de drogas”. La criminalización expuso a las personas que usan drogas a algunas de las repercusiones económicas más graves de la pandemia, sobre todo para las que trabajaban en la economía sumergida y las que vivían y trabajaban en la calle. La ampliación de los poderes policiales condujo a un aumento de los daños, ya que la comunidad estaba expuesta a una mayor visibilidad debido a los confinamientos y las órdenes de permanencia en casa, con lo que eran más vulnerables a las detenciones y a los abusos. El hecho de que se estigmatizara y discriminara a las personas que usan drogas a raíz de la criminalización creó multitud de desafíos para la comunidad a la hora de acceder a los servicios sanitarios. Para muchas personas, los servicios esenciales eran totalmente inaccesibles, ya que se consideraba que no eran una prioridad, o los propios individuos no recibían la atención adecuada en las salas de espera y las clínicas de salud por parte de médicos que conocían su situación.

Nuestros hallazgos también muestran la carga desproporcionada que soportan las mujeres en su diversidad, por ejemplo, debido al aumento de la violencia de género. Al igual que el uso de drogas, la violencia de género es un tema ampliamente estigmatizado y tabú. Al igual que los servicios de reducción de daños, los servicios centrados en las víctimas y supervivientes de la violencia rara vez se consideran prioritarios como servicios esenciales en una crisis. La desigualdad de género existente se vio agravada por la pandemia, y los países claramente no estaban preparados para abordar las necesidades de las mujeres que usan drogas. Esto estaba en consonancia con la información ampliamente documentada sobre el aumento de la violencia de género vinculada a las restricciones de permanecer en casa, ya que las personas en riesgo de violencia estaban expuestas a un mayor control y restricciones por parte de sus agresores y disponían de pocos recursos o ninguno para buscar ayuda (ACNUDH, 2020).

Al mismo tiempo, constatamos que se habían creado innovaciones reales y nuevas asociaciones en la crisis entre comunidades, así como entre organizaciones dirigidas por la comunidad y Gobiernos u organizaciones internacionales. Allí donde la intervención y los servicios de los Gobiernos se quedaron cortos o desaparecieron por completo, las organizaciones dirigidas por la comunidad llenaron este vacío creando y ejecutando servicios dirigidos por pares, que resultaron absolutamente vitales para promover la salud y el bienestar de las personas que usan drogas. Los esfuerzos anteriores para evaluar la preparación y la respuesta frente a pandemias fracasaron por la falta de evaluación de la confianza pública en las instituciones, incluido en el sector sanitario; sin embargo, las respuestas dirigidas por la comunidad pueden abordar este déficit de confianza, establecer líneas de comunicación y llegar a los grupos marginados con mayor riesgo de sufrir las consecuencias negativas de brotes de enfermedades (Byanyima et al. 2022).

Estos hallazgos también muestran cómo los enfoques innovadores de los servicios de reducción de daños, como las dosis de TSO para consumo domiciliario, los programas de intercambio de agujas y jeringas y los medicamentos para el tratamiento de sobredosis, pueden haber creado nuevas vías para una atención de la salud más flexible y sostenible en el futuro; estos los logros no pueden revertirse. Surgieron otras innovaciones positivas que deben mantenerse, desde el aumento del número de dosis para llevar a casa que muchos Gobiernos han autorizado, hasta nuevos enfoques como la detección virtual para prevenir las sobredosis. Estos y otros cambios requerirán una promoción continua, en particular el refuerzo de los mecanismos de financiamiento que los hagan sostenibles.

De cara al futuro, las acciones tangibles específicas que la INPUD puede emprender para fomentar la promoción y la participación son: 1) publicar declaraciones y recomendaciones adicionales para incluirlas en el texto del tratado; 2) colaborar con los Estados miembros, los organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil y los asociados comunitarios, como la Alianza de la Sociedad Civil para los Derechos Humanos en el Tratado sobre Pandemias; 3) instar a ONUSIDA a que apoye la celebración de consultas significativas con las comunidades; 4) ejercer presión para poder intervenir en los mecanismos de supervisión del tratado; 5) elaborar propuestas para mecanismos de representación significativos; 6) ejercer presión para que se realicen consultas más significativas a nivel nacional; y, por último, 7) buscar oportunidades para dar charlas plenarias u organizar eventos paralelos, como durante la próxima Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2023. A continuación se presenta un conjunto de recomendaciones propuestas, basadas en los debates con los participantes en el estudio.

6. Conclusiones

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto las desigualdades y las deficiencias políticas a escala mundial, siendo las poblaciones criminalizadas las más repercutidas. La comunidad de personas que usan drogas no solo era más vulnerable porque muchos de sus miembros tenían problemas de salud subyacentes; el propio estatus de la comunidad como población criminalizada, estigmatizada y marginada significaba que estaba expuesta a algunos de los peores daños de la pandemia y su respuesta, por ejemplo, daños a la supervivencia económica y pérdida de la vivienda, exposición a la violencia y aplicación punitiva de restricciones, violencia de género y pérdida del acceso esencial a los servicios sanitarios. Las personas que usan drogas tuvieron que hacer frente no solo a una pandemia, sino a múltiples pandemias simultáneas, mientras que los servicios a menudo se suspendían o reducían.

La pandemia de COVID-19 demostró que invertir en el sistema de salud oficial es crucial, pero que por sí solo no basta para asegurar la salud. En los países donde las desigualdades eran importantes, la mayoría de las personas optaron por satisfacer primero sus derechos básicos de alimentación, ingresos y acceso a agua potable, aunque ello les expusiera al riesgo de transmisión de la COVID-19, multas, arrestos o abusos. Esto apunta a la necesidad de considerar la salud dentro del marco más amplio de los derechos, la igualdad y la dignidad.

Al mismo tiempo, la comunidad de personas que usan drogas respondió mediante movilizaciones, muestras de solidaridad e innovaciones sin precedentes. Como resultado, de repente se ejecutaron innovaciones políticas que antes se habían rechazado por imposibles. De repente se dio prioridad a salvar vidas, incluidas las de las personas que usan drogas, y se eludieron desafíos políticos para responder a amenazas urgentes. Los reglamentos y políticas, como los relativos a las dosis de TSO de consumo domiciliario, se mejoraron casi en tiempo real. En algunos países se llevaron a cabo iniciativas en favor de la reducción de la encarcelación, incluidos por delitos relacionados con las drogas; en otros se procedió a la rápida conversión de hoteles en refugios. La experimentación con todo tipo de sistemas, desde la cuarentena apoyada por pares hasta el suministro de TSO a domicilio en bicicleta, se convirtieron en una realidad. Aunque la digitalización hizo que muchos quedaran aislados por la brecha digital, también facilitó nuevas muestras de solidaridad y el establecimiento de nuevas alianzas más allá de las fronteras nacionales.

Estas innovaciones y alianzas ya han hecho que el mundo esté mejor preparado para la próxima crisis. En Ucrania, las lecciones aprendidas sobre el VIH y la reducción de daños durante la pandemia de COVID-19 ayudaron a crear un sistema comunitario más resiliente y capaz de responder mejor en tiempos de guerra. El sistema de salud tradicional ha demostrado por sí mismo que no puede responder eficazmente a una

crisis que evoluciona con rapidez. Carece de flexibilidad; no dispone de capacidad de adaptación en tiempo real. La reducción de daños y el movimiento de las personas que usan drogas brindan a los sistemas de salud de todo el mundo la oportunidad de ampliar su alcance y llegar realmente al último tramo. Invertir en la reducción de daños y en el movimiento de las personas que usan drogas es una inversión no solo en una política de drogas sensata, sino también en derechos humanos, igualdad de género y el derecho a la salud para todos.

7. Recomendaciones políticas

Basándose en los hallazgos del proceso de investigación, los entrevistados tanto de las entrevistas a informantes clave como de los grupos de debate elaboraron una serie de recomendaciones para que la INPUD avance en los debates en relación con el tratado sobre pandemias, por ejemplo:

1. Pedir que el proyecto preliminar del Tratado sobre Pandemias haga clara referencia a la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* y a los principales instrumentos internacionales de derechos humanos, por ejemplo:

- La no discriminación, como la basada en “otro estatus”, en consonancia con el texto del artículo 2 1) del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* y el artículo 2 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*;
- Referencia al derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, por ejemplo, la no discriminación, la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad, en consonancia, entre otras cosas, con la observación general n.º14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales;
- Referencia al derecho a los determinantes subyacentes de la salud, incluido el acceso a la vivienda y al agua potable;
- Referencia a las obligaciones de los Gobiernos de proteger contra los abusos de agentes no estatales, así como a la responsabilidad de las empresas de respetar los derechos humanos;
- Referencia a las obligaciones de los Gobiernos de garantizar el estado de derecho, como principio de gobernanza y condición previa para la protección efectiva de los derechos humanos, también en el contexto de prevención, preparación, respuesta y recuperación ante una emergencia de salud pública;
- Referencia a las disposiciones sobre derechos humanos aplicables durante los estados de emergencia, codificadas en los Principios de Siracusa, incluidos los principios de legalidad, necesidad y proporcionalidad. El tratado debe proteger a los individuos de la amenaza de sanciones penales vinculadas a la infección y reafirmar límites claros a las restricciones de derechos durante una emergencia;
- Defensa del derecho a la intimidad;
- Referencia a la necesidad de comprometerse con los principios de derechos humanos de transparencia y rendición de cuentas a todos los niveles, y con el seguimiento dirigido por la comunidad para asegurar la responsabilidad social.

2. Pedir una participación significativa de las comunidades en las negociaciones del tratado sobre pandemias y en la labor de supervisión futura, en particular mediante la representación de la sociedad civil en la Conferencia Ampliada de las Partes; así como una participación significativa en los órganos de coordinación en materia de cobertura universal de la salud y prevención, preparación, respuesta.

- Si bien el proceso de negociación está dirigido por los Estados miembros, los antecedentes de criminalización, estigmatización, discriminación y abandono generalizados, así como la repercusión desproporcionada de la pandemia de COVID-19 en las personas que usan drogas, implican que estas últimas deben poder gozar de una representación significativa en todos los niveles de prevención, preparación y respuesta frente a pandemias.
- Afirmar que, por ello, la representación de la comunidad aborda un déficit democrático en la gobernanza sanitaria mundial y que, por lo tanto, es más legítima y distinta de la promoción de intereses privados por parte del sector privado. Su rol no debe confundirse con el de los “actores no estatales”.

3. Pedir la despenalización total de las drogas

4. Pedir que el tratado sobre pandemias reconozca el fortalecimiento del sistema comunitario como parte integral de la preparación del sistema de salud.

- Desarrollar o reforzar protocolos y procedimientos operativos estándar que delimiten los roles y las responsabilidades, los puntos focales y los canales regulares de comunicación y rendición de cuentas para mejorar las relaciones de trabajo en curso y resolver los desafíos entre los organismos donantes y las redes dirigidas por pares a nivel mundial, regional y nacional.
- Comprometerse a realizar consultas estratégicas continuas con las redes de poblaciones clave para resolver los desafíos clave y apoyar la participación significativa de las redes dirigidas por la comunidad, también dentro de las limitaciones políticas y los contextos criminalizados.

5. Pedir que los mecanismos de financiamiento para luchar contra pandemias incluyan financiamiento sostenible y a largo plazo para las redes dirigidas por la comunidad, mecanismos sólidos de transparencia y rendición de cuentas, así como mecanismos independientes de denuncia de irregularidades.

- Asegurar el financiamiento sostenible de las redes dirigidas por la comunidad para prepararse para futuras emergencias, reconociendo que las inversiones pasadas en infraestructura comunitaria para la respuesta al VIH han demostrado haber sido integrales para la respuesta a la COVID-19.
- Los mecanismos de financiamiento para combatir pandemias deberían comprometerse a respetar los derechos humanos en su financiamiento y a respetar, proteger

y proporcionar acceso a la reparación de los abusos de los derechos humanos relacionados con la ejecución del financiamiento.

- El financiamiento vertical impulsado por los donantes conduce a la fragmentación y a la falta de implicación por parte de los países. Por ello, el financiamiento debe ser impulsado y codiseñado con las comunidades de los países donde se desplegarán los fondos.
- Adoptar medidas para reducir los obstáculos burocráticos para el financiamiento de crisis que se destina a las comunidades.

6. Impulsar medidas de prevención, preparación y respuesta en relación con la violencia de género. Es necesario ampliar la disponibilidad de alojamientos alternativos que permitan a las víctimas o supervivientes evitar situaciones de confinamiento con los maltratadores, y poner en marcha sistemas accesibles, diversificados y proactivos que permitan a las víctimas o supervivientes acceder a servicios de respuesta centrados en las supervivientes.

- Estos deben incluir atención médica, atención de salud mental y apoyo psicosocial, servicios de protección y acceso a la justicia.

7. Hacer efectivo el derecho a la salud de las personas que usan drogas.

- Asegurar el acceso a un suministro de drogas seguro y regulado y a un uso seguro.
- Proporcionar lugares de consumo seguros y supervisados en caso de emergencia (por ejemplo, viviendas o refugios en situaciones de emergencia).
- Abordar la brecha digital: asegurar el acceso a la información sanitaria para las personas que no disponen de teléfonos inteligentes o acceso wifi.
- Declarar los servicios de reducción de daños y los servicios relacionados con la violencia de género como actividades esenciales, y asegurar su disponibilidad durante situaciones de confinamiento.
- Asegurar un acceso accesible, asequible y aceptable a los servicios básicos de reducción de daños, por ejemplo, instituyendo el uso de dosis de consumo domiciliario para TSO y asegurar el acceso a los tratamientos de sobredosis.
- Preparar las reservas de medicamentos (cadena de suministros, transporte y logística) para asegurar que no se agoten las existencias.
- Formar y responsabilizar a los proveedores de atención sanitaria en materia de normas éticas y de derechos, incluida la no discriminación.

8. Recomendaciones para la sociedad civil y las redes comunitarias:

- Promover la plena despenalización y el apoyo a las políticas y programas de reducción de daños;
- Apoyar el intercambio de experiencias entre redes, organizaciones dirigidas por la comunidad;

Voces de las personas que usan drogas

- Apoyar el desarrollo de capacidades y habilidades para la gestión de subvenciones y el liderazgo;
- Estudiar, documentar y defender el espacio político necesario para que las necesidades, aportaciones y perspectivas de las comunidades se incorporen a las respuestas nacionales, regionales y mundiales;
- Proporcionar información sobre la reducción de daños específica para las emergencias sanitarias y los brotes de enfermedades, como se hizo durante la pandemia de COVID-19; así como información sobre la educación y derechos en materia de TSO para que los miembros de la comunidad la utilicen al realizar iniciativas para divulgar información sanitaria adaptadas a las personas que viven y trabajan en la calle;
- Elaborar información sobre reducción de daños específica para pandemias dirigida a las personas que usan drogas;
- Recopilar y compartir los comentarios de la comunidad sobre los servicios de emergencia;
- Apoyar y formar a las redes de miembros de la INPUD para que representen a la comunidad en diversos espacios;
- Transmitir los resultados del estudio a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y los participantes en la Red Internacional de Salud y Hepatitis en Usuarios de Sustancias (INHSU).

8. Referencias

- Aponte-Melendez, Y., Mateu-Gelabert, P., Fong, C., et al. (2021). The impact of COVID-19 on people who inject drugs in New York City: Increased risk and decreased access to services. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 118. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00568-3>
- Batréau, Q. and Townsend, D. (2022, December 7). *Time to accept that we do not know how to prepare for pandemics*. <https://aidspace.org/en/c/article/6187>
- Bollyky, T. J., Hulland, E. N., Barber, R. M., et al. (2022). Pandemic preparedness and COVID-19: An exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. *The Lancet*, 399 (10334), 1489–1512. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00172-6)
- Boucher, L.M., Dodd, Z., Young, S., et al. (2022). “They have their security, we have our community”: Mutual support among people experiencing homelessness in encampments in Toronto during the COVID-19 pandemic. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2, 100163. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100163>
- Byanyima, W., Lauterbach, K., and Kavanagh, M.M. (2022). Community pandemic response: The importance of action led by communities and the public sector. *The Lancet* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02575-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02575-2).
- The Civil Society Alliance for Human Rights in the Pandemic Treaty (CSA). (2022). *Why states must ensure full, meaningful and effective civil society participation in developing a Pandemic Treaty*. <https://static1.squarespace.com/static/5a6e0958f6576ebde0e78c18/t/62557ab11dcdf-7231b939fa1/1649769137328/%5B11+April+2022%5D+Final+Draft%2C+Brief+on+Participation.pdf>
- Davis, S.L.M., Alston, P., Amon, J.J., et al. (2021). An international pandemic treaty should centre human rights. *BMJ*, May 21. <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/05/10/an-international-pandemic-treaty-must-centre-on-human-rights/>.
- Dentico, N., Patnaik, P., and Van De Pas, R. (2021). The politics of a WHO Pandemic Treaty in a disenchanted world. *G2H2 Report*, 58.
- Índice Mundial de Seguridad Sanitaria. (s. f.) *The 2021 Global Health Security Index*. Índice Mundial de Seguridad Sanitaria. <https://www.ghsindex.org/>
- El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. (2022). *Pandemic preparedness and response*. https://www.theglobalfund.org/media/11986/thematic_pandemic-preparedness-response_report_en.pdf
- Hassan, A. (2022). There is no global in global health security. *Speaking of Medicine and Health*. <https://speakingofmedicine.plos.org/2022/05/05/there-is-no-global-in-global-health-security/>
- Hodgson, T.F., and Davis, S.L.M. (2022). A call for greater openness on the pandemic treaty. *SwissInfo*, 26 de mayo de 2022. <https://www.swissinfo.ch/eng/politics/a-call-for-greater-openness-on-the-pandemic-treaty/47620374>.
- Panel independiente de preparación y respuesta a las pandemias. (2021). *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Covid-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf
- Red Internacional de Personas que Usan drogas (INPUD). (2022a). Digital high-level advocacy tip sheet. <https://inpud.net/digital-advocacy-tip-sheets/>.

Voces de las personas que usan drogas

INPUD. (2022b). Negotiations on the Conceptual Zero Draft of an International Instrument on Pandemic Prevention, Preparedness and Response.

<https://inpud.net/statements-responses-letters/>

INPUD. (2022c). Surviving and thriving: Lessons in successful advocacy from drug user-led networks.

<https://inpud.net/surviving-and-thriving-lessons-in-successful-advocacy-from-drug-user-led-networks/>

INPUD. (2022d). INPUD statement on Conceptual Zero Draft of PPR instrument.

<https://inpud.net/inpud-statement-on-conceptual-zero-draft-of-ppr-instrument/>.

Kupferschmidt, K. (2020). 'Vaccine nationalism' threatens global plan to distribute COVID-19 shots fairly. <https://www.science.org/content/article/vaccine-nationalism-threatens-global-plan-distribute-covid-19-shots-fairly>

Kesten, J. M., Holland, A., Linton, M.-J., et al. (2021). Living Under Coronavirus and Injecting Drugs in Bristol (LUCID-B): A qualitative study of experiences of COVID-19 among people who inject drugs. *International Journal of Drug Policy*, 98, 103391. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103391>

Knowledge Ecology International (KEI). (2022). INB 3: KEI statement on the proposed Enlarged Conference of the Parties (E-COP). 7 de diciembre, <https://www.keionline.org/38205>.

Malinowska-Sempruch, K., & Lohman, D. (2022). From drug prohibition to regulation: A public health imperative. *The Lancet*, 400 (10353), 645–646.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01060-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01060-1)

Meyerson, B. E., Bentele, K. G., Russell, D. M., et al. (2022). Nothing really changed: Arizona patient experience of methadone and buprenorphine access during Covid. *PLOS ONE*, 17(10), e0274094. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274094>

Grant, C., Arustamyan, G., Castellanos, E., et al. (2022). The successes and challenges of GF-C19RM in meeting the needs of key populations. MPACT, Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual, INPUD y GATE. <https://inpud.net/wp-content/uploads/2022/01/C19RM-successes-and-challenges-report-1-1.pdf>.

Nikogosian, H. and Kickbusch, I. (2021). The case for an international pandemic treaty. *BMJ*, 372(n527). <https://doi.org/10.1136/bmj.n527>.

Privacy International. (2022). Privacy International's comments on the conceptual zero draft of the WHO's Pandemic prevention, preparedness and response accord. <https://privacyinternational.org/advocacy/4990/pis-analysis-conceptual-zero-draft-whos-pandemic-treaty>.

Razavi, A., Collins, S., Wilson, A., & Okereke, E. (2021). Evaluating implementation of International Health Regulations core capacities: Using the Electronic States Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool (e-SPAR) to monitor progress with Joint External Evaluation indicators. *Globalization and Health*, 17(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00720-5>

Save the Children. (2022). The pandemic fund: A blueprint for success. <https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/Pandemic-Fund-Paper-A-blueprint-for-success.pdf/>.

Schlosser, A., y Harris, S. (2020). Care during COVID-19: Drug use, harm reduction, and intimacy during a global pandemic. *International Journal of Drug Policy*, 83, 102896. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102896>

Shevchenko, N. (n.d.). OAT situational assessment before, during and after COVID-19. Policy brief.

Voces de las personas que usan drogas

Sohn, M., Ro, D., Koh, D.H. *et. al.* (2021). The problems of International Health Regulations (IHR) in the process of responding to COVID-19 and improvement measures to improve its effectiveness. *J Glob Health Sci.*, 3(2), e18. <https://doi.org/10.35500/jghs.2021.3.e18>

Trayner, K. M. A., McAuley, A., Palmateer, N. E., *et. al.* (2022). Examining the impact of the first wave of COVID-19 and associated control measures on interventions to prevent blood-borne viruses among people who inject drugs in Scotland: An interrupted time series study. *Drug and Alcohol Dependence*, 232, 109263. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109263>

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH). 2020. COVID-19 and women's human rights: Guidance. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/Covid-19_and_Womens_Human_Rights.pdf.

Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. (1985). Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, U.N. Doc. E/CN.4/1985/4, Anexo, <http://hrlibrary.umn.edu/instreet/siracusaprinciples.html>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2012). Gestión de programas contra la violencia de género en situaciones de emergencia: Guía complementaria de aprendizaje virtual, anexo 9. <https://www.unfpa.org/publications/managing-gender-based-violence-programmes-emergencies>.

Wenham, C. (2021). Introduction: Where are the women? In C. Wenham (Ed.), *Feminist Global Health Security*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197556931.003.0001>

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *Reglamento Sanitario Internacional (2005)*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241580410>

OMS. (2021). *Informe del Grupo de Trabajo de Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS frente a Emergencias Sanitarias para la reunión extraordinaria de la Asamblea Mundial de la Salud*. 9.

OMS. (2022). *Proyecto preliminar conceptual para su consideración por el Órgano de Negociación Intergubernamental en su tercera reunión*. https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb3/A_INB3_3-en.pdf

OMS. (s. f. a). *Health security*. <https://www.who.int/health-topics/health-security>

OMS. (s. f. b). *Intergovernmental Negotiating Body (INB)*. <https://inb.who.int>

OMS. (s. f. c). *States Parties Self-Assessment Annual Reporting*. <https://www.who.int/emergencies/operations/international-health-regulations-monitoring-evaluation-framework/states-parties-self-assessment-annual-reporting>

OMS. (s. f. d). OMS | *Órgano de Negociación Intergubernamental*. <https://apps.who.int/gb/inb/s/index.html>

La Red Internacional de Personas que Usan Drogas (INPUD) es una organización mundial basada en pares que busca promover la salud y defender los derechos de las personas que usan drogas. Como organización, la INPUD se centra en denunciar y afrontar el estigma, la discriminación y la criminalización de las personas que usan drogas, así como su impacto en la salud y los derechos de las comunidades de usuarios de drogas. La INPUD trabaja para alcanzar sus metas y objetivos clave a través de procesos de empoderamiento y defensa de la causa a nivel internacional; y apoyando el empoderamiento y la defensa de la causa a nivel comunitario, nacional y regional. www.inpud.net

La INPUD también desea reconocer a las personas que consumen drogas en todo el mundo y que luchan todos los días contra la criminalización, el estigma y la discriminación, el acoso, el abuso y la violencia. Continuaremos luchando para cambiar las leyes de drogas locales, nacionales, regionales e internacionales existentes y formular una política de drogas basada en evidencia que respete los derechos humanos y la dignidad de las personas en lugar de una alimentada por el moralismo, los estereotipos y las mentiras.



UNAIDS

Esta publicación cuenta con el apoyo de la Mecanismo de asistencia técnica de ONUSIDA.

El equipo desea mostrar su agradecimiento a todos los participantes en el estudio por el tiempo que le han dedicado, a la Junta de Investigación Comunitaria (Anton Basenko, Ernesto Cortes, Yatie Jonet, Angela McBride y Danielle Russell) por su asesoramiento y al personal de la INPUD por su apoyo, sin los cuales no hubiera sido posible esta publicación.

Estudio ha sido llevado a cabo por: Sara L.M. Davis, Annie Madden y Kaitlin Large

Redactado por: Kaitlin Large y Sara L.M. Davis

Revisado y editado por: Annie Madden y Judy Chang

Diseño por: Mike Stonelake

Enero 2023



La presente publicación está protegida por una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0

Publicado por primera vez en 2022

por la Secretaría de INPUD

Unit 2C08, South Bank Technopark,

90 London Road, Londres SE1 6LN

www.inpud.net



International
Network of People
who Use Drugs