

Barreras para el acceso al tratamiento del virus de hepatitis C en personas que se inyectan drogas en las ciudades de Tijuana, Mexicali, Hermosillo y Ciudad Juárez, Chihuahua

Angélica Ospina-Escobar • César Zamora • Bianca Acuña Valverde • Lilia Pacheco • Lourdes Angulo Corral • María Elena Ramos • Gerardo Jara • Rosario Padilla



Primera edición: 2023

Las opiniones y datos contenidos en este documento son de la exclusiva responsabilidad de sus autores.

Este Cuaderno de Trabajo forma parte del Programa de Política de Drogas (PPD).

Programa de Política de Drogas:

Laura Atuesta, Coordinadora del Programa de Política de Drogas

Marcela Pomar, Coordinadora Ejecutiva

Edgar Guerra, Responsable del Seminario

D.R. © 2023, Programa de Política de Drogas (PPD).

www.politicadedrogas.org

ISBN: en trámite.

Imagen de portada: Promotora de salud realiza pruebas rápidas de VIH con personas que se inyectan drogas en lugares de encuentro en Hermosillo, Sonora. Crédito de Bianca Acuña Valverde.

Contacto: Marcela Pomar Ojeda (marcela.pomar@cide.edu)

Autores: Angélica Ospina-Escobar (Programa de Política de Drogas), César Zamora (Programa de Política de Drogas), Bianca Acuña Valverde (El Colegio de Sonora), Lilia Pacheco (Prevensa, A.C.), Lourdes Angulo Corral (Integración Social Verter, A.C.), María Elena Ramos (Programa Compañeros, A.C.), Gerardo Jara (Ser, A.C.) y Rosario Padilla (Ser, A.C.).

Barreras para el acceso al tratamiento del virus de hepatitis C en personas que se inyectan drogas en las ciudades de Tijuana, Mexicali, Hermosillo y Ciudad Juárez, Chihuahua

Angélica Ospina-Escobar

César Zamora

Bianca Acuña Valverde

Lilia Pacheco

Lourdes Angulo Corral

María Elena Ramos

Gerardo Jara

Rosario Padilla



Política de Drogas

Índice

Resumen ejecutivo	5
I. Introducción	11
II. Metodología	13
1. Limitaciones del estudio	20
III. Marco analítico	21
IV. Hallazgos	24
1. Caracterización de las cuatro ciudades de estudio	25
<i>a) Tijuana y Mexicali, Baja California</i>	25
<i>b) Hermosillo, Sonora</i>	26
<i>c) Ciudad Juárez, Chihuahua</i>	26
2. Características de la oferta institucional de servicios de atención a PID	27
<i>a) Servicios de salud disponibles para PID</i>	27
<i>b) Accesibilidad geográfica de los servicios</i>	29
<i>c) Población usuaria de servicios</i>	34
<i>d) Características de los servicios</i>	36
<i>e) Infraestructura e insumos para la atención</i>	45
<i>f) Recursos humanos</i>	46
<i>g) Servicios de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de VHC</i>	53
<i>h) El papel de la policía en la provisión de servicios de salud</i>	59
<i>i) Prácticas institucionales que favorecen y dificultan el acceso a servicio de VHC a PID</i>	60
3. Experiencias y percepciones de PID frente al VHC y servicios de atención	62
<i>a) Descripción de PID participantes</i>	62
<i>b) Barreras en el ambiente microsocial</i>	64
<i>c) Barreras en el ambiente microinstitucional</i>	70
<i>d) Barreras en lo macroinstitucional</i>	73
IV Recomendaciones	76
<i>a) Escenario 1: Espacios comunitarios de PID</i>	77
<i>b) Escenario 2: Centros residenciales y ambulatorios de tratamiento para uso de sustancias</i>	79
<i>c) Escenario 3: Centros penitenciarios del fuero común</i>	81
V. Bibliografía	83

Resumen ejecutivo

En México, la infección por virus de hepatitis C (VHC) constituye un problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por la alta morbilidad que conlleva. Las personas que se inyectan drogas (PID) son una población especialmente vulnerable al VHC, con prevalencia estimada de 96% en algunas ciudades del norte del país (White *et al.*, 2007). En respuesta a esta problemática, la Secretaría de Salud, desde el Centro para la Prevención y Control del SIDA (Censida), formuló en 2019 el Programa Nacional de Eliminación de Hepatitis C que se propone la eliminación de la enfermedad para 2030 (Censida, 2020).

En el marco del Programa Nacional de Eliminación de Hepatitis C, Censida contrató en 2020 al Programa de Política de Drogas (PPD) del CIDE para identificar las barreras de acceso a tratamiento para VHC entre PID. Este documento de trabajo presenta los hallazgos de dicho estudio realizado entre octubre de 2020 y marzo 2021 en conjunto con las organizaciones de la sociedad civil: Programa Compañeros, Integración Social Verter, Centro de Servicio Ser, Prevencasa y la Red Mexicana de Reducción de Daños (Redumex).

En este documento se presenta un análisis detallado de las barreras de acceso a servicios de prevención y tratamiento para VHC utilizando el marco conceptual de los ambientes de riesgo planteado por Tim Rhodes (2002). Se recupera, además, la perspectiva de las PID, de los proveedores de servicios públicos de salud en el campo del tratamiento de uso problemático de sustan-

cias, y de las organizaciones de la sociedad civil que ofrecen servicios de reducción de daños. El objetivo final de este cuaderno de trabajo es ofrecer directrices generales para fortalecer los servicios de reducción de daños en las ciudades con mayor presencia de PID que garanticen procesos de vinculación efectiva a los servicios de salud de VHC en el primer nivel de atención.

Para la recolección de los datos se realizó una aproximación cualitativa fundamentada en cuatro técnicas de recolección de información: 1) mapeo de servicios de atención a PID; 2) una encuesta de caracterización de servicios de salud disponibles para PID en cada ciudad del estudio (n=22); 3) entrevistas a profundidad con 33 PID hombres y mujeres, y 4) entrevistas a profundidad con proveedores locales de servicios en tres ámbitos de salud (n=15), tales como organizaciones de la sociedad civil que implementan programas de reducción de daños (OSC), instituciones públicas que trabajan en el área de uso de sustancias (CAPA y CIJ), y programas estatales de VHC y VIH, así como CAPASITS.

Las PID participantes del estudio tienen un promedio de edad de 43 años, reportan patrones de policonsumo de sustancias (principalmente heroína, metanfetamina, marihuana y pastillas psicotrópicas) y alta frecuencia (más de 3 veces al día cada día) de uso inyectado principalmente de heroína y metanfetamina. La mayoría tiene un lugar de residencia fija, sólo nueve reportaron vivir en situación de calle, pero se vinculan a opciones laborales de sobrevivencia. Con

excepción de Hermosillo, las personas participantes en el estudio son usuarias de los servicios de reducción de daños que ofrecen las OSC-RD en cada una de las ciudades de referencia.

Se resalta lo común de la experiencia del encierro en las biografías de las PID entrevistadas, sea por la vía del ingreso a centros de tratamiento residenciales o por las experiencias de prisión. Mientras las primeras son relativamente más comunes en mujeres, las segundas lo son más en varones.

A pesar de estas experiencias de institucionalización, el acceso a servicios de VHC fue escaso en la mayoría de las experiencias. Aunque la mayoría de los participantes han accedido a servicios de detección de VHC, principalmente a través de OSC-RD, el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento es limitado, constituyendo un cuello de botella en términos del *continuum* de atención.

Las principales barreras para acceder a servicios de VHC a nivel microsocial son la presencia de mitos y confusiones con respecto al VHC, lo que incide en un bajo control frente al virus a pesar de tener alta percepción de severidad y susceptibilidad a la enfermedad. En general, las y los participantes parecieran no diferenciar el VHC de otras hepatitis y no tener claras las vías de transmisión.

Frente a ello se recomienda implementar campañas de comunicación informando las vías de transmisión del virus y cómo prevenirlo. Estrategias de comunicación como juegos interactivos –tipo loterías– son altamente recomendables para facilitar que recuerden esta información y para hacer

frente a los mitos entre la población de una manera lúdica y cooperativa.

La principal barrera a nivel microsocial para acceder a detección del VHC es el temor a un resultado reactivo. Frente a ello es fundamental implementar estrategias de comunicación que informen sobre el carácter curable de la enfermedad y las características del tratamiento, enfatizando su corta duración, los reducidos efectos secundarios y la facilidad de acceso. Estrategias como las postales con historias de modelos de PID que se han curado podrían ayudar a posicionar estos mensajes.

En las PID con menor acceso a servicios de reducción de daños encontramos mayor presencia de mitos en torno al VHC y/o mayor desconocimiento frente al virus y los servicios disponibles. En ese sentido, aumentar y fortalecer la oferta de servicios de reducción de daños en los lugares de encuentro de las PID o en las zonas por donde transitan es fundamental para lograr la eliminación del VHC entre esta población.

A nivel macrosocial encontramos que los estilos de vida asociados al uso intenso de sustancias y a la precariedad e inestabilidad de las condiciones de vida de PID se tornan barreras para el acceso a tratamiento para VHC, principalmente por la falta de apoyo social para adoptar prácticas de autocuidado de la salud, el temor a los efectos del síndrome de abstinencia, el temor al estigma y la discriminación en las instituciones de salud, las dificultades de movilidad, y el establecimiento de rutinas que no necesariamente son compatibles con las rutinas institucionales.

Para mitigar el impacto de los estilos de vida en el acceso a tratamiento, se recomienda evaluar las condiciones de vida de la persona al momento de un resultado reactivo a VHC y ofrecerle –si así lo necesita y desea– acompañamiento a servicios por parte de una persona par promotora de salud. Asimismo, es recomendable diseñar con la PID el esquema de acompañamiento que resulte más adecuado según sus condiciones de vida, de modo que el acompañamiento no se convierta en una práctica paternalista sino que incite a la toma de decisiones y ejercicio de la autonomía de las personas. Los elementos del estilo de vida que recomendamos evaluar son: condiciones de vivienda, condiciones de trabajo, apoyo social, condiciones de seguridad y dinámicas de uso de sustancias.

La literatura académica evidencia que el acompañamiento empático entre pares, aunado al apoyo para el traslado de las personas hacia las unidades de salud, favorece la adherencia a tratamiento entre PID. Estas estrategias ya las implementan las OSC-RD en las ciudades de referencia del estudio con un importante nivel de éxito y, por tanto, se recomienda incluirlas como parte del Programa Nacional de Eliminación de VHC (PNE-VHC).

La principal barrera de acceso a servicios de VHC a nivel microinstitucional es la falta de disponibilidad de insumos de inyección segura en los lugares de encuentro de PID, situación que es más crítica en Hermosillo, debido a la ausencia de OSC-RD. Los insumos de inyección segura no son considerados dentro del cuadro básico de medica-

mentos de la SSA, lo que impide su compra por parte de la Federación.

Al respecto, es urgente incluir las jeringas con émbolo no-desmontable dentro del cuadro básico, analizar en conjunto con las OSC-RD los insumos incluidos en el cuadro básico que podrían funcionar como equipo seguro de inyección e incluir indicadores de distribución de jeringas en el plan de implementación del PNE-VHC y en los indicadores AFASPE.¹ Es fundamental considerar que la distribución de insumos de inyección segura es un elemento esencial de cualquier programa de atención a VHC entre PID.

La accesibilidad geográfica de los servicios públicos de salud emergió como otra barrera importante de acceso a servicios de atención a VHC en el ámbito microinstitucional para las PID de Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez, pero no en Hermosillo. En particular, encontramos distancias de más de 7 kilómetros entre las zonas de encuentro de PID y los CAPASITS y SAIH donde se ofrece diagnóstico y tratamiento para VHC. Las distancias geográficas aumentan los costos de transporte y los tiempos de traslado, y además desincentivan a las PID a acudir a los servicios.

Adicionalmente, factores como problemas de seguridad de la población y el acoso policial son factores que dificultan que las PID salgan de sus zonas de tránsito.

1 *Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados* es un mecanismo para transferir recursos financieros e insumos desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud a los Servicios Estatales de Salud, destinados a los 36 Programas de Acción Específicos (SSA, 2016).

Además de la accesibilidad geográfica, encontramos el escaso número de unidades de salud y de médicos especialistas que ofrecen tratamiento. Por ejemplo, en Baja California y Sonora sólo un hospital general estatal ofrece el tratamiento y éste está a cargo de un solo médico infectólogo. El contexto de pandemia afectó aún más la posibilidad de acceder a tratamiento para VHC debido a que estos hospitales se convirtieron en puntos especializados de atención en COVID-19, lo que retrasó la entrada oportuna en tratamiento.

En este contexto de baja accesibilidad geográfica e insuficiente número de unidades de salud, una buena práctica identificada fue la de realizar la toma de muestra para carga viral en el momento en que se encuentra un resultado reactivo en la prueba de detección, optimizando el encuentro con las personas usuarias.

Sin embargo, aunque esta estrategia se aplicó en centros de tratamiento y centros penitenciarios, no se realizó en espacios comunitarios de PID, donde se siguió presentando la dificultad de la vinculación entre la detección y el diagnóstico.

Frente a ello, lo ideal sería que los servicios de detección y tratamiento se ofrecieran en las unidades de primer nivel de atención que se ubican en las zonas de encuentro de PID y que estos servicios estén coordinados con el apoyo de OSC-RD para aumentar la detección oportuna del VHC, así como favorecer la vinculación a servicios a través de acompañamientos por parte de pares previamente capacitados. Ello supone la urgente necesidad de capacitar a mayor

número de médicos(as) en VHC y dotarlos de las credenciales necesarias para administrar los casos directamente en la plataforma AAMATES. En particular, consideramos necesario capacitar al personal médico de los centros penitenciarios para que de manera autónoma ofrezcan este servicio en los penales.

Adicionalmente, se recomienda implementar programas de telementoría para ofrecer asesorías continuas al personal médico de centros penitenciarios y de centros de primer nivel en los procesos de diagnóstico y tratamiento, y programas de telemedicina en centros de tratamiento residencial para uso de sustancias y OSC-RD, todo ello con la finalidad de acercar estos servicios a los espacios de mayor confluencia de PID.

Una tercera barrera en el ámbito microinstitucional es la falta de documentos de identificación y de no-derechohabencia de algunas PID, lo que se liga a nivel macroinstitucional con las políticas de registro y control de casos. Las condiciones de vida en calle, de deportación o de conflicto con la ley hacen que algunas PID –justamente las más vulnerables– no logren pasar de la detección a los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Frente a ello, se recomienda facilitar el acceso a identificación oficial, permitiendo que las OSC-RD sean garantes de la identidad de las personas, o bien, creando protocolos específicos para otorgar identificación oficial a PID en los departamentos de trabajo social de las unidades de salud (CAPASITS, unidades de primer nivel, SAIH). Asimismo, es necesario proveer sistemas temporales

de afiliación al INSABI a través de las OSC-RD para agilizar el acceso a tratamiento.

Una cuarta barrera de acceso a servicios de VHC en el ámbito microinstitucional es el condicionamiento de tratamiento a la condición de abstinencia de uso de sustancias, lo que se asocia a nivel macroinstitucional con el estigma y discriminación hacia PID prevaiente entre proveedores de servicios públicos de salud. El estigma y la discriminación se expresa en prácticas de trato deshumanizado al momento en que las PID acuden a unidades de salud; en falta de empatía, aumento en los tiempos de espera, regaños, negación de los servicios y, en general, baja calidad de la atención.

Estas prácticas vulneran el derecho fundamental a la salud de las PID y genera un ambiente de desconfianza mutua entre PID y proveedores de servicios, lo que termina siendo en detrimento del acceso a servicios. Frente a ello es indispensable capacitar al personal médico en estigma y discriminación hacia PID abordando mitos específicos que tienen frente a la población y se ofrezca evidencia de cómo se promueven los procesos de adherencia a tratamiento, cura y no-reinfección.

Adicionalmente, es necesario reforzar los mecanismos de denuncia por malos tratos en la atención por parte de PID en las mismas unidades de salud y apoyar a las OSC-RD para que realicen procesos de acompañamiento a quejas ante de las comisiones estatales de Derechos Humanos para asegurar la eliminación de estas prácticas institucionales. -

Por último, pero no menos importante, una gran barrera de acceso a servicios son, a nivel macroinstitucional, las políticas de criminalización de las personas que usan drogas y, a nivel micro, las prácticas policiales de acoso y violencia hacia las PID. Se expuso ampliamente cómo la “guerra contra las drogas” ha sido una guerra contra las personas usuarias de contextos vulnerables. En particular, los programas de “limpieza social” de los territorios que habitan las PID favorecen la diseminación de epidemias como VIH y VHC a otras poblaciones y limitan el acceso a servicios de salud y de reducción de daños, dado que las personas se ubican en espacios cada vez más alejados. El acoso policial desincentiva limpiar los espacios de encuentro de PID de jeringas usadas, lo que aumenta la propensión a su uso, limita el acceso a jeringas estériles y genera un enorme desperdicio de insumos de salud indispensable en las vidas de PID y muy escaso, porque son destruidos al momento de la detención.

Frente a ello, es necesario ofrecer programas continuos de capacitación en reducción de daños a policías municipales, tales como el Proyecto Escudo. Asimismo, se recomienda vincular a las policías municipales al Programa Nacional de Eliminación de VHC, haciéndolos responsables de sacar jeringas usadas de circulación de las calles y capacitándolos en prevención de VHC. Promover incentivos de participación de las policías en los programas de salud podría compensar su necesidad de criminalizar a PID.

Para ello es indispensable establecer convenios de cooperación entre los servi-

cios estatales y municipales de Salud y Seguridad Pública.

Para concluir, es necesario reconsiderar el papel de las OSC-RD en el proceso de promoción de la salud de PID. La experiencia de trabajo de las organizaciones, su alta profesionalización, su grado de penetración y confianza con la población y su *expertise* en

reducción años son elementos que debería aprovechar la SSA para fortalecer el Programa Nacional de Eliminación de VHC.

La meta de eliminación del VHC requiere la suma de esfuerzos y ello implica vincularse con las OSC en el diseño, implementación y evaluación del Programa.

Introducción

Las personas que se inyectan drogas (PID) son una población especialmente vulnerable al virus de la hepatitis C (VHC). Se estima que 27 millones de personas en el mundo estaban infectadas de VHC en 2017 y que 23% de las nuevas infecciones de VHC y una de cada tres muertes asociadas a este virus es atribuible a las PID (UNODC, 2020).

A nivel mundial, entre 2008 y 2017 el número de años de vida libres de discapacidad (DALYs) perdidos debido a cáncer de hígado, resultante del virus de la hepatitis C (VHC) ha crecido 40% entre personas que usan drogas (UNODC, 2020). Asimismo, el número de DALYs perdidos por cirrosis y otras enfermedades crónicas relacionadas con el VHC, ha aumentado en 19% (UNODC, 2020). Se estima que la mitad de las muertes asociadas al uso de sustancias se atribuyen a cáncer de hígado, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado relacionadas con el VHC debido a la falta de acceso a tratamiento entre la mayoría de las PID (UNODC, 2020).

En México, la infección por VHC constituye un problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por la alta morbilidad que conlleva. Se estima que hay alrededor de 600 mil personas afectadas, de las cuales 65% tiene infección crónica, pero se estima que solamente 25% sabe de su enfermedad y apenas 1% recibe tratamiento debido principalmente a la falta de una política pública de atención y control de las hepatitis víricas, lo que ha limitado el acceso tanto al diagnóstico como al tratamiento.

Aunque se estima una prevalencia de VHC entre la población general entre 1.2% y 1.4%, entre las PID la prevalencia estimada de VHC alcanza el 96% en algunas ciudades del norte del país (White *et al.*, 2007). Se estima que el volumen de PID en el país es de alrededor de 150,000 personas, de las cuales 50% vive en las ciudades de Tijuana, Mexicali, Hermosillo y Ciudad Juárez (CENSIDA, 2010).

Hasta 2016, la terapia más efectiva de tratamiento de la hepatitis C (VHC) en México era Interferón pegilado acompañado de Ribavirina e inhibidores de la proteasa. Esta combinación de medicamentos otorgaba tasas de curación de hasta el 70% en personas con genotipo 1 del virus y sin experiencia previa a Interferón (Molina Pérez, Fernández Catroagudín & Domínguez Muñoz, 2012). La tasa relativa de éxito de este tratamiento se veía afectada por su larga duración (entre 6 y 18 meses según la respuesta viral de la persona) y por la intensidad de los efectos secundarios que dificultaban la adherencia, limitando la tasa de eliminación del virus (Molina Pérez, Fernández Catroagudín & Domínguez Muñoz, 2012).

Aunque desde 2017 llegaron a México antirretrovirales de acción directa (AAD), que son un tratamiento más simple, corto y efectivo para el VHC en comparación con los esquemas basados en Interferón, sólo a partir de 2019 éstos se hicieron accesibles para toda la población, permitiendo la creación del Programa Nacional de Eliminación de Hepatitis C (CENSIDA, 2020). El Programa está fundamentado en cuatro pilares: pruebas rápidas de detección, procesos diagnósticos, la oferta de tratamiento con AAD

y plataforma unificada de registro de casos (CENSIDA, 2020).

Este documento de trabajo presenta un análisis de las barreras de acceso a tratamiento entre PID desde la perspectiva de esta población, de los proveedores de servicios públicos de salud, de los que proveen servicios públicos para el tratamiento de uso problemático de sustancias y de los proveedores de servicios de reducción de daños. El documento también recupera buenas prácticas institucionales en la promoción del cuidado a la salud de PID. El objetivo final es ofrecer directrices generales para fortalecer los servicios de reducción de daños en las ciudades con mayor presencia de PID que garanticen procesos de vinculación efectiva a los servicios de salud de VHC en el primer nivel de atención.

El estudio fue contratado con el Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CENSIDA) en octubre de 2020, y se llevó a cabo entre octubre de 2020 y mayo de 2021. En el proceso de diseño, recolección de la información y elaboración de las conclusiones participaron las organizaciones de la sociedad civil: Programa Compañeros, Integración Social Verter, Centro de Servicio Ser, Prevencasa y la Red Mexicana de Reducción de Daños (Redumex). La participación de estas organizaciones en el proceso de investigación resultó ser clave por el contexto de pandemia en el que se levantó la información y porque fue fundamental para comprender las particularidades sociales, institucionales, políticas y económicas de cada ciudad, y cómo ello se traduce en barreras y oportunidades particulares de acceso a servicios de salud, en general, y de

prevención y atención de VHC en PID, en particular. Asimismo, la participación de las organizaciones en este estudio resultó vital para identificar estrategias programáticas viables para mejorar las condiciones de acceso de PID a servicios de prevención y atención de VHC.

En ese sentido, este cuaderno de trabajo representa la culminación de un proceso de colaboración entre el Estado mexicano, la academia y las organizaciones de la sociedad civil, en la que cada actor aportó su experticia y su capacidad de acción para mejorar la comprensión de un fenómeno social, en este caso, las barreras de acceso a servicios de prevención al VHC entre PID. Esperamos desde el Programa de Política de Drogas seguir propiciando la construcción participativa de conocimiento situado en torno a temas referentes a las políticas de drogas en México y sus efectos en poblaciones específicas y que ese conocimiento tenga la oportunidad de traducirse en mejores prácticas, programas y políticas públicas que redunden en el bienestar social de dichas poblaciones.

El documento se organiza en cuatro partes. En la primera se describe la metodología a través de la cual se recopiló y se analizó la información que permitió llegar al diagnóstico de las barreras de acceso a servicios de detección, diagnóstico, tratamiento y prevención de VHC entre PID. En la segunda parte se presenta el marco conceptual a partir del cual la información fue recolectada y analizada. En la parte tres se presentan los hallazgos. En un primer momento se expone un breve contexto de las cuatro ciudades del estudio: Tijuana, Mexicali, Hermosillo y

Ciudad Juárez, en relación con la situación de uso de sustancias inyectables y los principales elementos que constituyen ambientes de riesgo para la transmisión del VHC entre la población meta.

Luego se presenta una caracterización de la oferta de servicios de salud disponibles para PID en las cuatro ciudades del estudio en términos de sus condiciones de accesibilidad geográfica, disponibilidad, tipo de servicios que ofrecen, capacidad de atención, disposición a ofrecer servicios a PID y calidad de la atención. Con base en esta información, en la tercera subsección de los hallazgos presentamos el análisis de las barreras para la prevención y atención al VHC entre PID. Siguiendo el marco de los ambientes de riesgo (Rhodes, 2009), organizamos las barreras en los niveles micro y macro en los ámbitos social e institucional.

Finalizamos el documento con un listado de recomendaciones para implementar estrategias de reducción de daños y modelos de vinculación efectiva a los servicios de salud de VHC en diferentes escenarios de atención.

Metodología

Éste es un estudio cualitativo fundamentado en cuatro técnicas de recolección de información: 1) mapeo de servicios de atención a PID; 2) encuesta de caracterización de servicios de salud disponibles para PID; 3) entrevistas a profundidad con PID, y 4) entrevistas a profundidad con proveedores locales de servicios en tres ámbitos de salud: organizaciones de la sociedad civil que implementan programas de reducción de daños (OSC), instituciones públicas que trabajan en el área de uso de sustancias (CAPA y CIJ), y programas estatales de VHC y VIH, así como CAPASITS.

Para la elaboración del mapeo de servicios y espacios de encuentro de PID que aquí se presenta, se partió de un listado de instituciones que ofrecen servicios a PID en cada una de las ciudades de referencia del estudio, elaborado inicialmente por representantes de las OSC que implementan acciones de reducción de daños (OSC-RD). Este listado inicial fue complementado con las instituciones referidas por responsables de los servicios públicos de atención al uso de sustancias y de VIH y VHC que fueron convocados para esta actividad a través de correos electrónicos.

Asimismo, se consultó el portal de la CONADIC para incluir a todos los centros residenciales de tratamiento para el uso de sustancias que cuentan con reconocimiento por parte de esta institución. Una vez que se consolidó el listado completo de instituciones y sus direcciones, fue enviado a los actores institucionales que habían participado previamente en los lista-

dos iniciales vía correo electrónico para su validación.

Además, se solicitó a las OSC-RD que listarán los lugares de encuentro de PID, ubicando las colonias y el número aproximado de PID que suelen frecuentar estos espacios. En el caso de Hermosillo, como no hay OSC-RD, se trabajó con una investigadora experta en reducción de daños con trabajo previo con la población y se utilizaron mapeos realizados en investigaciones previas (Bautista-Arredondo, *et al.*, 2012; Ospina-Escobar, 2016).

Las instituciones identificadas por los diferentes actores institucionales así como los lugares de encuentro de PID fueron georreferenciados a través de la herramienta de Google Maps y posteriormente se elaboraron mapas utilizando el programa ArcGis 10.7. Con ello se midió la distancia promedio entre los lugares de encuentro de PID y las instituciones que ofrecen servicios de salud como un indicador de accesibilidad geográfica.

Posteriormente, se diseñó una encuesta en la plataforma SurveyToGo para caracterizar los servicios de salud que se ofrecen a las PID en cada ciudad. La encuesta respondió a cuatro objetivos: 1) describir los perfiles sociodemográficos y profesionales de los proveedores de servicios de las diferentes instituciones, 2) identificar prácticas institucionales que limitan a las PID el acceso a estos servicios, 3) analizar los efectos de la pandemia de COVID-19 en la disponibilidad de los servicios y 4) dar cuenta de la capacidad de las instituciones para ofrecer servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de VHC. La encuesta tuvo un tiempo promedio de respuesta de 30 minutos.

Dicha encuesta fue revisada y validada por expertos de CENSIDA y CONADIC, fue piloteada con responsables de servicios públicos de salud de Aguascalientes y, una vez ajustada, se envió a los correos institucionales de los responsables de cada organismo. La encuesta estuvo disponible de enero a marzo de 2021 y cada semana se enviaban correos para incentivar la participación de los responsables institucionales. Personal de CENSIDA y CONADIC apoyaron en la promoción de la encuesta a través del envío de correos a las instituciones que operan bajo su respectiva coordinación.

De los 28 actores institucionales contemplados, 22 respondieron la encuesta (Cuadro 1). De ellos, 12 fueron instituciones pertenecientes al sector VIH y VHC, seis pertenecientes al área de uso de sustancias, y cuatro a OSC-RD. En Tijuana (Baja California), seis instituciones respondieron la encuesta. Dos de ellas pertenecientes al sector VIH y VHC, dos al área de uso de sustancias y dos a OSC-RD. En Mexicali (Baja California) participaron cinco instituciones pertenecientes al sector VIH y VHC, y una a OSC-RD. En Hermosillo (Sonora) participaron tres instituciones del sector VIH y VHC, y dos del ámbito de uso de sustancias. En Ciudad Juárez (Chihuahua) participaron dos instituciones del sector VIH y VHC, dos instituciones del sector de uso de sustancias y una de OSC-RD. Con esos datos realizamos un análisis descriptivo de las respuestas obtenidas a través del programa Stata versión 16.

Aunque el listado de instituciones que atienden y/o tienen contacto con PID incluyó a representantes de seguridad pública y de centros no gubernamentales de atención

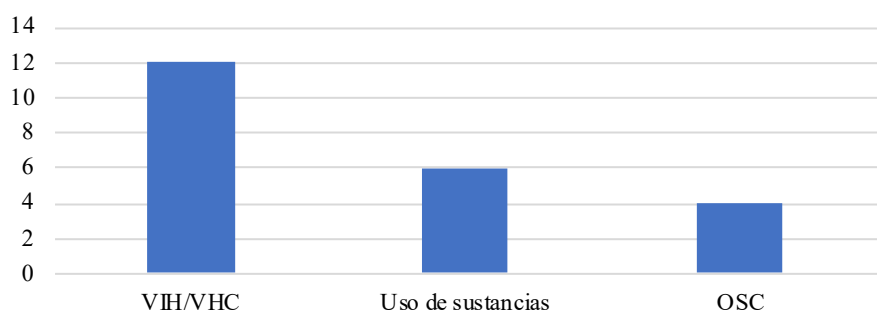
al uso de sustancias, no fue posible acceder a estas personas a pesar de que fueron contactadas en varias ocasiones a través de llamadas y correos electrónicos. En todos los casos, los representantes de estas instituciones se negaron a participar aduciendo que para hacerlo debían obtener una autorización de sus superiores y, aun cuando se les hizo llegar las solicitudes y la información requerida, no fue posible contar con su participación en el estudio. El Cuadro 1 presenta el número de instituciones que participaron en la encuesta según ciudad y ámbito de salud en el que se ubican los servicios que ofrecen.

Cuadro 1. Actores institucionales que participaron en la encuesta de caracterización de servicios

Campo	Institución	Tijuana	Mexicali	Hermosillo	Ciudad Juárez	Total
Adicciones	CIJ	1	0	0	1	2
	Institutos estatales contra las adicciones	1		0	0	1
	CAPA	2	2	2	1	7
VIH/VHC	Programa estatal de VIH/VHC	1		1	1	3
	CAPASITS	1	1	1	1	4
	Hospital general	0	1	0	0	1
Reducción de daños	Organizaciones de la sociedad civil	2	1	0	1	4
Total		6	7	4	5	22

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Gráfica 1. Ámbito de especialización de las instituciones participantes



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Adicionalmente, se realizaron entrevistas a profundidad a PID. A través de estas entrevistas se buscaba explorar la experiencia de la población en relación con el VHC en términos de conocimientos, percepción de riesgo y acceso a servicios. Para obtener la máxima variabilidad en los casos, se elaboró una muestra teórica con los criterios que se muestran en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Distribución de las PID participantes en el estudio según características sociodemográficas

Ciudad	Hermosillo		Ciudad Juárez		Mexicali		Tijuana		Total
Acceso a tratamiento para VHC	Sexo				Sexo		Sexo		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Alguna vez en tratamiento para VHC	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Sin tratamiento para VHC	2	2	2	2	2	2	2	2	16
Subtotal	4	4	4	4	4	4	4	4	32
Total	8		8		8		8		32

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Los criterios de selección de las PID a entrevistar fueron: ser mayor de edad, haber usado drogas inyectadas de manera intensa alguna vez en la vida, consentir de manera voluntaria a participar en la entrevista, y haber vivido en la ciudad del levantamiento por un tiempo no menor a seis meses.

En el caso de Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez, las PID participantes en el estudio son personas usuarias de los servicios de reducción de daños que ofrecen las OSC en las ciudades de referencia del estudio. En el caso de Hermosillo, las PID participantes fueron contactadas en lugares de encuentro de la población por una investigadora experta en reducción de daños.

Las PID potenciales participantes en las entrevistas fueron identificadas por promo-

tores de salud vinculados a las OSC que implementan programas de reducción de daños en las ciudades de referencia del estudio y por la investigadora de Hermosillo. Una vez identificada, a cada persona se le explicó de qué se trataba el estudio y se preguntó su disposición a participar. Las entrevistas fueron realizadas cara a cara por promotores de salud expertos en reducción de daños en los lugares y en los horarios de preferencia de las y los participantes. Las entrevistas se realizaron aplicando las recomendaciones de higiene por parte de las autoridades sanitarias para la prevención de COVID-19 (uso de cubrebocas y gel antibacterial, y manteniendo la distancia adecuada al momento de realizar las entrevistas).

En total se realizaron 33 entrevistas a PID en las cuatro ciudades del estudio con las características que se muestran en el Cuadro 3. El acceso a tratamiento para VHC fue obviado en el caso de Hermosillo porque la mayoría de PID contactadas en esta ciudad no conocía su estatus de salud.

Cuadro 3. Personas que se inyectan drogas entrevistadas según condición de sexo y edad

Ciudad	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Tijuana	4	4	8
Mexicali	5	4	9
Hermosillo	4	3	7
Ciudad Juárez	5	4	9
Total	18	15	33

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Las entrevistas se realizaron entre noviembre y diciembre de 2020. Todas las PID participantes brindaron su consentimiento informado de manera verbal. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de una hora e incluyeron los siguientes temas: datos sociodemográficos, trayectoria de uso de sustancias, dinámicas actuales de uso de sustancias, información sobre VHC, acceso a detección de VHC, acceso a tratamiento de VHC, acceso a servicios de reducción de daños. Las entrevistas fueron audiograbadas y posteriormente transcritas. Para proteger la confidencialidad de los participantes se eliminaron los audios y en las transcripciones los nombres fueron sustituidos por seudónimos. Adicionalmente, toda la información personal de los participantes, así como la relacionada con las personas con las que conviven y con sus lugares de encuentro, fue eliminada de las transcripciones.

Las transcripciones fueron codificadas a través del programa AtlasTi utilizando un listado de códigos establecidos a priori por parte del equipo de investigación. Cada entrevista fue codificada por dos investigadores y se analizó la convergencia de los códigos utilizando las herramientas de AtlasTi. En caso de desacuerdo, se procedió a leer las citas y realizar un ejercicio de consenso. Las categorías resultantes del ejercicio de análisis fueron: datos sociodemográficos, conocimientos sobre VHC, motivadores para VHC, trayectorias de uso de sustancias, dinámicas de uso de sustancias, experiencia de detección y diagnóstico, experiencia de tratamiento, barreras de acceso a tratamiento, barreras de acceso a detección y diagnóstico. El Cuadro 4 resume las características de las PID participantes.

Cuadro 4. Características sociodemográficas de las PID entrevistadas (n=33)

Ciudad de entrevista	N	%
Ciudad Juárez	9	27.27
Hermosillo	7	21.21
Mexicali	9	27.27
Tijuana	8	24.24
Total	33	100%
Sexo	n	%
Hombre	18	54.55
Mujer	15	45.45
Total	33	100%
Edad	n	%
20 a 30 años	5	15.15
31 a 40 años	6	18.18
41 a 50 años	16	48.48
51 o más	6	18.18
Total	33	100%
Empleo	n	%
Formal	3	9.09
Informal	19	57.58
Desempleo	9	27.27
Total	33	100%
Situación conyugal	n	%
Casado (a)	5	15.15
Separado (a)	5	15.15
Unión libre	9	27.27
Soltero (a)	4	12.12
Viudo (a)	2	6.06
Total	33	100%
Hijos	n	%
Sí	13	39.39
No	6	18.18
Total	33	100%

Seguro médico (INSABI, IMSS, ISSSTE, etc.)	n	%
Sí	5	15.15
Edad del primer consumo de sustancias	n	%
10 años o menos	2	6.06
11 a 15 años	18	54.55
16 a 20 años	10	30.30
21 o más	3	9.09
Total	33	100%

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Finalmente, se realizaron entrevistas a profundidad a proveedores de servicios de salud con la finalidad de: 1) comprender cómo operaba la provisión de los servicios, 2) conocer sus antecedentes y los cambios generados en los servicios a causa de la epidemia de COVID-19, 3) explorar la disponibilidad de ofrecer servicios de VHC, y 4) conocer los retos que estos actores institucionales perciben en el trabajo de promoción de la salud con PID.

Para ello se usó como base muestral el listado de actores institucionales que ofrecen servicios de salud a PID elaborado al inicio del estudio y se convocó vía telefónica y por correo electrónico a los representantes de las instituciones listadas a participar en la entrevista de manera remota, debido a la contingencia por COVID-19. A través del CENSIDA y de la CONADIC se contactó a representantes estatales y municipales de los servicios de atención al uso de sustancias (CAPA y CIJ) y de atención a VIH y VHC para realizar entrevistas semi-estructuradas durante febrero y marzo de 2021.

En total se entrevistaron a cuatro representantes de cuatro OSC distintas. Las entrevistas incluyeron: la historia de la organización, el tipo de servicios que ofrecen a PID y el modelo de atención que integran, las barreras que enfrentan las PID para acceder a servicios relacionados con VHC, los retos que enfrentan como OSC para ofrecer servicios de salud a PID, y buenas prácticas de promoción de la salud entre PID. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de una hora y media. Todas las entrevistas fueron audiograbadas y los contenidos fueron sistematizados en matrices analíticas correspondientes con los seis temas desarrollados en las conversaciones. Todas las personas participantes otorgaron el consentimiento informado de manera verbal antes de iniciar la entrevista.

Se entrevistaron también a los directores de las clínicas de metadona (CIJ) de Tijuana y Ciudad Juárez, y a los responsables estatales de los programas de VHC de Sonora y Baja California, así como al director del CAPASITS Hermosillo. Las entrevistas tuvieron una du-

ración promedio de una hora y los temas desarrollados en las mismas fueron: servicios que ofrecen, trámites y requerimientos necesarios para acceder a los servicios, buenas prácticas de vinculación de PID, barreras para el acceso de PID a servicios de salud. Las entrevistas fueron audiograbadas y los contenidos fueron sistematizados en matrices analíticas correspondientes con los seis temas desarrollados en las conversaciones.

Con la información obtenida y analizada en matrices y categorías analíticas, se realizó un taller de análisis de la información con las organizaciones que participaron del estudio. El taller permitió identificar elementos que constituyen barreras para la atención al VHC en cada una de las ciudades y proponer estrategias específicas de mitigación para mejorar el acceso a los servicios disponibles.

Limitaciones del estudio

Este estudio tiene algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al momento de leer los hallazgos. En general, encontramos que las PID participantes son principalmente mayores de 30 años, lo cual puede significar una mayor dificultad para acceder a PID jóvenes, entre 18 y 25 años, quizás por tener dinámicas de uso de sustancias distintas y menor acceso a servicios que ofrecen las OSC-RD a través de las cuales se realizó el reclutamiento.

En ese sentido, los hallazgos aquí presentados responden a PID de mediana edad, lo que significa trayectorias más largas de uso de sustancias que pueden asociarse a mayor riesgo de haber estado en prisión,

en centros de tratamiento para uso de sustancias y con mayor contacto con OSC-RD. Es necesario profundizar en las barreras para acceso a servicios de VHC entre PID menores de 25 años.

Dado que las PID participantes fueron reclutadas por promotores(as) de salud de OSC-RD, encontramos que la mayoría se había realizado la prueba de VHC y conocía su diagnóstico. Los datos epidemiológicos muestran que menos del 20% de la población conoce su estatus de VHC, lo que indicaría la alta selectividad de la muestra de participantes. Sin embargo, aun con esta selectividad encontramos acceso limitado a tratamiento, de modo que sólo ocho de las 28 con diagnóstico conocido de VHC accedió a tratamiento.

A pesar de los sesgos de selectividad de la muestra, consideramos que los resultados son relevantes a considerar en el diseño de estrategias efectivas de vinculación de las PID a servicios de atención de VHC.

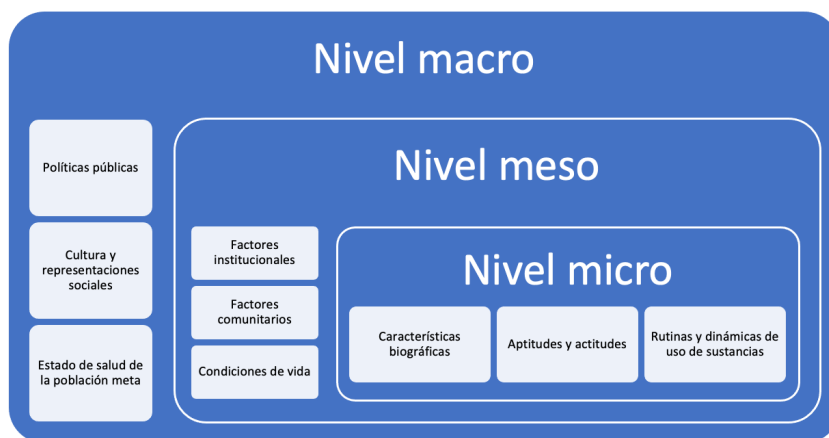
Marco analítico

Para la identificación de barreras de acceso a servicios de VHC, partimos del marco conceptual de los ambientes de riesgo, entendidos como los tipos de entorno (físico, social, económico, político) que interactúan en diferentes niveles de influencia (micro o macrosocial), condicionando la susceptibilidad y la vulnerabilidad al VHC (Rhodes, 2002).

Los ambientes de riesgo están conformados por el ambiente físico, social, económico y político que operan a niveles macro,

meso y micro (ver Figura 1). Los factores que se ubican a nivel micro son aquellos que pertenecen al ámbito individual. En este nivel ubicamos, por ejemplo, los conocimientos, actitudes y percepción de riesgo frente al virus, pero también sus características biográficas, como las trayectorias de consumo de sustancias, trayectorias educativas y sus comorbilidades de salud mental. Algunos de estos factores son susceptibles de cambio a través de programas y acciones específicas y otros constituyen las condiciones sobre las cuales se implementa la intervención.

Figura 1. Factores y niveles que conforman los ambientes de riesgo



Fuente: Elaboración propia con base en Rhodes (2009).

En el nivel meso, ubicamos aquellos factores que pertenecen al ámbito social-comunitario-institucional en el que se desenvuelve el sujeto. En este nivel ubicamos por ejemplo la oferta institucional de servicios,

la accesibilidad a éstos y sus características, y las condiciones de vida y las redes de apoyo con que cuenta el sujeto. En términos conceptuales, este nivel es susceptible de cambio a través de la formulación de progra-

mas y políticas de Estado como el Programa Nacional para la Eliminación de la Hepatitis C. Sin embargo, su ejecución depende de las características y dinámicas particulares a partir de las cuales se conforma el mundo institucional de cada ciudad y las maneras en que ese mundo institucional interactúa con la población meta, en este caso, las personas que se inyectan drogas.

En el nivel macro, ubicamos aquellos factores estructurales que inciden en las lógicas y prácticas institucionales a través de las cuales se conciben y son tratadas las personas usuarias de sustancias inyectables. En este nivel ubicamos, por ejemplo, las políticas y programas de atención al uso de sustancias, las políticas y programas públicos de asistencia social, de salud y de seguridad. Aquí nos interesa en particular analizar cómo la formulación e implementación de estas políticas y programas inciden en las condiciones de vida de las personas que se inyectan drogas en las cuatro ciudades de estudio.

En ese sentido, la perspectiva de los ambientes de riesgo plantea que la probabilidad de infectarse de VHC (susceptibilidad) y

la severidad que puede tener la infección en una persona (vulnerabilidad) están en función de la red causal compleja que configura la interrelación entre los factores en sus diferentes niveles de afectación. Por ello, desde esta perspectiva resulta fundamental pensar las políticas y los programas en función de los contextos locales en donde estos factores se manifiestan de maneras específicas conformando contextos de riesgo también particulares.

En el marco de esta perspectiva analítica, en este reporte se hace énfasis en los contextos locales de las cuatro ciudades de estudio y en las líneas programáticas específicas a desarrollar de manera local para mejorar la atención en materia de prevención y atención al VHC respondiendo a la configuración particular del contexto de riesgo de cada ciudad.

El Cuadro 5 resume los elementos retomados en este estudio y que conformaron la pauta de las entrevistas realizadas con PID y con proveedores de servicios de salud, así como la encuesta de caracterización de los servicios de salud disponibles para PID.

Cuadro 5. Elementos de los ambientes de riesgo al VHC entre PID que fueron consideradas en la pauta de entrevista

Nivel / Tipo	Micro	Meso	Macro
Social	Actitudes frente al VHC Conocimientos frente al VHC Dinámicas de uso de sustancias Trayectorias de uso de sustancias Trayectorias de atención en salud	Redes de apoyo familiar y social Escolaridad Condiciones de vida	Segregación socioespacial de PID Estigma y discriminación hacia PID Sistema sexo/género
Institucional	Experiencia con policía Experiencia en servicios de salud Experiencia en servicios de atención en uso de sustancias Experiencia en servicios de reducción de riesgos y daños	Prácticas policíacas Accesibilidad de los servicios (horarios, costos, trámites) Disponibilidad de los servicios (personal, tipo de servicios, disposición) Integración de servicios de salud Calidad de los servicios de salud (capacitación del personal en atención a PID y en VHC) Prácticas institucionales libres de estigma y discriminación	Programas de salud Políticas de drogas
Físico	Vida en calle Espacios de uso de sustancias (picaderos) Prisión	Accesibilidad geográfica de los servicios	Migración Deportación Políticas de limpieza social

Fuente: Elaboración propia con base en Rhodes (2009).

A continuación, presentamos una caracterización de las cuatro ciudades que constituyen el contexto del estudio. Esta caracterización no es exhaustiva sino que pretende simplemente ubicar contextualmente al lector para que pueda comprender mejor los retos particulares que supone la implementación de líneas programáticas de prevención y atención a la VHC en cada territorio.

En ese sentido, la caracterización está elaborada en términos de la situación de uso de sustancias en general, de uso de sustancias inyectadas en particular, de prevalencias de VIH y VHC con base en información disponible y de las políticas de atención al uso de sustancias en términos de salud y de seguridad pública. Esta construcción presenta una narrativa de los elementos contextuales de cada ciudad y busca demarcar las condiciones macro bajo las cuales tienen lugar las dinámicas meso y micro que se describen en los siguientes apartados de este reporte.

Hallazgos

Tijuana, Mexicali, Hermosillo y Ciudad Juárez son las ciudades con mayor volumen de PID en el país (CENSIDA, 2010) y también se caracterizan por altas prevalencias de VIH y VHC entre PID. Los datos disponibles sobre prevalencia de VHC indican que las PID en Tijuana y Ciudad Juárez tienen prevalencias de VHC de 95.5% y 93.7% respectivamente, pero sólo el 19% se había hecho alguna prueba de detección y el 37% sabía qué era el VHC (White *et al.*, 2007). Fleiz *et al.* (2019) encontraron prevalencias de VHC de 90.1% y 91.7% en lugares de encuentro de PID en Tijuana y Ciudad Juárez, respectivamente, y de 69.5% y 80.5% en centros de tratamiento para uso problemático de sustancias en las mismas ciudades.

Algunos factores asociados a la prevalencia de VHC en esta población, además de la alta prevalencia de uso compartido de equipo de inyección, es la trayectoria de uso de drogas inyectadas, de modo que, a mayor tiempo de uso de drogas inyectadas, mayor prevalencia. Sin embargo, los autores subrayan que aun en las personas con una trayectoria de uso inyectado de sustancias menor a tres años, la prevalencia de VHC fue de 84.6% (White *et al.*, 2007).

La alta prevalencia de VHC que encuentran White y colaboradores (2007) aun en personas con trayectorias cortas de uso de inyectables la explican por la alta proporción en que las PID comparten parafernalia

de inyección.² Fleiz y colaboradores encuentran que el 79% de los participantes en su estudio reportaron haber compartido parafernalia de inyección y 69.8% usó una jeringa previamente usada por otra persona. Ospina-Escobar y colaboradores (2018) encontraron que el 67.7% de las PID encuestadas en Ciudad Juárez, Hermosillo y Tijuana habían usado una jeringa previamente usada por otra PID, siendo significativamente menor la proporción en Hermosillo en comparación con las otras dos ciudades (55.4% vs. 71%; $p < 0.001$). Los estudios coinciden en plantear la falta de jeringas y el acoso policial como dos de los factores más importantes asociados al uso compartido de parafernalia de inyección.

En otras palabras, los estudios plantean que las maneras particulares en que se implementan las políticas de salud y de atención a la oferta y demanda de sustancias ilícitas en cada ciudad resultan definitivas para explicar las prevalencias de VIH y VHC en la población de PID en cada ciudad. A continuación, describimos de manera no exhaustiva las características que toman estas políticas en cada ciudad.

2 87.3% de las PID participantes en el estudio pasaron su jeringa usada a otra persona; 85.3% usaron una jeringa previamente usada por otra PID, y alrededor del 80% compartió cualquier elemento de la parafernalia usada para inyectarse (algodones, cookers y/o agua) (White *et al.*, 2007).

Caracterización de las cuatro ciudades de estudio

A. Tijuana y Mexicali, Baja California

Baja California es la entidad de la República con la mayor incidencia acumulada de uso de heroína y de estimulantes tipo anfetamínico (0.3% y 3.1%) en la población general de 12 a 65 años (Villatoro *et al.*, 2017). Las metanfetaminas y la heroína son también las principales sustancias de impacto reportadas por las personas que ingresaron a centros no gubernamentales para el tratamiento del uso problemático de sustancias en Baja California (14.6% y 69.9%, respectivamente) (SISVEA, 2016). Baja California es el segundo estado de la República con mayor volumen de muertes asociadas al uso de opioides en México entre 1998 y 2018, y la cuarta entidad con mayor proporción de urgencias hospitalarias asociadas al uso de estas sustancias entre 2011 y 2019 (Ospina-Escobar *et al.*, 2022). Baja California es el estado de la República con mayor incidencia de VHC, siendo Ensenada, Tijuana y Mexicali los municipios con las tasas más altas por cada 100,00 habitantes para el periodo 2013 y 2018 (15.7, 13.8 y 11.2, respectivamente) (CENSIDA, 2020).

Tijuana y Mexicali se caracterizan por la presencia importante de población migrante en condición de vida en calle. Frente a ello, el estado de Baja California ha recurrido a tácticas de limpieza social centradas en el encarcelamiento y/o el internamiento forzado en centros de tratamiento para adicciones de poblaciones de bajos ingresos y migrantes (Rodríguez Mascareño, 2018).

En Tijuana se han implementado programas como “Tijuana Mejora” (2014-2015) (Rafful *et al.*, 2020) o “limpieza de la canalización del río Tijuana (2020-2021)”, los cuales se concentraron en el bordo del río Tijuana que es una zona en la que residen personas migrantes y usuarias de sustancias que no tienen una residencia fija (Velasco & Albicker, 2013). De manera explícita, estos programas tienen como finalidad revitalizar el canal y reubicar a las personas que allí residen, ya sea enviándolos a sus lugares de origen, en caso de ser migrantes, o a centros de tratamiento para adicciones (Rafful *et al.*, 2020). En 2013 se registró un desalojo de entre 700 y mil personas (Velasco & Albicker, 2013), mientras que de diciembre de 2014 a marzo de 2015 entre 800 y 1,000 personas fueron enviadas de manera involuntaria a centros de tratamiento para adicciones (Duran & Caballero, 2015). Sin embargo, Rafful *et al.* (2020) reportan también el internamiento involuntario y la detención arbitraria de PID no sólo dentro del bordo, sino también alrededor de la zona norte de Tijuana a razón de su apariencia física.

En Mexicali, se implementa al momento de este informe el “Proyecto para la regeneración del centro histórico” que busca la recuperación del primer cuadrante de la ciudad a través de la inversión en obras públicas y la reubicación de migrantes, personas usuarias de situación de calle y personas sin residencia fija que habitan los espacios públicos de esta zona (Punto Norte, 2020). En el marco de este proyecto, organizaciones de la sociedad civil reportan el internamiento involuntario de personas usuarias de sustan-

cias por parte del municipio bajo la figura de petición de gobierno.

B. Hermosillo, Sonora

En Sonora, la incidencia acumulada de uso de heroína, cocaína y metanfetamina para la población de 12 a 65 años es de 4.3% y 1.4%, respectivamente (Villatoro *et al.*, 2017). En esta entidad, las metanfetaminas y la heroína son las sustancias ilegales de impacto más importantes reportadas por personas que ingresan a centros de tratamiento no gubernamental, representando el 63.8% y 13.2% de total de los casos, respectivamente (SISVEA, 2016).

Sonora es el cuarto estado de la República con mayor volumen de muertes asociadas al uso de opioides en México entre 1998 y 2018, y es la entidad con mayor proporción de egresos hospitalarios asociados al uso de opioides entre 2011 y 2019 (Ospina-Escobar *et al.*, 2022). En términos de VHC, Sonora es la tercera entidad del país con más alta incidencia en la población general para el periodo 2013 y 2018 (3.69 por cada 100,000 habitantes) y los municipios de Bacanora y Nogales aparecen como aquellos con las incidencias más altas: 49.2 y 5.1, respectivamente (CENSIDA, 2020).

C. Ciudad Juárez, Chihuahua

Chihuahua por su parte, es la segunda entidad de la República con mayor incidencia acumulada de uso de heroína en la población de 12 a 65 años (0.2%) y la segunda con mayor incidencia acumulada de uso

de cocaína (6.1%) (Villatoro *et al.*, 2017). La heroína y las metanfetaminas son las principales sustancias de impacto reportadas por las personas que ingresaron a centros no gubernamentales para el tratamiento del uso problemático de sustancias en Chihuahua (19.9% y 19.3%, respectivamente) (SISVEA, 2016). Chihuahua es el segundo estado de la República con mayor volumen de muertes asociadas al uso de opioides en México entre 1998 y 2018, y la entidad con mayor proporción de urgencias hospitalarias asociadas al uso de opioides entre 2011 y 2019 (Ospina-Escobar *et al.*, 2022). No se tienen datos específicos de VHC para Chihuahua. Por último, es importante anotar que Ciudad Juárez es una de las ciudades con más alta prevalencia de sustancias ilícitas del país. En efecto, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017)—que son los últimos datos disponibles—, mientras la prevalencia de uso de drogas ilegales en el país fue de 9.9%, en Ciudad Juárez fue de 11.7% (Villatoro *et al.*, 2017).

El presente estudio busca identificar las distintas barreras al acceso a tratamiento de VHC, el inicio o continuidad de toma antiviral y la atención médica a las que se enfrentan las PID, con miras a mejorar su vinculación efectiva a los servicios de salud y, en general, a generar políticas públicas de reducción de daños con modelos de vinculación adecuados a las necesidades de la población en cuestión.

Características de la oferta institucional de servicios de atención a PID

En este apartado se caracteriza la oferta institucional de atención a PID en los ámbitos de VIH/VHC, atención al uso problemático de sustancias y reducción de riesgos y daños. Esta caracterización se basó en un mapeo de instituciones y actores clave, y en el levantamiento de encuestas y entrevistas a profundidad a responsables de las instituciones identificadas.

En el marco analítico del estudio, la oferta de servicios de salud disponibles para PID y la manera en que los servicios se organizan y se ofrecen a la población tiene el potencial de mitigar o profundizar los factores contextuales, estructurales y microsociales en las que se desarrollan las vidas de las PID. En el marco específico de este estudio, el análisis de esta oferta institucional resulta fundamental para la implementación local del Programa Nacional de Eliminación de VHC.

Servicios de salud disponibles para PID

En Tijuana, identificamos la siguiente oferta institucional en materia de VIH/VHC: un hospital general donde aún no se ofrece tratamiento para VHC, un CAPASITS, tres hospitales del IMSS, seis unidades médicas familiares del IMSS, un Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) y 35 centros de salud. En el ámbito de la atención al uso de sustancias, en Tijuana encontramos dos Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), dos clínicas de tratamiento

sustitutivo con metadona administrados por Centros de Integración Juvenil (CIJ) y otras dos administradas por empresas privadas, y nueve centros no gubernamentales de tratamiento residencial con reconocimiento de CONADIC. En el ámbito de la sociedad civil, encontramos cuatro organizaciones de reducción de daños que ofrecen servicios de salud a PID.

Mexicali, por su parte, cuenta en el ámbito de atención al VIH/VHC con un hospital general donde ofrece tratamiento a VHC, siendo el único hospital del estado que ofrece este servicio, un CAPASITS, dos hospitales del IMSS, cuatro unidades médicas familiares del IMSS, un Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud (CAAPS) y 37 centros de salud. En el ámbito de la atención al uso de sustancias, en Mexicali encontramos tres Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), dos clínicas de tratamiento sustitutivo con metadona administrados por empresas privadas, un Centro de Integración Juvenil (CIJ) y siete centros no gubernamentales de tratamiento residencial con reconocimiento de CONADIC. En el ámbito de la sociedad civil, encontramos una sola organización que implementa programas de reducción de daños con PID.

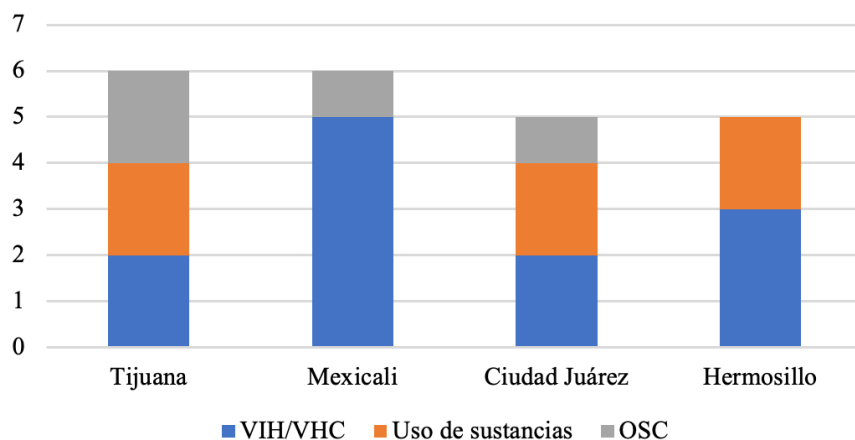
En Hermosillo, la oferta institucional incluye un hospital general, un CAPASITS, tres hospitales del IMSS, cuatro unidades

médicas familiares del IMSS, un CAAPS, dos CAPAS, 15 centros de salud en el área urbana, un CIJ, un Hospital de Higiene Mental y ocho centros no gubernamentales de tratamiento al uso de sustancias reconocidos por CONADIC. En esta ciudad resalta la limitada oferta de atención al uso de sustancias, pues más allá de los centros de tratamiento residencial, no hay servicios comunitarios de reducción de riesgos y daños ni servicios de tratamiento sustitutivo para opioides.

Finalmente, en Ciudad Juárez la oferta institucional de servicios de salud incluye un hospital general, tres hospitales del IMSS, siete unidades de medicina familiar del IMSS, un CAPASITS, dos CAAPS, 18 centros de salud, una clínica de metadona administrada por CIJ y dos clínicas privadas, una unidad de hospitalización para uso de sustancias y una unidad de tratamiento ambulatorio administrada por CIJ, tres CAPAS, tres centros residenciales no gubernamentales de tratamiento para el uso de sustancias reconocidos por CONADIC y una OSC con programas de reducción de daños.

Estos 28 actores institucionales representan el universo a partir del cual levantamos encuestas y entrevistas de caracterización de servicios. La Gráfica 2 muestra los ámbitos de especialización de los servicios que se ofrecen en cada ciudad.

Gráfica 2. Ámbito de especialización de las instituciones identificadas en cada ciudad que ofrecen servicios a PID



Fuente: Elaboración propia con base en un mapeo de instituciones.

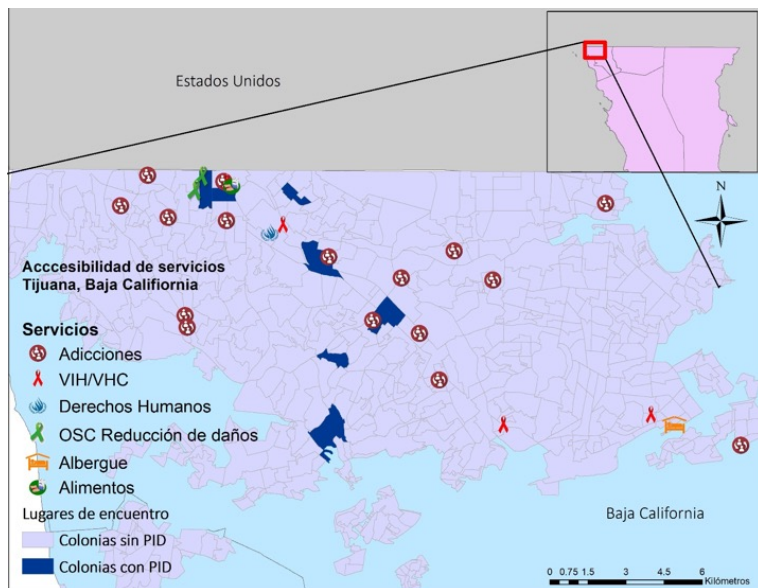
Accesibilidad geográfica de los servicios

En Tijuana observamos una concentración de los espacios con alta afluencia de población PID en la denominada zona centro que coincide con la presencia de servicios de reducción de daños por parte de Prevencasa A.C. y Centro de Servicio SER. Sin embargo, los servicios de atención a VIH y VHC no están en la misma zona de concentración de población. Las brigadas de salud que organiza Prevencasa semanalmente en espacios de encuentro PID favorecen el acceso a insumos básicos de prevención, curaciones y pruebas de detección de VIH, VHC y otras ITS entre aquellas personas que, por cuestiones de salud o de seguridad, viven una situación de movilidad restringida, al tiempo que per-

miten extender el alcance de sus acciones de promoción de la salud más allá de la zona norte de la ciudad.

Es importante considerar que las reiteradas operaciones de “limpieza” del canal han conllevado una dispersión de las PID en diferentes zonas de la ciudad como Los Álamos, Avenida Internacional, Garita del Otay, el puente de la 20 de Noviembre y la central camionera (Durán & Caballero, 2015). La literatura evidencia que esta dispersión de PID ha generado una dispersión del VIH a diferentes zonas de la ciudad (Brouwer *et al.*, 2012). Estas nuevas zonas de encuentro de PID se caracterizan por el bajo acceso a servicios de VIH/VHC e incluso de atención para uso de sustancias, pese a que estos servicios son más numerosos y están ubicados en di-

Mapa 1. Ubicación de zonas de encuentro de PID y servicios de atención al uso de sustancias, VIH, VHC y reducción de daños. Tijuana, Baja California, 2021



Fuente: Elaboración propia.

versas zonas de la ciudad como se observa en el Mapa 1.

El Hospital General de Tijuana, donde antes de la contingencia por COVID-19 se pensaba ofrecer tratamiento para VHC, se encuentra en la denominada zona río, a cuatro kilómetros de la zona centro, que equivalen a alrededor de 50 minutos caminando, 15 minutos en bicicleta o 10 minutos en auto. El CAPASITS por su parte, se ubica a 24 kilómetros de la zona norte, lo que equivale a cerca de dos horas en transporte público o 30 minutos en auto.

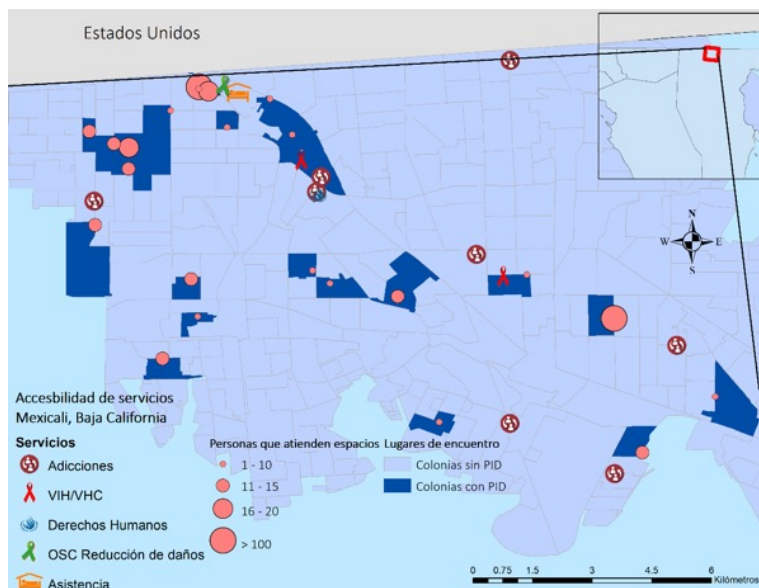
Las clínicas privadas de metadona se ubican en un radio de tres kilómetros de la

zona norte, mientras que las clínicas de metadona administradas por Centros de Integración Juvenil (CIJ) se ubican alrededor de 4.5 kilómetros de la zona norte, lo que equivale a una caminata de una hora, 40 minutos en transporte público o 15 minutos en auto. El CAAP, se encuentra ubicado en la colonia Francisco Villa, aproximadamente a cuatro kilómetros de la zona norte.

En Mexicali, encontramos dispersión por toda la ciudad de espacios de encuentro de PID, especialmente en la zona oeste (ver Mapa 2). Al igual que en el caso de Tijuana, la única OSC que ofrece servicios de reducción de daños, Integración Social Verter, se

encuentra justo en la zona noroeste de la ciudad, resultando en un área de tres kilómetros de las zonas de encuentro de PID. Sin embargo, las limitaciones financieras de la organización no le permiten tener un alcance más allá de la zona del entro histórico de la ciudad. Las dos clínicas de metadona confluyen también en esta zona del centro histórico de la ciudad.

Mapa 2. Ubicación de zonas de encuentro de PID y servicios de atención al uso de sustancias, VIH, VHC y reducción de daños. Mexicali, Baja California, 2021



Fuente: Elaboración propia.

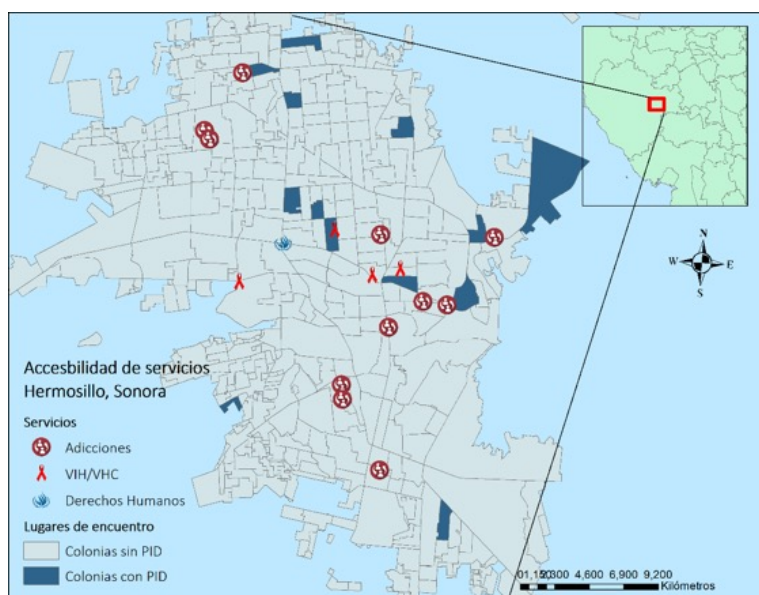
El Hospital General, donde se ofrece tratamiento para VHC, se encuentra también en la zona de confluencia de PID del centro de la ciudad, con un área de entre tres y cuatro kilómetros de distancia, lo que equivale a 40 minutos caminando o siete minutos en auto. El CAPASITS, por su parte, se encuentra aproximadamente a 10 kilómetros de la zona centro de Mexicali y el CAAPS a 7.5 kilómetros, lo que dificulta el acceso por parte

de PID a estas unidades de salud, debido a sus dificultades de movilidad por razones económicas, de salud y de seguridad. Dada la dispersión de las zonas de confluencia de PID, el trabajo con unidades móviles de atención resultaría de especial importancia en Mexicali.

A diferencia de Tijuana y Mexicali, el hospital general, como se observa en el Mapa 3, en Hermosillo, el CAPASITS y el CAAPS se

encuentran justo en las zonas de confluencia de PID, en la región noreste de la ciudad. Sin embargo, como ya se mencionó, la ausencia de OSC que implementen acciones de reducción de daños, limita la posibilidad de acceso a los servicios de salud, pues, como veremos más adelante, la percepción de PID de estigma y la discriminación por parte de proveedores de servicios de salud desincentiva que recurran a estos servicios. Además, en Hermosillo es problemática la falta de servicios de tratamiento sustitutivo para opioides que permitan adoptar prácticas más controladas de consumo.

Mapa 3. Ubicación de zonas de encuentro de PID y servicios de atención al uso de sustancias, VIH, VHC y reducción de daños. Hermosillo, Sonora, 2021



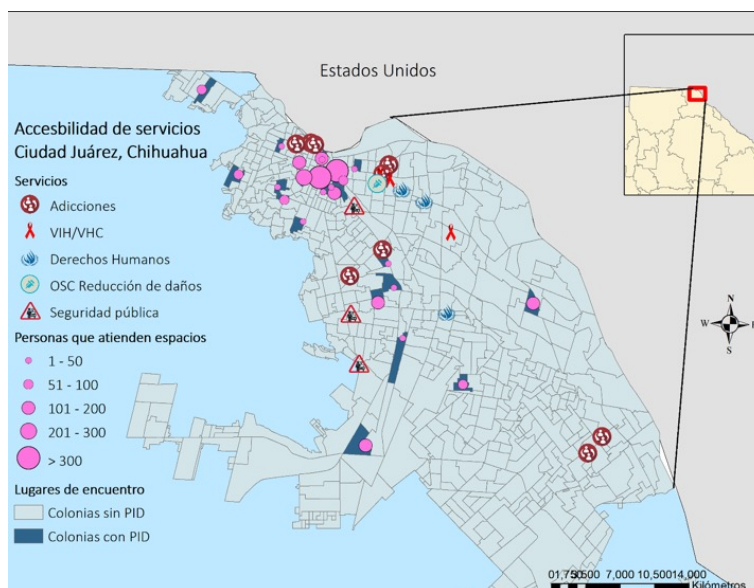
Fuente: Elaboración propia.

En Ciudad Juárez, las zonas de encuentro de PID se ubican principalmente en el área noroeste de la ciudad cerca de los cruces internacionales. Las clínicas de metadona, tanto la administrada por CIJ como las privadas, se ubican en un radio de alrededor de tres kilómetros de la zona de mayor afluencia

de PID, al igual que las oficinas de la OSC Programa Compañeros, lo que ofrece una ventana de oportunidad en términos de accesibilidad a los servicios. Asimismo, el programa itinerante y comunitario que implementa Programa Compañeros, denominado “Espacios Seguros de Consumo”, facilita el

acceso por parte de PID a insumos básicos de prevención y pruebas de detección de VIH, VHC y otras ITS.

Mapa 4. Ubicación de zonas de encuentro de PID y servicios de atención al uso de sustancias, VIH, VHC y reducción de daños. Ciudad Juárez, Chihuahua, 2021



Fuente: Elaboración propia.

A diferencia de las otras ciudades, en Ciudad Juárez tanto el CAPASITS como el Hospital General se ubican en un radio no mayor de tres kilómetros alrededor de las zonas de mayor afluencia de PID, situación que favorece el acceso a los servicios de atención. Sin embargo, los dos CAAPS se encuentran ubicados cada uno a alrededor de 20 kilómetros de distancia de esta zona de la ciudad.

A partir de este mapeo de servicios de salud y zonas de afluencia de PID en las

ciudades de interés de este estudio, podemos concluir que mientras en Hermosillo y Ciudad Juárez los servicios de atención a VIH y VHC se ubican cerca de las zonas de afluencia de la población, Tijuana y Mexicali presentan la situación contraria, con CAPASITS ubicados a 24 y 10 kilómetros, respectivamente, de las zonas de mayor concentración de PID, pero con una ubicación más favorable de los hospitales generales. En estos términos, la ciudad con mayor dificultad de accesibilidad geográfica a los servicios

de VIH/VHC existentes hasta el momento es Tijuana. En el extremo contrario estaría Ciudad Juárez donde observamos que, en general, las clínicas de metadona y las OSC-RD se ubican cerca de las zonas de encuentro de la población, lo que facilita el acceso a sus servicios.

Dada la saturación de servicios en las unidades de CAPASITS y en los hospitales generales, así como las dificultades mencionadas de accesibilidad geográfica, una manera viable de ofrecer servicios accesibles geográficamente a las PID es a través de la red de centros de salud de primer nivel que se encuentran localizados en todas las zonas de afluencia de población. Contar con unidades móviles que de manera itinerante realicen detección de VHC y distribución de tratamiento en los diferentes espacios de encuentro de PID, podría coadyuvar a mejorar el acceso a estos servicios. Esta estrategia ha sido evaluada positivamente para promover la adherencia al tratamiento (WHO, 2016, 2019).

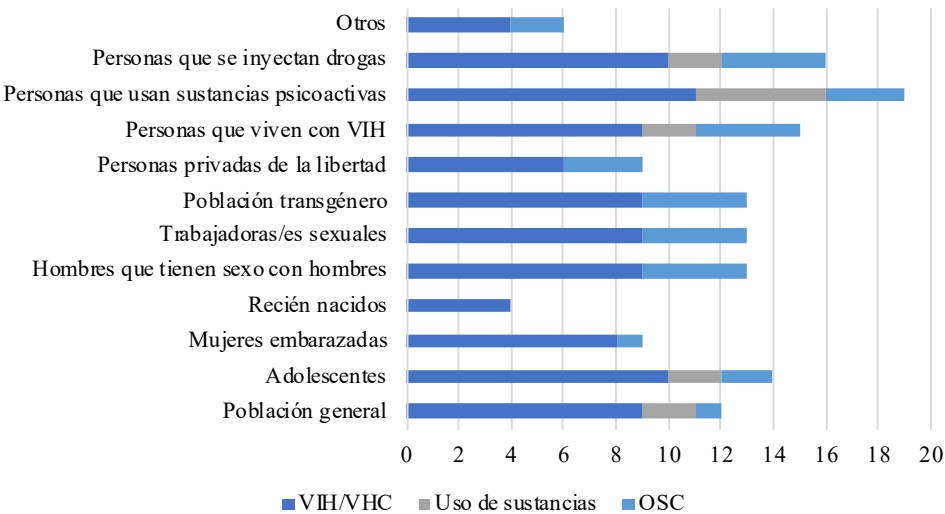
Población usuaria de los servicios

La pregunta por el tipo de población a la que van dirigidos los servicios que ofertan las instituciones busca, por un lado, explorar la especialización de la atención y, por el otro, dar cuenta del tipo de poblaciones con las cuales las PID tendrían que interactuar al momento de acudir a un servicio a las instituciones consultadas. Este aspecto es relevante por el contexto generalizado de estigma y discriminación hacia las PID dado que compartir un espacio con otras poblaciones podría generar tensiones y convertir-

se en una barrera de acceso a este tipo de servicios.

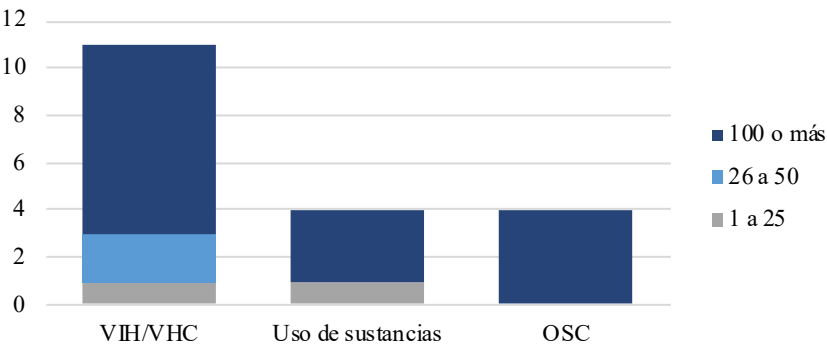
La Gráfica 3 evidencia que las PID, las personas que usan drogas, las personas con VIH, y las y los adolescentes son las principales poblaciones con las que trabajan las instituciones encuestadas. Independientemente del ámbito de especialización, la mayoría de las instituciones participantes tienen más de 100 personas usuarias dadas de alta en sus servicios (Gráfica 4). Sin embargo, al considerar el número aproximado de PID que atienden al mes (Gráfica 5), este volumen baja considerablemente para las instituciones especializadas en VIH, VHC y uso de sustancias, reportando un estimado de entre 1 a 25 casos de PID mensuales. En el caso de las OSC-RD, este volumen se mantiene. Conviene mencionar que en el caso de las instituciones especializadas en atención a VIH y VHC, la mitad reportó que no tenía manera de identificar a las PID dentro de las personas usuarias de los servicios. En ese sentido, es importante que los sistemas de registro de población consideren la categoría PID, para poder dar cuenta de la cobertura de los servicios en esta población en particular.

Gráfica 3. Tipo de población usuaria de servicios según ámbito de atención de las instituciones participantes



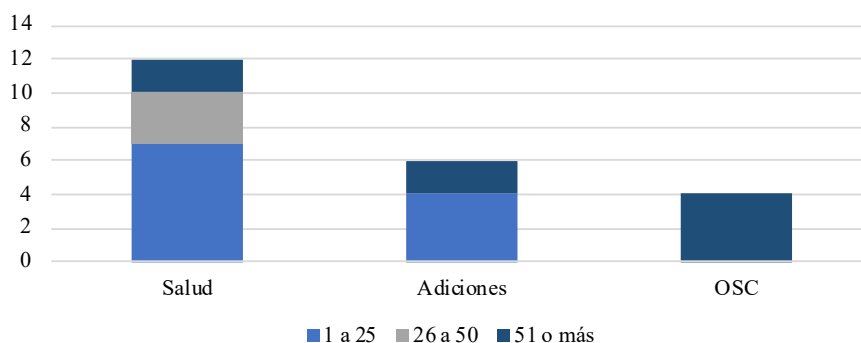
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Gráfica 4. Número de personas usuarias de los servicios según ámbito de atención de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Gráfica 5. Número aproximado de PID usuarias de servicios cada mes según ámbito de especialización de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

La relación hombre-mujer estimada entre las personas usuarias de los servicios que ofrecen las OSC-RD y las instituciones que atienden uso de sustancias es de tres mujeres por cada 10 hombres. En el caso de las instituciones especializadas en atención a VIH y VHC, la relación es de una mujer por cada cinco casos de hombres aproximadamente.

Todas las instituciones reportaron que la contingencia por COVID-19 no afectó el volumen de personas usuarias de los servicios, mismo que se mantuvo más o menos constante en el tiempo, con una baja de 20% aproximadamente en los primeros meses de la pandemia (marzo-mayo de 2020), pero que se recuperó a partir de junio de 2020. Es relevante que en el caso de las clínicas de metadona de CIJ se ofreció un descuento de 50% para favorecer la adherencia al tratamiento en contexto de pandemia. Los responsables de estas instituciones reportaron que la estrategia fue efectiva para mantener

a las personas usuarias y que la suspensión de este financiamiento no ocasionó bajas al programa.

En el caso de las instituciones especializadas en atención a VIH y VHC, la contingencia por COVID-19 impidió ampliar la cobertura de los servicios de detección y diagnóstico de VHC, así como de vinculación a tratamiento en los casos en que se había detectado anticuerpos al virus.

Características de los servicios

En esta sección se presentan algunas características generales de los servicios que se ofertan en cada una de las instituciones que respondieron la encuesta de caracterización. Esta oferta fue organizada según los ámbitos de las instituciones consultadas, a saber: VIH/VHC, uso de sustancias y reducción de riesgos y daños.

La Gráfica 6 muestra que el servicio más ofrecido por las instituciones participantes

es el de asesorías, consejerías y atención psicológica (n=17/22). El servicio es ofrecido por 10 instituciones especializadas en VIH y/o VHC, cinco especializadas en uso de sustancias y las cuatro OSC-RD participantes. El segundo servicio ofrecido con mayor frecuencia por las instituciones participantes fue la detección de VHC, VIH, y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) (13/22), principalmente aquellas que se especializan en atención a VIH y VHC y las OSC-RD (4/4). Sólo dos de los seis centros de atención al uso de sustancias reportaron ofertar estos servicios.

Conviene resaltar que sólo las instituciones especializadas en atención a VIH/VHC ofrecen servicios de diagnóstico y tratamiento para VHC, lo que genera un cuello de botella en la denominada cascada de atención, pues aunque 19 de 22 de las instituciones participantes en este estudio ofrecían pruebas rápidas de detección, sólo cuatro (una por ciudad) ofrecían el seguimiento que requerían las personas con una prueba reactiva.

Aún más, la emergencia por COVID-19 saturó los servicios de algunos CAPASITS, como Tijuana. En este caso, además de la distancia, las personas tuvieron que enfrentar el aumento en los tiempos de espera y el estigma de ser visto haciendo fila para ser atendida en una institución especializada en VIH. Este tipo de situaciones generan pérdida de oportunidades de atención especialmente entre PID por sus estilos de vida y las desconfianzas que tienen frente a los servicios públicos de salud.

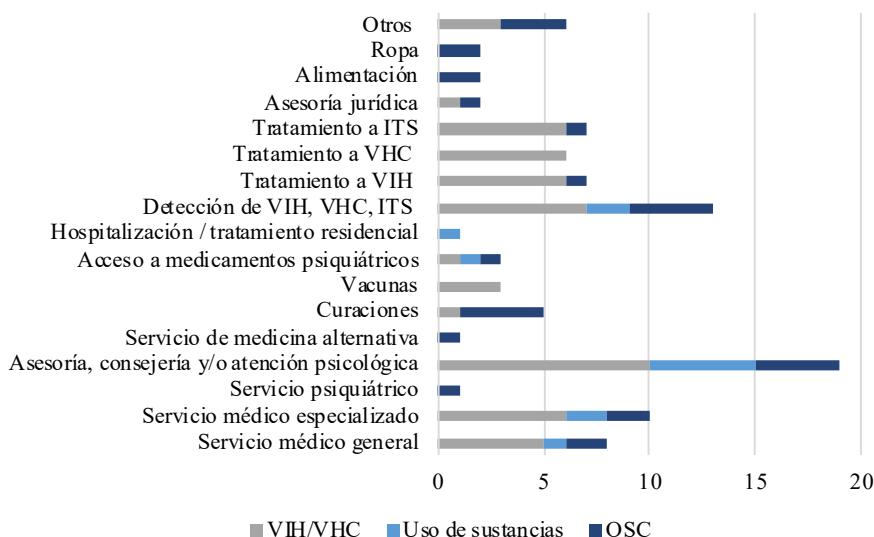
Adicionalmente, la contingencia por COVID-19 dificultó en el caso de Baja California y Sonora cumplir la meta de tamizar a todas

las personas usuarias de los CAPASITS y de los centros de tratamiento residencial para uso de sustancias reconocidos por CONADIC y retrasó la vinculación a tratamiento entre las personas que ya estaban diagnosticadas en estos espacios y en los centros penitenciarios.

Las instituciones que ofrecen tratamiento para VHC son aún menores y se ubican en las capitales de los estados, lo que disminuye aún más la cantidad de personas que logran transitar por la cascada de atención. En el caso de Baja California, las personas detectadas con VHC y que habían accedido a diagnóstico, debían trasladarse hasta el SAIH de Mexicali para acceder a tratamiento. Con la pandemia por COVID-19, los traslados también se vieron restringidos y con ello las personas tuvieron aún menos posibilidad de acceder a tratamiento.

Es relevante que las OSC-RD participantes reportaron ofrecer una mayor diversidad de servicios en comparación con las instituciones especializadas en VIH y VHC. Estos servicios incluyen, además de los ya mencionados, curaciones, servicio médico general, atención psiquiátrica, medicina alternativa, asesoría jurídica y servicios asistenciales (ropa y alimentación). Esto puede denotar la adopción de una perspectiva más integral para atender la situación de salud de las personas a quienes ofrecen sus servicios, principalmente PID. Por ejemplo, el programa de navegadores pares es un servicio que facilita el acceso a los servicios de salud por parte de la población al tiempo que fortalece los vínculos de apoyo mutuo entre PID, brindando el apoyo socioafectivo necesario para promover la adherencia a tratamiento.

Gráfica 6. Servicios que ofrece la instancia según ámbito de especialización de la dependencia/institución



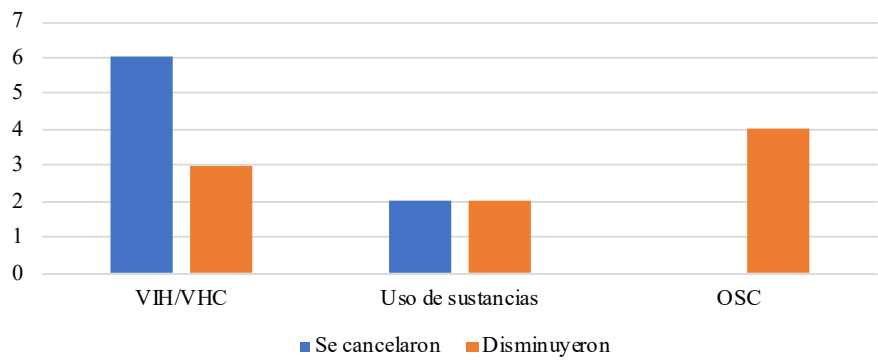
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Sólo las OSC-RD reportaron realizar trabajo comunitario en lugares de encuentro de PID. Las clínicas de metadona administradas por CIJ no brindan ningún servicio extramuros. Los programas estatales de VHC de Baja California y Sonora reportaron que durante 2018 y 2019 –gracias al apoyo del laboratorio Gilead y de CENSIDA–, realizaron jornadas de detección de VHC en centros residenciales de tratamiento para uso de sustancias y en prisiones. Sin embargo, estas actividades se suspendieron desde marzo de 2020 por la pandemia de COVID-19. En Hermosillo, el CAPASITS lideró durante 2019 y antes de la pandemia actividades de promoción de la salud en espacios de encuentro de PID.

Es importante notar que debido a la contingencia por COVID-19, la mitad de las instituciones participantes del ámbito de atención al VIH y VHC y de uso de sustancias, reportaron haber disminuido los horarios de atención, mientras que en el caso de las OSC tres de cuatro reportaron operaciones restringidas por la pandemia y sólo una mencionó haber mantenido intactos los servicios ofrecidos. En general, los horarios de prestación de servicios regresaron a la normalidad alrededor del mes de agosto 2020. Asimismo, los datos muestran que la contingencia por COVID-19 disminuyó de manera importante las actividades extramuros que ofrecían todas las instituciones participan-

tes, sin embargo, en aquellas especializadas en atención a VIH y VHC el efecto de la epidemia fue mayor (Gráfica 7).

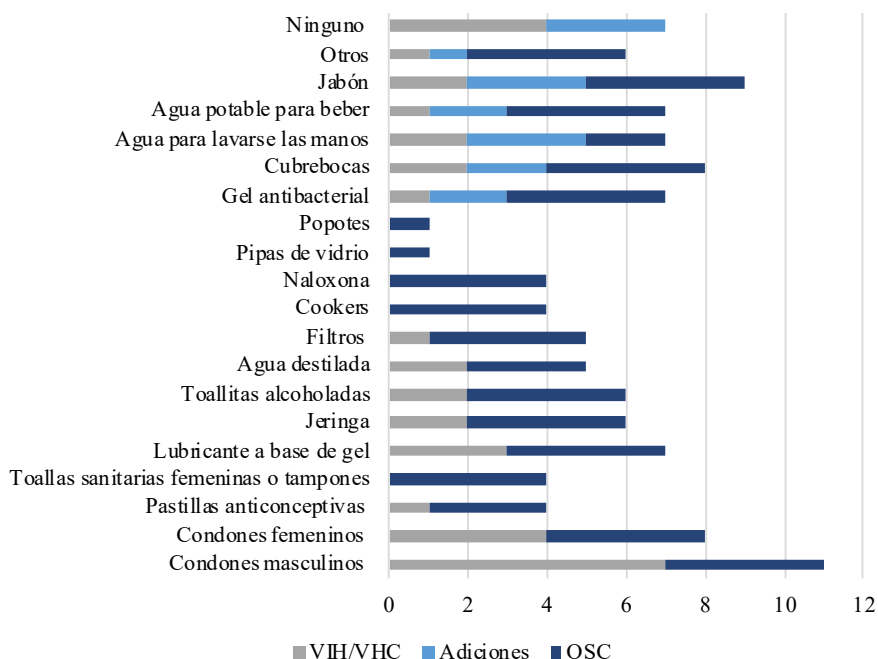
Gráfica 7. Impacto de COVID-19 en las actividades de alcance comunitario según ámbito de especialización de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

La Gráfica 8 muestra que son las OSC-RD quienes reportaron distribuir mayor diversidad de insumos de prevención, particularmente, pues son las únicas instituciones que distribuyen entre las PID equipo seguro de inyección, Naloxona, para prevención de sobredosis y quienes han incluido de manera consistente la distribución de jabón, cubrebocas y gel antibacterial en sus insumos de promoción de la salud. Destaca que sólo la mitad (n=3) de las seis instituciones especializadas en uso de sustancias ofrecen algún tipo de insumo de prevención/promoción de la salud.

Gráfica 8. Insumos de prevención distribuidos gratuitamente según ámbito de especialización de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Con excepción de las clínicas de metadona, los servicios que ofrecen las instituciones participantes no tienen costo alguno. En el caso de las clínicas de metadona de CIJ, el costo de cada toma del medicamento es de \$40 (\$1200 al mes, aprox. USD\$60) y el costo de inscripción es de \$350 (aprox. USD\$18). En el caso de las clínicas privadas de metadona, el costo diario del medicamento oscila entre \$90 y \$120 (\$2700-\$3600, aprox. USD\$135-\$180).

Si bien las pruebas rápidas de VIH y VHC que realizan las instituciones públicas es-

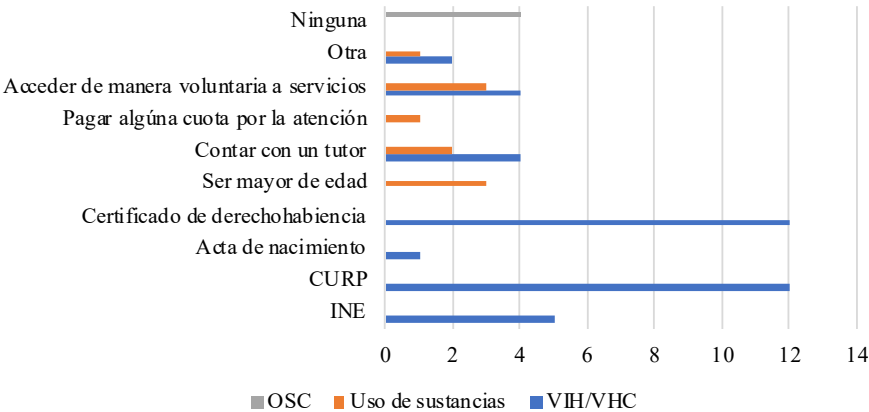
pecializadas no requieren identificación de ningún tipo, ni información sobre derechohabencia por parte de las personas usuarias de los servicios, el acceso a tratamiento está condicionado a contar con identificación oficial y con certificado de no-derechohabencia, lo que dificulta el acceso de PID a estos servicios. En el caso de las OSC-RD y las instituciones especializadas en uso de sustancias no es necesario presentar documento oficial alguno para acceder a los servicios.

Sólo las OSC-RD no exigen ningún requisito para acceder a los servicios que ofrecen,

mientras que las instituciones especializadas en VIH y VHC fueron las que reportaron mayor número de requisitos solicitados. Además del requisito ya mencionado de identificación oficial y derechohabiencia, algunas instituciones mencionaron la necesidad de contar con un tutor, ser mayor

de edad y de expresar voluntariedad para acceder a los servicios. En las instituciones especializadas en uso de sustancias, los dos requisitos más mencionados fueron: ser mayor de edad y acceder de manera voluntaria a los servicios; seguido de contar con un tutor (ver Gráfica 9).

Gráfica 9. Requisitos de acceso a servicios ofertados según ámbito de especialidad de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

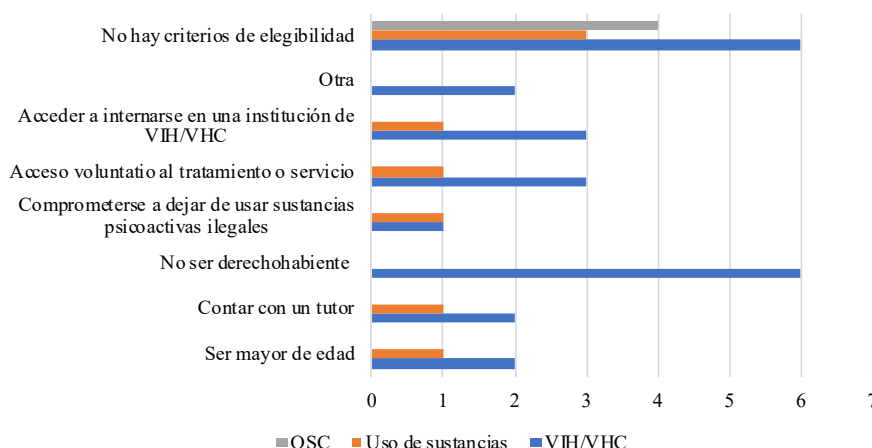
En este punto es necesario anotar que una proporción importante de PID no cuenta con documentos de identificación oficial por su situación migratoria, de vida en calle, de conflicto con la ley y/o por conflictos con organizaciones criminales. El no contar con esta identificación impide que, en el caso de que en una prueba rápida resulten reactivos a VHC, se los pueda vincular a los servicios

a través de la plataforma digital AAMATES³. Aún más, acceder a tratamiento está condicionado a que las personas presenten un documento de no-derechohabiencia por parte del IMSS, lo que supone contar con identificación oficial y, una vez teniendo

3 Ambiente para la Administración y Manejo de Atenciones en Salud.

esto, ir al IMSS a solicitar la certificación, lo que toma varias horas. En el contexto de pandemia, la obtención de este certificado para ser vinculado al INSABI se hizo aún más tardada por la falta de personal administrativo en las dependencias del IMSS.

Gráfica 10. Características de personas elegibles para atención o tratamiento según ámbito de especialidad de las instituciones.



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Pienso que para facilitar el acceso a tratamiento lo principal es que no fuera un proceso tan complicado, pues que el tratamiento estuviera en lo que es actualmente el INSABI y que fuera un tratamiento universal como el tratamiento para el VIH [...] Pero es que la realidad es que las personas no tienen ni INSABI [...] muchos no tienen seguro social, ni ISSSTE, ni están afiliados a otro programa de salud.

Promotor par de salud de OSC-RD

Relacionado con los requisitos de acceso a los servicios, también se indagó sobre

la existencia de criterios de elegibilidad de las personas para brindarles los servicios que necesitaban. La Gráfica 10 muestra que en el caso de OSC-RD no existen criterios de selección de las personas usuarias de sus servicios. Por su parte, se percibe cierta ambigüedad en las instituciones especializadas en VIH y VHC pues, aunque en su mayoría reporta no tener criterios de elegibilidad de las personas usuarias de sus servicios, algunas (3/12) mencionaron la necesidad de que la persona dejara de usar sustancias psicoactivas.

En las entrevistas a médicos especialistas en VIH/VHC surgió la preocupación frente a la adherencia a tratamiento y al mayor riesgo de reinfección entre personas usuarias de sustancias psicoactivas. Al respecto, si bien los proveedores de servicios de VIH y VHC reconocen que la normatividad vigente no condiciona la provisión de tratamientos a dejar de usar sustancias anotan que, en la práctica, prefieren ofrecerle tratamiento a personas que no usan sustancias y/o que están en algún tipo de tratamiento al respecto. En general, persiste en las representaciones de los y las médicos entrevistados la percepción de que es éticamente comprometedor brindar un tratamiento costoso a unas personas que, en su opinión, no lo van a tomar y que además pueden desarrollar resistencia a los medicamentos y nuevas complicaciones de salud. En ese sentido, encontramos que es una práctica común que las y los médicos condicionen el acceso a tratamiento a las PID a que dejen de usar sustancias, a que entren a tratamiento con metadona o que ingresen a un centro de tratamiento residencial.

Si me preguntan [el médico de CAPASITS] si puedo asegurar que esa persona no está usando sustancias y lo único que puedo decirle es que esa persona viene todos los días por su medicamento [metadona] y ha estado así los últimos dos años, sin faltar ni un solo día. Pero sí lo veo como una dificultad que tienen los médicos de CAPASITS, que entienden poco del paciente adicto. Para nosotros es claro que los pacientes usan otras sustancias, aquí mismo afuera de la unidad [la clínica de metadona] les venden, es una realidad que no podemos con-

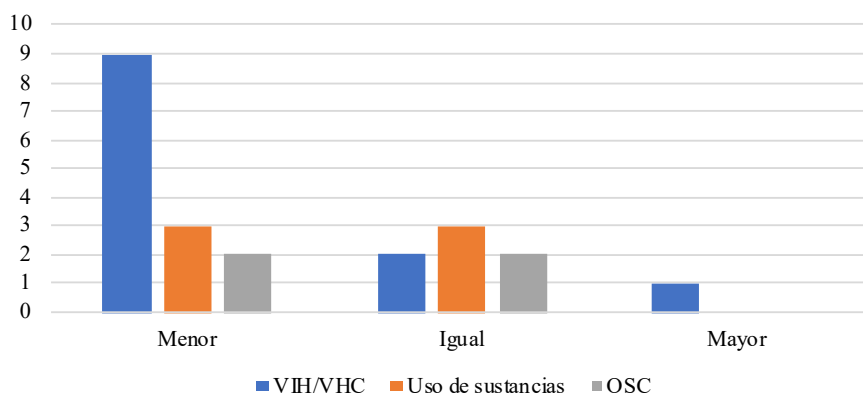
trolar... Para nosotros lo importante es que sigan constantes en su tratamiento y los motivamos a que no abandonen, les damos la confianza para que se sientan apoyados, de otro modo los perdemos.

*Responsable de clínica de metadona de
Centros de Integración Juvenil*

Así pues, la desconfianza de las y los médicos frente a la adherencia a tratamiento de las PID constituye una barrera importante de acceso a estos servicios en el nivel meso-institucional, pues muchas PID no pueden o no quieren dejar de consumir sustancias psicoactivas, lo que termina promoviendo el distanciamiento de los proveedores de servicios de salud y la población. La búsqueda de la abstinencia debe ser una decisión voluntaria. El acceso a tratamiento para VHC debe involucrar el acompañamiento logístico, farmacológico, social-comunitario y socioemocional necesario para lograr la adherencia. Para ello, se debe partir de un diagnóstico de la situación de la persona y el tipo de acompañamiento que requiere para que adhiera más fácilmente a tratamiento.

Es posible que condicionar el tratamiento a una condición de abstinencia de uso de sustancias ilícitas esté relacionado con los estereotipos que suelen tenerse en relación con las PID. Al respecto, es relevante mencionar que la mayoría de las personas participantes de la encuesta consideraron que las PID tienen menor adherencia a tratamiento en comparación con otras poblaciones (Gráfica 11).

Gráfica 11. Percepción de nivel de adherencia a tratamiento de PID en comparación con otras poblaciones según ámbito de especialización de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

La literatura disponible sobre el tema ha revelado que no es cierto que las PID tengan menor adherencia a tratamiento y que, con el acompañamiento adecuado y suficiente, las PID pueden ser tanto o más adherentes que cualquier otra población, al punto de lograr supresión viral (Mravčík, *et al.*, 2013; Greberly *et al.*, 2015; Rich *et al.*, 2016). Es necesario combatir activamente los mitos y estereotipos en las personas proveedores de servicios frente a las PID de modo que brinden las mayores facilidades posibles para vincular a la población a la cadena de atención (detección-diagnóstico-tratamiento-prevención), pues plantear la abstinencia como única alternativa de acceso a tratamiento no es una opción para muchas PID.

Conviene mencionar que tanto los representantes de OSC-RD como los responsables de las clínicas de metadona de CIJ, mencionaron que la empatía, la retroalimentación

positiva constante, recordar los nombres de las PID usuarias de los servicios que ofrecen y abstenerse de hacer juicios frente a su consumo de sustancias psicoactivas, son elementos que han favorecido la adherencia de las personas en sus servicios y una mejor respuesta cuando se les confronta frente al uso de sustancias que pudieran poner en riesgo su salud.

Justamente, la literatura especializada muestra que el acompañamiento de pares, el establecimiento de relaciones de empatía entre los proveedores de servicios y la población, proveer retroalimentación positiva durante el tratamiento y facilitar los aspectos logísticos de acceso a los servicios, son todas prácticas que favorecen la adherencia (Mravčík, *et al.*, 2013; Greberly *et al.*, 2015; Rich *et al.*, 2016).

En todo caso, la abstinencia debe ser voluntaria y deben ofrecerse alternativas

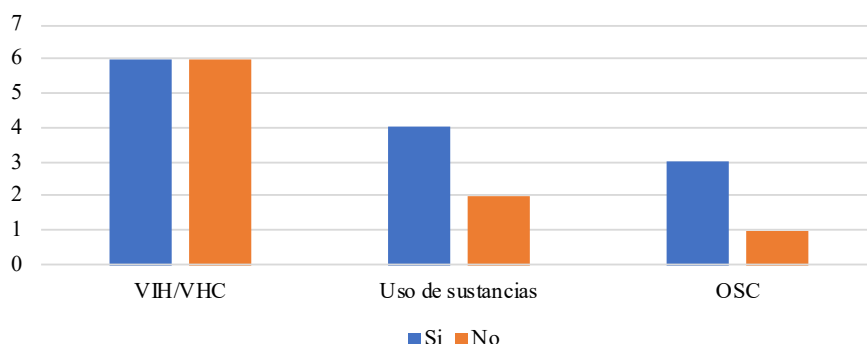
de acompañamiento farmacológico (p.e. mayor acceso a metadona), psicosocial (p.e. a través de acompañamiento de pares, estrategias comunitarias de promoción de la salud, ofrecer retroalimentación positiva durante el tratamiento, vincularse de manera empática con la población), logístico (p.e. apoyo en los traslados, flexibilidad en citas y trámites) y mejorar el acceso a productos de prevención como los insumos seguros de inyección. Para ello es fundamental la capacitación en estigma y discriminación hacia

PID y en estrategias de reducción de daños, especialmente entre proveedores de servicios de VIH/VHC.

Infraestructura e insumos para la atención

En términos de infraestructura, la mayoría de instituciones participantes reportan contar con los equipos y espacios necesarios para brindar los servicios que ofrecen (ver Gráfica 12).

Gráfica 12. Percepción de necesidad de infraestructura adicional según ámbito de especialidad de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Las instituciones especializadas en atención a VIH/VHC reportan la falta de equipos de cómputo y la falta de conectividad a internet, como las principales insuficiencias que enfrentan en términos de infraestructura. Asimismo, estas instituciones reportan falta de insumos y equipo médico y de laboratorio. Estas falencias en términos de infraestructura afectan el seguimiento de

las personas usuarias de los servicios, alargan los tiempos de atención y sobrecargan al personal de salud. En particular, la falta de conectividad y de equipos de cómputo en las instituciones especializadas en VIH y VHC también dificulta llevar el registro actualizado de casos y obliga a los proveedores a usar sus propios recursos (laptops y datos de internet) para realizar estos registros. La falta

de equipo complementario como impresoras, toners y stickers también es un elemento que, desde la perspectiva de las personas que participaron en las entrevistas, dificulta la vinculación de las personas usuarias a los servicios.

La plataforma [AAMATES] en teoría es un sueño, pero en la realidad es otra cosa. Por ejemplo, la plataforma está pensada para que cuando tú ingreses un resultado reactivo de una prueba rápida, inmediatamente tomes la muestra para carga viral, imprimas la etiqueta con el número o código del paciente y la pegas en el tubo de la muestra. Sin embargo, no tenemos impresoras, ni tinta, ni papel siquiera, entonces las personas del equipo escriben a mano, con sharpie, el código. Ahí está el problema, que la tinta del sharpie se corre o el enfermero tiene letra chueca y entonces el laboratorio en México, no entiende la letra y no puede vincular en la plataforma el resultado de la carga viral con la persona que está dada de alta en el sistema y entonces no manda los resultados y nos ha pasado de personas que están hasta tres meses esperando estos análisis y nunca llegan, y no saben qué pasó, entonces se desaniman y ahí perdemos toda la labor de convencimiento que habíamos hecho. Quedamos mal otra vez.

Responsable estatal de VHC, 2020.

Las OSC-RD, por su parte, reportan necesitar unidades móviles, insumos y equipos médicos, así como espacio para almacén. Las unidades móviles ofrecen la oportunidad de llevar los servicios de salud a los lugares en donde habitan las PID y que por diferentes

razones no pueden salir de estas. No contar con espacios adecuados de almacén no sólo limita la cantidad de insumos que las OSC-RD pueden resguardar, sino que además dificulta garantizar condiciones adecuadas de almacenamiento de ciertos insumos que requieren condiciones particulares como medicamentos, pruebas de laboratorio, entre otros.

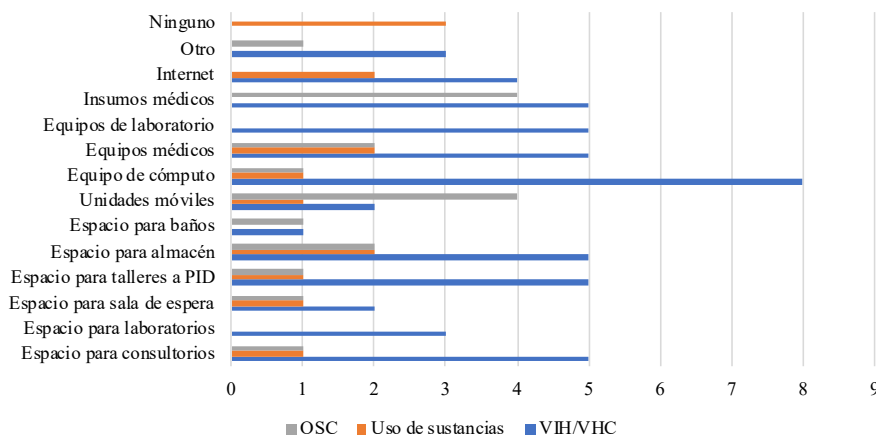
Las instituciones especializadas en atención a uso de sustancias fueron las que en mayor proporción reportaron no tener necesidades adicionales de infraestructura (Gráfica 13).

Recursos humanos

En general, se encontró que la mayoría de las instituciones participantes cuentan con un equipo de máximo 10 personas (12/22) y sólo los hospitales generales cuentan con un equipo de más de 20 personas para la atención a usuarios de sus servicios (Gráfica 14). Asimismo, todas las instituciones mencionaron que cuentan con un equipo que es pequeño en relación con la demanda de atención y que esta situación se presentaba desde antes de la contingencia por COVID19.

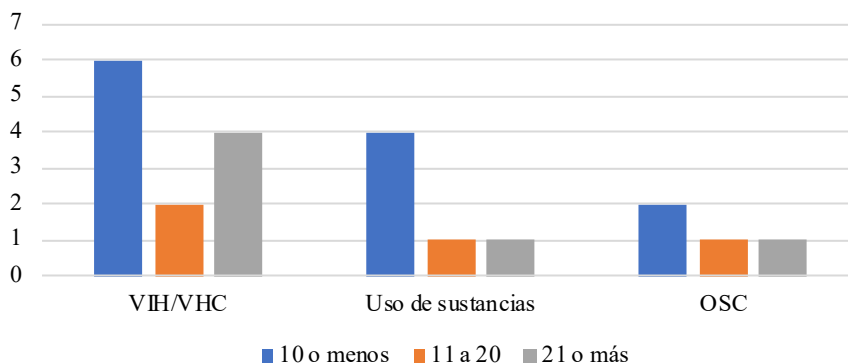
Respecto a los perfiles profesionales (Gráfica 15), resalta el alto nivel de escolaridad del personal que trabaja en todas las instituciones participantes. Las/los profesionales con mayor presencia en todas las instituciones participantes son las y los psicólogos. El segundo tipo de profesionales con mayor presencia en las instituciones participantes son los relacionados con el área administrativa.

Gráfica 13. Necesidades de infraestructura y equipo según ámbito de especialidad de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Gráfica 14. Personal total según ámbito de atención de la institución participante



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Particularmente en las instituciones especializadas en atención a VIH, VHC y uso de sustancias, estos profesionales oscilaban entre los 30 trabajadores, mientras que para las OSC-RD esta población fue cercana a los 10 empleados.

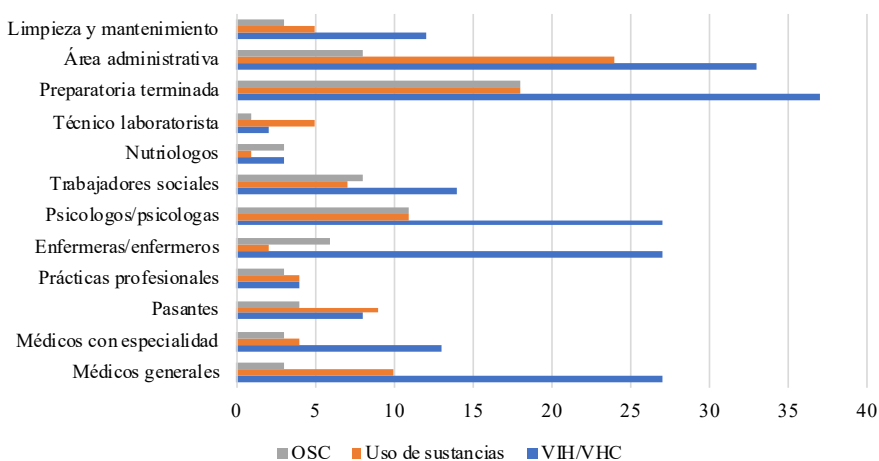
Profesionales de medicina y enfermería fueron los terceros más comunes en las instituciones participantes. En el caso de las instituciones especializadas en VIH y VHC se reportaron alrededor de 27 trabajadores en ambos campos. En el caso de las instituciones especializadas en uso de sustancias, el volumen de médicos resultó superior a los enfermeros (10 vs. 2, respectivamente).

Por último, destaca que el número de médicos con alguna especialidad es superior en las instituciones especializadas en VIH y VHC (más de 10 empleados), en comparación con las instituciones especializadas en uso de sustancias y en las OSC-RD (con menos de 5 empleados). En contraste, las y los nutriólogos fueron los profesionales con

menor presencia en las instituciones participantes, al igual que los técnicos.

Destaca, en particular, la baja proporción de infectólogos disponibles en las instituciones de salud especializadas en VIH/VHC. Por ejemplo, en el caso de Baja California, en el Hospital General de Mexicali sólo hay un infectólogo encargado de la atención a todas las personas con diagnóstico de VHC, lo que supone una carga excesiva de trabajo para este profesional y largos tiempos de espera que se dilataron aún más por la situación de la pandemia por COVID-19. Lo mismo sucede en Sonora, donde igualmente un solo infectólogo es el encargado de ofrecer el tratamiento.

Gráfica 15. Perfiles profesionales de las y los proveedores de servicios según ámbito de especialidad de la institución



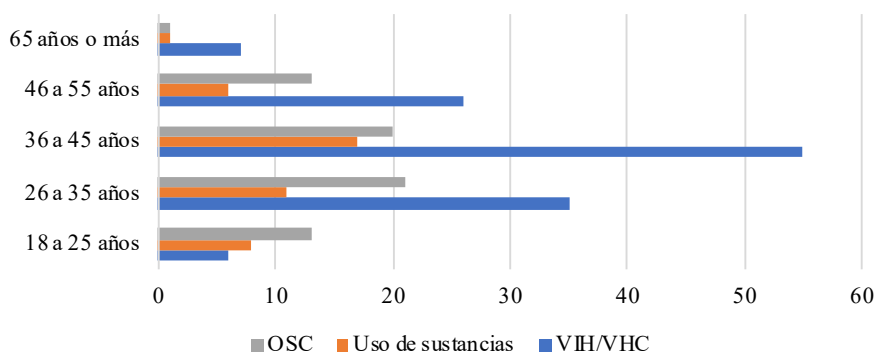
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

En ese sentido, los representantes de las instituciones reportan sentirse satisfechos con los perfiles profesionales con los que cuentan en sus instituciones y mencionan que el mayor reto que enfrentan es la cantidad de personas que integran sus equipos y no sus niveles de cualificación y/o experiencia. Sin embargo, resalta el hecho de la falta de mayor capacitación y especialización en VHC a personal médico que trabaja en centros penitenciarios, lo que dificultó que las personas privadas de su libertad ya diagnosticadas con VHC accedieran a tratamiento.

En términos etarios se encuentra que en todas las instituciones participantes el prin-

cipal rango de edad de las y los proveedores de servicios es entre 36 y 45 años (ver Gráfica 16) que, se podría pensar, corresponde con un momento de consolidación profesional de las personas. En general, las instituciones reportaron presencia menor de personas mayores de 65 años y de jóvenes entre 18 y 25 años. Por lo tanto, es posible considerar que las personas que trabajan en las instituciones participantes tienen en general experiencia en el área a la cual están vinculadas y ello puede incidir de manera positiva en la calidad de los servicios que ofrecen las instituciones.

Gráfica 16. Rangos etarios de las personas proveedoras de servicios según ámbito de especialidad de la institución



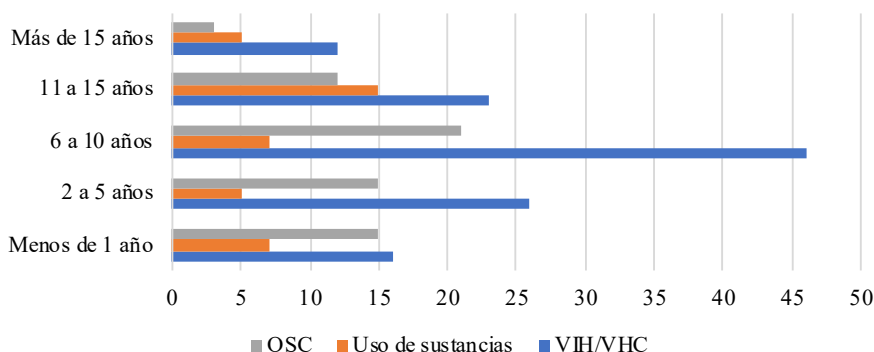
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Posiblemente asociado a la condición etaria de las y los proveedores de servicios, se encuentra que, en la mayoría de los casos, el tiempo promedio de vinculación con la institución más frecuentemente reportado es entre 6 y 10 años (Gráfica 17) para OSC

e instituciones especializadas en VHC/VIH, mientras que en las instituciones especializadas en uso de sustancias el tiempo promedio de vinculación fue mayor a 10 años. Esto permite pensar en equipos altamente cohesionados, con amplia experiencia en el

trabajo que realizan y, por tanto, con vasto conocimiento del contexto de operación y de las poblaciones meta a quienes dirigen sus esfuerzos.

Gráfica 17. Tiempo trabajando según ámbito de especialidad de la dependencia / institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Con respecto al tipo de contratación a través del cual están vinculadas las personas que trabajan en las instituciones participantes, se advierte que la mayor presencia de empleados de base se encuentra en instituciones especializadas en atención a VIH/VHC y en aquellas especializadas en atención al uso de sustancias (ver Gráfica 18).

En contraste, en las OSC-RD predominan las contrataciones por honorarios, lo que da cuenta de la mayor precariedad en el trabajo de las personas que se vinculan a este tipo de instituciones. Mientras en las OSC-RD se reporta presencia importante de personas voluntarias y pasantes o en servicio social, esta situación fue rara en el caso de las instituciones especializadas en atención a VIH/VHC y uso de sustancias. Si bien la vinculación de personas voluntarias y pasantes

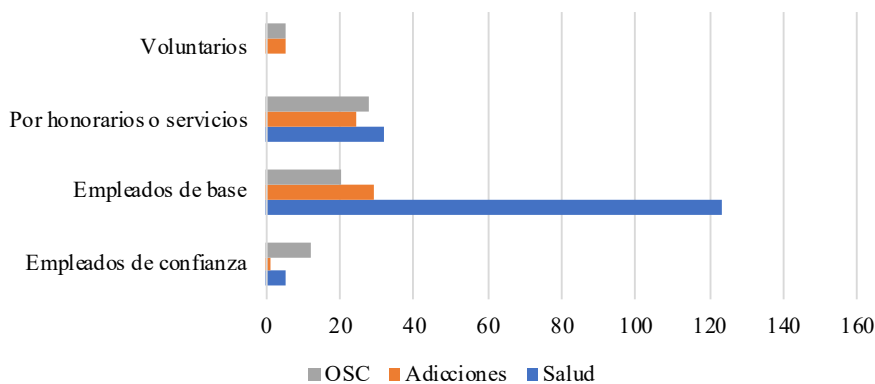
es deseable en términos de capacitación y sensibilización de nuevos profesionales, el que la implementación de actividades de las OSC-RD estén sustentadas en este tipo de vinculaciones genera alta rotación de personal y pérdida importante de personal altamente capacitado y sensibilizado.

Al respecto, es importante anotar que, en las entrevistas, las y los participantes describieron cómo la contratación por honorarios genera mayor inestabilidad en los equipos de trabajo y dificulta la continuidad de las intervenciones. Por ejemplo, CENSIDA realizó la contratación de personal de enfermería para apoyar los procesos de detección de VHC y vinculación a servicios de personas usuarias de los CAPASITS, centros de tratamiento residencial para uso de sustancias y personas privadas de su libertad, sin em-

bargo, en diciembre de 2020 se terminó el contrato y la nueva contratación se espera que se haga efectiva hasta marzo de 2021. Los jefes de programas temen que este lap-

so sin contratación lleve a *perder* a las y los profesionales que fueron capacitadas(os) en el tema de VHC y que ganaron experiencia y sensibilidad en el trabajo.

Gráfica 18. Tipo de contratación del personal que trabaja en las instituciones participantes según ámbito de especialidad



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Esto supondría iniciar un nuevo proceso de reclutamiento, selección y capacitación de personal. Lo mismo es reportado por parte de las OSC-RD, quienes a consecuencia de los financiamientos cortos y discontinuos en el tiempo, tienen dificultades para asegurar una plantilla constante de personas trabajadoras en sus equipos. En este caso, es el compromiso personal de las y los proveedores de servicios lo que permite su permanencia en las instituciones.

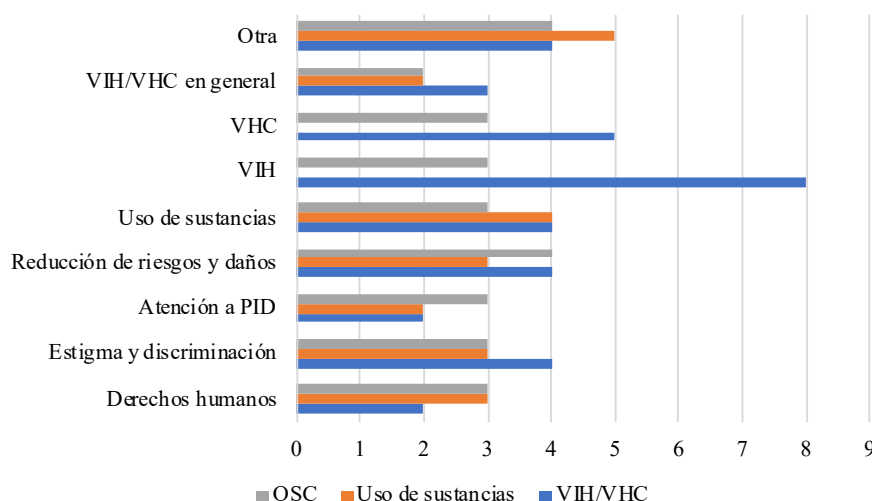
La emergencia por COVID-19 afectó especialmente a las instituciones especializadas en VIH y VHC. Por ejemplo, el jefe del

programa estatal de VHC de Baja California reporta que en el CAPASITS de Ensenada sólo quedó trabajando el director durante la pandemia, pues el resto del personal se reubicó o quedó en resguardo al tener condiciones de morbilidad que aumentaban sus riesgos al COVID-19. Ello generó que este CAPASITS en particular no tuviera actividades durante 2020 por la falta de personal, limitando la oferta de servicios. En las OSC-RD y las instituciones especializadas en uso de sustancias, no se reportaron cambios en los equipos de trabajo debido a la pandemia.

Asociado con el contexto de pandemia que se vivió durante 2020, el principal tema de capacitación de los proveedores de servicios de las distintas instituciones fue justamente COVID-19. Adicionalmente, las instituciones especializadas en atención a VIH/VHC reportaron haber recibido capacitacio-

nes, todas en modalidad remota, en relación con VHC. Las capacitaciones en derechos humanos, reducción de daños, y atención a PID fueron escasas en proveedores a atención en VIH/VHC y uso de sustancias (ver Gráfica 19).

Gráfica 19. Capacitaciones recibidas por el personal durante 2020 según ámbito de especialización de la institución participante

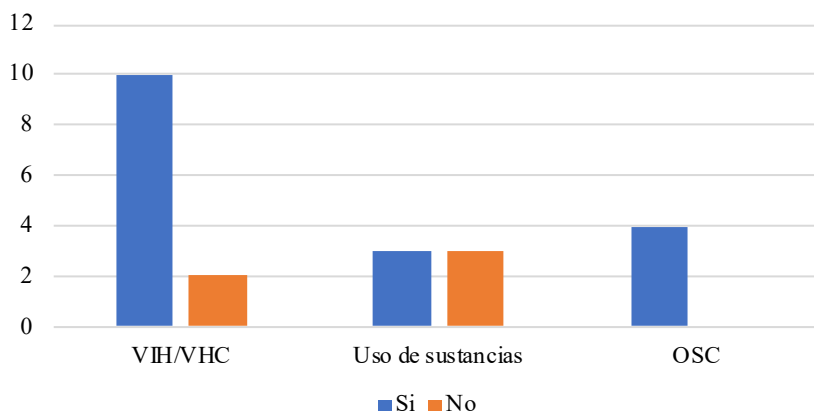


Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Relacionado con lo anterior se preguntó si consideraban que al personal le faltaba capacitación en algún tema en particular (Gráfica 20) y destaca que tanto las instituciones especializadas en VIH/VHC como las OSC-RD, pese a ser las instancias con mayor diversidad de capacitaciones, consideran

que falta recibir mayor capacitación en algunos temas.

Gráfica 20. Percepción de necesidad de capacitación en diversos temas según ámbito de especialidad de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Los temas sobre los cuales las personas representantes de las instituciones quisieran que el personal a su cargo recibiera mayor capacitación son VHC, VHB, VIH y COVID-19; así como mayor capacitación en manejo de crisis, manejo de personas bajo influencia de sustancias tóxicas o atención a PID. Otro tema mencionado fue la reducción de daños y atención a casos de tortura y derechos humanos, lo que pone de manifiesto las necesidades de temas emergentes en los distintos contextos que enfrentan.

Servicios de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de VHC

Las personas entrevistadas reportaron como positiva la capacitación ofrecida por Giliad y CENSIDA en torno a características del VHC, su detección, el funcionamiento de

los medicamentos de acción directa y sus ventajas en relación con el uso de interferón, así como el uso de la plataforma para el registro y control de casos. Sin embargo, las y los participantes reportaron también que dicha capacitación fue insuficiente, por lo que se vieron en la necesidad de realizar sus propias jornadas de capacitación con sus propios recursos para profundizar en temas específicos con sus equipos, o bien, aumentar el número de personas capacitadas en el tema en los estados. De estas capacitaciones organizadas por los mismos actores institucionales, destaca la construcción de redes de intercambio y solidaridad entre especialistas de diferentes instituciones públicas y el compromiso por cualificar a los equipos de trabajo, así como la identificación clara de las necesidades particulares de capacitación y/o profundización de cada equipo.

En términos de los servicios de prevención, se encontró que las instituciones participantes especializadas en VIH, VHC y uso de sustancias no cuentan con materiales de comunicación que posicionen mensajes clave de prevención de VHC. En contraste, las OSC-RD ofrecen información específica sobre el tema principalmente a PID a través de intervenciones individualizadas de comunicación para cambio de comportamiento y de la oferta de la prueba de detección. En la mayoría de las instituciones la información que se ofrece relativa a VHC se brinda al momento de ofertar la prueba rápida de detección.

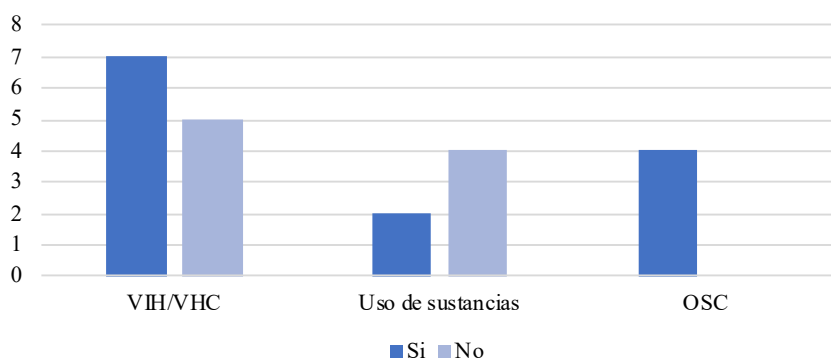
Con excepción de CAPA y las unidades de CIJ que no ofrecen tratamiento sustitutivo con metadona, todas las instituciones han ofrecido pruebas rápidas de detección de VHC a las poblaciones con las que trabajan (ver Gráfica 21). La oferta de estas pruebas ha estado vinculada a proyectos de investi-

gación, más que a ejercicios programáticos. Si bien estos ejercicios han permitido, en casos como el de Baja California, acceder a un volumen suficiente de medicamento contra VHC durante 2020 dado que se tenían estimaciones del universo de necesidad, también han generado desconfianza entre la población.

Cuando les dijimos que les hacíamos la prueba para vincularlos a tratamiento, no nos creían. Me decían 'Eso me dijo la última vez y nunca me llegó mi tratamiento' y pues sí hubo que batallar mucho para que creyeran que esta vez sí, porque varias veces les habíamos hecho prueba, incluso a personas que ya les habíamos dicho que eran reactivos, se les volvió a hacer la prueba.

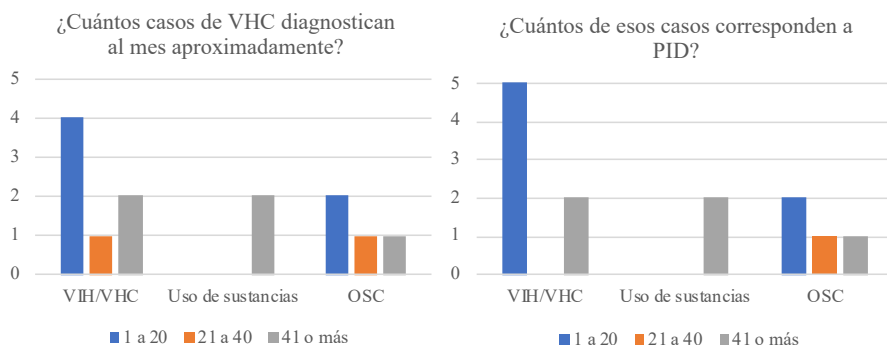
Responsable de institución especializada en atención al uso de sustancias en Tijuana, 2020

Gráfica 21. Instituciones que ofrecen servicio de detección de VHC según ámbito de especialidad de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Gráfica 22. Casos de VHC diagnosticados y proporción de casos que corresponden a PID en instituciones que ofrecen servicio de detección de VHC según ámbito de especialidad de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

En promedio, las personas responsables de las instituciones entrevistadas reportan que entre PID la prevalencia de VHC encontrada a través de los ejercicios de tamizajes es de entre 70% y 80%, aproximadamente. Las PID aparecen como la población con más alta prevalencia en las pruebas de detección de VHC aplicadas por las distintas instituciones (ver Gráfica 22).

En Baja California, desde 2018 y gracias a un proyecto de investigación financiado por el laboratorio Giliad, se ofrecieron pruebas rápidas de VHC a personas usuarias de los servicios de CAPASITS, personas ingresadas en centros de tratamiento residencial para uso de sustancias, clínicas de metadona y Centros de Readaptación Social (CERESOS).

En Hermosillo, la Sociedad Mexicana de Hepatología realizó pruebas de detección en centros de tratamiento residencial para uso de sustancias durante 2019 y el CERESO

realizó también durante 2019 su propio proceso de tamizaje de VHC de la población, de modo que, durante 2020, sólo se tomaron cargas virales de las 406 personas reactivas.

La contratación en 2020 de personal de enfermería por parte de CENSIDA para apoyar los procesos de detección y vinculación a servicios fue positivamente valorada por los responsables de los programas estatales de VHC de Sonora y Baja California. Por ejemplo, en Baja California se realizaron tamizajes entre poco más de 5,000 personas y a 980 personas se les tomó carga viral en CERESOS. La contratación de este personal adicional favoreció, en el caso de Sonora, la capacitación en VHC del personal de CAPASITS.

Sin embargo, como se mencionó anteriormente, la contingencia por COVID-19 impidió que se continuara con este proceso y durante la pandemia el personal contratado

se ocupó en apoyar las labores de atención a VIH de los CAPASITS. Por ejemplo, en Baja California, de acuerdo con el responsable estatal del programa de VHC, en 2018 hubo 1,843 diagnósticos y en 2019 hubo 1,190. De ellos, 986 correspondieron a personas en centros de tratamiento para uso de sustancias y/o grupos de ayuda mutua. En 2018 se ofrecieron 29 tratamientos; en 2019, 134; y en 2020, 360. Es decir, 523 personas tratadas de las 1,962 diagnosticadas. Para Sonora, la responsable del programa estatal de VHC reportó que, a enero del 2021, 260 personas fueron diagnosticadas con VHC y 52 estaban en tratamiento.

Los responsables estatales de los programas de VHC de Sonora y Baja California reportaron que las fallas en la plataforma AAMATES, diseñada para llevar el registro y control de los casos de VIH, supuso aumentar el esfuerzo de los equipos y sus tiempos de trabajo. Por ejemplo, ambos jefes de programa reportaron múltiples ejercicios de registro de casos en bases de datos de Excel que son generadas por el equipo de enfermería encargados de los tamizajes y los mismos médicos infectólogos responsables del tratamiento.

Asimismo, la falta de desarrollo de la plataforma es evaluada por las personas entrevistadas como un elemento que resta credibilidad al Programa Nacional de Eliminación de Hepatitis C y que duplica el trabajo de registro. En particular, las personas entrevistadas refieren a la falta de desarrollo del módulo de tratamiento y de farmacia.

La toma de muestras realizada al mismo tiempo que las pruebas rápidas fue considerada por las personas entrevistadas como

una buena práctica que agiliza la atención y promueve la vinculación a los servicios. Sin embargo, una de las personas de CAPASITS entrevistada, recomendó unificar los cuestionarios de riesgo epidemiológico que se aplican para VIH y para VHC, de modo que la persona que realiza la prueba no tenga que llenar dos veces el instrumento y vaciarlo en la plataforma correspondiente. Cabe mencionar que este fue el único comentario negativo en relación con el llenado de formatos en las plataformas electrónicas de la Secretaría de Salud. En general, las personas que respondieron la encuesta reportaron que el llenado de los formatos no dificulta la labor médica y que este proceso no se ha visto afectado por el contexto de pandemia.

Las personas entrevistadas reportaron la dificultad de dar de alta en la plataforma a una persona que no cuenta con CURP para poder hacer el vínculo con el servicio de carga viral. De este modo, hacen explícita la necesidad de que la plataforma permita utilizar alias o seudónimos para reducir el riesgo de perder a la persona en el proceso.

En la capacitación nos dijeron que podíamos capturar el alias de la persona cuando no nos quiere dar su nombre real, que pasa mucho con las PID, pero cuando estás en la plataforma, sí te da la opción de poner el alias, pero luego te pide de todas formas la CURP y si no la tienes, ya no te deja continuar.

Responsable programa estatal de VHC, 2020

El punto más álgido de la atención a VHC ha sido la vinculación a tratamiento entre las personas diagnosticadas. Además de los

retrasos en las entregas de medicamento que se reportó particularmente en Sonora, el contexto de la pandemia se erigió como una barrera importante en el acceso a los tratamientos. Como se anotó, en cada estado sólo hay un hospital donde se ofrece tratamiento para VHC y, en cada hospital, sólo hay disponible un médico infectólogo responsable de administrar y supervisar el tratamiento. Esto supone, por un lado, que las personas tienen que desplazarse bajo su propio costo desde sus lugares de residencia a las capitales de sus estados (Mexicali y Hermosillo, respectivamente) para recibir el tratamiento. Los traslados son costosos en términos de tiempo y dinero. Por ejemplo, trasladarse de San Luis Río Colorado a Hermosillo supone un viaje de siete horas en transporte privado, mientras que, de Nogales a Hermosillo, el tiempo promedio de traslado en transporte privado es de cuatro horas. El contexto de pandemia hizo aún más complicados los traslados entre una ciudad y otra por la baja disponibilidad de autobuses.

En Baja California, aunque se realizaron tamizajes y toma de cargas virales en los CERESOS, se requería que las personas privadas de su libertad fueran trasladadas hasta el SAIH-Mexicali para ofrecerles el tratamiento, lo cual conllevó, por un lado, a la saturación de los servicios de esta unidad de salud y, por el otro, aumentó los costos y la complejidad de la operación, subutilizando el recurso del equipo médico existente en todos los penales.

En este punto, los jefes de los programas estatales de VHC de Sonora y Baja California esperan poder capacitar a las y los médicos

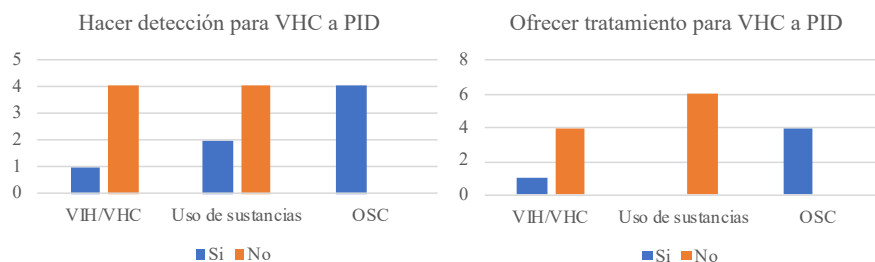
asignados a los CERESOS en aspectos clínicos, detección, diagnóstico y tratamiento de VHC, así como registro y control de casos a través de la plataforma de modo que todos los servicios se ofrezcan de manera integral en estos espacios. Asimismo, consideran los programas de Telementoría y Telemedicina como una alternativa para agilizar los diagnósticos tanto en CERESOS como en centros de tratamiento residencial para el uso de sustancias.

Entre las buenas prácticas institucionales que las personas responsables de los programas estatales consideran que han favorecido su trabajo están: el envío de oficios directos por parte de CENSIDA a la Secretaría de Salud, lo que agiliza la designación de responsables estatales; y ligar las actividades del programa de VHC con los indicadores AFASPE, convirtiendo las actividades en una obligación. Entre los retos, por su parte, identifican los cambios de gobierno porque conllevan el riesgo de perder continuidad en los equipos de trabajo; los tiempos que toman las licitaciones a nivel local y que dificultan la contratación de personas/organizaciones a tiempo para tener intervenciones implementadas con mayor racionalidad; y la falta de disponibilidad y de voluntad política en algunos estados, lo que incide en la asignación de recursos estatales que complementen los federales de apoyo al programa.

Al explorar la disponibilidad de las diferentes instituciones para vincular sus servicios con los de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de VHC, se encontró que mientras las OSC-RD muestran mayor disponibilidad para ofrecer estos servicios junto al programa estatal, las instituciones

especializadas en atención a uso de sustancias son las menos dispuestas a ofrecer estos servicios en sus instalaciones (ver Gráfica 23).

Gráfica 23. Disponibilidad para realizar servicios de detección y oferta de tratamiento para VHC según ámbito de especialidad de la institución



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta aplicada.

Al indagar entre las instituciones participantes por los retos para ofrecer tratamiento para VHC a PID, emergió de manera recurrente la situación de violencia y acoso policial que enfrenta esta población. Frente a ello es necesario diseñar estrategias de protección de sus derechos fundamentales en conjunto con las policías municipales y las comisiones estatales de Derechos Humanos.

Finalmente, las OSC-RD participantes mencionaron como reto para asegurar programas sostenidos de promoción de la salud entre PID el corte del financiamiento público en 2019 y cómo desde entonces no hay certeza en el suministro de insumos básicos para inyección segura. Esta situación genera, además, una posición desigual de las OSC-RD en relación con las instituciones públicas de salud, pues deben someterse a procedimientos burocráticos que son de-

mandantes en términos de tiempos y de personal administrativo, pero las reglas de operación presionan para que las metas se cumplan en tiempos muy cortos, que no son óptimos para la operación de los programas y los pagos se efectúan tardíamente, lo que pone en riesgo la sostenibilidad de las organizaciones.

Sin la vinculación con las OSC-RD, la posibilidad de las instituciones públicas especializadas en VIH o VHC de acceder a las PID es limitada. En ese sentido, es necesario reconocer y visibilizar su *expertise* y sus aportes al trabajo de promoción de la salud por medio de la implementación de esquemas de cooperación más equitativos.

El papel de la policía en la provisión de servicios de salud a PID

En las entrevistas con PID, con representantes de OSC-RD y con responsables de servicios de atención a VIH/VHC y uso de sustancias, fue recurrente el tema de la violencia y el acoso policial hacia PID como prácticas comunes en las cuatro ciudades del estudio y que, como tal, limitan de manera importante el acceso a servicios de atención a VHC en la población meta. En primer lugar, porque desincentivan que las PID lleven consigo jeringas nuevas o usadas. En segundo lugar, dado que portar jeringas aumenta el riesgo de detenciones arbitrarias y otros abusos policiales, los programas de intercambio de las OSC-RD que buscan sacar de circulación las jeringas usadas han tenido que resignarse a recolectar pocas de éstas. No sacar de circulación las jeringas usadas y dejarlas en los espacios de encuentro de PID genera oportunidades para que sean reutilizadas en caso de necesidad, al tiempo que constituyen un riesgo para otras poblaciones no inyectoras que comparten espacios con las PID.

Antes la idea era que les dábamos una cantidad de jeringas por cada tantas que nos trajeran usadas, con la idea de limpiar sus espacios de encuentro, pero la verdad es que batallan mucho para poder traer alguna jeringa y los exponemos a las detenciones, entonces ahora es que hacemos poco intercambio, nos traen las jeringas que puedan y siempre les damos jeringas nuevas.

Representante de OSC-RD

En tercer lugar, al momento en que las PID son requisadas por la policía, una práctica común es la destrucción de sus pertenencias. Esto significa que todos los materiales de prevención son destruidos o tirados a la basura, lo que constituye una pérdida importante de insumos vitales para la sobrevivencia de la población que de por sí ya son escasos, pues los distribuyen sólo las OSC-RD a través de financiamientos cada vez más limitados y sin ningún apoyo del Estado, con excepción de las jeringas que regala CIJ.

Es difícil porque hay veces que a uno la policía nos detiene, nos quita todo, hasta las jeringas que nos dan nuevas. A ellos no les importa, a ellos, ellos nomas quieren molestarlo a uno. Algunos harán su trabajo, pero la mayoría es para molestar. Para molestar y para quitar su coraje o no sé qué traigan con uno, luego lo golpean sin motivo.

Hombre, 51 años, Tijuana.

En cuarto lugar, el acoso y la criminalización de las PID por parte de policías, promueve la segregación de la población en lugares menos accesibles y/o a mayor distancia de las OSC-RD y de otros proveedores de salud, generando mayor aislamiento y dificultad para acceder a insumos de promoción de la salud.

Finalmente, pero no menos importante, la criminalización de las PID genera mayores oportunidades para adquirir el VHC, pues son consignados en centros penitenciarios que carecen de oferta de tratamientos sustitutos para opioides, por lo que las PID continúan inyectándose, pero dado que no hay

acceso a jeringas estériles, lo suelen hacer con insumos contaminados.

En general, las prácticas policiacas de acoso hacia PID promueven la idea de que son personas sin derechos, lo que generan una mayor exposición a violencia física y emocional que, a su vez, se asocia con comportamientos de riesgo.

Ellos [la policía] vienen, te detienen, te quitan tu dinero, te tiran todas tus cosas al suelo, rompen tus documentos, tu receta si la llevas... todo... Es una humillación lo que vives, la manera como te gritan, todo... Y tienes que aguantarte, porque si te les ponen al brinco, te golpean o te va peor... Si te encuentran alguna jeringa, aunque sea nueva, ya es motivo para llevarte a las banderillas. Da mucho coraje, el abuso... Después de eso lo único que quiero es curarme y que ya valga verga todo... ¿Ahí tú crees que voy a pensar en el VIH o la hepatitis o la jeringa?, lo quiero es curarme para sacarme todo ese coraje, entonces me doy con lo que encuentre.

Hombre, 25 años, Hermosillo.

De repente sí me encontraba con 2, 3 policías [...] pero como me los estaban dando para traérmelo a la casa [medicamentos] entonces siempre llevaba la hoja de que tengo tuberculosis, las pastillas y vasitos [...] por si acaso me paraban. De hecho, una vez me llegaron y me dijeron: 'eso a mí qué me importa, tú dime que tienes COVID' *risas* y así me tumbaron [...] me tumbaron 600 pesos. Me quitaron 600 pesos, tenía 800 y me quitaron 600.

"Y ese dinero era para pagar tu renta". Sí. Y

de ahí lo difícil para volver a juntar dinero [...] pero a ellos no les importa.

Mujer, 39 años, Tijuana.

A modo de cierre: Prácticas institucionales que favorecen y dificultan el acceso a servicios de VHC a PID

Los hallazgos aquí presentados permiten concluir que hay una amplia oferta de pruebas rápidas de VHC y un acceso restringido a tratamiento, principalmente porque estos son distribuidos en un solo hospital y por un solo médico por ciudad, lo que genera saturación de los servicios y alarga los tiempos de espera. Aumentar la oferta de tratamiento en centros de salud de primer nivel en las colonias de mayor concentración de población permitiría mejorar el acceso de las PID a estos servicios.

Con excepción de las OSC-RD, la mayoría de las instituciones participantes no realizan actividades de alcance comunitario con PID, lo que dificulta el establecimiento de relaciones de confianza con la población. La alta carga de trabajo en las instituciones no favorece tampoco la planeación de este tipo de actividades, así como los prejuicios que tienen algunos proveedores de servicios frente a la población.

Sólo las OSC-RD tienen programas continuos y consistentes de distribución de insumos de inyección. Este componente es fundamental para garantizar la no-reinfección entre PID. Es necesario fortalecer la oferta de estos servicios, particularmente en ciudades como Hermosillo, donde no hay OSC-RD. A nivel federal, es necesario diseñar una estrategia para asegurar la disponibilidad de in-

sumos de inyección segura en las entidades y localidades con mayor presencia de PID e incluir indicadores de impacto asociados a la distribución de estos insumos.

El requerimiento de identificación oficial y del certificado de no-derechohabencia para acceder a tratamiento aparece como una barrera importante a los servicios entre PID. Es importante considerar que algunas de estas personas son migrantes o han nacido y vivido toda la vida en calle; están en situación de deportación o de conflicto con la ley y por ello no tienen acceso a documentos de identificación oficiales. Aún en las PID que podrían acceder a sus documentos de identificación oficial, es indispensable flexibilizar los criterios para la afiliación al INSABI y ofrecer alternativas para la obtención expedita de los documentos de identificación solicitados.

El temor por parte de proveedores de servicios de VIH y VHC en relación con la idea de la baja adherencia a tratamiento por parte de las PID y su alto riesgo de reinfección debe ser una temática directamente abordada en capacitaciones con este sector. Éste es un mito que se debe enfrentar a la luz de la evidencia. Condicionar la entrega de tratamiento a la abstinencia al uso de sustancias es una práctica ineficiente en la búsqueda de eliminar el VHC entre las PID y promueve el distanciamiento en los proveedores de servicios de salud y la población. La búsqueda de la abstinencia debe ser una decisión voluntaria. El acceso a tratamiento para VHC debe involucrar el acompañamiento logístico, farmacológico, social-comunitario y socioemocional necesario. Para ello, se debe partir de un diagnóstico de la situación

de la persona y el tipo de acompañamiento que requiere para que adhiera más fácilmente a tratamiento. La literatura muestra que el acompañamiento de pares, el establecimiento de relaciones de empatía entre los proveedores de servicios y la población, proveer retroalimentación positiva durante el tratamiento, y facilitar los aspectos logísticos de acceso a los servicios, son todos elementos que favorecen la adherencia.

La experiencia de trabajo con PID recae principalmente en las OSC-RD y en las clínicas de metadona de CIJ. Las otras instituciones tienen, en general, poco contacto con PID y les falta capacitación y sensibilización en cuestiones de reducción de daños, estigma y discriminación, manejo de la relación terapéutica con PID, entre otros temas.

En general, aunque los equipos de trabajo de las instituciones que brindan atención a VIH, VHC, uso de sustancias y las OSC que implementan acciones de reducción de daños se perciben como altamente cualificados, todas las instituciones participantes reportaron contar con un número insuficiente de personal en relación con la demanda de atención. El apoyo de CENSIDA para la contratación de personal adicional para acompañar los servicios de VHC fue valorada muy positivamente por las instituciones participantes.

La detección de VHC en centros residenciales de tratamiento para uso de sustancias, clínicas de metadona y en prisiones se percibe como una práctica idónea para alcanzar a PID. Sin embargo, es necesario diseñar la oferta de diagnóstico y tratamiento *in-situ* para aumentar la vinculación a los servicios. La capacitación del personal médico

que ofrece servicios en estas instituciones, acompañado de programas de Telemedicina y Telementoría por parte de los programas estatales de VHC y acompañamiento con personal de los centros de salud cercanos a los centros de tratamiento residenciales podrían ser una alternativa para brindar un acceso más integral a los servicios de atención a VHC.

Los programas de resguardo de medicamentos y de navegadores pares de casos implementadas por las OSC-RD son prácticas positivas que facilitan el acceso a tratamiento en la población y permiten superar barreras existentes como el acoso policial, las restricciones de movilidad de las PID, la desconfianza y temor de estas hacia los proveedores de servicios públicos de salud, así como su olvido de las citas.

Terminar el diseño de la plataforma digital AAMATES⁴ y garantizar su óptimo funcionamiento es un elemento indispensable para garantizar el adecuado registro y control de casos y para evitar la duplicación de trabajo por parte de profesionales que tienen cargas clínicas y administrativas importantes. Asimismo, asegurar estrategias para vinculación entre los programas estatales de VHC y las OSC-RD de modo que se reconozca el trabajo y se fortalezcan los programas

de reducción de daños a través de financiamiento público.

Experiencias y percepciones de PID frente al VHC y los servicios de atención

En este apartado presentamos un análisis de los factores que operan a nivel micro como barreras o facilitadores para la prevención y atención al VHC en las cuatro ciudades del estudio. El análisis está basado en las entrevistas realizadas a la mismas PID y a los actores institucionales en Tijuana, Mexicali, Hermosillo y Ciudad Juárez y busca apoyar la adopción de una estrategia del modelo del continuum de atención focalizada en PID que responda a las particulares del contexto de uso de sustancias inyectadas en la frontera norte del país.

Descripción de las PID participantes

Las y los participantes son 16 hombres y 15 mujeres con una edad promedio de 42.9 años (rango 25-61 años). Las personas participantes de Tijuana fueron quienes tuvieron mayor edad en promedio (46.8; rango 38-61), seguidas de las de Ciudad Juárez (45.7; rango 41-53) y Mexicali (41.2; rango 27-56). Las personas de Hermosillo fueron las más jóvenes en promedio (34.2 años; rango 25-51). Sólo tres participantes declararon tener menos de 30 años. No encontramos diferencias significativas de edad según el sexo de las personas participantes, quienes tenían en promedio 42 años al momento de la entrevista. 14 de las personas participantes no se inyectaban sustancias al momento de la entrevista, aunque lo hicieron de manera in-

4 Es una plataforma diseñada por la Secretaría de Salud cuyas siglas significan "Ambiente para la Administración y Mejora de Atención en Salud" (AAMATES), con la cual se busca digitalizar y optimizar los procesos médicos, generar un expediente clínico único, así como asegurar la integridad de los registros y llevar un mejor control de los medicamentos e inventarios de cada unidad de salud.

tensa (más de tres veces al día cada día) en algún momento de sus vidas.

En cuanto a las condiciones de vida, nueve de las 33 personas entrevistadas reportan estar en situación de vida en calle (dos hombres y tres mujeres), seis reportan haber sido deportados de Estados Unidos y sólo seis participantes reportaron no contar con red de apoyo en casos de emergencia. Las fuentes de apoyo más nombradas fueron la pareja, la familia nuclear y las OSC-RD.

La mayoría de las personas participantes se dedica a actividades económicas informales (ventas, limpieza de casa, pintar casas, carpintería). Sin embargo, encontramos mayor precariedad laboral en las personas que se inyectan sustancias al momento de la entrevista, quienes reportan dedicarse principalmente a actividades de sobrevivencia (limpiar carros y pedir dinero principalmente). Las personas con vinculación laboral más estable son quienes trabajan como consejeros en organizaciones de la sociedad civil que implementan programas de reducción de daños (OSC-RD) o en centros de tratamiento para uso de sustancias.

Sólo cinco de las 33 personas entrevistadas nunca han estado en tratamiento residencial por uso de sustancias psicoactivas (dos mujeres y un hombre). El resto de los participantes reporta haber estado en tratamiento entre una y 30 veces. 28 de los 33 (73%) participantes han estado o están al momento de la entrevista en tratamiento sustitutivo con metadona. Sólo nueve personas declararon nunca haber estado en prisión (siete mujeres y dos varones). A pesar de lo común de las experiencias de internamiento y/o prisión, las PID reportan no

haber tenido acceso a pruebas de detección de VHC en estas instituciones.

La edad promedio al primer uso de sustancias es de 15.4 años, con un rango que va desde los ocho hasta los 38 años. Las mujeres reportan una edad de inicio de uso sustancias tres años mayor que los varones (18.6 vs. 15.2). Entre quienes se inyectan al momento de la entrevista (n=21), las principales sustancias con que lo hacen son heroína y metanfetamina, alrededor de cinco veces cada día en promedio, en rangos que van desde una vez al día cada día hasta 10 veces. Adicionalmente reportan usar marihuana, metadona y pastillas psicotrópicas.

La mayoría de las personas participantes conocía su estatus de VHC (n=28/32; 15 varones y 13 mujeres), de ellas 24 reportaron tener VHC (13 varones y 11 mujeres). Las y los participantes declaran haber accedido a servicios de detección de VHC principalmente en OSC-RD y en clínicas de metadona en los casos de Ciudad Juárez, Mexicali y Tijuana. En el caso de Hermosillo, las personas declaran haber accedido a este servicio a través de brigadas comunitarias de CAPASITS.

Entre quienes reportaron un diagnóstico de VHC positivo al momento de la entrevista, sólo nueve declararon haber accedido a tratamiento (6 varones y 3 mujeres). De las personas que accedieron a tratamiento, dos lo abandonaron (un hombre y una mujer), tres (todos varones) manifestaron haberlo finalizado con éxito y tres más reportaron estar en tratamiento al momento de la entrevista (dos varones y una mujer).

Barreras en el ambiente microsocioal

Los factores que clasificamos dentro del ambiente microsocioal son los conocimientos de las PID en relación con el VHC en general y los procesos de detección, diagnóstico y tratamiento, la percepción de riesgo al VHC y experiencias previas negativas en relación con el tratamiento.

En términos de conocimientos encontramos que, con excepción de las personas participantes que se encuentran vinculadas a las OSC-RD, prevalece poca información con respecto al VHC. En general, todas las PID entrevistadas reconocen el uso compartido de jeringas como un factor de transmisión del VHC, sin embargo, pocas identifican al sexo no-prottegido como otro factor de transmisión del virus. Si bien, la mayoría de los participantes reconoce las vías de transmisión, también reportan la presencia de una enorme cantidad de mitos que limitan la posibilidad de prevenirlo, atenderse y curarse.

Entre los mitos más comunes en relación con la transmisión está la idea de que el virus se encuentra en la heroína porque la sustancia es “sucio” y que, por lo tanto, es el uso de heroína en sí mismo lo que genera la infección, más allá del uso compartido o no de jeringas y/o equipo de inyección. También encontramos la idea de que el VHC se adquiere por convivir con personas con VHC y/o por usar sustancias inhaladas.

Muchas personas que han sabido [llorando] que tengo hepatitis C... una vez fui a una casa y me dijeron que me regalaban el plato con el que estaba comiendo, me regalaron

todo: el vaso... porque pensaron que se los iba a transmitir por medio de, pues de que haya comido el plato y usado la cuchara y todo, entonces eso me dolió mucho porque vi que hay mucha ignorancia.

Mujer, 46 años, Cd. Juárez

Con respecto al pronóstico de la enfermedad, encontramos una alta percepción de severidad de la enfermedad. Es decir, en muchos casos prevalece la idea de que el virus es incurable y que su diagnóstico es equivalente a una sentencia de muerte. Adicionalmente, encontramos de manera recurrente la idea de que el VHC es una enfermedad altamente incapacitante, de modo que quienes lo tienen no pueden valerse por sí mismas y/o dependen de otras para realizar sus actividades cotidianas y que requieren cuidados especiales de por vida. Sin embargo, en otras personas encontramos que el carácter asintomático de la enfermedad genera una baja percepción de riesgo.

Sé muy poco de esa enfermedad, la verdad [...] me han dicho que la sangre la vuelve agua, que salen unas bolas por todo el cuerpo, bien feo y que luego, luego se muere uno.

Hombre, 25 años, Hermosillo

Lo único que he sabido [sobre VHC] es que ataca al hígado, pues es el que se deteriora [...] pero no tengo conocimiento ampliamente, porque como todavía no siento el malestar de la enfermedad, pues para que preocuparme por lo que todavía no pasa.

Hombre, 41 años, Tijuana

Pensé que me iba a morir [...] Cuando me enteré, no sé, yo pensé que era peor que el VIH y me estaba despidiendo acá de todos mis compas y de mi familia porque pensé que me iba a morir porque tenía hepatitis, pues no sabía nada.

Hombre, 29 años, Mexicali

Casi todas las personas entrevistadas equiparan al VHC con enfermedades crónicas como el VIH, el cáncer y/o la diabetes. Lo que subraya la necesidad de explicitar el carácter curable del VHC. Esto es especialmente importante para promover la detección oportuna dado que algunas PID entrevistadas reportaron el deseo de no saber si tienen la enfermedad por la percepción de que no podrían sobrellevar un diagnóstico positivo, principalmente por el temor al estigma y la discriminación.

Frente a los procesos de detección y diagnóstico, encontramos la idea de que sólo a las personas sintomáticas les realizan pruebas y que las pruebas necesitan mucha sangre para poder ser efectivas. Ambas ideas desmotivan el acceso a estos servicios.

Como hay veces que no puedo curarme [inyectar droga] porque tengo las venas bien quemadas, tengo muchos años así y en las piernas ya no porque me duele mucho, a veces me da miedo inyectarme fijate [...] Me da miedo acá y sabiendo que tengo venas acá [...] Hay veces que me dan ganas de ponerme un catéter para no batallar [risas], imagínate ¿cómo será para sacarme sangre? ¿Te imaginas?, nooo, es un martirio, por eso sí me da miedo hacerme los análisis, prefiero quedarme así sin saber ni qué onda [...]

es que es un martirio para poderme sacar sangre.

Hombre 47 años, Hermosillo

Adicionalmente, encontramos en algunas personas el temor a las tomas de muestra de sangre por el daño en sus venas y, por tanto, cierta reticencia al diagnóstico en este sentido.

Lo que se me complicaba mucho era de la sangre, batallaban mucho para encontrarme las venas, las tengo ya quemadas y batallan mucho para sacarme sangre, hay veces que no pueden e inclusive tienen que mandarle a hablar a otra persona y luego ya baja y ahí están buscándome, es un martirio para poderme sacar sangre, esa es una de las cosas verdad.

Hombre 53 años, Cd. Juárez

Con relación al tratamiento, encontramos también algunas ideas contradictorias. Algunas de las PID entrevistadas manifestaron que el virus se cura solo, o bien, comiendo dulces; en otros casos nos manifestaron que la heroína lo debilita y/o ayuda a controlarlo. En consecuencia, fue recurrente la idea de que es el dejar de usar la sustancia lo que genera una complicación y, por lo tanto, es la abstinencia lo que activa al virus. Otras personas, por el contrario, expresaron que sólo si dejan de consumir sustancias pueden acceder a tratamiento porque la interacción entre los medicamentos y la heroína perjudica su hígado, aumentando el riesgo de muerte. Otras personas entrevistadas refieren que el tratamiento es doloroso, es muy fuerte y puede matar a quienes lo reciben si

se encuentran débiles o en malas condiciones de salud, razón por la cual se resisten a entrar a tratamiento.

Yo pienso que es algo pasajero [el VHC]. Que se quita solo [...] los mismos compas me dijeron que si lo dejaba, que si dejaba de drogarme, me iban a aumentar los síntomas, entonces por eso me drogo.

Hombre, 42 años, Mexicali.

Yo escuché que a los tecatos no nos dan tratamiento porque el medicamento en combinación con la heroína chinga más al hígado y luego luego nos cae la pelona... Yo por eso no insistí en que me dieran el medicamento.

Hombre, 33 años, Hermosillo.

Los mitos encontrados en relación con la transmisión, la sintomatología y el tratamiento de VHC, se asocian a una alta percepción de riesgo de PID pero que, al estar fundamentado en una alta percepción de susceptibilidad⁵ al virus, paradójicamente desfavorecen la adopción de prácticas consistentes de autocuidado de la salud. En particular, encontramos la idea muy común entre las PID entrevistadas de que todas las PID tienen VHC y por eso “no importa si compartes o no jeringas, pues por ser tecato, ya tienes hepatitis”. Es como si usar drogas inyectadas estuviera necesariamente ligado a tener hepatitis. Esta creencia favorece la

idea de que “no hay nada que hacer” frente al VHC, desincentivando la adopción de prácticas de autocuidado de la salud. De este modo, encontramos que una percepción de alta severidad y susceptibilidad a la enfermedad no necesariamente favorece la adopción de prácticas seguras de inyección.

Pues yo he visto que hay personas que se cuidan mucho e igual les ha dado, y hay personas que siempre comparten las jeringas y están sanas, entonces es lo que yo digo, cuando es pa’ ti, ni aunque te quites... Yo prefiero no preocuparme, eso es igual que la diabetes, que el VIH, de todas formas, de algo nos tenemos que morir.

Mujer, 26 años, Hermosillo.

Entre aquellas PID que tuvieron experiencias de tratamiento con Interferon, encontramos mayores cuestionamientos y dudas frente al tratamiento, principalmente en relación con los efectos secundarios. Asimismo, encontramos mayor desconfianza entre las PID que habían participado previamente en investigaciones y/o a quienes se les ha realizado la prueba de detección, pero no se les vinculó a los servicios correspondientes.

Ya me han hecho varias veces la prueba y ya sé que tengo hepatitis. Yo mismo se los he dicho, pero hasta ahora no ha habido forma de que me den el tratamiento. Ya llevo más de diez años esperando mi tratamiento y mira, nada, no creo que ahora sea diferente.

Hombre, 38 años, Hermosillo.

Ahora bien, los conocimientos y representaciones de las PID entrevistadas en re-

5 La idea de que es muy posible que ella misma tenga el virus o de que la mayoría de PID tenga el virus.

lación con el VHC estuvieron mediados por su exposición a programas de reducción de daños, sus experiencias de migración a Estados Unidos, sus condiciones de vida y con las prácticas policíacas.

De este modo, las personas con mayor contacto con OSC-RD tenían mejores y mayores conocimientos sobre el virus y el proceso de atención. En ese sentido, al comparar por ciudad vemos que las PID de Hermosillo tienen información de menor calidad en comparación con las PID residentes en Ciudad Juárez, Mexicali y/o Tijuana, y ello lo asociamos a la ausencia de OSC-RD que implementen de manera consistente estrategias de promoción de la salud en lugares de encuentro de la población. Las PID de Hermosillo reportaron de manera más recurrente que las PID de otras ciudades tener menos conocimientos frente a VHC.

Haber vivido en Estados Unidos y, en particular, haber sido diagnosticado con VHC en ese lado de la frontera, es una característica a mayor conocimiento frente a VHC en comparación con las personas que han accedido al diagnóstico en México, donde predomina la heterogeneidad en términos de las características en las que se ofrece el servicio, mismas que serán descritas en el apartado de barreras microinstitucionales.

En segundo lugar, encontramos que los estilos de vida, entendidos como las maneras en que las personas estructuran su vida cotidiana (Menéndez, 1998) pueden configurarse como barreras potenciales de acceso a tratamiento. En particular, encontramos en los relatos de las personas con menor afiliación institucional mayores alusiones a cómo la dependencia a la heroína dificulta

tener presentes otras dimensiones de salud, como el tratamiento a VHC.

En el momento en el que se le atora a uno la carreta y así uno a la carrera agarra uno las jeringas de otras personas y pues está uno consciente de que cualquier cosa puede suceder, pero de todas maneras no deja de ser algo, algo que lo sorprenda a uno.

Hombre, 41 años, Tijuana.

Las condiciones de vida de mayor inestabilidad en términos de acceso a vivienda, a trabajo y a servicios básicos, en conjunto con dinámicas más intensas de uso de sustancias y una mayor centralidad de esta práctica en las vidas de las PID, generan mayores barreras macrosociales de acceso a servicios debido, principalmente, al estigma y la discriminación entre proveedores de servicios hacia personas que usan sustancias ilícitas y por ciertas prácticas institucionales que perciben los estilos de vida de algunas PID como señal de poco compromiso y/o preocupación sobre su salud. Estas prácticas institucionales las describiremos en el apartado de barreras del ambiente microinstitucional.

Para nosotros, tomar un poquito de tiempo para dejar de hacer lo que están haciendo, para ir a hacerse un análisis es un chingo porque, porque primero está la droga y después está la droga [...] y haz de cuenta que llegas al hospital y toda la raza no te quita los ojos de encima y tú bien malilla, ahí... La mente a todo lo que da, te vas de volada, no aguantas eso... Es mejor que vengan a dónde está el cotorreo, porque la neta es que

nos da como miedo salir a otros lugares que no conocemos.

Mujer, 46 años, Cd. Juárez.

En particular, conviene mencionar que la situación de vida en calle dificulta para estas personas conservar sus documentos de identificación y sus pertenencias en general, lo que puede incluir medicamentos y, por lo tanto, esto debe considerarse al momento de diseñar las estrategias de tratamiento. En calle, las PID se enfrentan no sólo al robo de sus pertenencias por parte de otras personas con quienes comparten los espacios, sino principalmente al abuso policial y a las prácticas de limpieza social en las áreas donde se ubican; prácticas que suelen ir acompañadas de destrucción de las pertenencias de las PID.

[Un doctor] me dio una caja [de medicamento] y las otras dos cajas me las llevé a Verter pa' que no, no las fuera a perder yo [...] si me ayudó porque yo las pude haber perdido o vendido también [...] porque me ofrecían ya lo que costaba y todo.

Hombre, 29 años, Mexicali.

Muchos de nosotros no tenemos nuestras credenciales, no tenemos los papeles necesarios, porque nos los roban, los placas [policias] nos quitan nuestras cosas también, no sé si nos creen, pero nos han agarrado nuestras credenciales y las han tirado. Son bien pasados de lanza y les dices: '¡No! Son mis papeles pa esto y esto', las rompen, las tiran... "¿Te han tirado medicamento?" ¡Sí!, a mí me lo han tirado, varios... me han tirado todo [...] y pues, más les dices, más te pe-

gan [...] ¡Les vale madre! Y gánales...

Mujer, 46 años, Tijuana.

Adicionalmente, algunas PID por el contexto de ilegalidad de las sustancias que consumen, enfrentan problemas de seguridad, lo que limita sus opciones de movilidad en la ciudad. Si bien esto sólo fue comentado por dos PID entrevistadas, fue un elemento retomado por las representantes de OSC-RD. Las condiciones de seguridad no son elementos estáticos, al contrario, cambian de acuerdo a las mismas dinámicas de la compra-venta-uso de sustancias y en ese sentido no son predecibles ni controlables pero, reiteramos, afecta de manera importante las posibilidades que tienen las PID de ir a diferentes zonas de la ciudad y, en ocasiones, limita incluso la posibilidad de salir de su casa o del espacio donde viven.

Hay personas que no pueden salir del lugar en donde viven porque tienen situaciones de conflicto con quienes controlan la zona y entonces a esas personas no les puedes pedir que salgan a realizarse un análisis. Con ellas lo que hacemos es ir y llevarles los insumos, los medicamentos y hacerles las pruebas en el lugar dónde están.

Representante OSC-RD.

La situación de violencia es una cosa bien complicada aquí en la ciudad. A veces está tranquilo y de momento se pone bien fea la cosa y los más afectados son los mismos usuarios que no pueden salir de sus zonas porque los matan [...] A nosotros nos ha funcionado muy bien nuestro programa de espacio seguro de consumo, porque lleva-

mos hasta los diferentes picaderos todos los insumos que necesitan y hacemos recorridos al menos una vez a la semana, o más, dependiendo de las mismas condiciones.

Representante OSC-RD.

En este contexto, resulta fundamental poder evaluar las condiciones de vida de la persona al momento de un resultado reactivo a VHC y ofrecerle, sí así lo necesita y desea, acompañamiento a servicios por parte de una persona par promotora de salud, así como diseñar con la PID el esquema de acompañamiento, de modo que no se convierta en una práctica paternalista, sino que incite a la toma de decisiones y ejercicio de la autonomía. Los elementos del estilo de vida que recomendamos evaluar son: condiciones de vivienda, condiciones de trabajo, apoyo social, condiciones de seguridad y dinámicas de uso de sustancias.

En general, todas las PID participantes reportaron vivir en contextos de alto estigma, discriminación y criminalización, lo que los lleva a aislarse en lugares poco accesibles para personas que no usan sustancias.

Yo me separé de mi madre, [...] para que no me viera así [...] no quería que mi familia, pues muchos son profesionistas la mayoría y todo y a mí me daba pena, y me daba más pena que... que mi mama [...] con el simple hecho de que yo estaba usando, ella iba a sufrir al verme.

Mujer, 41 años, Cd. Juárez

Todos los días cuando abro los ojos, pa' empezar, no quiero ni abrirlos. Porque no quiero mirar la triste realidad de mi vida, loco.

Aja, no tener una casa, no tener una familia, no tener nada. Es abrir los ojos y mirar el cielo o estar mirando a la gente. Que lo están mirando a uno con desprecio, con asco, con lastima, con todo menos positivamente, pues a uno [*se le quiebra un poco la voz*]. Y si tengo droga pues, es lo que me motiva a alivianarme a levantarme, pues.

Hombre, 33 años, Hermosillo.

Dada la importancia que tiene la sociabilidad entre personas usuarias en este contexto de estigma y discriminación –pues son las únicas personas con las que cuentan o con quienes establecen estrategias de sobrevivencia económica, de uso sustancias y de apoyo socioemocional–, el temor a ser discriminado al interior de la red de PID a la que pertenece por tener VHC es un elemento que impide que las PID comuniquen a sus compañeros de inyección su diagnóstico de VHC. Frente a ello es clave difundir mensajes en torno al carácter curable de la enfermedad y las características del tratamiento con AAD.

A lo que más le temo es que resulte con esa enfermedad y ya mis compas me den pa'tras [...] Eso sí me pondría bien mal, fíjate, más que saber que tengo el bicho ese, porque ellos son como mi familia, ¿me entiendes?, son mi familia tecata y, pues que me saquen, sí está cabrón.

Mujer, 26 años, Hermosillo.

El ambiente generalizado de estigma y discriminación conlleva experimentar lazos muy intensos de solidaridad y apoyo entre

redes de PID, en las cuales se comparten estrategias de sobrevivencia, lo que incluye la compra mancomunada de sustancias. Estas dinámicas, entendidas bajo el concepto de economía política del uso de sustancias (Bourgois, 2003), favorecen el uso compartido de jeringas entre redes de PID y particularmente entre parejas sexuales. En las entrevistas, el uso compartido de jeringas entre parejas y el sexo sin protección entre parejas sexuales fueron prácticas generalizadas asociadas además a una baja percepción de riesgo que es posible comprender en el marco de vínculos sociales pobres y erosionados. Esto requiere un intenso trabajo en relación con las normas sociales de solidaridad al interior de las redes de PID y de aumento de la disponibilidad de insumos de inyección en los lugares de encuentro y sociabilidad de PID.

Barreras del ambiente microinstitucional

Las barreras para la prevención y atención al VHC encontradas en el ambiente institucional a nivel micro son: acceso limitado a jeringas y equipo seguro de inyección; baja accesibilidad a servicios de salud; falta de disponibilidad de servicios de salud por COVID19; falta de documentos para cumplir con los trámites necesarios; percepción de falta de referencia y continuidad de atención; acoso y violencia policial; internamiento forzado por parte de policías, y encarcelamiento.

Llega la noche, igual que todos los días, a hacer mi tendido y a dormir, y pues a cuidarme de la policía todos los días... de que

a veces está uno acostado y llegan los policías o esta uno levantándose y llegan los policías, y lo agarran a uno dormido [...] no tienen horario y todo el tiempo está uno lidiando con todo eso.

Hombre, 41 años, Tijuana.

La falta de disponibilidad de jeringas y equipo seguro de inyección es una constante en todas las ciudades del estudio, pero particularmente en Hermosillo donde no operan OSC-RD que ofrezcan estos insumos. En las otras ciudades, aunque las OSC-RD distribuyen de manera continua insumos de inyección segura, las PID perciben que en ocasiones la cantidad de insumos resultan insuficientes dado que usualmente los comparten con la red de personas usuarias con quienes conviven y/o a la frecuencia con que se inyecta sustancias cada día. Las responsables de OSC-RD, por su parte, reconocen la dificultad que enfrentan para distribuir la cantidad de insumos necesarios debido, principalmente, a la falta de financiamiento público. Adicionalmente, el contexto de COVID19 dificultó la importación de algunos insumos debido al cierre de los pasos fronterizos, lo que hizo necesario restringir aún más la cantidad de insumos que se distribuían para asegurar tener los mínimos indispensables por más tiempo. Esta situación empezó a normalizarse a partir de julio 2020.

El acceso limitado a jeringas y equipo estéril de inyección se explica además por el estigma y la discriminación por parte de dependientes de farmacias que les niegan a las PID la compra de estos insumos básicos aun cuando tienen el dinero para hacerlo. La

lógica detrás de la negación de este servicio –comenta una de las representantes de OSC-RD entrevistadas– es que, al no tener jeringas, no se van a inyectar, pero lo que en realidad sucede es que de todas maneras se inyectan con lo que encuentran a su disposición.

La negación de la compra de jeringas por parte de dependientes de farmacias genera que las PID tengan que caminar distancias mayores para poder comprarlas. Ello, sumado a las restricciones de movilidad que enfrenta la población y a los efectos del síndrome de abstinencia, incentiva el uso compartido de las mismas.

Hay veces que no nos quieren vender, no venden sueltas, y hay veces que los tecatos no tenemos para comprar un paquete de jeringas y por eso casi la mayoría usamos la misma. Todos la usamos pues, porque apenas se acaban la cura [heroína] y vas a la farmacia y a veces no te quieren vender ni paquetes ¿wacha? Dicen: “No, aquí no vendemos” ¿cómo no van a vender si es farmacia? [...] y pues con una [jeringa] nos inyectamos todos 5, 10 cabrones, todos la tiramos y otros la miran y ¡pum! la agarran [...] Pero si anduvieran como tú, así repartiendo jeringas que eso acá, como cuando reparten condones y todo eso, estaría mejor y habría menos, menos enfermos y menos problemas pa’ los tecatos, y los tecatos no van a querer robarse algo para comprarse una jeringa, ni, ni... ¿sí me entiendes? Y todo eso por una jeringa, pues.

Hombre, 47 años, Hermosillo.

Salí y me empecé a tirar para el bordo, para el canal, ahí fue donde yo usé jeringas cuando ya era tarde, cuando ya no había donde vendieran jeringas, la agarré de otra persona y ahí fue donde, yo pienso, donde adquirí la hepatitis, porque nunca me había sentido así.

Hombre, 48 años, Tijuana.

En este contexto, el Programa Nacional de Eliminación de Hepatitis debe contemplar un componente de sensibilización y capacitación a personal que trabaja en farmacias, sobre la importancia de vender jeringas a todas las personas, independientemente de su apariencia física y, en especial, a las PID.

En Hermosillo, donde no hay OSC-RD, las PID no tienen acceso a otros insumos de inyección segura que eviten la infección por VHC, por lo que aun cuando no compartan las jeringas, comparten de manera generalizada el objeto en el que preparan la sustancia y no tienen acceso a agua, jabón, toallas alcoholadas o gel antibacterial, todos insumos básicos de para tener condiciones mínimas de salubridad. En Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez, a partir de la emergencia por COVID19, estos insumos fueron incorporados a los paquetes de promoción de la salud que distribuyen de manera regular entre PID.

Por otro lado, encontramos que las zonas de la ciudad donde se ubican los servicios especializados de salud en el caso de Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez dificultan el acceso a PID, en tanto se encuentran alejados de las zonas de encuentro de la población y no se disponen de estrategias consistentes

de alcance comunitario de la misma. La excepción a esta situación es Hermosillo, donde el CAPASITS está ubicado justo dentro de las zonas de encuentro de PID y el equipo ha integrado a una persona par a través de la cual hacen actividades de alcance comunitario donde llevan servicios de detección de VHC a los lugares de encuentro. Sin embargo, estas actividades se cancelaron por la pandemia.

Porque no tienen dinero como venir, pa' los camiones y todo eso. Hay muchos, pues allá de Santa Isabel, pues si es una hora, media hora de camino y no tienen como venir pa'ca [al centro comunitario] y pues hay mucha necesidad pa' ese lado, porque no hay quien les lleve cuetes ni nada.

Mujer, 52 años, Mexicali.

En Tijuana, Mexicali y Ciudad Juárez, la falta de accesibilidad geográfica a las unidades especializadas de salud es cubierta por los servicios que ofrecen las OSC-RD de promoción de la salud tanto en los espacios de encuentro de la población, como en sus propias instalaciones que, en la mayoría de los casos, están ubicadas en las mismas zonas de confluencia de PID. Adicionalmente, algunas OSC-RD implementan programas de Telemedicina que favorecen el acceso de la población a servicios especializados de salud. Todas las OSC-RD realizan acompañamientos a servicios de salud a través de diferentes estrategias como, por ejemplo, trasladar a las PID desde sus lugares de residencia hasta los lugares donde se ofrecen los servicios que requieren. Con ello no sólo les ofrecen transporte, sino además compañía, que

es un elemento fundamental de contención emocional, así como asesoramiento para hacer los trámites necesarios y su defensa, en caso de que les nieguen la prestación de los servicios que requieren o que reciban un trato discriminatorio.

La mayoría de las PID participantes y representantes de OSC-RD refieren que la contingencia por COVID19 dificultó el acceso a servicios de tratamiento para VHC, aun en aquellas personas que ya tenían el diagnóstico completo.

Ya no me han atendido desde el año pasado que empezó lo de la pandemia del COVID, ya no me han hablado para nada.

Mujer, 41 años, Cd. Juárez.

Frente a ello, tener el número de celular del infectólogo estatal fue una de las estrategias utilizadas por la OSC-RD para agilizar la atención. Sin embargo, aún con esa facilidad, la saturación de los servicios hospitalarios por COVID19, aunado a las dificultades que supone que sólo haya un especialista en la entidad encargado de brindar tratamiento a VHC, alargó los tiempos de espera para la vinculación a este servicio.

Estos elementos, sumados a los requisitos y obstáculos que imponen las instituciones públicas de atención al VHC para atender a las PID, refuerzan en esta población la percepción de que para ellos es imposible acceder a tratamiento y curarse de VHC.

Pues sí, suena muy bonito lo de la hepatitis curable y toda la cosa, pero la verdad no creo que eso nos toque a nosotros los tecaños, porque esos son cosas para los norma-

loides. Nosotros ni INE tenemos y ya con eso no dan pa'tras.

Hombre, Hermosillo.

Barreras macroinstitucionales

Como mencionamos en el marco analítico, los factores macro-institucionales son elementos relacionados con las políticas públicas que inciden en las lógicas y prácticas institucionales a través de las cuales se conciben y son tratadas las personas usuarias de sustancias inyectables. Por lo tanto, son clave para entender las condiciones de vida de las personas que se inyectan drogas en las cuatro ciudades de estudio. Los hallazgos presentados en este apartado se basan en las entrevistas a profundidad realizadas tanto a personal de salud que ofrecen servicios a las PID, como a PID que residen en las ciudades del estudio.

En este nivel macroinstitucional encontramos que los procesos públicos de compra de insumos de salud, las políticas institucionales de registro y seguimiento de casos, el estigma y la discriminación hacia PID por parte de proveedores de servicios públicos de salud, la limitada oferta de metadona y de servicios de reducción de daños en las cuatro ciudades del estudio, la criminalización del uso de sustancias, y los procesos político-institucionales de “limpieza social” de territorios son los principales factores que dificultan el acceso a servicios de VHC en esta población.

Los procesos institucionales de compra de insumos por parte de la Secretaría de Salud limitan el acceso a materiales de inyección segura que necesita la población, dado

que estos materiales no están incluidos en el cuadro básico⁶ que reglamenta la compra de estos insumos por parte de la Secretaría. La distribución de jeringas con émbolo desmontable por parte de instituciones adscritas a la Secretaría de Salud (SSA), que son las únicas jeringas que hacen parte del cuadro básico, aumenta los riesgos de transmisión de VIH y VHC entre PID, por lo que debería suspenderse. Aun más, las PID tienen necesidades diferenciadas en términos de la longitud de la aguja y su diámetro acorde al estado de sus venas y trayectorias de consumo por lo que, idealmente, deberían ofrecerse diferentes opciones de jeringas para atender sus necesidades diversas. Incluir las jeringas no desmontables o de espacio muerto como insumos médicos en el cuadro básico de la SSA es fundamental para avanzar en este aspecto.

Otros insumos como los filtros y las denominadas cukas o *cookers*,⁷ que son materiales básicos para evitar la transmisión de VHC en esta población. Sin embargo, no son distribuidos por la SSA y no hay un mecanismo para poder financiarlos con dinero público porque, nuevamente, no hacen par-

6 El Cuadro Básico de Medicamentos es el documento que agrupa los fármacos que se pueden prescribir en las instituciones públicas de salud, de acuerdo a la indicación autorizada por el Consejo de Salubridad General.

7 Son instrumentos donde se calienta la sustancia que se desea inyectar y se suele diluir en agua. Normalmente se utilizan corcholatas. Las personas usuarias más vulnerabilizadas suelen colaborar para comprar la dosis y “levantan” su dosis personal de una solución elaborada para el grupo de un mismo cooker. Si usan jeringas usadas previamente para “levantar” su “carga”, corren un alto riesgo de infectarse de VHC.

te del cuadro básico. Una alternativa viable es identificar, con apoyo de las OSC-RD, qué insumo médico o quirúrgico que ya esté incluido en el cuadro básico podría utilizarse como filtro o *cooker* para ser incluido en los paquetes de prevención.

En segundo lugar, las políticas institucionales de registro y seguimiento de casos por parte de la Secretaría de Salud requieren que las personas tengan identificación oficial y que sean dadas de alta al INSABI en caso de no contar con derechohabiencia. Dadas las complejidades estructurales que enfrentan muchas PID y sus altos niveles de exclusión social y de marginación, acceder a estos requisitos se torna imposible en algunos casos. Para ello es indispensable generar mecanismos que faciliten el acceso a identificación y sistemas temporales de afiliación al INSABI. En esta población asignar un requisito sin ofrecer alternativas para poder conseguirlo equivale a negarles los servicios de salud.

La mayoría de las personas como yo no tenemos documentos para llegar a pedir el apoyo en alguna institución, lo primero son los documentos, en mi caso yo no los tengo [...] Y siempre se nos niega, simplemente se nos pone como requisito ciertas cosas que no alcanza uno a cubrirlos y eso pues como que lo desanima a uno. ¿Cómo para qué voy? Si de todas maneras ni me hacen caso.

Hombre, 41 años, Tijuana.

La limitada oferta de servicios de reducción de daños en el país es una barrera estructural para la prevención, detección oportuna y tratamiento de VHC entre PID.

Tras la falta de disponibilidad de jeringas y otros insumos de inyección segura está la falta de una política pública de reducción de daños que asegure estos insumos de manera continua y suficiente. Derivado de esta carencia, en las ciudades donde no hay OSC-RD, la oferta de insumos de prevención es aún más limitada, como también la posibilidad de las unidades de salud de acceder a las PID a través de trabajo comunitario. Frente a ello, es urgente repensar la vinculación de las OSC-RD con las unidades de salud pública municipales y estatales.

Aunado a ello, es importante destacar que también hay una oferta limitada de tratamiento sustitutivo con metadona, lo que restringe también las acciones de prevención de VHC en ciudades en las que, como Hermosillo, no hay metadona. La literatura sugiere que el acceso a tratamientos sustitutivos con metadona no sólo reduce la probabilidad de inyección y de otros comportamientos de riesgos asociados al uso de heroína, sino que además favorece la adherencia a tratamiento (Grebely *et al.*, 2015), por lo que, aumentar la oferta de metadona, debería hacer parte integral del Programa Nacional de eliminación de VHC.

Finalmente, la criminalización del uso de sustancias y los procesos político-institucionales de “limpieza social” de los territorios habitados por PID, reduce de manera importante la posibilidad de acceder a servicios de VHC. En el contexto de la mal llamada “guerra contra el narcotráfico” y a través de la implementación de ley contra el narcomenudeo, las policías necesitan mostrar números de personas detenidas para dar cuenta de la efectividad de su trabajo. Los cuerpos de

las PID son fácilmente identificables por las policías y en esa medida presa fácil de detención (Rafful *et al.*, 2020). Se ha documentado ampliamente cómo con la aplicación de esta ley aumentó el número de personas que eran detenidas y procesadas por posesión simple de drogas y se agudizaron las prácticas de acoso policial hacia PID en las ciudades fronterizas (Beletsky *et al.*, 2016).

En el contexto de COVID19, esta situación de acoso policial se incrementó aún más ante la ausencia de otras poblaciones en los espacios públicos y el cierre de los comercios y oficinas. Al momento de las detenciones en calle, las PID tenían la opción de pagar una extorsión para ser liberadas y, en caso de no tener dinero, eran presentadas ante el Ministerio Público o bien eran consignadas en centros de detención administrativa donde permanecían hasta por 72 horas.

Porque el otro día me quedé en la calle, no teníamos pa' pagar [soborno] y al Carlos [pareja] se lo habían llevado por las fuerzas, ya tenía toda la noche y no lo habían soltado hasta la mañana porque como traía [...] y me quedé en el callejón ahí sola y nada más tenía una cobijita bien delgadita y estaba haciendo mucho aire, me pegó la gripa.

Mujer, 46 años, Tijuana.

Tras la presentación al Ministerio Público, es posible que la persona sea internada en un centro de tratamiento por tres meses. En ese proceso quedan a merced de las autoridades quienes en ocasiones les siembran drogas, lo que complejiza aún más la situación jurídica, social, económica y de salud de las PID que son llevados a centros

penitenciarios. La forma más sencilla de evitar estas situaciones es no cargar jeringas, pero esto lleva a que las PID no encuentren jeringas estériles al momento de inyectarse y terminen compartiendo alguna que ya usó un compañero o usando alguna que encuentren en el suelo.

Porque me han encontrado con una jeringa y como generalmente traigo la bolsa de jeringas, pues me han encontrado jeringas y por eso me han llevado, aunque no traiga sustancia, pero me encuentran la jeringa [...] luego como llego con el doctor y me dice que ando malilla y dicen que vendo pus droga.

Mujer, 52 años, Mexicali.

Pues, se me hace un poquito exagerado que te paren, te encuentren jeringas y te lleven por eso [...] es para prevenir, yo pienso que el gobierno les debería decir a los policías que, si alguien tiene medicamento o algo así, que nos dejen. Que no lo tomen como un delito, porque es para prevenir algo y uno hace el esfuerzo también de venir hasta acá por eso.

Mujer, 39 años, Tijuana.

Para terminar, en el siguiente apartado proponemos algunas recomendaciones para mejorar el acceso a servicios, tomando como eje los espacios por donde la población circula, con la intención de convertirlos en escenarios clave de intervención en el marco del Programa Nacional de Eliminación de VHC.

Recomendaciones

Identificamos tres escenarios clave para realizar acciones de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de VHC:

- 1) Espacios comunitarios donde habita y/o transitan las PID en cada ciudad, son espacios donde realizan actividades de reducción de daños las OSC-RD, mismas que se pueden fortalecer a través de convenios con la SSA.
- 2) Centros residenciales de tratamiento para uso de sustancias y las instalaciones de Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) y Centros de Integración Juvenil (CIJ). La mayoría de PID tienen una larga historia de tratamiento y acude de manera voluntaria o involuntaria a centros de tratamiento para uso problemático de sustancias al menos una vez al año. La situación de internamiento facilita los procesos de prevención, detección, el diagnóstico y tratamiento, de modo que estos centros podrían convertirse en espacios de vigilancia y control del VHC en personas usuarias de sustancias.

Asimismo, los servicios de CAPA y CIJ son espacios a donde pueden llevar jóvenes que están iniciando sus trayectorias de consumo inyectado de sustancias y/o que comparten espacios de sociabilidad con personas usuarias de sustancias con trayectorias más largas de consumo, por lo que consideramos que pueden ser espacios importantes para distribuir información sobre VHC y ofrecer servicios de detección.

- 3) Centros penitenciarios. Debido a la crimi-

nalización del consumo de sustancias, muchas PID pasan de manera recurrente por la prisión a lo largo de sus vidas. Adicionalmente, los centros penitenciarios suelen ser espacios donde se transmite el VHC a través del uso compartido de parafernalia de consumo de sustancias, pero también de elementos de aseo personal. Dada la situación cautiva de las personas en estos espacios, los convierte en espacios clave de vigilancia y control epidemiológico del VHC.

Adicionalmente, identificamos estrategias de carácter estructural que deben ser implementadas en cada ciudad para garantizar la sostenibilidad de las acciones propuestas de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y mantenimiento en cada escenario. Estas estrategias estructurales son:

- Programas continuos de capacitación y sensibilización al personal de salud, sobre estigma y discriminación y derechos humanos de las personas usuarias de sustancias. Estos programas deben ser ofrecidos por las OSC-RD y contar con la participación de PID, de modo que se promueva la empatía entre personal de salud y esta población.
- Convenio de colaboración entre Secretaría de salud y Seguridad Pública, con el fin de garantizar que las PID pueda traer consigo el tratamiento, así como, parafernalia para una inyección segura, sin ser retenidos o destruidos y garantizando su derecho a la movilidad.
- Programas de capacitación y sensibili-

- zación a Personal de Seguridad, sobre el VHC y PID.
- Considerar alternativas en el programa de registro para aquellas personas que, por su situación de vida, no cuentan con documentación oficial o clave única de registro.
 - Eliminar la solicitud de carta de no de-rechahabiente a IMSS para personas PID o en situación de calle, debido a la complejidad del trámite para aquellas personas que no cuentan con CURP y registro previo al IMSS.
 - Distribución de tratamiento en unidades de primer nivel de atención, ya que esto facilitaría el acceso a la población a los servicios de salud.
 - Acceso a programas de tratamiento sustitutivo para opioides.
 - Diseño de mensajes de comunicación dirigidas a parejas de PID con información básica VHC.
 - Diseño e implementación de talleres informativos e interactivos sobre VHC para PID y sus parejas sexuales a través de OSC-RD. Se recomienda que estos talleres se implementen con apoyo de materiales como loterías que favorecen la memorización de mensajes clave a través del juego, la repetición y la revisión de imágenes.
 - Estrategias continuas de intercambio de jeringas y de distribución de paquetes de prevención en espacios de encuentro de PID a través de OSC-RD.
 - Distribución gratuita de jeringas y otros insumos de inyección de segura en CAPASITS y hospitales generales, centros de salud de primer nivel, disponibles en los espacios de recepción y sin restricciones para la población.
 - Capacitación de promotores pares de salud a través de OSC-RD para distribuir información, insumos de prevención, realizar detección y acompañamiento a servicios.
 - Vinculación de promotores pares en instituciones de salud y en OSC-RD para acompañamiento a PID con VHC.

A continuación describimos una serie de acciones específicas de prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y mantenimiento, para cada uno de los tres escenarios clave de intervención.

Escenario 1: Espacios comunitarios de PID

Acciones para promover la prevención

- Diseño e implementación de materiales de información, comunicación y sensibilización dirigidas a PID que favorezcan el aumento de conocimientos, percepción de riesgo y de capacidad de control. Se recomienda que los materiales sean distribuidos en lugares de encuentro de PID a través de OSC-RD.

Acciones para mejorar el acceso a detección y diagnóstico

- Diseño de materiales de comunicación dirigido a PID y sus parejas sexuales motivando a realizarse la prueba rápida de VHC.
- Implementación de estrategia de Líde-

res de Opinión Popular⁸ para promover la detección oportuna de VHC a través OSC-RD.

- Acceso a pruebas rápidas de VHC voluntarias, confidenciales y con consejería en espacios de encuentro de PID, clínicas de metadona y OSC-RD.
- Vinculación de los programas estatales de VHC con OSC-RD para realizar las tomas de muestra para carga viral en el mismo momento en que la prueba rápida reporta un caso positivo y realizar la vinculación inmediata con los servicios de salud.
- Promoción de pruebas rápidas de VHC entre parejas sexuales de PID y personas con quienes se inyectan a través de OSC-RD y de las jurisdicciones sanitarias y/o centros de salud donde se ofrecerán los tratamientos.
- Capacitación de promotores pares de salud para aplicación de pruebas rápidas de VHC voluntarias, confidenciales y con consejería en espacios de encuentro de PID coordinados por OSC-RD.
- Unidades móviles de detección⁹ y toma de cargas virales por parte del Programa Estatal de VHC.

8 Líder de opinión popular (POL) es una intervención comunitaria para reducir el riesgo de adquirir el VIH, en donde líderes que gozan de la confianza de su grupo social son reclutados y entrenados para llevar a cabo una novedosa intervención en campo, aprovechando la confianza y credibilidad de la que goza el líder dentro de cierto grupo social.

9 Se refiere a los automóviles adaptados para para poder realizar, dentro de los mismos, la aplicación de pruebas, consejería y toma de muestras para los casos reactivos brindando un espacio en el que se resguarde la confidencialidad de las personas, un ejemplo de esto sería el Condomovil de AHF.

- Implementación de programa de telemedicina en centros de salud de primer nivel, jurisdicciones sanitarias y/o en OSC-RD para facilitar y agilizar las valoraciones hepáticas.
- Implementación de programa de navegadores pares tanto en OSC-RD como por parte de los programas estatales de VHC para realizar acompañamientos a servicios de diagnóstico en centros de salud de primer nivel y/o jurisdicciones sanitarias.

Acciones para mejorar el acceso a tratamiento

- Diseño de materiales de comunicación relativo a tratamiento (en qué consiste, duración, efectos secundarios, efectividad, lugares dónde recibirlo, requisitos) dirigido a PID y sus parejas sexuales.
- Implementación de estrategia de Líderes de Opinión Popular para promover la adherencia al tratamiento a través OSC-RD.
- Oferta de tratamiento de VHC en centros de salud de primer nivel que se ubican en los lugares de encuentro y/o tránsito de la población.
- Programa de resguardo de medicamentos a través de OSC-RD mediante convenios con los programas estatales de VHC.
- Programa de incentivos a PID con VHC que favorezcan la adherencia al tratamiento.
- Programa de navegadores pares tanto en OSC-RD como por parte de los programas estatales de VHC para realizar

- acompañamiento a servicios de salud para recibir el tratamiento.
- Creación de grupos de apoyo de PID con VHC en espacios de OSC-RD. El objetivo de los grupos de apoyo es ayudar a resolver dudas e incentivar la toma de tratamiento, así como, brindar herramientas para mejorar la calidad de vida.
- Distribución de insumos de inyección segura entre PID que reciben tratamiento al momento en que reciben el tratamiento.
- Oferta de tratamiento sustitutivo para opioides subsidiado y voluntario a todas las PID con VHC.
- Reforzamiento de mensajes para promover la adherencia al tratamiento y el cuidado frente a la reinfección.
- Unidades móviles de tratamiento por parte de los programas estatales de VHC para facilitar el acceso a tratamiento de manera periódica (semanalmente) a PID con situaciones de restricción de movilidad.

Acciones de mantenimiento

- Programas ininterrumpidos de distribución de jeringas en puntos de encuentro de la población, OSC-RD, CAPASITS, centros de salud de primer nivel, hospitales generales, comedores comunitarios y albergues.
- Material de comunicación dirigido a PID con información sobre la posibilidad de la reinfección y cómo prevenirla.
- Material de comunicación dirigido específicamente a parejas sexuales de PID sobre VHC y cómo prevenirlo.

- Monitoreo con pruebas de antígenos y/o carga viral a los 6 y 12 meses después de haber terminado el tratamiento a través de OSC locales que implementan programas de reducción de daños.

Escenario 2: Centros residenciales y ambulatorios de tratamiento para uso de sustancias

Acciones para promover la prevención

- Capacitación de personal de Centros Residenciales de Tratamiento para uso problemático de drogas (CT), CAPA y CIJ para la distribución de información y mensajes claves en relación con el VHC.
- Diseño de materiales de información, comunicación y sensibilización dirigidas a PID que favorezcan el aumento de conocimientos, percepción de riesgo y locus de control a ser distribuidas en CT, CAPA y CIJ.
- Diseño de mensajes de comunicación dirigidas a parejas de PID con información básica VHC.
- Diseño e implementación de talleres informativos e interactivos sobre VHC para PID y sus parejas sexuales a través de OSC-RD. Estos talleres pueden implementarse con apoyo de materiales como loterías que favorecen la memorización de mensajes clave a través del juego, la repetición y la revisión de imágenes.

Acciones para mejorar el acceso a detección y diagnóstico

- Diseño de material de comunicación dirigido a PID y sus parejas sexuales motivando a realizar la prueba rápida de VHC.
- Promoción de pruebas rápidas de VHC entre parejas sexuales de PID a través de campañas periódicas de detección (cada 4 meses) en los días de visita por parte de los programas estatales de VHC y OSC-RD.
- Realizar jornadas periódicas (cada 4 meses) de aplicación de pruebas de VHC voluntarias, confidenciales y con consejería por parte de los programas estatales de VHC y OSC-RD.
- Realizar las tomas de muestra en el mismo momento en que la prueba rápida reporta un caso positivo.
- Articulación de las jurisdicciones sanitarias, los Institutos Estatales o Municipales Contra las Adicciones y OSC-RD para la confirmación de diagnóstico de casos detectados dentro de los centros de tratamiento, CAPA y/o CIJ.
- Implementación de programa de telemedicina en los CT en convenio con los centros de salud de primer nivel y/o las jurisdicciones sanitarias para facilitar las valoraciones hepáticas en los centros de tratamiento, CAPA y CIJ.

Acciones para mejorar el acceso a tratamiento

- Diseño de materiales de comunicación dirigidos a PID para promover la adherencia al tratamiento.

- Diseño de materiales de comunicación dirigidos a PID relativo a las características del tratamiento (en qué consiste, duración, efectos secundarios, efectividad, lugares dónde recibirlo, requisitos).
- Articulación de la Secretaría de Salud y jurisdicciones sanitarias para garantizar el acceso al tratamiento a personas que se encuentran en CT, CAPA y CIJ.
- Unidades móviles de tratamiento por parte del Programa estatal de VHC que entregan de manera itinerante los tratamientos de manera periódica (mensualmente) en los CT, CAPA y CIJ.
- Creación de grupos de apoyo de personas con VHC vinculadas a los programas estatales de VHC que sesionan en los espacios de CT, CAPA y CIJ. Los grupos de apoyo ayuden a resolver dudas e incentivar la toma de tratamiento, así como, brindar herramientas para mejorar la calidad de vida dentro y fuera del centro.

Acciones de mantenimiento

- Diseño de materiales de comunicación para PID con información sobre la posibilidad de la reinfección y cómo prevenirla.
- Monitoreo de casos una vez que han terminado su periodo de internamiento, por parte de centros de salud, a través de llamadas con el tutor/a de la persona internada en caso de no contar con el contacto directo de la persona.

Escenario 3: Centros Penitenciarios del Fuero Común

Acciones para promover la prevención

- Capacitación de personal de área médica de los centros penitenciarios (CP) para la distribución de información y mensajes claves en relación con el VHC.
- Diseño de materiales de comunicación para información y sensibilización dirigidos a PID que favorezcan el aumento de conocimientos, percepción de riesgo y locus de control a ser distribuidas en los diferentes CP.
- Diseño de mensajes de comunicación dirigidas a parejas sexuales de PID con información básica sobre VHC (vías de transmisión, cómo prevenirlo).
- Campañas de información, comunicación y sensibilización dirigidas a las parejas que acuden a tramitar el pase a visita conyugal.
- Capacitación de promotores pares de salud con personas privadas de su libertad (PPL) por parte de OSC-RD. El objetivo de los promotores pares PPL es que funjan como vínculo entre la población y el área médica para la distribución de información clave a PID y vinculación con servicios.
- Distribución de insumos de prevención de infecciones de transmisión sexual a parejas sexuales de PPL.
- Acceso a pruebas rápidas de VHC voluntarias, confidenciales y con consejería a las parejas que tramitan el pase para visita conyugal.

- Ofrecer terapia de sustitución con metadona voluntaria y gratuita a todas las PID en contexto de prisión.

Acciones para mejorar el acceso a detección y diagnóstico

- Capacitación del personal de área médica para ofrecer pruebas rápidas de VHC voluntarias, confidenciales y con consejería en dentro del centro penitenciario, así como toma de muestras para carga viral.
- Incluir detección de VHC al ingreso en el centro penitenciario.
- Jornadas periódicas (cada 6 meses) de aplicación de pruebas voluntarias, confidenciales y con consejería dentro de los centros penitenciarios, por parte de programas estatales de VHC.
- Realizar las tomas de muestra en el mismo momento en que la prueba rápida reporta un caso positivo.
- Implementar programa de telemedicina en convenio con los programas estatales de VHC para agilizar el proceso de diagnóstico y la entrada a tratamiento.

Acciones para mejorar el acceso a tratamiento

- Diseño de materiales de comunicación dirigidos a PID para promover la adherencia al tratamiento.
- Articulación de la Secretaría de Salud y los centros penitenciarios para garantizar el acceso al tratamiento a personas que se encuentran privados de su libertad a través de la capacitación del per-

sonal de área médica y su vinculación con los programas estatales de VHC.

- Creación de grupos de apoyo de PID con VHC a través de OSC-RD y promotores pares PPL que facilite la resolución de dudas e incentivar la toma de tratamiento, así como, brindar herramientas para mejorar la calidad de vida dentro y fuera del centro.
- Ofrecer terapia de sustitución con metadona voluntaria y gratuita a todas las PID con VHC dentro de los centros penitenciarios.

Acciones de mantenimiento

- Diseño de material de comunicación dirigido a riesgos de reinfección de VHC en el contexto de Centros Penitenciarios (ejemplo: el realizarse tatuajes, colocación de perlas en pene, compartir insumos de higiene personal).
- Monitoreo con pruebas de antígenos y/o carga viral a los 6 y /o 12 meses después de haber terminado el tratamiento, para monitorear una posible reinfección a través del área médica y en coordinación con los programas estatales de VHC.

Bibliografía

- Bautista-Arredondo, S., Colchero, A., Sosa Rubí, S. G., Romero, M., & Conde, C. (2012). *Diagnóstico situacional, mapeo de sitios de encuentro y evaluación de impacto de las estrategias de prevención en México. Informe sobre la encuesta en sitios de encuentro de UDI*. Secretaría de Salud - Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
- Beletsky, L., Wagner, K. D., Arredondo, J., Palinkas, L., Magis Rodríguez, C., Kalic, N., Natasha-Ludwig-Barron, & Strathdee, S. A. (2016). "Implementing Mexico's "Narcomenudeo" Drug Law Reform: A Mixed Methods Assessment of Early Experiences Among People Who Inject Drugs", *Journal of Mixed Methods Research*, 10(4), 384–401. <https://doi.org/10.1177/1558689815575862>
- Bourgois, P. (2003). "Crack and the Political Economy of Social Suffering", *Addiction Research & Theory*, 11(1), 31–37. <https://doi.org/10.1080/1606635021000021322>
- CENSIDA. (2010). *Estimación de tamaño de población. Hombres que tienen sexo con hombres y personas que se inyectan drogas en ciudad prioritarias para el proyecto* (Núm. 9; Global Fund to Fight HIV, Tuberculosis, and Malaria). Centro para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA)-Secretaría de Salud.
- CENSIDA. (2020). "Hepatitis C, una enfermedad viral que ya es curable", *Boletín Programa Nacional de Eliminación de la Hepatitis C*, 1(1).
- Durán, L., & Caballero, Y. (2015). "Limpieza en bordo dispersa adictos", *El Imparcial*. <https://www.elimparcial.com/tijuana/tijuana/Limpieza-en-Bordo-dispersa-adictos-20150622-0038.html>
- Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J. A., Domínguez García, & Medina-Mora Icaza. (2019). *Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México...* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRMF), Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.
- Grebely, J., Robaey, G., Bruggmann, P., Aghemo, A., Backmund, M., Bruneau, J., Byrne, J., Dalgard, O., Feld, J. J., Hellard, M., Hickman, M., Kautz, A., Litwin, A., Lloyd, A. R., Mauss, S., Prins, M., Swan, T., Schaefer, M., Taylor, L. E., & Dore, G. J. (2015). "Recommendations for the Management of Hepatitis C Virus Infection Among People Who Inject Drugs", *International Journal of Drug Policy*, 26(10), 1028–1038. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.07.005>
- Menéndez, E. (1998). "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37–67. <https://doi.org/10.24201/es.1998v16n46.638>
- Molina Pérez, E., Fernández Castroagudín, J., & Domínguez Muñoz, E. (2012). "Indicaciones actuales de tratamiento triple para la hepatitis C", *Gastroenterología y hepatología*, 35(4), 266–277. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2012.01.003>
- Mravcik, V., Strada, L., Štolfa, J., Bencko, B., Groshkova, T., Reimer, J., & Schulte, B. (2013). "Factors Associated with Uptake, Adherence, and Efficacy of Hepatitis C

- Treatment in People Who Inject Drugs: A Literature Review", *Patient Preference and Adherence*, 1067. <https://doi.org/10.2147/PPA.S49113>
- Ospina-Escobar, A. (2016). *Itinerarios de diversidad. Biografías de uso de drogas, estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en varones inyectores de Tijuana, Cd. Juárez y Hermosillo, México* [Tesis de doctorado en Estudios de Población]. El Colegio de México.
- Ospina-Escobar, A., Magis-Rodríguez, C., Juárez, F., Werb, D., Bautista Arredondo, S., Carreón, R., Ramos, M. E., & Strathdee, S. (2018). "Comparing Risk Environments for HIV Among People Who Inject Drugs from Three Cities in Northern Mexico", *Harm Reduction Journal*, 15(1), 27. <https://doi.org/10.1186/s12954-018-0225-y>
- Ospina-Escobar, A., Ramos Rodríguez, M. E., Zambrano, M. G., & Rojas Padilla, J. (2022). "Muertes invisibles. Del subregistro oficial al registro comunitario de sobredosis en México 1988-2020", en I. Álvarez Rodríguez, P. Gaussens, & R. Lecour Grandmaison (Eds.), *La amapola en Crisis. Auge y decadencia del opio mexicano* (pp. 175-214). El Colegio de México.
- Punto Norte. (2020, noviembre 20). "La recuperación del centro de Mexicali a través de la cultura china", *Punto Norte*. <https://puntonorte.info/2020/12/11/la-recuperacion-del-centro-de-mexicali-a-traves-de-la-cultura-china-2/>
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., González-Zúñiga, P., Jenkins, J. H., Rangel, M. G., Strathdee, S. A., & Davidson, P. J. (2020). "'Somebody Is Gonna Be Hurt': Involuntary Drug Treatment in Mexico", *Medical Anthropology*, 39(2), 139-152. <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1609470>
- Rhodes, T. (2002). "The 'Risk Environment': A Framework for Understanding and Reducing Drug-Related Harm", *International Journal of Drug Policy*, 13(2), 85-94. [https://doi.org/10.1016/S0955-3959\(02\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0955-3959(02)00007-5)
- Rhodes, T. (2009). "Risk Environments and Drug Harms: A Social Science for Harm Reduction Approach", *International Journal of Drug Policy*, 20(3), 193-201. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2008.10.003>
- Rich, Z. C., Chu, C., Mao, J., Zhou, K., Cai, W., Ma, Q., Volberding, P., & Tucker, J. D. (2016). "Facilitators of HCV Treatment Adherence Among People Who Inject Drugs: A Systematic Qualitative Review and Implications for Scale up of Direct Acting Antivirals", *BMC Public Health*, 16(1), 994. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3671-z>
- Rodríguez Mascareño, D. (2018). "El camino de Brandon: Entre el tutelar de menores, la cárcel y los centros de rehabilitación", en O. Odgers Ortiz & O. L. Olivas Hernández (Eds.), *¿Dejar las drogas con ayuda de Dios? Experiencias de internamiento en centros de rehabilitación fronterizos* (pp. 83-108). El Colegio de la Frontera Norte.
- SISVEA. (2016). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA)*. Secretaría de Salud/Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *World Drug Report 2020*. UNODC. [//wdr.unodc.org/wdr2020/en/index2020.html](https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/index2020.html)

- Velasco, L., & Albicker, S. (2013). *Estimación y caracterización de la población residente en "El Bordo" del canal del Río Tijuana* (p. 13) [Reporte de resultados investigación]. El Colegio de la Frontera Norte.
- Villatoro-Velázquez, J., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A. R., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernandez, I. S., Fregoso-Ito, D. I., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M. E., Gutiérrez, J. P., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., & Mendoza-Alvarado, L. R. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRMF), Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud.
- White, E. F., Garfein, R. S., Brouwer, K. C., Lozada, R., Ramos, R., Firestone-Cruz, M., Pérez, S. G., Magis-Rodríguez, C., Conde-Glez, C. J., & Strathdee, S. A. (2007). "Prevalence of Hepatitis C Virus and HIV Infection Among Injection Drug Users in Two Mexican Cities Bordering the U.S.", *Salud Pública de México*, 49, 165–172. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007000300001>
- WHO. (2016). *Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>
- WHO. (2019). *Access to Hepatitis C Testing and Treatment for People Who Inject Drugs and People in Prisons: A Global Perspective: Policy Brief*. April 2019 (WHO/CDS/HIV/19.6). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312116>

Barreras para el acceso al tratamiento del virus de hepatitis C en personas que se inyectan drogas en las ciudades de Tijuana, Mexicali, Hermosillo y Ciudad Juárez, Chihuahua

En México, la infección por virus de hepatitis C (VHC) constituye un problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por la alta morbimortalidad que conlleva. Las personas que se inyectan drogas (PID) son una población especialmente vulnerable al VHC, con prevalencia estimada de 96% en algunas ciudades del norte del país (White et al., 2007). En este documento se presenta un análisis detallado de las barreras de acceso a servicios de prevención y tratamiento para VHC utilizando el marco conceptual de los ambientes de riesgo. El objetivo final de este cuaderno de trabajo es ofrecer directrices generales para fortalecer los servicios de reducción de daños en las ciudades con mayor presencia de PID que garanticen procesos de vinculación efectiva a los servicios de salud de VHC en el primer nivel de atención.

El Programa de Política de Drogas (PPD) constituye uno de los primeros espacios académicos en México que analizan el fenómeno de las sustancias ilícitas, la política de las drogas y sus consecuencias a partir de las ciencias sociales. El PPD es un espacio académico permanente que tiene el propósito de generar, de manera sistemática, investigación original orientada a estudiar el fenómeno de las drogas y de las políticas de drogas actuales en América Latina desde una perspectiva interdisciplinaria, con el fin de contribuir a su mejor diseño mediante la elaboración de propuestas viables y evaluables, para mejorar los resultados y consecuencias de dichas políticas en la región.



Política de Drogas