

Trabajo presentado en las "VII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población"
Instituto de Investigaciones Gino Germani
Facultad de Ciencias Sociales – UBA
Buenos Aires, 8 al 10 de agosto de 2007

Vulnerabilidad asociada a la transmisión de VIH entre usuarios de drogas del Área Metropolitana de Buenos Aires y ocho ciudades de Brasil (1998-2004)

Gonzalo Ralón¹
Diana Rossi¹⁻²
Waleska Teixeira Caiaffa³
Marcelo Eduardo Vila¹⁻²
Dhan Zunino Singh¹⁻²
Silvia Faraone¹
Mercedes Weissenbacher⁴

1 – UBACyT S118. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

2 – Intercambios Asociación Civil.

3 – Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.

4 – Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, UBA - CONICET.

1 - Introducción

En América Latina la evolución del VIH/sida está vinculada particularmente a grupos en situación de *vulnerabilidad*, entre los cuales se destacan los *usuarios de drogas* (UDs), tanto *inyectables* (UDIs) como *no inyectables* (UDNIs), especialmente de sectores urbanos empobrecidos.

La transmisión de VIH entre UDIs está condicionada por una compleja articulación de variables sociales, culturales, políticas y legales en torno a las prácticas de uso de drogas. Estas *situaciones de vulnerabilidad* no pueden reducirse a factores meramente biológico/epidemiológicos, ni a fenómenos de pobreza/exclusión.

Un enfoque desde esta perspectiva busca captar las múltiples formas y causas por las que determinados grupos sociales, en nuestro caso, usuarios de drogas del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y ocho ciudades de Brasil, están sometidos a eventos y procesos de fragilización que atentan contra su capacidad de subsistencia, su acceso a niveles de bienestar y el ejercicio de sus derechos ciudadanos. El de vulnerabilidad es un concepto complejo, remite a varias dimensiones analíticas y abarca en su enfoque tanto aspectos individuales como colectivos, características socioeconómicas, políticas, culturales y ambientales.

La noción de vulnerabilidad —proveniente del campo de los estudios sociales sobre pobreza, trabajo e integración social [*cf.* Golovanevsky; 2005. Castel; 1997. Lo Vuolo, Barbeito, Pautassi, Rodríguez; 1999]— puede resultar útil para caracterizar condiciones objetivas y subjetivas de incertidumbre y desprotección frente a determinados fenómenos. A su vez, estas condiciones permiten pensar en la definición de las situaciones de vulnerabilidad, a partir de los procesos de *fragilización* a los que se halla expuesta la población, y en la *dinámica de margina-*

ción que conllevan. Es decir, permite abarcar procesos en los que los sujetos o grupos sociales confluyen como desenlace de una de una dinámica que se manifiesta antes que los efectos complementarios disociantes [Castel; 1991 y 1997]. Dinámica que, además, marca desplazamientos desde *situaciones* o *zonas* de plena integración social hacia situaciones más inestables, de menor integración, de vulnerabilidad.

El análisis de las situaciones de desventaja social como vulnerabilidad se diferencia de ciertas perspectivas centradas en el reconocimiento de factores de riesgo, más cercanas a una apreciación tradicional desde lo médico-epidemiológico; como también de ciertas perspectivas que trabajan los fenómenos de la pobreza, el desempleo o la imposibilidad de acceso a servicios y derechos sociales básicos como fenómenos de exclusión. Permite poner de relieve las relaciones existentes entre situaciones de vulnerabilidad, por una parte, determinaciones contextuales y patrones de comportamiento de los propios sujetos, no como meros excluidos, elementos pasivos, sino como partícipes activos en la definición de esas situaciones.

2 - Objetivos

- Presentar un primer análisis descriptivo/exploratorio de los datos de diez investigaciones sobre perfiles y tendencias en comportamientos de riesgo asociados a la transmisión del VIH entre usuarios de drogas, realizadas en el AMBA y ocho ciudades de Brasil entre 1998 y 2004, reestructurados, estandarizados y combinados sistemáticamente.
- Señalar algunos elementos básicos para una definición de las *situaciones de vulnerabilidad* propias de la población usuaria de drogas en el contexto del Área Metropolitana de Buenos Aires y ocho centros urbanos de Brasil, a partir de un conjunto de indicadores sociodemográficos, de prácticas de uso de drogas, de encarcelamiento y de transmisión de VIH.

3 - Metodología

En la primera etapa de este proyecto se conformó una matriz de datos con 2.378 unidades de análisis pertenecientes a diez estudios transversales basados en cuestionarios estructurados, ocho con UDIs y UDNIIs del Área Metropolitana de Buenos Aires (1998-2004), y dos con UDIs de ocho ciudades de Brasil (1998-2001).

Esto requirió el procesamiento y reestructuración de los datos de cada estudio siguiendo criterios comunes de compatibilidad. Se trabajó sobre bases de datos preingresadas, utilizando el programa de procesamiento estadístico de datos sociales SPSS, versión 11.5. Mediante sintaxis de comandos que admiten su ejecución, evaluación de resultados, y corrección y reejecución en distintos momentos, se generó un nuevo conjunto de datos agregados posteriormente a una matriz general.

Los datos originales fueron reestructurados en las siguientes dimensiones: tipo de estudio al que pertenecen, características socio-demográficas de las unidades de análisis, uso de drogas (inyectables y no inyectables) por tipos y formas de administración, prácticas en el uso inyectable, prácticas sexuales, experiencias en relación con problemas de salud asociados al uso de drogas, realización y resultados de serologías. Cada una de estas dimensiones abarca un conjunto de variables sobre

las cuales se apoya el análisis descriptivo/comparativo de cada país, de los subgrupos que las conforman y de sus respectivas tendencias.

Para este trabajo, el análisis se centra en la descripción de frecuencias de los diferentes estudios agrupados por país, tomando variables sociodemográficas, de serologías, encarcelamiento y sobre prácticas de uso de drogas. La estrategia de análisis está centrada en varios niveles. El proyecto apunta a poner en relación los datos relativos a la prevalencia de VIH obtenidos en cada investigación con el nivel de los comportamientos individuales, las condiciones y prácticas de cada encuestado. En este sentido se desarrolló el análisis que presentamos en esta ocasión; una próxima etapa debe avanzar en la relación de estos elementos con un nivel más amplio, relativo al contexto social, en el que se enmarcan las políticas públicas vigentes como elemento central.

4 - Resultados y discusión

4.1 - Población

La población total abarca 2.378 unidades de análisis. El 51,9 %, pertenecen a los estudios realizados por Intercambios Asociación Civil en el AMBA entre 1998 y 2004. Se trata de estudios transversales realizados en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Las muestras se realizaron mediante la técnica de “bola de nieve”, y los participantes fueron entrevistados utilizando cuestionarios estructurados con información sobre factores sociodemográficos, uso de drogas y sus prácticas, comportamientos sexuales, problemas de salud asociados al uso de drogas, tanto por vía inyectable como no inyectable.

El 48,1 % restante pertenece a dos estudios realizados en el marco de los proyectos *AJUDE-Brasil I y II*, coordinados por la Universidade Federal de Minas Gerais en cooperación con el Programa Nacional DST e Aids y la United Nations for Drug Control and Prevention. Se trata de estudios transversales sobre UDIs, fundamentalmente consumidores de cocaína inyectable, en el contexto de Proyectos de Reducción de Daños (PRD) de base territorial/local, implementados en cinco ciudades en 1998 —São Paulo, Sorocaba y São José do Rio Preto en el estado de São Paulo; Itajaí, Santa Catarina; Porto Alegre, estado de Rio Grande do Sul— y seis en 2000 y 2001 —Salvador, estado de Bahia; São José do Rio Preto, São Paulo; Florianópolis e Itajaí, Santa Catarina; Porto Alegre y Gravataí, estado de Rio Grande do Sul—. En ambos estudios se trabajó con población UDI.

Tabla I - Estudios y poblaciones involucradas según tipo de consumo, año, país, práctica de serologías y tamaño

	Población	Año	País	Seroprevalencia VIH	n
1	UDI	1998	Brasil	Sí	287
2	UDI	1998	Argentina	No	60
3	UD - pasta base de cocaína UDI	1999	Argentina	No	28 2
4	UDI	2000/2001	Argentina	Sí	174
5	UDI	2000	Brasil	Sí	857
6	UD - cocaína inhalada	2002	Argentina	No	119

	UDI				31
7	UD - cocaína no inyectable	2002/2003	Argentina	Sí	504
8	UDI	2003	Argentina	No	99
9	UDI	2003/2004	Argentina	No	154
10	UDI	2003/2004	Argentina	No	63
Total					2.378

4.2 - Indicadores sociodemográficos

A continuación se describe un conjunto de variables comunes a todos los estudios que permiten caracterizar en rasgos generales el perfil sociodemográfico de la población.

- *Sexo.* El 79,1 % de la población son varones. El 60,5 % de las mujeres encuestadas pertenecen a la población argentina, en tanto que los varones se distribuyen en un 50 % por país.
- *Edad.* Con un mínimo de 14 años, tanto entre varones como entre mujeres, la media de edad es de 29,21 años (la distribución de la edad por sexo es similar: mediana de 28, con una máxima de 68 años entre los varones; y mediana de 29, con una máxima de 52 entre las mujeres). El 75 % de la población no supera los 34 años. Las medidas de resumen de edad según país tampoco presentan diferencias substanciales. Considerando las edades por tramos, la distribución fue la siguiente: el 32,5 % tenía entre 14 y 24 años; el 43,7% entre 25 y 34 años; el 19,1 %, entre 35 y 44 años; y el 4,6 % restante, entre 45 y 68 años.
- *Años de escolaridad formal.* Para presentar un indicador válido y compatible del nivel educativo de la población, considerando las diferencias entre los sistemas educativos, tanto de cada país como de los distintos distritos en cada país, se recodificaron las variables sobre educación de cada estudio distinguiendo entre niveles y grados aprobados. De este modo se obtuvieron los años de escolaridad formal agrupados. Se tomó como corte el 7 año aprobado, equivalente en Argentina a un nivel de *educación primaria completa*. Este punto de corte nos permitirá además, tener una percepción no sólo del nivel educativo en relación con desarrollo de capacidades o el acceso al capital cultural, sino también de las dificultades de una población que puede definirse como joven, para acceder y permanecer en los respectivos sistemas educativos. Así, sobre 2.329 respuestas válidas —en una muestra en la que la mitad de las personas no supera los 28 años— el 60 % no permaneció integrado al sistema educativo formal por más de siete años. Ahora bien, esta variable presenta diferencias importantes entre las poblaciones de cada país: mientras entre los encuestados argentinos el 56,5 % tiene más de siete años de escolaridad, sólo el 21,5 % de los encuestados brasileños supera esa cantidad.
- *Situación laboral.* De un total de 2.343 respuestas válidas, el 56,3 % indicó que no trabajaba en el momento de la encuesta. También son similares las distribuciones de los UD's que no trabajan según: 1 - sexo (el 59,4 % de las mujeres y el 55,5 % de los varones); y 2 - país (el 54,1 % de los encuestados de Argentina, y el 58,7 % de los de Brasil).
- *Encarcelamiento.* Sobre 2.151 respuestas válidas, el 43,8 % afirmó haber estado preso alguna vez. Este porcentaje es del 53,3 % entre los argentinos y del 34,5 % entre los brasileños, y es significativamente mayor entre varones que entre mujeres (47,2 y 31,3 %). La variable apunta al cumplimiento de una condena o la privación de la libertad en el marco de algún proceso judicial por cualquier causa, relacionada o no

con la tenencia y/o uso de drogas. No se consideraron para este análisis otras situaciones como detenciones fortuitas, averiguación de antecedentes y persecuciones no enmarcadas en un proceso.

4.3 - Prácticas de uso de drogas

Uso inyectable de drogas. Un primer elemento fundamental para caracterizar el perfil de la población por el tipo de prácticas de consumo reside en el *uso inyectable de drogas*. El 72,7 % de los encuestados hizo uso inyectable de drogas alguna vez. Esta proporción de usuarios de drogas inyectables está definida por la composición de la población en cada uno de los proyectos originales. Como se indicó más arriba, los dos estudios brasileños se realizaron sobre población UDI, con un *n* total de 1.144 usuarios. De las 1.234 unidades pertenecientes a los proyectos de Intercambios, 583 (el 47,2 %) son UDIs y 651 son UDNI. En dos de estos proyectos la población se definió como usuarios de drogas no-inyectables, fundamentalmente usuarios habituales de pasta base de cocaína y cocaína inhalada, pero no excluyó en todos los casos la participación de UDIs; mientras que en un tercer proyecto el criterio de inclusión abarcó a usuarios de cocaína no inyectable, excluyendo a UDIs.

Tabla II - Poblaciones por país y tipo de consumo como criterio de inclusión			
Argentina	<i>UDI</i>		583
	<i>UDNI</i>		651
		<i>Total</i>	1.234
Brasil	<i>UDI</i>	<i>Total</i>	1.144
Total			2.378

De la población UDI, el 80 % afirmó utilizar cocaína inyectada en la actualidad. Si bien las preguntas relativas al uso actual presentaban algunas diferencias en cada una de las encuestas originales, se pudo construir un dato homogéneo para todas las bases que abarcara el uso de cocaína inyectable en un período de hasta seis meses antes de la participación en el estudio. Ese es, entonces, el parámetro de actualidad para esta variable.

También se construyó una variable relativa al uso de benzodiazepinas inyectables, sin delimitar el dato a un período de tiempo. Esta variable no contó con preguntas compatibles en las encuestas de dos de los estudios argentinos con UDIs, con lo cual quedan excluidas las 237 unidades correspondientes a esos estudios (174 y 63 respectivamente). De los UDIs restantes, sólo el 5,1 % afirmó haber utilizado benzodiazepinas inyectables alguna vez.

Aunque la comparación de estas dos variables relativas al uso inyectable de sustancias —cocaína en la actualidad y benzodiazepinas alguna vez— puede resultar un poco forzada por la diferente consistencia de ambos grupos de datos, también puede tomarse como un indicador aproximado que confirma la importancia del uso de cocaína en la modalidad inyectable frente a otras sustancias.

Otras drogas no inyectables. El gráfico I da cuenta de los porcentajes de UDIs que afirmaron haber utilizado alguna vez en la vida otras drogas por vías *no inyectables*.

Se puede apreciar un patrón de policonsumo que incluye tanto drogas ilegales, como alcohol y medicamentos no prescritos. La mayor parte de la población usó marihuana, cocaína inhalada y alcohol alguna vez en la vida, con porcentajes que superan el 75 % de los encuestados. El 77,6 % usó cocaína inhalada, y el 35,2 % cocaína fumada (para el cálculo sobre uso de sustancias, en este caso consideramos el número de casos con respuestas afirmativas sobre el *n* total, incluyendo respuestas inválidas para el análisis o *no sabe/no contesta* como no afirmativas). Por cocaína fumada se entienden tanto las formas específicamente fumables como el crack y la pasta base de cocaína, como la mezcla de cocaína con otro tipo de drogas fumables, como la marihuana.

Por su parte, el 80 % de los UDIs —que representan un 58,1 % del total de la muestra— usó cocaína inyectada en los últimos seis meses. El 96,7 % hizo uso de cocaína en cualquiera de sus formas (inyectada actualmente, e inhalada o fumada alguna vez en la vida). Esta característica predominante está relacionada con el tipo de población y con los criterios de inclusión utilizados en cada uno los distintos proyectos involucrados, orientados específicamente a usuarios de cocaína o UDIs que se caracterizan, en la región, por el uso de cocaína inyectable.

Los usos de benzodiacepinas no inyectables o de anfetaminas presentan las menores frecuencias con el 26,2 % y el 20,3 % respectivamente.

Uso compartido de materiales de inyección. Otra de las dimensiones que se buscó compatibilizar entre buena parte de los estudios que incluían UDIs tiene que ver con el *uso compartido de materiales de inyección*. Cuatro preguntas comunes indagaban acerca del uso compartido alguna vez en la vida, de los siguientes materiales utilizados en la inyección: agujas y jeringas; recipientes para la preparación de mezclas, tales como tapitas y frascos; algodones, gasas, filtros; y agua u otros líquidos empleados en las preparaciones. La disponibilidad de cada una de estas preguntas en los datos originales está relacionada con el nivel de detalle definido en los diseños de investigación originales. Los datos reestructurados, sin embargo, brindan una aproximación válida a un factor sensible y relevante a la hora de considerar prácticas de riesgo y condiciones de vulnerabilidad a la transmisión de VIH.

La tabla III presenta las frecuencias de cada una de estas variables.

Tabla III - Materiales de inyección compartidos alguna vez en la vida, en porcentajes*	
<i>Aguja/jeringa (n = 1.601)</i>	59,0
<i>Agua (n = 976)</i>	48,4
<i>Tapita (n = 1.139)</i>	41,0
<i>Filtro (n = 1.110)</i>	34,8
* Los n varían según la disponibilidad de los datos originales de cada estudio.	

Más de la mitad de los UDIs, el 59 %, sobre un total de 1601 respuestas válidas, compartió alguna vez aguja o jeringa. El uso compartido de los otros materiales se reduce: 48,4 % compartió alguna vez el agua, el 41 % la tapita, y el 34,8 % el filtro¹.

Sobre la base de estos datos se elaboró un indicador general de uso compartido, que adopta un valor positivo para los casos en que los encuestados afirmaran haber compartido cualquiera de estos materiales alguna vez en la vida. Con este indicador, sobre un total de 1.622 respuestas válidas, el 67,1 % afirmó haber compartido algún material de inyección alguna vez.

4.4 - Comparación entre UDIs y UDNI s

Los indicadores sociodemográficos que hemos descripto más arriba presentan algunas diferencias entre las subpoblaciones de usuarios de drogas inyectables y usuarios de drogas no inyectables, aunque, en términos generales, no se trata de diferencias substanciales.

En el grupo UDI el porcentaje de varones se eleva a un 82,4 %, frente al 70,5 % del grupo UDNI, con un nivel de significación respecto del *Chi-cuadrado de Pearson* de 0,000. En relación con la edad, el grupo UDNI es ligeramente más joven. Las diferencias respecto a las medidas de tendencia central no son importantes: la mitad de los UDNI s no supera los 26 años (mínimo: 16, máximo: 65; media: 28,1), mientras que la mediana entre los UDIs es de 29 años (mínimo: 14, máximo: 68; media: 29,63).

La comparación entre los niveles educativos de uno y otro grupo solo fue posible con los estudios de Argentina (*ver* tabla IV), que incluyeron UDNI s. Si se compara el nivel educativo de ambos tipos de usuarios, se verá que no hay diferencias substanciales. Controladas por país, no se registra una asociación significativa entre estas variables.

El porcentaje de los UD que no trabajan es ligeramente mayor entre los que usan drogas inyectables: 58,6 %, frente al 50,2 % de los UDNI s ($p = 0,000$).

Sobre los UDIs y UDNI s que estuvieron privados de libertad, los porcentajes son del 40,7 % y del 51,1 % respectivamente. Sin embargo, aquí también corresponde hacer una distinción entre países. La parte de la muestra correspondiente a Brasil, tiene una menor proporción de UD s que hayan sufrido privación de la libertad (34,5 %). El total en este caso, como también se señaló, hacía uso inyectable. En cuanto a las unidades de Argentina, estas proporciones no presentan grandes diferencias: 56,7 % de los UDIs y 51,1 % de los UDNI s, por lo que la correlación entre uso inyectable y privación de la libertad pierde significación estadística.

¹ Conviene volver a aclarar que estos porcentajes se calculan sobre el total de respuestas válidas disponibles. En primer lugar, este tipo de pregunta se aplicó en caso de tratarse de UDIs. Luego, no todas estas preguntas fueron realizadas en todas las encuestas. Aún así, la cantidad de respuestas válidas otorga un indicador del fenómeno relevante para nuestro análisis.

Tabla IV - Años de escolaridad formal por país y tipo de uso de drogas (n válido = 2.329)				
País	Escolaridad formal	Tipo de uso		Total
		<i>UDNI</i>	<i>UDI</i>	
<i>Argentina</i>	<i>Hasta 7 años</i>	42,50%	44,60%	43,50%
	<i>Más de 7 años</i>	57,50%	55,40%	56,50%
Total		649	583	1.232
<i>Brasil</i>	<i>Hasta 7 años</i>		78,50%	78,50%
	<i>Más de 7 años</i>		21,50%	21,50%
Total				1.097

4.5 - Realización del análisis de VIH

Una de las principales preguntas comunes a los estudios que participan de este análisis comparativo refirió a la realización de algún tipo de examen de VIH alguna vez en la vida. Sobre los 2.378 encuestados, 1.301 (el 54,7 %) afirmó haberse realizado alguna vez un examen de VIH.

Al contrastar estos porcentajes con las variables de sexo, edad, años de escolaridad formal y uso inyectable de drogas, encontramos que las tres primeras aparecen como factores relacionados con la realización del examen de un modo significativo. En todos los casos en que se registraron estas relaciones, las pruebas de significación de *Fisher* respecto del *Chi-cuadrado* devolvieron un valor de 0,000. Para la edad se utilizaron dos recodificaciones de la variable edad en tramos: por una parte, tres tramos de 14-24, 25-34, 35-44, y 45 y más años; por otra parte, una variable dicotómica que abarca la mitad más joven de la población, con hasta 28 años, en la primera categoría, y la mitad más vieja en la segunda. Las relaciones en estos casos también presentaron altos grados de significación confirmados a partir de las pruebas estadísticas *Tau-b* y *Tau-c de Kendall* ($p = 0,000$). En cambio, el uso inyectable no presenta una relación significativa (la diferencia entre uno y otro grupo se reduce a 3 puntos porcentuales, con un p de 0,196) con la realización del examen de VIH.

Pueden apreciarse las relaciones entre estos factores en el gráfico II.

En relación con las variables sociodemográficas, entonces, podemos afirmar que es más frecuente la realización del análisis de VIH entre los UD:

- mujeres (70,1 %, frente al 57,7 % de los varones);
- que han permanecido durante más tiempo —más de siete años— en el sistema educativo formal (74,7 %, contra el 59,2 %);
- con más de 24 años de edad (67 % entre jóvenes-adultos; 66,9 % entre adultos; y 65 % entre adultos-mayores, contra el 45,9 % de los adolescentes-jóvenes).

El tipo de uso de drogas —inyectable o no-inyectable—, según se señaló, no aparece como un factor relacionado con esta práctica: no hay una relación significativa entre ser UDI y haberse realizado el análisis.

En cuanto a la relación con el sexo, un elemento que podría incidir en la diferencia entre mujeres y varones, favoreciendo a las primeras, podría residir en la realización del análisis en embarazadas.

Otra variable con la que la realización del análisis aparece significativamente relacionada ($p = 0,005$) es la referida a las relaciones homosexuales entre varones. Así, entre los 365 varones que afirmaron haber mantenido relaciones con otros hombres (el 19,4 % de todos los varones encuestados), el 63,7 % se realizó el análisis; entre el resto de los varones ese porcentaje es del 55,1 %. Esta relación, que no se registra de un modo significativo entre las mujeres, debe considerarse teniendo en cuenta que se trata de una subpoblación —la de *hombres que tienen sexo con hombres* (HSH)— comúnmente asociada a la problemática del VIH, que tiene un mayor grado de consciencia respecto a la cuestión y que aparece más expuesta a las intervenciones médicas e institucionales. Deben considerarse estos datos como indicadores de tendencias, o en todo caso, como hipótesis orientadoras.

4.6 - Serologías VIH

De los 1.301 UD que afirmaron haberse realizado alguna vez un examen de VIH, 1.041 obtuvieron y refirieron el resultado². Estas serologías referidas dan una frecuencia de 359 positivos (34,5 % de los que refirieron el resultado).

Por otra parte, a los participantes de cuatro de los proyectos involucrados se les realizaron análisis de VIH (*ver* tabla I). En los dos proyectos de Brasil la recolección de las muestras de sangre se realizó mediante papel de filtro y los diagnósticos se obtuvieron usando el método ELISA y su confirmación en caso de resultar positivo [*cf.* Caiaffa; 2001. Caiaffa, Bastos, Freitas *et al*; 2006].

Se cuenta con un total de 1.813 serologías válidas, de las cuales 1.245 (68,7 %) tuvieron resultado negativo y 567 (31,3 %) fueron positivos.

Existen algunas discrepancias entre las serologías referidas por los encuestados y las realizadas en el marco de los estudios. Por un lado, 11 de las unidades que habían referido resultados positivos, obtuvieron posteriormente resultados negativos. Por otro lado, 35 unidades que refirieron resultados negativos obtuvieron serologías positivas. Esta segunda discrepancia guarda cierta lógica y resulta esperable si se considera el perfil de los UD con prácticas de riesgo.

Si tenemos en cuenta estas discrepancias, podemos afirmar que al considerar las serologías referidas se introduce el riesgo de subestimar la prevalencia. Sin embargo, las diferencias entre los dos tipos de datos (serologías referidas y de estudio) resultan irrelevantes a los efectos de confirmar la magnitud y tendencia de nuestro fenómeno. Por supuesto, nuestro análisis se basa en los datos de seroprevalencia obtenidos en laboratorio para cada uno de los proyectos, pero se conservan como complemento los resultados referidos por los encuestados. Aunque de este modo se homologan dos tipos de datos diferentes, con distintos grados de consistencia y confiabilidad, el procedimiento nos permite complementar las serologías de estudio obteniendo una aproximación más completa para dar cuenta del cuadro epidemiológico. Así, haciendo estas salvedades, además de las 1.813

² A la población perteneciente a uno de los proyectos de Brasil, no se le realizó la pregunta por el resultado del análisis de VIH. Esto respondió a una decisión relativa al diseño de la investigación, y explica la ausencia de los datos relativos a las 287 unidades pertenecientes a ese proyecto.

serologías de estudio confirmadas por laboratorio, contamos con las referidas de otros 372 UD's, que dan una prevalencia del 34,1 %.

Se impone ahora cruzar las variables de prevalencia con las relativas al uso inyectable y a las prácticas de uso compartido, factores de riesgo ampliamente reconocidos (*ver* gráfico III). Encontramos en este punto una marcada diferencia entre las prevalencias de UDIs y UDNI's: mientras sólo el 6,3 % de estos últimos resultó VIH positivo, la prevalencia entre los primeros alcanza el 40,9 %. Dentro de este grupo, además, existe una fuerte asociación del uso compartido de materiales de inyección alguna vez en la vida con la serología: el 49,8 % de los UDIs que alguna vez compartió agujas, jeringas, tapitas, frascos, filtros o líquidos en el uso inyectable resultó positivo, contra el 25,2 % de los UDIs que no compartieron materiales ($p = 0,000$). Estos datos confirman que el uso compartido de material de inyección aumenta significativamente las probabilidades de resultar infectado.

5 - Conclusiones

Para resumir: el 79 % son varones, con una mediana edad de 28 años. El 60 % (43,5 % en Argentina y 78,5 % en Brasil) no supera los 7 años de escolaridad formal; refiere que trabaja sólo el 43,7 %. Estuvo preso alguna vez el 44 %.

De acuerdo con los criterios de inclusión definidos en los proyectos originales, la mayoría de los participantes tenían como característica común el consumo de cocaína. El 72,6 % hizo uso inyectable, el 81,1% usó cocaína inhalada y 38,1% usó cocaína fumada, además de otras drogas legales e ilegales. El 67,1% de los UDIs compartió materiales de inyección alguna vez. Los resultados de los estudios serológicos de VIH devuelven una prevalencia del 31,3 %.

Para el trabajo con este conjunto de elementos heterogéneos, generados a partir de distintos instrumentos, y siguiendo diferentes diseños y objetivos de investigación, fue necesario definir las dimensiones y variables considerando su adecuación a los objetivos generales y específicos del proyecto actual, la compatibilidad entre las estructuras originales de datos, las posibilidades de reestructuración, teniendo presentes los objetivos y metodologías en base a los cuales han sido construidos los datos en los estudios de origen. Esto, como hemos visto, implicó ciertos límites y dificultades a la hora de procesar, analizar e interpretar los datos de conjunto.

Sin embargo, la reestructuración e incorporación de los datos también habilitó un análisis de conjunto de amplio alcance, que permite reconocer los perfiles y tendencias de comportamiento de los UD's de algunos de los principales centros urbanos de Argentina y Brasil, a partir de una muestra de importantes dimensiones; y plantear posibles relaciones entre esos perfiles y tendencias con un nivel de análisis más amplio, relativo a las condiciones contextuales macro de la región.

En este sentido, el análisis descriptivo y exploratorio que se presenta aquí permite avanzar en el reconocimiento de los perfiles de los UD's, incluyendo como elementos de enorme importancia a la hora de identificar prácticas de riesgo, los tipos de consumo, fundamentalmente los ligados con el uso compartido de materiales de inyección, y la realización de análisis de VIH.

Los datos analizados en este trabajo permiten reconocer una dinámica de fragilización de los sujetos que formaron parte de los diferentes estudios, una ubicación en *situaciones* o *zonas de vulnerabilidad*. Las situaciones de plena

integración se caracterizan por una alta posibilidad de acceso y permanencia sostenida en los sistemas educativos, acceso a los servicios de salud que permiten sustentar prácticas de prevención y de cuidado (tales como la realización de análisis de VIH o el uso no compartido de materiales de inyección), y una inserción laboral consistente. Mientras que las situaciones de vulnerabilidad al VIH entre los UD, aparecen ligadas con una escasa inserción laboral, con una permanencia reducida en el sistema educativo formal, con experiencias de privación de la libertad en una proporción considerablemente alta, y con las prácticas de riesgo en el uso de drogas, fundamentalmente la utilización compartida de materiales de inyección.

La semejanza de situaciones identificadas que confluyen en los diferentes estudios permite avanzar en una definición común del problema de la vulnerabilidad entre los UD en Argentina y Brasil. Ello reclama una discusión tanto local como regional de estrategias de prevención de infecciones sanguíneas y sexuales, e intervenciones para la reducción de daños en el marco de los derechos humanos de las personas implicadas.

6 - Bibliografía

- CAIAFFA, Waleska Teixeira; BASTOS, Francisco I.; FREITAS, Livia Leite *et al* [2006]: “Contribuição de dois estudos multicêntricos brasileiros para o conhecimento da infecção pelo HIV e hepatite C e das estratégias de prevenção entre usuários de drogas injetáveis: Projetos AjUDE-Brasil I e II”, en *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, no. 4. Río de Janeiro.
- CAIAFFA, Waleska Teixeira (coord). [2001]: *Projeto ajude-Brasil: avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CN-DST/AIDS*. Ministério da Saúde, Brasília.
- CASTEL, Robert [1997]: *La Metamorfosis de la Cuestión Social. Una crónica del salariado*. Paidós, Buenos Aires.
- CASTEL, Robert [1991]: “La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión” en *El Espacio Institucional*, N° 1. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- EPELE, María [2007]: “La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud”, en *Cuadernos de Antropología Social*, N° 25. Facultad de Filosofía y Letras (UBA), Buenos Aires.
- LO VUOLO, Rubén; BARBEITO, Alberto; PAUTASSI, Laura; y Corina RODRÍGUEZ [1999]: *La pobreza... de la política contra la pobreza*. Miño y Dávila – CIEPP, Buenos Aires.
- GOLOVANEVSKY, Laura. [2005]: “Vulnerabilidad, capital social y redes sociales. Cuestiones teóricas y una aproximación empírica para Argentina en el siglo XXI”, en *Revista de Estudios Regionales y Mercado de Trabajo*. Número 1, año 2005. Buenos Aires.
- ROSSI, Diana y Victoria RANGUGNI [2004]: *Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003)*. Intercambios Asociación Civil - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, ONUSIDA y ONUDD, Buenos Aires.

Gráfico I - Uso de drogas no inyectables alguna vez en la vida (*n* = 2.378)

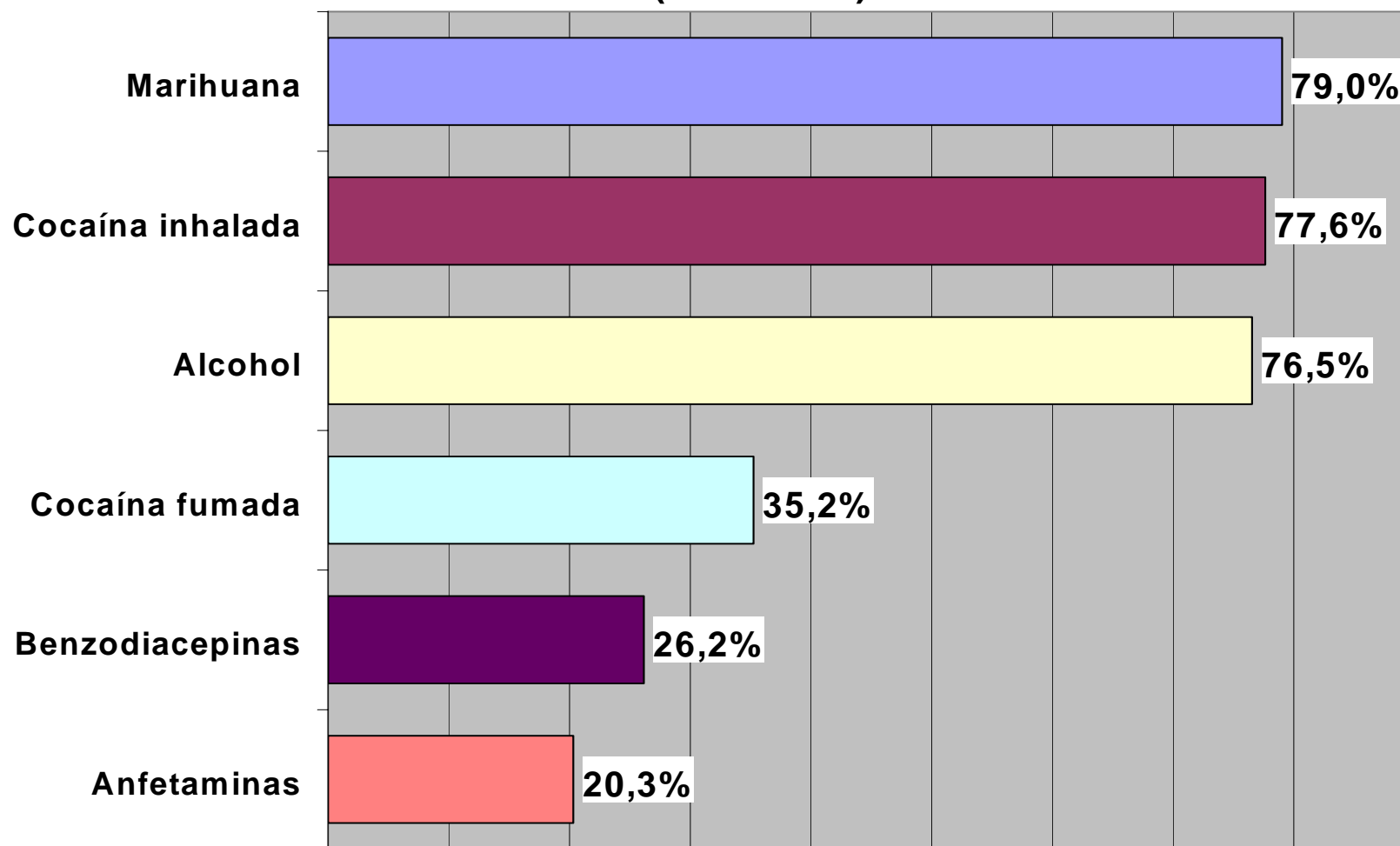
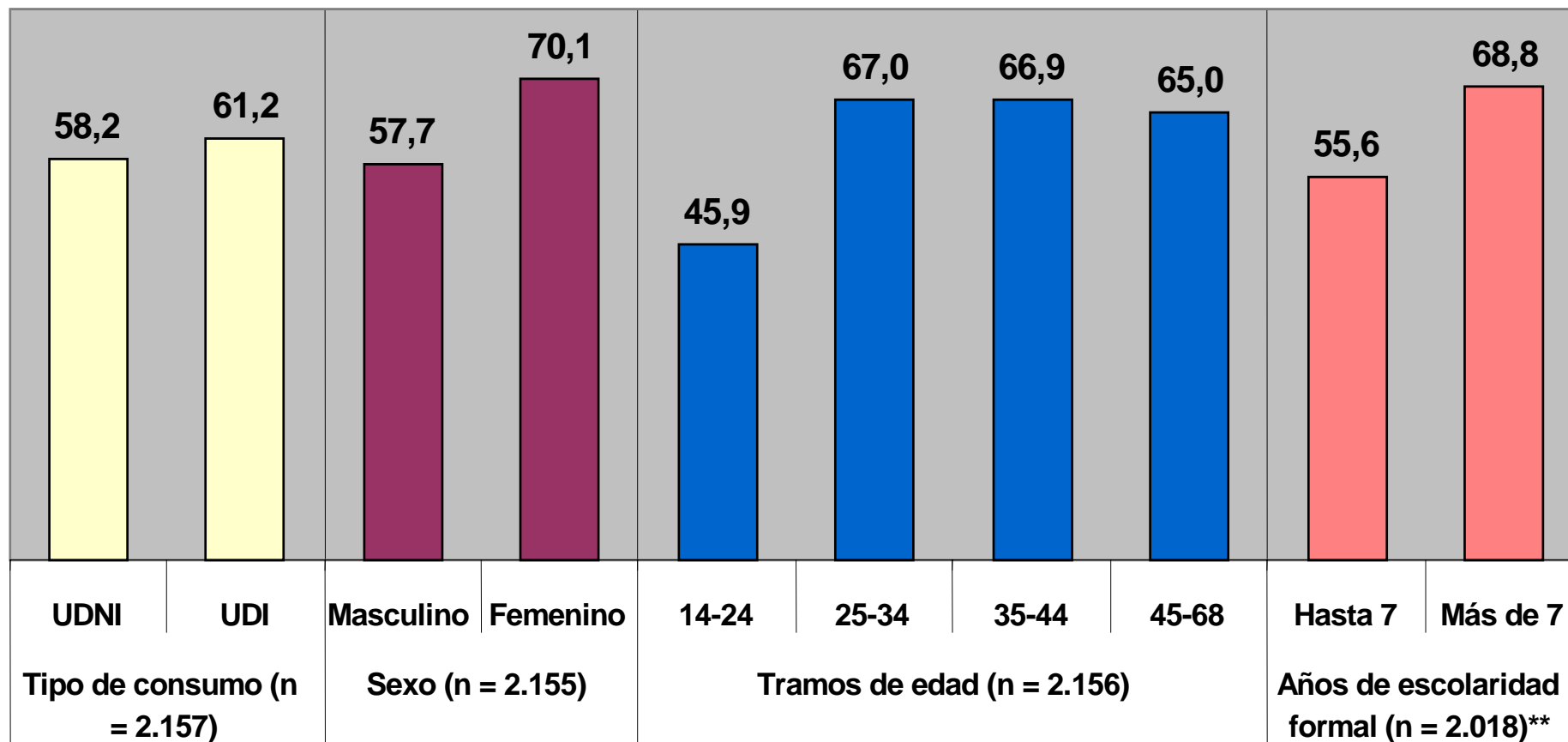


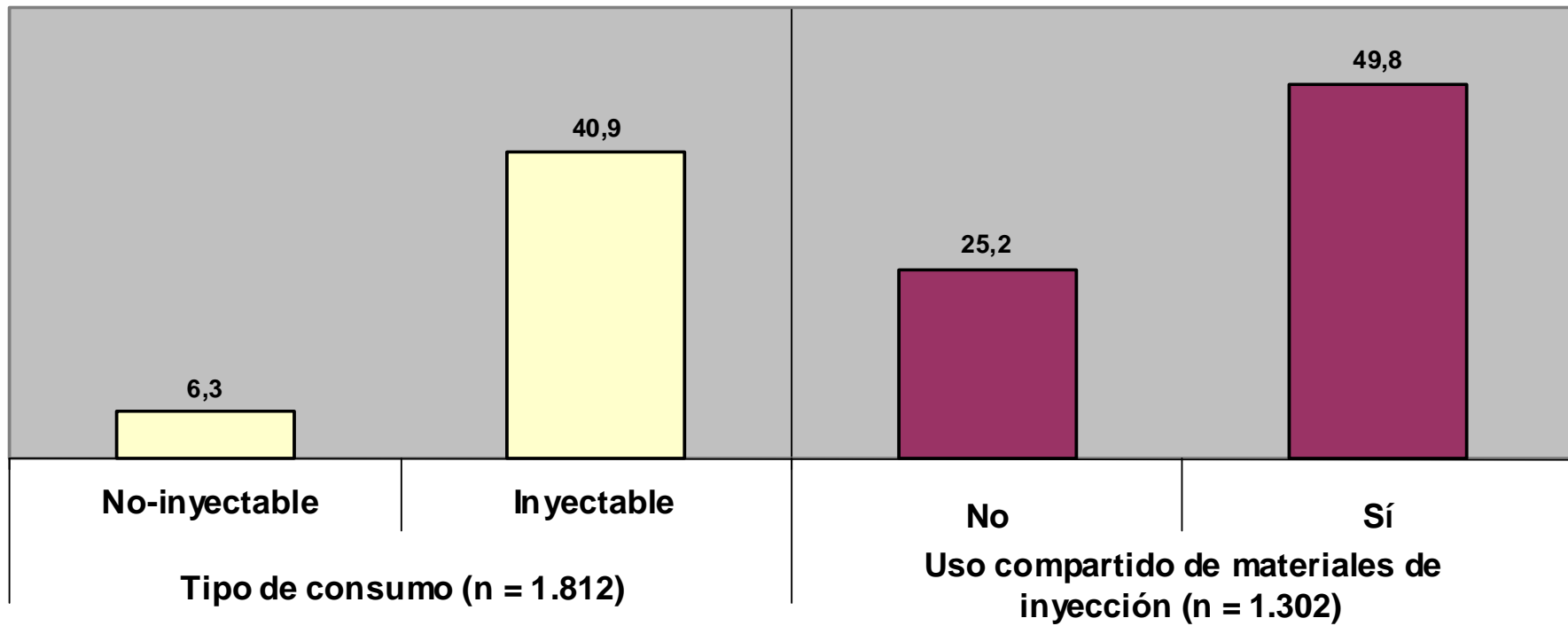
Gráfico II - Realización del test de VIH según tipo de consumo e indicadores sociodemográficos (porcentajes de respuestas afirmativas)*



* Los *n* pueden variar según la disponibilidad de los datos originales.

** Se consideran sólo a los mayores de 18 años para evitar sesgos por edad.

Gráfico III - Prevalencia de VIH según tipo de uso de drogas y uso compartido de materiales de inyección alguna vez en la vida (en porcentajes)*



* Los *n* pueden variar según la disponibilidad de los datos originales.