

ARGUMENTANDO A FAVOR DE LA INVERSIÓN

EVIDENCIA ECONÓMICA PARA LA REDUCCIÓN DE
DAÑOS (ACTUALIZACIÓN 2024)

Tanto a nivel global como nacional, el financiamiento de la salud mundial está disminuyendo. La financiación internacional para hacer frente al VIH, la hepatitis C (VHC) y la tuberculosis (TB), así como las prioridades domésticas de inversión en programas de salud, hacen que la financiación sea cada vez menor. Es crucial que los recursos disponibles se asignen de forma eficiente, garantizando la rentabilidad y la relación costo-eficacia.

Hay pruebas sólidas en todo el mundo de que las intervenciones de reducción de daños son costo-efectivas¹ y pueden ahorrar costos² a largo plazo. Quienes defienden la reducción de daños a menudo tienen que presentar argumentos a los donantes para que inviertan, y cada vez más, a los gobiernos a medida que los donantes se retiran.

Esta defensa nunca ha sido tan importante. El VIH está aumentando entre las personas usuarias de drogas inyectables³, sin embargo, la financiación para la reducción de daños está en crisis. El apoyo financiero para una respuesta eficaz al VIH entre las personas usuarias de drogas inyectables en los países de bajos y medios ingresos ascendió a 151 millones de dólares en 2022, apenas el 6% de los 2.700 millones de dólares anuales que se necesitan para 2025.⁴ La financiación de los donantes internacionales para la reducción de daños se ha reducido a la mitad en términos reales desde 2007⁵. Los países de ingresos medios, especialmente en Medio Oriente y el Norte de África, son cada vez más vulnerables al aumento de las infecciones por VIH entre

las personas que usan drogas, ya que rara vez disponen de financiamiento de donantes para la reducción de daños. Mientras que muchos gobiernos están invirtiendo más en respuestas nacionales al VIH y salud, pocos están invirtiendo adecuadamente en la reducción de daños, incluso cuando la necesidad es grande. El número de países que invierten en sus propias respuestas de reducción de daños y la cantidad invertida ha disminuido desde 2019.⁶

El siguiente informe⁷ proporciona la evidencia que los defensores necesitan para demostrar la costo-efectividad de la reducción de daños y el valor económico que aportará una mayor inversión en tales intervenciones.

MANTENIENDO LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Y A LAS COMUNIDADES EN EL CENTRO

Comprensiblemente, a algunas personas defensoras de la reducción de daños les preocupa que, si se hace demasiado énfasis en la eficacia, los gobiernos y los donantes podrían dar prioridad a las finanzas por encima de la calidad de los servicios, lo que supondría una amenaza para la reducción de daños basada en los derechos humanos y centrada en la comunidad.

Aquí, el principio de «nada sobre nosotros sin nosotros» es clave. Las comunidades deben estar en el centro de todas las decisiones relacionadas con su salud, incluidas las financieras. Los análisis económicos no deben ser la única base sobre la que se tomen decisiones presupuestarias. La equidad,

los derechos humanos y las comunidades deben estar en el centro de la financiación de la salud y la reducción de daños o, no será sostenible. Si se quiere acabar con el SIDA, la tuberculosis, el VHC y lograr la cobertura sanitaria universal para el 2030 para las personas que usan drogas, es necesario mayor inversión en programas que tengan como objetivo eliminar los obstáculos relacionados con los derechos humanos y reformar las políticas punitivas.

TERAPIA CON AGONISTAS OPIOIDES (TAO)

La terapia con agonistas opioides (TAO)⁸ previene el VIH y el VHC y está recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como intervención prioritaria para las personas que se inyectan drogas.⁹ La TAO mejora la calidad de vida de las personas y tiene una serie de beneficios para la sociedad.¹⁰ Aunque el costo de suministrar el TAO varía debido a factores relacionados con la oferta y la prestación de servicios, estudios muestran costos similares por cliente y día de metadona en diversos entornos, como Nairobi, Kenia (1.49 USD)¹¹, Vietnam (1.01 USD) e Indonesia (1.11 USD).

En Irán, la evidencia demuestra que los centros de TAO son extremadamente rentables debido al número de infecciones por VIH que previenen.^{12,13} Un estudio de 2014 reveló que la TAO evitó 86 nuevas infecciones anuales por VIH y costó alrededor de 471 USD por persona al año, mientras que un estudio de 2017 demostró que los centros de TAO evitaron 128 nuevas infecciones por VIH en un periodo de un año.

En 2016, un estudio realizado en Vietnam concluyó que la terapia voluntaria de mantenimiento con metadona basada en la comunidad (TMM)¹⁴ era más rentable que la rehabilitación obligatoria en centros para reducir el consumo de drogas, con un ahorro

estimado de 2,545 dólares por persona en tres años.¹⁵ La rehabilitación obligatoria en un centro cuesta tres veces más en tres años que la TMM comunitaria. La rehabilitación obligatoria también genera grandes costos de pérdida de oportunidades debido al tiempo en que las personas no pueden trabajar.

Las investigaciones demuestran que invertir en la ampliación de la provisión de TAO es rentable. Por ejemplo, un estudio de modelización realizado en Ucrania concluyó que aumentar la capacidad y la cobertura del TAO entre 2 y 13 veces los niveles existentes en tres ciudades principales sería rentable si se mide por el número de años de vida ganados, ajustados en función de la calidad.¹⁶

El TAO para llevar a casa, también llamado de dosificación no supervisada, ha demostrado ser un tratamiento eficaz y rentable para la dependencia de opioides. Un estudio de 2017 de Australia descubrió que la buprenorfina-naloxona autoadministrada para llevar a casa era eficaz para reducir el consumo de heroína y ahorra 3,798 USD en costos de tratamiento durante un período de 12 semanas (esto también tuvo en cuenta los menores costos para las fuerzas del orden debido a la reducción de la delincuencia).¹⁷

Algunos estudios comparan los distintos tipos de TAO. Por ejemplo, estudios de Bélgica y Canadá demuestran que el tratamiento asistido con heroína y la hidromorfona inyectable son más rentables que la terapia de mantenimiento con metadona entre las personas que usan opioides.^{18,19}

Múltiples estudios realizados en los EE.UU. y Australia entre 2020 y 2023 concluyeron que la administración de TAO en prisiones y otros entornos cerrados es rentable para reducir el consumo de heroína y prevenir las muertes por sobredosis, además de ahorrar dinero.^{20,21} Un estudio australiano en el que se compararon los tipos de TAO suministrados a personas en prisión y otros entornos cerrados concluyó que la buprenorfina de depósito, que es una forma inyectable de buprenorfina de acción prolongada, era la opción de tratamiento menos costosa, con un costo de 151 dólares australianos (101 dólares estadounidenses) por persona al mes.²² Un estudio realizado en Nueva Gales del Sur (Australia) concluyó que la prescripción de TAO tras la puesta en libertad en prisiones y otros centros de reclusión era una forma rentable de reducir las

muertes por sobredosis en los seis primeros meses posteriores a la puesta en libertad.²³

También se ha demostrado la rentabilidad del TAO en entornos y poblaciones específicos, como los servicios de urgencias^{24,25}, atención primaria^{26,27} y personas gestantes.^{28,29} Estudios realizados en los EE.UU. revelaron que la buprenorfina iniciada en los servicios de urgencias, la ampliación de la prescripción de TAO en los hospitales y la integración del TAO en la atención primaria podrían mejorar la esperanza de vida, aumentar el alcance y la accesibilidad de estos servicios y ser rentables en el tratamiento de la dependencia de opioides si se incluyen los costos reducidos del sistema jurídico penal.^{30,31}

PROGRAMA DE AGUJAS Y JERINGUILLAS

Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas (PIAJ)³² han demostrado su eficacia para reducir la transmisión del VIH y el VHC en muchos entornos diferentes.^{33,34} Por ello, la OMS recomienda los programas de intercambio de agujas y jeringuillas como parte del paquete esencial de intervenciones para las personas usuarias de drogas inyectables.³⁵ Los PIAJ son una de las intervenciones de

salud pública más rentables, aunque los costos varían.^{36,37} En 2023, los costos unitarios por jeringuilla distribuida oscilaron entre 0.08 y 20.77 dólares, dependiendo del contexto.³⁸

Existe un conjunto significativo de pruebas que demuestran la rentabilidad de los programas de intercambio de agujas y jeringas, incluidas pruebas de los Estados Unidos³⁹, Australia⁴⁰ y el Reino Unido.^{41,42,43} A pesar del mayor costo que supone aplicar el programa al nivel de cobertura necesario para prevenir el VHC (que es más infeccioso que el VIH), las investigaciones realizadas en el Reino Unido

demuestran que el programa es rentable para reducir la transmisión del VHC entre las personas usuarias de drogas inyectables. En Escocia, investigadores calcularon un ahorro a largo plazo de hasta el 250% de la inversión original.⁴⁴ Las pruebas obtenidas en el Reino Unido indican que la sustitución de jeringuillas con mucho espacio muerto por jeringuillas desmontables con poco espacio muerto (LDSS, por sus siglas en inglés) en los programas de intercambio de agujas y jeringuillas puede resultar rentable para reducir la transmisión del VHC.^{45,46}

Un estudio de modelización realizado en EE.UU. evaluó la rentabilidad de la ampliación de la respuesta del país a los programas de intercambio de agujas y jeringuillas. Se llegó a la conclusión de que, por cada dólar invertido en programas de intercambio de agujas y jeringas, se ahorrarían entre 6.38 y 7.58 dólares en el tratamiento del VIH.⁴⁷

Un estudio de 2018 que examina el PIAJ en Europa del Este y Asia Central encontró que

el aumento de la cobertura de PIAJ (a un costo de menos de 0.50 dólares por jeringa distribuida), en combinación con el tratamiento antirretroviral (TAR) y otros servicios de VIH, sería rentable y altamente eficaz para reducir la transmisión del VIH y el VHC.⁴⁸

En Malasia, estudios demostraron que el PIAJ a nivel nacional era rentable y ahorra costos. Incluso con niveles de cobertura más bajos, el PIAJ evitó 12,191 infecciones por VIH, lo que supuso un ahorro de 45.53 millones de MYR (9.6 millones de USD) en costos de tratamiento entre 2006 y 2013.⁴⁹

En la provincia china de Yunnan, el PIAJ resultó rentable y ahorrador. Los 1.04 millones de dólares gastados en el PNE entre 2002 y 2008 supusieron un ahorro estimado de entre 1.38 y 1.97 millones de dólares debido al número de infecciones por el VIH, lo que significa que hubo que gastar menos en tratamiento y atención del VIH.⁵⁰

DISTRIBUCIÓN DE NALOXONA

Los programas de distribución de naloxona⁵¹ entre pares proporcionan naloxona a las personas con más probabilidades de

presenciar una sobredosis por opiáceos, como amigos y familiares de personas que usan opiodes, y les enseñan a utilizarla en caso que alguien sufra una sobredosis. La administración de naloxona es una intervención que salva vidas.

Un estudio realizado en EE.UU. en 2020

concluyó que la distribución de naloxona es rentable para prevenir las muertes por sobredosis cuando se distribuye a pares de las personas que consumen drogas y a otras personas con más probabilidades de presenciar una sobredosis, además del público en general. La distribución elevada a estos dos grupos evitó un 21% más de muertes por sobredosis en comparación con la distribución mínima.⁵² Otro estudio estadounidense, del mismo año, descubrió que incluso la distribución única de naloxona en las farmacias comunitarias evitaría 14 muertes adicionales por sobredosis por cada 100,000 personas y

sería rentable.⁵³

Un estudio realizado en Australia concluyó que administrar naloxona a las personas que reciben TAO era rentable y probablemente salvaría más de 650 vidas entre 2020 y 2030.⁵⁴

SALAS DE CONSUMO DE DROGAS

Las salas de consumo de drogas (SCD)⁵⁵ varían en tamaño, entorno, enfoque y, por tanto, costo. Aunque su creación puede resultar más costosa que la de otros servicios de reducción de daños, se ha demostrado que son rentables.

En 2014, un estudio realizado en Vancouver (Canadá) descubrió que una SCD no autorizada para fumar crack y metanfetamina cristalizada había ahorrado 1.32 millones de dólares al año al prevenir las infecciones por VHC y los costos de tratamiento relacionados.⁵⁶

En 2019, un estudio realizado en Seattle (Estados Unidos) estimó que el establecimiento de una SCD ahorraría 4.22 dólares en costos sanitarios asociados por cada dólar gastado en costos operativos.⁵⁷

En 2020, una investigación estadounidense descubrió que el funcionamiento de un programa de SCD en Boston, Filadelfia, San Francisco, Atlanta, Seattle y Baltimore serían todos rentables y reducirían el número de vidas perdidas por sobredosis.⁵⁸

SERVICIOS INTEGRALES DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Aunque se ha demostrado que la prestación de estos servicios de reducción de daños de forma aislada es rentable, las pruebas demuestran fehacientemente que la combinación de servicios de reducción de daños, así como la combinación de servicios de reducción de daños con servicios de tratamiento y prevención del VIH y el VHC, es la estrategia más rentable y que permite ahorrar costos.

En 2023, investigadores de la India descubrieron que la integración de los PIAJ, las TAO y un apoyo más amplio a la reducción de daños⁵⁹ resultaba rentable para la prevención del VIH, ya que evitaba 996 infecciones en tres años.⁶⁰

En Malasia, la aplicación conjunta de los PIAJ y las TAO resultó eficaz y rentable para prevenir 12,653 infecciones por el VIH y ahorrar 47.06 millones de RM (9,9 millones de USD) entre 2006 y 2013.⁶¹

En China, los programas combinados de PIAJ y TAO previnieron 5.678 infecciones por VIH entre 2005 y 2010, con un ahorro de 4.4 millones de dólares en costos de tratamiento y atención del VIH.⁶²

Un estudio realizado en México en 2019 determinó que la reducción de daños de alta cobertura y el tratamiento del VHC son los

más rentables para alcanzar los objetivos de la estrategia de eliminación del VHC.

También se descubrió que la combinación del PIAJ y la educación general sobre reducción de daños evitó 869 infecciones por el VIH entre 2015 y 2018, lo que supuso un ahorro potencial de más de 600,000 pesos mexicanos (unos 40,000 USD).⁶³

Un estudio de modelización de Europa del Este y Asia Central concluyó que la ampliación de la combinación de PIAJ, TAO y TAR para las personas usuarias de drogas inyectables sería rentable en Georgia, y supondría un ahorro en Kazajistán y la República de Moldavia.

En Tayikistán, la combinación de PIAJ, TAO, TAR y diagnóstico del VIH resultó muy rentable. Aumentar la cobertura de todas las intervenciones (incluido el tratamiento del VHC con antivirales de acción directa) fue siempre el enfoque más eficaz para reducir la transmisión del VIH y el VHC.⁶⁴

Una investigación realizada en el Reino Unido descubrió que una cobertura alta combinada de PIAJ y TAO reducía el riesgo de infección por VHC entre un 29% y un 71% en comparación con una cobertura mínima de reducción de daños. Esta modelización demostró que eliminar el TAO y el PIAJ empeoraría la epidemia de VHC del país; en una parte del Reino Unido se calculó que eliminar el TAO y el PIAJ aumentaría las infecciones por VHC en un 349% para 2031.⁶⁵

EL COSTO DE LA INACCIÓN, DE REDUCIR FONDOS O CERRAR SERVICIOS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS

Cada vez hay más pruebas que demuestran que reducir o poner fin a los servicios de reducción de daños conduce directamente a un aumento de las infecciones por VIH y/o VHC. Por ejemplo, cuando el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria puso fin a las subvenciones en Rumanía y Serbia, se produjeron cierres de

programas y un aumento de las infecciones.^{66,67}

En Bielorrusia, un déficit de financiación de ocho meses para los servicios de reducción de daños redujo la distribución de jeringuillas en un 75% y disminuyó el impacto y la rentabilidad de la intervención. Sin este déficit de financiación, los modelos sugieren que se habrían evitado un 53% más de infecciones por VIH.⁶⁸

Un estudio de modelización realizado en Suiza concluyó que, si el país hubiera interrumpido los servicios en lugar de poner en marcha programas de reducción de daños en 2005, se habría producido un brote de VIH y, según las estimaciones, 1,351 personas más se habrían infectado por el virus.⁶⁹

EL COSTO DE POLÍTICAS DE DROGAS PUNITIVISTAS

Muchos gobiernos gastan enormes cantidades en castigar a las personas que usan drogas; mucho más de lo que dedican a invertir en la reducción de daños.⁷⁰ Este enfoque viola los derechos humanos y supone una gran carga económica para la salud pública, la sociedad

y las personas. Muchos países encarcelan a personas por consumo y posesión de drogas.⁷¹

En 2019, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Indonesia gastó alrededor del 42% de su presupuesto total en la gestión de las prisiones, incluida la alimentación de las personas encarceladas. Si Indonesia despenalizara la posesión personal de pequeñas cantidades de drogas, la carga de las prisiones y otros recintos de reclusión se reduciría en un 40%.⁷²

El presupuesto australiano para drogas para el año 2021/2022 fue de 5.45 mil millones de dólares australianos (3.63 mil millones de dólares estadounidenses), de los cuales el 64% se destinó a la aplicación de la ley, el 27% al tratamiento, el 7% a la prevención y sólo el 1.6% a la reducción de daños.⁷³ Un estudio realizado en Australia en 2023 demostró la rentabilidad de la despenalización mediante un modelo de lo que ocurriría si el sistema de amonestación por consumo de cannabis del país se aplicara a todas las drogas. Se llegó a la conclusión de que este cambio político reduciría los costos de la aplicación de la ley en más de un 50% y también generaría ingresos para el gobierno.⁷⁴

Los estudios realizados en Europa del Este y Asia Central indican que la despenalización del consumo de drogas podría reducir en gran medida la transmisión del VIH en la región, ya que permitiría que más personas que se inyectan drogas tuvieran acceso al TAO y al TAR si viven con VIH. Esto podría ser posible si se redirigieran los fondos destinados a políticas públicas y fuerzas de orden y aplicación de la ley hacia la reducción de daños y el tratamiento del VIH.⁷⁵

La experiencia de Portugal demuestra tanto la eficacia como la rentabilidad de la despenalización de las drogas.⁷⁶ Desde que se despenalizó la posesión personal de todas las drogas en 2001, los costos sociales del consumo de drogas, incluidos los costos de las muertes relacionadas con las drogas, los procesos penales y el encarcelamiento, se

han reducido en más de un 18%.⁷⁷ Este ahorro de costos se suma a la disminución de las muertes relacionadas con las drogas. También se suma a la disminución de las infecciones por VIH y VHC asociadas al consumo de drogas inyectables, que está vinculada al aumento de los servicios de tratamiento y reducción de daños.⁷⁸

Un estudio de modelización muestra que la reasignación de tan sólo el 7.5% del gasto mundial en control de drogas (7.66 mil millones de dólares) se traduciría en una reducción del 94% de las nuevas infecciones por VIH entre las personas que se inyectan drogas, y una reducción similar de las muertes relacionadas con el sida para 2030.^{79,80} Esto acabaría efectivamente con el VIH entre las personas que se inyectan drogas.

CONCLUSIÓN

La evidencia respalda firmemente los beneficios económicos y sociales de invertir en la reducción de daños. Se ha demostrado que las TAO, los PIAJ, la distribución de naloxona y salas de consumo de drogas, son rentables y ahorran costos en diversos entornos a nivel global. En concordancia con las orientaciones de la OMS y ONUSIDA, la combinación de múltiples estrategias de reducción de daños las hace aún más rentables e impactantes, y reducirá significativamente la transmisión del VIH y el VHC. También hay pruebas convincentes de que la despenalización de las drogas es un enfoque económicamente beneficioso.

A pesar de ello, la reducción de daños sigue estando infrafinanciada en la mayor parte del mundo.

Los gobiernos pueden alcanzar los objetivos sanitarios mundiales, como acabar con el SIDA y lograr la cobertura sanitaria universal para 2030, si aumentan la inversión en soluciones probadas, y esto significa invertir en la reducción de daños y reformar las políticas punitivas en materia de drogas. Ignorar las pruebas y no actuar costará mucho más a largo plazo.

REFERENCIAS

- 1 Costo-efectivo se refiere a aquellos programas e intervenciones que requieren menos dinero para su implementación, pero que producen resultados de calidad, siendo costo-efectivos
- 2 El ahorro de costes consiste en ahorrar dinero en el coste global de la atención sanitaria. Por ejemplo, una intervención preventiva puede reducir la frecuencia de aparición de enfermedades, con lo que se ahorra el coste del tratamiento, que suele ser más elevado que el coste de la prevención.
- 3 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, (2024), The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads — 2024 global AIDS update, UNAIDS, Geneva.
- 4 Harm Reduction International, (2024), The Cost of Complacency: A Harm Reduction Funding Crisis, HRI, London.
- 5 Ibid.
- 6 Ibid.
- 7 Este informe es la versión actualizada del informe HRI de 2020 [Argumentando a favor de la inversión: Evidencia costo-efectiva para la reducción de daños](#). La versión actualizada se basa en una revisión exhaustiva de la evidencia económica para la reducción de daños, e incluye nuevas pruebas con especial énfasis en los estudios publicados desde 2020 y en países de ingresos bajos y medios. Existe cierta superposición entre los dos informes, y las pruebas más sólidas aparecen en ambos.
- 8 Para más detalles sobre la disponibilidad de TAO en todo el mundo, consulte [El estado global de la reducción de daños de HRI](#).
- 9 World Health Organization, (2012), WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users—2012 revision, WHO, Geneva.
- 10 Bernard, C. L., et al., (2017), 'Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: a model-based analysis', PLoS Medicine, 14 (5), e1002312.
- 11 Mogaka, B., et al., (2021), 'Estimate cost of providing methadone maintenance treatment at a methadone clinic in Nairobi Kenya: direct costs', Pan African Medical Journal, 38 (1); Pourkhajoei, S. et al., (2017), 'Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment centers in prevention of human immunodeficiency virus infection', Addiction & Health, 9 (2), 81.
- 12 Keshtkaran, A, et al., (2014), 'Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment in prevention of HIV among drug users in Shiraz, South of Iran', Iranian Red Crescent Medical Journal, 16 (1).
- 13 Pourkhajoei, S., et al., (2017), 'Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment centers in prevention of human immunodeficiency virus infection', Addiction & Health, 9 (2), 81.
- 14 En Vietnam, TMM es el término empleado para TAO que usa metadona.
- 15 Vuong, T., et al., (2016), 'Cost-effectiveness of center-based compulsory rehabilitation compared to communitybased voluntary methadone maintenance treatment in Hai Phong City, Vietnam', Drug and Alcohol Dependence, 168, 147-155.

- 16 Morozova, O., et al., (2020), 'Cost effectiveness of expanding the capacity of opioid agonist treatment in Ukraine: dynamic modeling analysis', *Addiction*, 115 (3), 437-450.
- 17 Dunlop, A. J., et al., (2017), 'Effectiveness and cost-effectiveness of unsupervised buprenorphine-naloxone for the treatment of heroin dependence in a randomized waitlist controlled trial', *Drug and Alcohol Dependence*, 174, 181-191.
- 18 Demaret, I., et al., (2015), 'Efficacy of heroin-assisted treatment in Belgium: a randomised controlled trial', *European Addiction Research*, 21 (4), 179-187.
- 19 Bansback, N., et al., (2018), 'Cost-effectiveness of hydromorphone for severe opioid use disorder: findings from the SALOME randomized clinical trial', *Addiction*, 113 (7), 1264-1273.
- 20 Zarkin, G.A., (2020), 'Cost and cost-effectiveness of interim methadone treatment and patient navigation initiated in jail', *Drug and Alcohol Dependence*, 217, 108292.
- 21 Chatterjee, A. et al., (2023), 'Estimated costs and outcomes associated with use and nonuse of medications for opioid use disorder during incarceration and at release in Massachusetts', *JAMA Network Open*, 6 (4), e237036-e237036.
- 22 Ling, R., et al., (2022), 'Depot buprenorphine as an opioid agonist therapy in New South Wales correctional centres: a costing model', *BMC Health Services Research*, 22 (1), 1326.
- 23 Gisev, N., et al., (2015), 'A cost-effectiveness analysis of opioid substitution therapy upon prison release in reducing mortality among people with a history of opioid dependence', *Addiction*, 110 (12), 1975-1984.
- 24 Busch, S. H., et al., (2017), 'Cost-effectiveness of emergency department-initiated treatment for opioid dependence', *Addiction*, 112(11), 2002-2010.
- 25 Barocas, J. A., et al., (2022), 'Clinical impact, costs, and cost-effectiveness of hospital-based strategies for addressing the US opioid epidemic: a modelling study', *The Lancet Public Health*, 7 (1), e56-e64.
- 26 Jawa, R., et al., (2023), 'Estimated clinical outcomes and cost-effectiveness associated with provision of addiction treatment in US primary care clinics', *JAMA Network Open*, 6 (4), e237888-e237888.
- 27 Choi, S. A., et al., (2024), 'Cost-effectiveness of full and partial opioid agonists for opioid use disorder in outpatient settings: United States healthcare sector perspective', *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 160, 209237.
- 28 Premkumar, A., et al., (2019), 'Methadone, buprenorphine, or detoxification for management of perinatal opioid use disorder: a cost-effectiveness analysis', *Obstetrics & Gynecology*, 134 (5), 921-931.
- 29 Robin, A. M., et al., (2022), 'Cost effectiveness of buprenorphine vs. methadone for pregnant people with opioid use disorder', *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35 (25), 4918-4926.
- 30 Qian, G., (2023), 'Cost-effectiveness of office-based buprenorphine treatment for opioid use disorder', *Drug and Alcohol Dependence*, 243, 109762.
- 31 Choi, S.A., et al., (2024), 'Cost-effectiveness of full and partial opioid agonists for opioid use disorder in outpatient settings: United States healthcare sector perspective', *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 160, 209237.

- 32 Para más detalles sobre la disponibilidad de PIAJ alrededor del mundo, ver [El Estado Global de la Reducción de daños de HRI](#).
- 33 Fernandes, R. M., et al., (2017), 'Effectiveness of needle and syringe Programmes in people who inject drugs—An overview of systematic reviews', *BMC Public Health*, 17, 1-15.
- 34 Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570.
- 35 World Health Organization, (2022), *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, WHO, Geneva.
- 36 Morrison E., (2012), 'Harm reduction at the crossroads: Case examples on scale and sustainability', in Stoicescu, C., *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response*, Harm Reduction International, London.
- 37 Wilson, D. P., et al., (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, The University of New South Wales.
- 38 Killion, J.A., et al., (2023), 'Unit costs of needle and syringe program provision: a global systematic review and cost extrapolation', *AIDS*, 37 (15), 2389-2397.
- 39 Nguyen, T. Q., et al., (2014), 'Syringe exchange in the United States: a national level economic evaluation of hypothetical increases in investment', *AIDS and Behavior*, 18, 2144-2155.
- 40 Kwon, J. A., et al., (2012), 'Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia', Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570. *AIDS*, 26 (17), 2201-2210.
- 41 Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570.
- 42 Csák, R., (2023), *Low dead space syringes: Analysis and benefits for people who inject drugs*, Harm Reduction International, London.
- 43 Hancock, E., et al., (2020), 'Detachable low dead space syringes for the prevention of hepatitis C among people who inject drugs in Bristol, UK: an economic evaluation', *Addiction*, 115 (4), 702-713.
- 44 Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570.
- 45 Las LDSS reducen el riesgo de transmisión del VIH y del VHC debido al espacio reducido dentro de la jeringa donde puede quedar líquido una vez que el émbolo está completamente presionado. Este espacio reducido determina la cantidad de sangre que puede transferirse de una persona a otra cuando se comparten agujas. Para más información sobre las LDSS, vea Csák, R., (2023), *Low dead space syringes: Analysis and benefits for people who inject drugs*, Harm Reduction International, Londres.
- 46 Hancock, E., et al., (2020), 'Detachable low dead space syringes for the prevention of hepatitis C among people who inject drugs in Bristol, UK: an economic evaluation', *Addiction*, 115 (4), 702-713.

- 47 Nguyen, T.Q., et al. (2014), 'Syringe exchange in the United States: a national level economic evaluation of hypothetical increases in investment', *AIDS and Behavior*, 18, 2144-2155.
- 48 Wilson, D. P., (2018), Needle-syringe programs are cost-effective in Eastern Europe and Central Asia: data synthesis, modeling, and economics for nine case-study countries, Optima Consortium for Decision Science.
- 49 Naning, H., et al., (2014), Return on investment and cost-effectiveness of harm reduction program in Malaysia, University of Malaya, Kirby Institute and World Bank.
- 50 Zhang, L., (2011), 'Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return', *BMC Public Health*, 11, 1-11.
- 51 Para más detalles sobre la disponibilidad de naloxona alrededor del mundo, vea [El Estado Global de la Reducción de daños de HRI](#).
- 52 Townsend, T., et al., (2020), 'Cost-effectiveness analysis of alternative naloxone distribution strategies: First responder and lay distribution in the United States', *International Journal of Drug Policy*, 75, 102536.
- 53 Acharya, M., et al., (2020), 'Cost-effectiveness of intranasal naloxone distribution to high-risk prescription opioid users', *Value in Health*, 23 (4), 451-460.
- 54 Nielsen, S., (2022), 'The cost and impact of distributing naloxone to people who are prescribed opioids to prevent opioid-related deaths: findings from a modelling study', *Addiction*, 117 (4), 1009-1019.
- 55 Para más detalles sobre la disponibilidad de salas de consumo supervisadas alrededor del mundo, vea [El Estado Global de la Reducción de daños de HRI](#).
- 56 Jozaghi, E. and Vancouver Area Network of Drug Users, (2014), 'A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of an unsanctioned supervised smoking facility in the Downtown Eastside of Vancouver, Canada', *Harm Reduction Journal*, 11, 1-8.
- 57 Hood, J. E., et al., (2019), 'The projected costs and benefits of a supervised injection facility in Seattle, WA, USA', *International Journal of Drug Policy*, 67, 9-18.
- 58 Armbrrecht, E., et al., (2021), *Supervised Injection Facilities and Other Supervised Consumption Sites: Effectiveness and Value; Final Evidence Report*, Institute for Clinical and Economic Review, Boston
- 59 Este apoyo más amplio incluyó la distribución de preservativos, la educación sobre la reducción de daños y la derivación a servicios de salud.
- 60 Saraswati, L. R., et al., (2023), 'Infections averted by a comprehensive HIV prevention intervention and its cost-effectiveness: a prospective cohort study of persons who inject drugs in Delhi, India', *Journal of Development Effectiveness*, 15 (1), 77-90.
- 61 Naning, H., et al., (2014), Return on investment and cost-effectiveness of harm reduction program in Malaysia, University of Malaya, Kirby Institute and World Bank.
- 62 Ni, M. J., et al., (2012), 'Net financial benefits of averting HIV infections among people who inject drugs in Urumqi, Xinjiang, Peoples Republic of China (2005–2010)', *BMC Public Health*, 12, 1-7.
- 63 Valenzuela-Lara, M., (2019), 'Impact of funding harm reduction programs for people who inject drugs in Mexico', *Salud Mental*, 42 (4), 157-163.

- 64 Mabileau, G. et al., (2018), 'Intervention packages to reduce the impact of HIV and HCV infections among people who inject drugs in Eastern Europe and Central Asia: a modeling and cost-effectiveness study', *Open Forum Infectious Diseases*, 5 (3), 40.
- 65 Platt, L., et al., (2017), 'Assessing the impact and cost-effectiveness of needle and syringe provision and opioid substitution therapy on hepatitis C transmission among people who inject drugs in the UK: an analysis of pooled data sets and economic modelling', *Public Health Research*, 5 (5), 1-118.
- 66 Cook, C., (2017), *Harm reduction investments in the European Union: Current spending, challenges and successes*, Harm Reduction International, London.
- 67 Open Society Foundations Public Health Program, (2017), *Lost in Transition: Three Case studies of Global Fund withdrawal in South Eastern Europe*, OSF, New York.
- 68 Kumaranayake, L., et al., (2004), 'The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus', *Addiction*, 99 (12), 1565-1576.
- 69 Marzel, A., et al., (2018), 'The cumulative impact of harm reduction on the Swiss HIV epidemic: Cohort study, mathematical model, and phylogenetic analysis', *Open Forum Infectious Diseases*, 5 (5) 78.
- 70 Vea <http://www.investinjustice.net/>
- 71 Mariner, J. and Schleifer, R., (2013), 'The right to health in prison' in Zuniga, J., Marks, P. and Gostin, L. (eds), *Advancing the Human Right to Health*, 291-304.
- 72 RRumah Cemara and Harm Reduction International, (2023), *Benefits of health approaches in drug control*, HRI, London (unpublished).
- 73 Ritter, A., et al., (2024), *Monograph No 36: The Australian 'drug budget': Government drug policy expenditure 2021/22*, University New South Wales Social Policy Research Centre, Sydney.
- 74 Tran, A. D., Weatherburn, D. and Poynton, S., (2023), 'The savings associated with decriminalization of drug use in New South Wales, Australia: A comparison of four drug policies', *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 149, 208983.
- 75 Ward, Z., et al., (2022), 'Costs and impact on HIV transmission of a switch from a criminalisation to a public health approach to injecting drug use in eastern Europe and central Asia: a modelling analysis', *The Lancet HIV*, 9 (1), e42-e53.
- 76 Csete, J., et al., (2016), 'Public health and international drug policy', *The Lancet*, 387 (10026), 1427-1480.
- 77 Murkin, G., (13 May 2021), 'Drug Decriminalisation in Portugal: setting the record straight' [online blog, accessed August 2024], Transform Drug Policy Foundation, Bristol, UK.
- 78 Ibid.
- 79 Cook, C., et al., (2016), *The Case for a Harm Reduction Decade: Progress, potential and paradigm shifts*, Harm Reduction International, London.
- 80 Cook, C., Lines, R. and Wilson, D. P., (2016), 'A no brainer for ending AIDS: the case for a harm reduction decade', *Journal of International AIDS Society*, Volume 19, Issue 1.

**ARGUMENTANDO A FAVOR DE LA INVERSIÓN:
EVIDENCIA ECONÓMICA PARA LA REDUCCIÓN DE
DAÑOS (ACTUALIZACIÓN 2024)**

