
CONTEXTO DE VULNERABILIDAD AL VIH/SIDA EN LOS GRUPOS DE CONSUMIDORES DE DROGAS DE ALTO RIESGO (CODAR) EN LAS CIUDADES DE MEDELLÍN Y ARMENIA

Evaluación y Respuesta Rápida, caracterización e identificación



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

ISBN: 978-958-8735-11-5

**CONTEXTO DE VULNERABILIDAD AL VIH/SIDA EN LOS GRUPOS DE
CONSUMIDORES DE DROGAS DE ALTO RIESGO (CODAR)
EN LAS CIUDADES DE MEDELLÍN Y ARMENIA**

© Dirección General de Salud Pública
© Ministerio de la Protección Social
© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Convenio 168 – Componente VIH

COORDINACIÓN EDITORIAL

Convenio 168 Componente VIH – MPS/UNFPA
Patricia Belalcázar Orbes – Coordinadora
Grace Montserrat Torrente R. – Consultora de Comunicaciones

CORRECCIÓN DE ESTILO: Verónica Bermúdez

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN: Bibiana Moreno Acuña

IMPRESIÓN: Legis

BOGOTÁ D.C. 2011

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA
Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO
Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ
Director de Salud Pública

RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Coordinador de Promoción y Prevención



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Asesora VIH/Sida

COMITÉ TÉCNICO ASESOR

INÉS ELVIRA MEJÍA MOTTA
RICARDO LUQUE NÚÑEZ
Ministerio de la Protección Social

GERALD OWEN JACOBSON
Organización Panamericana de la Salud

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Fondo de Población de las Naciones
Unidas (UNFPA)

AUGUSTO PÉREZ GÓMEZ
Director de la Corporación y Director
del proyecto

ORLANDO SCOPETTA DÍAZ-GRANADOS
Asesor Técnico y Metodológico

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN
COORPORACIÓN NUEVOS RUMBOS

MARCELA CORREA MUÑOZ
Asistente del Director, análisis de
información cualitativa y coordinación
del trabajo de campo

DIANA MARCELA GIRALDO S.
Responsable de la recolección de datos
en Armenia

MARÍA FRANCY PRECIADO CALLE
Responsable de la recolección de datos
en Medellín

LILIANA GONZÁLEZ B.
Apoyo administrativo

CÉSAR ROMÁN HURTADO

Coordinador

ENY JOHANA TOVAR

Psicóloga, Coordinadora programa de salud mental, Secretaria de Salud de Armenia

SILVANA RUBERTORE

Coordinadora programa de VIH, Secretaría de Salud de Armenia

CARLOS ERNESTO ROZO FLÓREZ

Gerente Hospital Departamental Universitario San Juan De Dios, Armenia

COMITÉ ASESOR DE ARMENIA

ADRIANA GARCÍA

Coordinadora programa VIH, Hospital Departamental Universitario San Juan De Dios, Armenia

FREDY WILSON BARRERA

Psiquiatra, Gerente Clínica El Prado, Seccional de Salud del Quindío

CLAUDIA SORAYA

Observatorio de Drogas

CATALINA DUARTE POSSO

Coordinadora Comité de drogas

MARÍA EUGENIA DUQUE

Hospital San Vicente de Paul de Calarcá

ANA MARÍA CANO

Directora Científica, Hospital Mental de Filandia

GUILLERMO CASTAÑO PÉREZ
Coordinador

DEDSY BERBESÍ
Universidad CES

IGNACIA RIALPE
Fundación La Luz

ROSANA GONZÁLEZ
Fundación Universitaria Luis Amigó

ÁNGELA PARRA
Fundación Universitaria Luis Amigó

FRANCISCO ARIAS
Universidad San Buenaventura

COMITÉ ASESOR DE MEDELLÍN

FRANCISCO SIERRA
Centro Cita

LUIS FERNANDO GIRALDO
ESE Carisma

JUAN CARLOS DELGADO
ESE Carisma

SANDRA MILENA RESTREPO
Sistema Habitante de Calle de Medellín

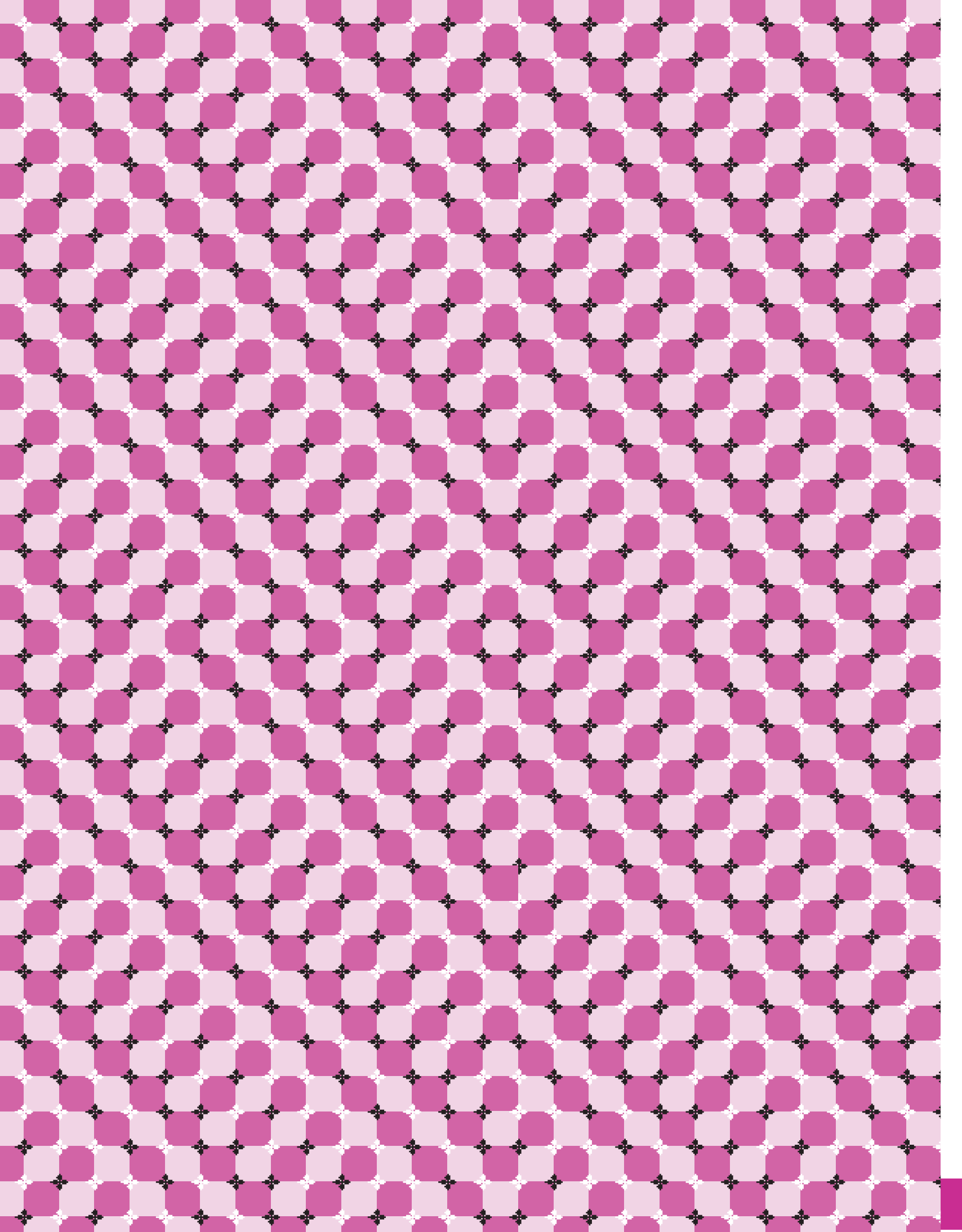
MARÍA ADELIDA STORTI
Sistema Habitante de Calle de Medellín

BEATRIZ GUERRERO
Secretaría de Salud de Medellín

LUIS DIEGO GALEANO
Secretaría de Salud de Medellín

COORDINACIÓN TÉCNICA GENERAL

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Asesora VIH/Sida
Fondo de Población de las Naciones
Unidas (UNFPA)



CONTENIDO

	INTRODUCCIÓN	11
	JUSTIFICACIÓN	15
	OBJETIVOS	16
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.	MÉTODO	19
2.	DISEÑO	20
3.	INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	21
4.	PROCEDIMIENTO	22
	Primera fase	22
	Segunda fase	22
	Tercera fase	22
	Cuarta fase	24
	Quinta fase	24
5.	RESULTADOS	25
5.1.	ARMENIA	25
	Información sociodemográfica	25
	Relaciones con la familia	27
	Tratamientos por drogas	28
	Prácticas y riesgos por consumo de SPA	30
	Escenarios de consumo y riesgos asociados a ellos	35
	Prácticas y riesgos sexuales	37
	Riesgos relacionados con el estado de salud y los servicios de salud	40
	Riesgos en situación de privación de la libertad	43
	Percepción sobre la capacidad institucional	44
	VIH Armenia	45

5.2. MEDELLÍN	49
Información sociodemográfica	49
Relaciones con la familia	50
Tratamientos por drogas	52
Prácticas y riesgos por consumo de SPA	52
Escenarios de compra y de consumo y riesgos asociados a ellos	57
Prácticas y riesgos sexuales	59
Riesgos relacionados con la situación y los servicios de salud	60
Riesgos en situación de privación de la libertad	62
Percepción sobre la capacidad institucional	64
VIH Medellín	65

5.3. SÍNTESIS COMPARATIVA ENTRE ARMENIA Y MEDELLIN SEGÚN TEMAS	69
---	-----------

6. CONCLUSIONES	71
------------------------	-----------

7. RECOMENDACIONES	79
---------------------------	-----------

8. REFERENCIAS	83
-----------------------	-----------

9. ANEXOS	85
Anexo 1: GUÍA TEMÁTICA PARA ABORDAJE CUALITATIVO	85
Anexo 2: REVISIÓN DE DOCUMENTOS DISPONIBLES	88
Anexo 3: CUESTIONARIO UNFPA 011	92

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, muchas personas, tanto dentro como fuera del país, creen que en Colombia el consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es muy elevado. Esta creencia se apoya, por una parte, en la amplia disponibilidad de SPA, en su bajo precio y elevada calidad, así como en la presencia de múltiples y reconocidos factores de riesgo; entre estos últimos deben considerarse especialmente las grandes desigualdades económicas, el amplio microtráfico presente en todas las áreas urbanas, el desplazamiento asociado al conflicto armado, el desempleo, las políticas públicas débiles frente al problema del consumo, la escasez de información y la desinformación, la ausencia de programas preventivos y las dificultades de acceso a programas de tratamiento, para solo mencionar los principales. A esto debe añadirse que los precios de sustancias como la heroína son extraordinariamente bajos (en algunos sitios, menos del equivalente a un dólar la ‘papeleta’).

Sin embargo, tal creencia no tiene fundamentos adecuados. La realidad es que Colombia ocupa un lugar intermedio en lo que a consumo de sustancias se refiere: se sitúa después de Chile, Argentina, Uruguay, Brasil y El Salvador, y antes de Bolivia, Perú, Ecuador y otros países centroamericanos (Ministerio de la Protección Social et al, 2008; ONU & CICAD, 2006). La tendencia tanto en Colombia como en la mayor parte de los países del mundo es al aumento del consumo (UNODC, 2009 y 2010).

A pesar de lo anterior, existen numerosos indicadores que permiten pensar que hay un incremento del consumo de heroína en el país; entre ellos están las muertes registradas por sobredosis en los medios de comunicación; el incremento en el número de consultas por consumo de heroína reportado por una cantidad importante de centros de tratamiento; la disponibilidad actual de heroína en muchos sitios de microtráfico y en ‘ollas’ (lo que no ocurría hace pocos años); y, sobre todo, dos recientes estudios promovidos por el Ministerio de la Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2009-2010), uno realizado en Medellín y en Bogotá (Nuevos Rumbos, en prensa) y otro en Santander de Quilichao, Valle del Cauca (manuscrito no publicado).

Sin embargo, en tanto que el consumo de heroína es aún un fenómeno de bajo registro epidemiológico, el último estudio nacional no logró detectarlo con claridad, lo cual puede estar asociado al empleo de una muestra relativamente pequeña de personas (alrededor de 30.000). En contraposición, los estudios del programa Rumbos en 2001 y del MPS/CICAD en el año 2004 sí detectaron un cierto número

de consumidores (más del 1%), gracias al uso de muestras más amplias. En la actualidad se observa un incremento transversal que se ha registrado desde el inicio de los estudios epidemiológicos en 1992 hasta el día de hoy (Scoppetta, 2010).

El consumo de heroína implica una multiplicidad de preocupaciones para las autoridades de salud, de policía y judiciales. En efecto, el consumo de heroína, particularmente inyectada, incrementa de manera sustancial las posibilidades de adquirir infecciones de transmisión sexual y sanguínea (ITSS), problemas circulatorios, respiratorios, hepáticos y muerte por sobredosis; estos, a su vez, conllevan a un aumento en los costos de atención por urgencias, procesos de desintoxicación, tratamientos residenciales y de mantenimiento. De igual manera, se elevan los niveles de delincuencia (asociados al microtráfico, robos y otros delitos penales) y de prostitución, y se incrementa la probabilidad de accidentes (atropellos, hurtos, agresiones y peleas callejeras). El consumo, además, contribuye a lentificar aún más el sistema de justicia al introducir potenciales procesos nuevos asociados al Acto Legislativo 002 de 2009¹.

La Organización Panamericana de la Salud, por su parte, ha señalado que algunos grupos de consumidores de sustancias psicoactivas tienen mayor riesgo que otros grupos de adquirir y transmitir ITSS, tales como el VIH y las hepatitis virales. Las políticas de trabajo con estas poblaciones se han centrado en la reducción de la transmisión por vía sanguínea asociada al consumo por administración parenteral o inyectada. Esto está plenamente justificado si se tiene en cuenta que se calcula que un 30% del total de infecciones en el mundo (por fuera de África Sub-sahariana) se asocian directamente a este comportamiento y que, en la actualidad, cerca de 16 millones de personas distribuidas en 158 países del mundo se inyectan drogas (UNODC, 2010). Sin embargo, es claro que el alto riesgo de infección o transmisión asociado al consumo no es exclusivo de las vías de administración o modos de uso de las sustancias psicoactivas, y que ni siquiera tiene que estar directamente relacionado con el uso de SPA (aun cuando sí indirectamente). En el caso concreto de Colombia, de los 76.891 casos reportados de VIH (que incluyen Sida y muerte) entre 1983 y la semana 40 de 2010, Antioquia participa con 8.763 hombres y 1.723 mujeres, mientras que Quindío registra 1.230 hombres y 447 mujeres. Para el caso de las muertes por VIH/Sida se tiene: Antioquia, 532 hombres y 187 mujeres, y Quindío 87 hombres y 46 mujeres. Con los datos disponibles entre 1983 y 2009, se encontró que de una cifra total de 71.150 casos reportados, solo 60 (0,08%) fueron reportados como usuarios de drogas inyectadas (Ministerio de la Protección Social, 2010)².

Por estos motivos se ha desarrollado una categoría denominada CODAR, que se define como consumidores de drogas con un riesgo elevado de infectarse por VIH y otras ITSS. Pueden ser consumidores de drogas inyectadas o consumidores por otras vías; esto permite identificar comportamientos de riesgo en poblaciones de alta vulnerabilidad al VIH en contextos en los que la inyección de drogas no

1 Vale la pena resaltar que Colombia no está preparada para una eventual epidemia de consumo de heroína: el estudio llevado a cabo por Nuevos Rumbos (en prensa) mostró que las infraestructuras disponibles en las dos principales ciudades del país son bastante precarias y se verían desbordadas con facilidad.

2 Agradecemos a los doctores Ricardo Luque y Luisa Rubiano el habernos proporcionado en un tiempo récord la información presentada.

es aún un patrón común o de amplia expansión. Estudios recientes previamente citados muestran que las vías de administración son muy diversas, y que si bien la inyección es una de ellas, no es aún la vía de administración preferida de quienes consumen heroína (por lo menos para el momento de terminar dichos estudios).

Cabe destacar que el país cuenta con pocos datos significativos sobre la conducta de inyección entre usuarios de drogas; las excepciones son el trabajo de Mejía y Pérez (2003), realizado como parte de un estudio promovido por la Organización Mundial de la Salud en catorce ciudades del mundo; y, más recientemente, el estudio llevado a cabo en Medellín y Bogotá por la Corporación Nuevos Rumbos (en prensa), cuyos principales objetivos fueron:

- Examinar los datos de los principales centros estatales y privados de tratamiento en Bogotá y Medellín, indagando sobre el número de pacientes tratados por consumo de heroína en los últimos cinco años.
- Describir las dinámicas del consumo de heroína en términos de los escenarios y las circunstancias sociales en que se inicia y se mantiene.
- Identificar el perfil psicosocial de los consumidores, así como las percepciones e imaginarios alrededor de la sustancia y su consumo.
- Analizar cómo es el manejo hospitalario y post-hospitalario de los pacientes atendidos por emergencias relacionadas con heroína.

En la investigación mencionada se encontró que existen indicios de un incremento lento pero sostenido del consumo de heroína en el país en los últimos años, y que este fenómeno es particularmente notable en la antigua zona cafetera (Antioquia, Quindío, Risaralda y Caldas). Adicionalmente, por lo menos en lo que se refiere a los centros visitados, el perfil más común de los pacientes corresponde generalmente a hombres de estratos medio y alto, con estudios universitarios incompletos, policonsumidores, usuarios actuales de benzodiazepinas y marihuana, con edades entre los 17 y los 30 años y familias disfuncionales, con las que no conviven actualmente.

También se observó en la investigación en Medellín y Bogotá D.C., que todos los entrevistados tenían una historia de consumo de SPA de cinco años o más; la heroína era en general la última SPA utilizada, aun cuando algunos la habían probado anteriormente y habían suspendido su consumo durante algunos años. En cuanto a las vías de administración, en general los consumidores inician inhalándola o fumándola ‘en chino’ o ‘balazo’ y terminan inyectándose, pues es más barato y los efectos son más poderosos. Sorprendentemente, el compartir jeringas parece ser una práctica poco habitual por temor a infecciones como el VIH, lesiones en las venas, tuberculosis o la hepatitis.

Por otra parte, el último estudio nacional sobre población general de 12 a 65 años indicó que los consumos de mayor prevalencia en Colombia (MPS/CICAD/DNE, 2009) son el alcohol (86% prevalencia de vida y 35% prevalencia de último mes), la marihuana (8% prevalencia de vida y 1,6% prevalencia de último mes) y los estimulantes como la cocaína (2,4% y 0,43%, respectivamente), sustancias que se encuentran documentadas ampliamente en estudios sobre comportamientos de riesgo de todo tipo incluido, por supuesto, el riesgo sexual. La prevalencia

de consumo correspondiente a la heroína, aunque más baja (0,19% prevalencia de vida y 0,02% prevalencia en el último año) es significativa, por lo que representa en términos de posibilidad de expansión de la epidemia de VIH³. No se puede obviar que incluso algunos de los centros de tratamiento más importantes del país, especializados en afrontar el tema del consumo de heroína, reconocen que no hay sistematicidad en la toma de muestras sanguíneas para realizar las pruebas que permitan concluir sobre la presencia o ausencia de VIH, hepatitis B y C, o tuberculosis. Esto, naturalmente, incrementa la vulnerabilidad de estos sujetos, pues pueden practicarse varios tratamientos sin saber que están afectados por una de las enfermedades mencionadas.

Rhodes, Singer, Bourgois, Friedman y Strathdee (2005) piensan que los riesgos totales resultan de complejas interacciones entre múltiples tipos de variables; sin embargo, consideran que los factores políticos y económicos pueden jugar un papel preponderante en el nivel de riesgo. Por consiguiente, las principales formas de intervención serían inevitablemente políticas, pues exigen acciones comunitarias y cambios estructurales en un amplio marco, destinado a aliviar las desigualdades en salud, bienestar y derechos humanos.

Los principales factores críticos, de acuerdo con un análisis detallado de la literatura producida por los autores mencionados, serían:

- comercio a través de las fronteras
- movimiento de poblaciones y mezclas
- privación y desventajas urbanas
- ambientes de inyección, *shooting galleries* y prisiones
- papel del grupo de pares y ambiente social
- relevancia del capital social a través de redes, comunidades y vecindario
- rol de cambios macrosociales y de transiciones políticas o económicas
- desigualdades político-sociales y económicas en relación con etnia, sexo y sexualidad
- papel del estigma social y la discriminación en la reproducción de desigualdades y vulnerabilidad
- papel de las políticas y la ley
- rol de emergencias complejas (conflicto armado, desastres naturales)

Aunque no puede ponerse en duda la importancia de estos factores, en especial cuando se conjugan entre sí, la perspectiva parece tener un fuerte sesgo de carácter sociológico y económico, y tiende a ignorar los factores más relacionados con el individuo mismo y con su entorno familiar, que han sido contemplados en otros estudios.

³ Los autores del estudio reconocen que los datos sobre heroína constituyen, muy probablemente, un importante subregistro.

JUSTIFICACIÓN

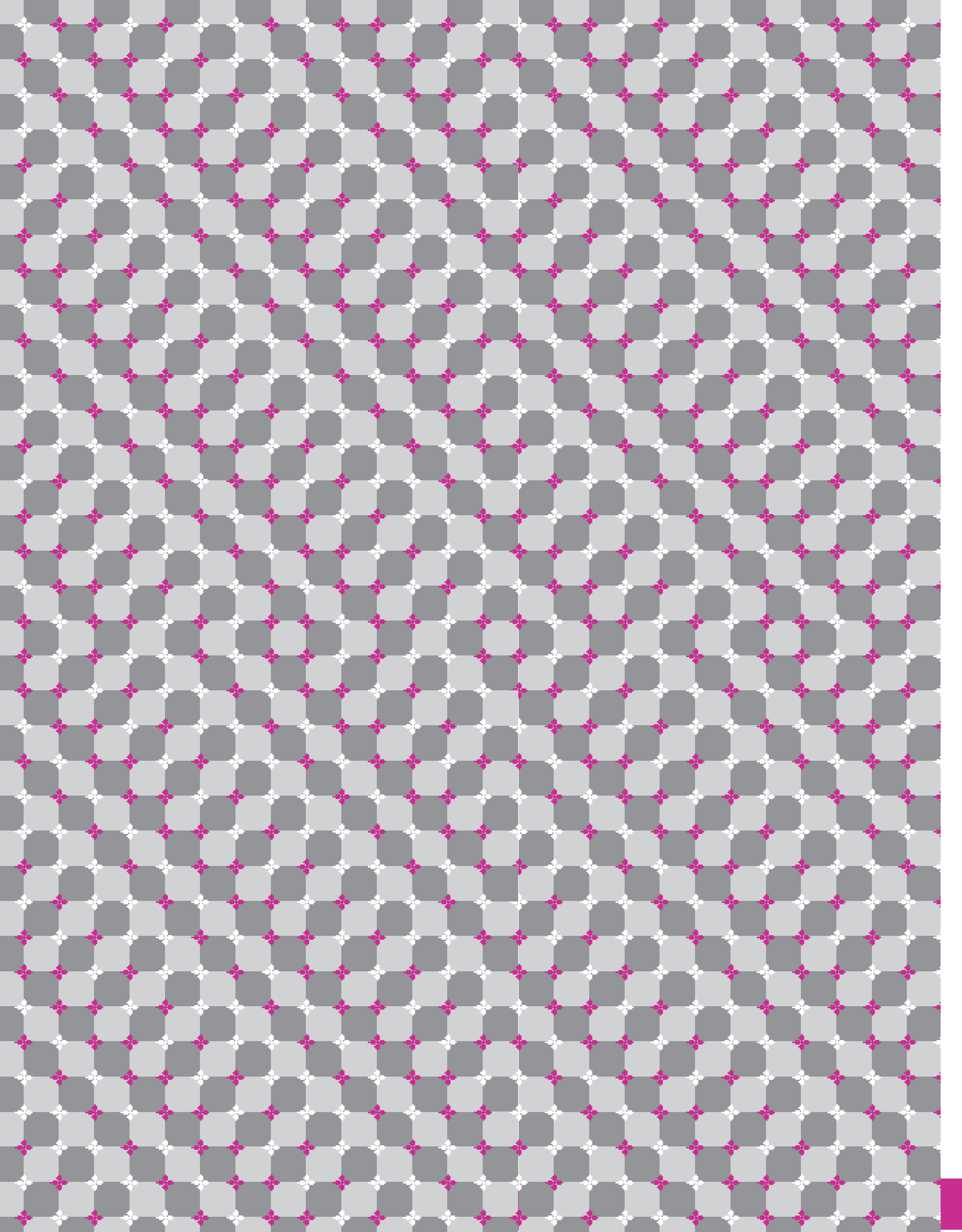
En Colombia el grupo de consumidores de sustancias psicoactivas no ha sido considerado como parte de los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH o lesiones en las venas y por tanto no son beneficiarios de las acciones que hacen parte del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/Sida. Dada la realidad emergente frente a nuevos consumos de potencial alto impacto en la salud pública —como el de heroína y las sustancias sintéticas—, es necesario recabar evidencia que permita avanzar en el conocimiento de estos grupos, elaborar su caracterización e identificar y comprender los factores que pueden incrementar su riesgo o vulnerabilidad frente al VIH/Sida. De esta forma será posible contribuir a la inclusión de este grupo en el Plan de Respuesta Nacional y como población demandante de atención en el mediano y corto plazo.

OBJETIVOS

Desarrollar una Evaluación y Respuesta Rápida (ERR-RAR) que permita caracterizar los grupos de CODAR en las ciudades de Medellín y Armenia, determinar sus características sociodemográficas e identificar los factores de vulnerabilidad al VIH/Sida vinculadas a sus prácticas de consumo de sustancias psicoactivas y a sus comportamientos de riesgo sexual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Recolectar la información secundaria existente relacionada con el consumo de drogas y los riesgos asociados.
2. Presentar un informe del contexto del consumo de drogas y los riesgos asociados en las ciudades de Medellín y Armenia.
3. Identificar los actores clave a ser involucrados, determinar con ellos el plan de trabajo y las preguntas que integrarán la Evaluación y Respuesta Rápida de situación (ERR) y otros aspectos del protocolo del estudio.
4. Identificar las fuentes de información propicias para cumplir el objetivo general y los métodos a aplicar.
5. Determinar los grupos de CODAR que serán objeto de caracterización en cada una de las ciudades, mapear su ubicación y establecer los mecanismos para contactarlos e involucrarlos en la ERR.
6. Desarrollar la ERR en todas sus fases e informar de los resultados parciales y finales al grupo de actores e informantes clave. Las recomendaciones que surjan deben ser analizadas con los actores con el fin de establecer su viabilidad operativa, financiera y cultural.
7. Preparar y divulgar un informe con recomendaciones para el desarrollo de acciones concretas que permitan reducir las prácticas de riesgo entre CODAR en las ciudades seleccionadas.



1. Método

De acuerdo con los objetivos del proyecto, se utilizó una metodología de tipo cualitativo con múltiples estrategias de recolección de información. Se emplearon cuatro estrategias características de la metodología ERR-RAR:

- a. Análisis de documentos
- b. Entrevistas con informantes clave
- c. Entrevistas individuales con usuarios de SPA, institucionalizados y no institucionalizados
- d. Entrevistas colectivas (grupos focales) con usuarios de SPA

Aun cuando se consideró la posibilidad de hacer observación directa con personas en situación de calle (por ejemplo, si comparten jeringas, las condiciones generales de higiene o comportamientos de acercamiento sexual con personas que acaban de conocer), esto no fue posible debido a las presiones y limitaciones del tiempo disponible. Como técnica subsidiaria de consecución de entrevistados, se intentó recurrir a la metodología denominada bola de nieve con personas en situación de calle, pero no arrojó resultados positivos.

Para recolectar la información secundaria existente relacionada con el consumo de drogas y los riesgos asociados, se consultaron todos los documentos disponibles en las Secretarías de Salud, en los centros de tratamiento y en las principales universidades de las dos ciudades.

En cada ciudad se convocó una reunión inicial en la que participaron miembros de las Secretarías de Salud, psicólogos y médicos que brindaban atención a la población CODAR, así como un miembro de la Policía Nacional cuyo escenario de acción fuesen sitios de alta vulnerabilidad y, de esta manera, identificar los actores clave a ser involucrados, determinar con ellos el plan de trabajo y las preguntas que integraran la Evaluación y Respuesta Rápida de situación (ERR) y otros aspectos del protocolo del estudio.

Esta actividad también permitió identificar las fuentes de información propicias para cumplir el objetivo general y los métodos a aplicar.

La determinación de los grupos de CODAR objeto de caracterización en cada una de las ciudades, el mapeo de su ubicación y el establecimiento de los mecanismos para contactarlos e involucrarlos en la evaluación rápida de situación se consiguió mediante varias actividades: visitas a instituciones de tratamiento, centros de atención de emergencia por sobredosis, contactos con grupos no institucionalizados, especialmente personas en situación de calle.

2. Diseño

El concepto de diseño aplicado en este estudio está enmarcado en el campo de la evaluación rápida, la cual se fundamenta en técnicas cualitativas de recolección y análisis de información —lo que no descarta la cuantificación para fines de ilustración y complemento—. El diseño de la evaluación rápida privilegia la obtención de información crítica a partir de informantes y fuentes calificadas, lo que se explicará con mayor detalle en el aparte de procedimientos.

El diseño articula actividades en el marco de una estrategia de obtención de información a partir de tres fuentes: documentos, informantes claves (no usuarios) y usuarios de SPA. Estos últimos serán abordados de manera individual y grupal, como se explicará más adelante. Las características más importantes de este tipo de diseño son la convergencia de fuentes —lo que no implica, por necesidad, la convergencia de versiones—, y la flexibilidad en la operación, a diferencia de los diseños clásicos cuantitativos. La validez interna y externa se garantiza por el seguimiento constante y el rigor en todos los procesos de la investigación.

Dado que el énfasis metodológico de esta investigación es cualitativo, el procedimiento de obtención de información se basa en entrevistas semiestructuradas— para las cuales se definió una guía que se presenta más adelante— y en entrevistas estructuradas basadas en el instrumento CODAR de la OMS/OPS.

3. Instrumentos de recolección de información

Como se indicó en apartados anteriores, la recolección de la información se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas y estructuradas. La entrevista semiestructurada abordó un conjunto de temas que contemplaban las categorías de información que permitieran identificar los riesgos definitorios de los CODAR.

Por recomendación del equipo institucional responsable de la investigación (UNFPA, Ministerio de la Protección Social y OPS/OMS), se decidió incorporar un instrumento denominado cuestionario sobre conductas para la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea o sexual en consumidores de drogas con alto riesgo (OPS/OMS, versión 2005).

La intención de incorporar tal cuestionario fue obtener información puntual sobre riesgos propios de la categoría conceptual 'CODAR', que fuera complementada in extenso en las entrevistas semiestructuradas. La conformación de los instrumentos puede apreciarse en el Anexo 3.

4. Procedimiento

A continuación se describen las fases que componen el procedimiento de obtención de información.

Primera fase

La primera fase de ejecución del proyecto implicó el desarrollo de las categorías que fueron incluidas en los instrumentos de entrevista y la toma de contacto con las autoridades y los expertos locales, con el objetivo de constituir los comités asesores e identificar actores e informantes clave; lo anterior permitió ajustar el instrumento teniendo en cuenta las opiniones y experiencia de quienes participaron en el comité. Esto exigió el desplazamiento de miembros del equipo de investigación a las dos ciudades. Simultáneamente, por medio escrito y telefónico, se realizaron contactos institucionales para asegurar la colaboración de las autoridades locales en la ejecución del trabajo de campo.

Segunda fase

En la segunda fase se analizó la totalidad de documentos disponibles en diferentes instancias y organizaciones: centros de tratamiento, secretarías de salud, universidades, archivos de la policía, hospitales y salas de emergencia.

Tercera fase

La tercera fase estuvo dedicada a la recolección directa de información con actores e informantes clave. La estructura global propuesta originalmente para el proceso de recolección de datos en cada ciudad contempló la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Cinco entrevistas semi-estructuradas individuales y diez cuestionarios (entrevistas estructuradas) a consumidores de SPA en tratamiento.
- Cuestionario a quince consumidores de SPA en situación de calle.
- Entrevistas a diez CODAR viviendo con el VIH.
- Entrevistas individuales a diez médicos, psicólogos y otros miembros del personal de salud que brinde atención a la población CODAR en Centros de Atención a la Drogadicción (CAD).

- Entrevistas individuales a cinco funcionarios de las siguientes instituciones: Policía Nacional, Secretaría de Salud, cárceles locales, y a igual cantidad de investigadores locales y presos consumidores o ex consumidores de SPA.
- Entrevistas grupales a veinte consumidores actuales de SPA, de los cuales la mitad se encontraba en tratamiento.
- Entrevista grupal a los miembros del comité asesor y otras personas convocadas por ellos.

Los consumidores de SPA a entrevistar debían cumplir con el siguiente perfil: ser personas mayores de 15 años y menores de 50, con historiales de tres años o más en consumo de alcohol y de por lo menos una SPA ilegal, y ser residentes de las ciudades del estudio.

Debido a circunstancias relacionadas con la accesibilidad a los entrevistados y a la necesidad de recolectar la información en un tiempo muy breve, se hicieron algunos cambios en la estructura del proceso descrito anteriormente. Finalmente se optó por el siguiente:

CAN	ACTIVIDAD	ARMENIA		MEDELLÍN	
		CANTIDAD	CUMPLIMIENTO	CANTIDAD	CUMPLIMIENTO
10	Cuestionarios a CODAR en tratamiento	10	100%	10	100%
5	Entrevistas individuales a consumidores de SPA en tratamiento	5	100%	5	100%
15	Cuestionarios a consumidores de SPA en la calle	15	100%	15	100%
1	Entrevista grupal a 10 consumidores actuales de SPA en tratamiento	1	100%	1	100%
1	Entrevista grupal a 10 consumidores actuales de SPA por fuera de tratamiento	1	100%	1	100%
10	Cuestionarios a 10 CODAR VIH positivos	3	30%	11	110%
10	Entrevistas individuales a personal de salud que atiende a la población CODAR	10	100%	11	110%
5	Entrevistas individuales a miembros de la Policía Nacional	5	100%	5	100%
5	Entrevistas individuales a investigadores locales	3	60%	5	100%
5	Entrevistas individuales a 5 funcionarios de la Secretaría de Salud	3	60%	5	100%
5	Entrevistas individuales a 5 funcionarios de una cárcel local	5	100%	5	100%
5	Entrevistas individuales a 5 personas de la población carcelaria	6	120%	5	100%
1	Entrevista grupal a los miembros de Comité Asesor	1	100%	1	100%

Cuarta fase

La cuarta fase comprendió el procesamiento y análisis de la información: todas las entrevistas fueron grabadas en audio con la debida autorización de los entrevistados, quienes firmaron un consentimiento informado con el que se garantizó la confidencialidad, el anonimato y el uso exclusivo de la información obtenida para fines científicos y de definición de políticas públicas de salud. Las grabaciones fueron transcritas y procesadas con el programa para análisis cualitativo InVivo®. Los cuestionarios fueron procesados con el paquete Epidata Entry 3.1 y analizados con el programa Epidata Analysis 3.1.

El tratamiento de la información de las entrevistas estructuradas, basadas en los formularios, fue subsidiario del análisis de las entrevistas semiestructuradas, teniendo siempre presente el énfasis cualitativo de la información.

Una vez terminado el estudio, se convocó a una segunda reunión a los actores e informantes clave que constituyeron el Comité Asesor con el objetivo de analizar con ellos los resultados, así como la viabilidad operativa, financiera y cultural de las recomendaciones.

Quinta fase

La quinta y última fase contempló la preparación y difusión del informe final, que incluyó su revisión por parte de los miembros del comité asesor en cada ciudad. Esta revisión se llevó a cabo el 30 de marzo de 2011 en Medellín, y el 6 de abril en Armenia.

El informe definitivo, o un resumen ejecutivo del mismo, será puesto en las páginas web de las entidades que participaron en el estudio, o de otras que el Fondo de Población de Naciones Unidas - UNFPA considere apropiadas. Finalmente, la Corporación Nuevos Rumbos producirá un artículo publicable en revistas científicas colombianas o extranjeras que se interesen por el tema.

5. Resultados

LOS resultados se discriminarán por ciudades y se presentarán integrando la información obtenida de las entrevistas estructuradas y semiestructuradas para cada uno de los conceptos claves abordados en este estudio. El criterio que guió el análisis fue el de los conceptos claves, ya que se partió del principio de que las perspectivas particulares de cada grupo deberían aportar al conocimiento sobre cada aspecto que define la situación de los consumidores de drogas con alto riesgo de ITSS.

Para iniciar, se presentan los resultados de la ciudad de Armenia.

5.1. ARMENIA

La tabla 1 muestra la adscripción institucional y el tipo de entrevistado en cada institución.

Tabla 1. Pertenencia institucional y tipo de entrevistado

INSTITUCIÓN	TIPO DE ENTREVISTADO
Cárcel San Bernardo	Internos y funcionarios
Fernacosol IPS	Pacientes y funcionarios
E.S.E Filandia Hospital Mental	Pacientes y funcionarios
Clínica El Prado - La Aurora	Pacientes
Gobernación del Quindío	Funcionarios
Hogar de paso Fundación Hernán Mejía Mejía	Consumidores en situación de calle
Policía Nacional de Colombia	Agentes de policía
Cafesalud	Personas VIH+

Información sociodemográfica

Con el propósito de lograr una ubicación general en el perfil sociodemográfico de los entrevistados, se presenta información básica acerca de los consumidores en los distintos subgrupos incluidos en la investigación. No se tienen en cuenta los representantes institucionales que se ubican como otro tipo de informantes en el marco de este estudio.

Los entrevistados en tratamiento fueron veintinueve personas: a ocho de ellos se les realizó la entrevista semiestructurada individual y a once la entrevista grupal; las entrevistas estructuradas fueron aplicadas a diez personas. En total participaron veinticinco hombres y cuatro mujeres. El rango de edad del grupo fue de 19 a 33 años de edad. Salvo en el caso de una persona que vive con su pareja, los entrevistados viven en familias incompletas (ya sea con sus hermanos, con la mamá o con el padrastro, en varias combinaciones). La totalidad del grupo cursó bachillerato incompleto, siendo séptimo el menor grado cursado, y noveno el mayor. Dos mujeres han estado casadas. El estrato de vivienda predominante fue uno y dos. En uno de los casos, estrato cinco.

En el caso de los entrevistados que no están en tratamiento, se aplicó la entrevista estructurada a quince personas en situación de calle, entre los cuales hubo diez hombres y cinco mujeres, entre los 20 y los 50 años, con educación secundaria, aunque sus padres, en la mayoría de los casos, solamente llegaron al nivel de primaria.

También se realizó una entrevista grupal con seis consumidores de drogas que no estaban en tratamiento al momento de la investigación, todos de sexo masculino, entre los 19 y los 31 años. Estas personas informaron que vivían con familiares.

No hubo diferencias importantes en las fuentes de ingresos económicos de los entrevistados, pues dependían de actividades no formales como la venta ambulante, el apoyo de la familia, el reciclaje, el hurto, la venta de drogas y la prostitución (esta última ejercida por una persona que está en tratamiento y por seis que no lo están).

Las seis personas privadas de la libertad entrevistadas son hombres entre los 18 y los 34 años. De los seis, cinco son solteros y han vivido en familias incompletas; actualmente, uno vivía con la mamá y tres hermanos; otro vivía con su esposa y su hijo de 6 meses; otro había vivido la mayor parte de su vida en la calle (aproximadamente desde los 8 años); otro vivía con la mamá, la abuela y una hermana; otro más vivía con su compañera; y el último con la mamá, la abuela y un sobrino. Todos son de niveles socioeconómicos bajos (estratos uno y dos específicamente). Tan solo uno de los entrevistados es analfabeto; los demás tienen un nivel de escolaridad que va desde cuarto de primaria hasta décimo grado.

Es importante mencionar que, aunque no se trata de información relativa a la categoría de perfil socioeconómico, los funcionarios del INPEC entrevistados creen que los consumidores de drogas, especialmente las inyectadas, son personas con desórdenes mentales que están en la calle. Esto puede deberse al perfil del consumidor con el que ellos tratan, pues los consumidores llegan a los establecimientos penitenciarios en un estado físico y mental deficiente.

El personal de salud entrevistado concuerda en que la población CODAR correspondería a personas jóvenes. Una trabajadora social suministró datos bastante precisos: según ella, la heroína es la única droga que se inyectan los CODAR (comienzan fumándola), en una proporción de tres mujeres por cada veinte hombres; tienen entre 14 y 32 años, pocos confiesan compartir o reutilizar jeringas, o aceptan que utilizan agua de estanques y hasta Coca-Cola, esto último es una práctica real.

Por su parte, un auxiliar de enfermería proporciona una información ligeramente diferente: tienen entre 17 y 22 años, sería el problema más grave del Quindío en los últimos dos años, llegan con las venas tan obstruidas que no es posible tomar muestras de sangre.

Un médico entrevistado aseguró que son adolescentes y que aun cuando la mayoría fuma la heroína y son policonsumidores, el uso endovenoso es cada vez más frecuente; conoce un caso de consumo de alcohol y cocaína endovenosos. El 70% son hombres y el 30% mujeres, entre 18 y 24 años. Según él, muchos dicen que dejan todas las otras SPA por la heroína.

Como se puede observar, lo dicho por los tres informantes es coincidente y podría considerarse como complementario.

Para los policías entrevistados el consumo de heroína se da especialmente en personas de estratos bajos e indigentes; son personas que tienen entre 15 y 30 años, aun cuando uno de ellos asegura haber visto niños de 11 y 12 años. La mayoría se inicia con marihuana, sigue con basuco y termina consumiendo heroína. Uno de ellos considera que se les puede reconocer porque tienen “un gesto o malformación en el rostro o en las extremidades superiores”.

Relaciones con la familia

La percepción que tienen los entrevistados acerca de la relación con sus familias va desde la toma de distancia y la indiferencia, hasta el compromiso de estas para intentar ayudarlos, en algunos casos con conductas que incluyeron el suministro de la droga. Uno de los entrevistados privados de la libertad contó que la mamá le daba el basuco y que él fumaba pipa (basuco) delante de ella; incluso tuvo relaciones sexuales con una adolescente delante de ella, en la sala de la casa. Una tía lo sacaba del CAI cada vez que lo detenían y posteriormente le pagaba la dosis diaria de marihuana y heroína; también iba a buscarlo a las ‘ollas’ y le llevaba comida.

Aunque en general los entrevistados relatan relaciones conflictivas con la familia, para el caso de las personas que reciben tratamiento en la actualidad, el lugar de vivienda jugó un papel importante en su proceso de rehabilitación, pues la familia puede ofrecer una red de apoyo efectiva.

El lugar predominante de vivienda para las personas en tratamiento fue la casa de parientes y, en pocos casos, la casa de su familia de origen y la calle. Quienes no se encuentran en tratamiento declararon vivir en la calle.

De acuerdo con el relato, en algunos casos, la familia pudo haber sido un factor determinante para el inicio en el consumo de drogas, pues han sido expendedores, facilitando un acceso muy temprano o continuo a esas prácticas. Una joven, perteneciente al grupo de sujetos en tratamiento, ha tenido una vasta experiencia con las drogas durante toda su vida, debido a que nació en una ‘olla’ que anteriormente administraba su padre, quien ya murió. Actualmente ella vive allí y es quien administra el lugar; declaró tener una relación conflictiva con la madre (afirmó odiarla y que siempre la ha maltratado); el esposo, quien es su único soporte, vende droga pero quiere que ella se retire del negocio.

En algunos relatos se dice que si bien la familia brindó apoyo al inicio, luego desistió. En otros casos, que los padres proporcionaban algún grado de ayuda, ya sea suministrando dinero y evitando el padecimiento del síndrome de abstinencia; pero en general, aparte del apoyo económico, los entrevistados relataron no recibir otro tipo de soporte por parte de sus padres o familiares.

“No, pues yo he recibido mucho apoyo por parte de mi madre, mi mamá es la que siempre ha estado ahí, la que nunca me ha cerrado las puertas y la novia que tengo ahora, también me ha ayudado mucho [...] Al principio me apoyaron mucho, me pagaban fundación, pa’ toda parte me tenían, ya después cuando me empecé a desatinar así horrible me dieron la espalda y me dijeron “mire a ver cómo sale ya nosotros le ayudamos mucho, le colaboramos y estamos es cansados”, hasta llegó el punto de que mi mamá no me aceptaba en la casa, siempre me acercaba a la casa y llamaba a la policía o me hacía sacar de una u otra manera”. Juan, 20 años.

Tratamientos por drogas

En general los entrevistados relataron haber estado en tratamientos de diferentes tipos que, según afirman, no fueron efectivos, pues recayeron al poco tiempo, aunque solo la mitad de los entrevistados en situación de calle tuvo algún tratamiento previo. Los entrevistados en tratamiento reciben atención en alguna de las siguientes tres instituciones: Hospital de Filandia, Clínica el Prado y Centro La Aurora⁴.

De los seis entrevistados privados de la libertad, cuatro han estado en tratamiento en las siguientes instituciones: Hogares Claret, un sitio de teo-terapia, Clínica El Prado y Hospital de Filandia. La persona que estuvo en el Hospital de Filandia por consumo de heroína afirmó que el tratamiento sí le ayudó. Los tres casos restantes sufrieron recaídas posteriores al tratamiento.

Es importante mencionar que los entrevistados afirmaron haber sido objeto de discriminación y malos tratos en los centros de tratamiento, en las IPS. Una de las entrevistadas relató que en un centro de tratamiento persisten comportamientos abusivos por parte de uno de los médicos (manoseo a las mujeres); a pesar de que presentó una queja formal por haber sido víctima de estos comportamientos, la institución pasó por alto su queja argumentando que los heroinómanos son “muy mentirosos”. También declara que el tratamiento anterior no fue efectivo y que el actual le gusta, excepto por el hecho de que las enfermeras no le dan un buen trato.

“Sí, estuve internado ya hace tiempito en la Fundación que se llama... Duré ocho meses. El trato era bueno pero, o sea, a mí sí me llegaron a tratar bien, pero allá a muchas personas les daban con tablas, les echaban agua, pero a mí nunca me llegó a pasar eso”. Mario, 21 años.

⁴ Una de las entrevistadas en este estudio dijo que en una de estas tres instituciones se presentan muchas quejas por la manipulación de la metadona y por maltrato verbal a los pacientes. Varios de los jóvenes entrevistados señalan que en algunas instituciones en las que estuvieron anteriormente se presenta maltrato físico y agresión.

Otro de los entrevistados dijo que en los centros de tratamiento en los que ha estado “no se rehabilita nadie”. Otra persona afirmó que se sentía a gusto con el tratamiento actual, pues “no hay gritos, solamente nos piden disciplina”.

En cuanto a los servicios encaminados a reducir riesgos de ITSS, solamente en un caso se reportó el suministro de condones; en ningún caso, de jeringas. Aunque la mayoría de los entrevistados en tratamiento informó que había posibilidades de realizarse la prueba para VIH y hepatitis en el sitio de tratamiento, así como información disponible sobre el Sida y las formas de infectarse por VIH, para quienes se encuentran actualmente por fuera de tratamiento las oportunidades para realizarse tales pruebas son mínimas. Los entrevistados consideran que la información sobre riesgos no es adecuada, aunque ese juicio está más relacionado con la falta de suministro de medios de protección y de aseo, como se puede apreciar en los siguientes fragmentos de entrevista:

“Pues, acá y en la otra fundación pero es muy poco, porque uno no le pone cuidado a eso y tampoco le explican a uno”. Néstor, 22 años.

“La verdad no, mira, pues, la verdad nadie le da esa información a uno, fuera de cuando estaba viéndome el tratamiento ambulatorio en Armenia, [lo] que yo le digo, nadie nos regaló condones algún día, alguien nos dijo cómo se usaban, pues obvio uno sabe cómo se usan pero porque ha visto en las novelas o en alguna propaganda o porque mis padres, mi abuela me lo ha dicho, mi abuela sí me dijo que siempre con condón que si no que planificara, que cada mes me hiciera la citología, mas no me explicó a dónde, qué debo de hacer y todo eso, me metió fue psicosis porque me dijo que le pellizcaban a uno la matriz, que se la sacaban y algo por el estilo, que le hacían a uno un lavado, entonces a mí me dio mucho miedo entonces yo no iba a aparecerme por allá. Segundo de que... qué, que si yo sé cuáles son algunos riesgos por ejemplo de intercambiar jeringas, de inyectarme puede dar Sida, sí puedo infectarme, no sólo por una relación sexual o me puedo infectar hasta sífilis u otras cosas por el estilo, sé que hasta me puede dar cáncer, esos riesgos si los sé de las enfermedades, mas no sabía que yo misma las tenía; me está dando anemia, me estoy principiando anemia pero a esa no iba, la segunda es flebitis, llegue a Filandia con cierta cantidad acá en las venas de las manos, con cierta cantidad de nudos grandísimos, impresionantes y no consentía que me tocaran las manos y empezaron a darme antibióticos a lavarme y la verdad pues en la otra mano, en la mano izquierda no tengo, y nada solo la cicatriz de la inyecciones y en la mano derecha tengo la cicatriz y un cierto huevito pero ya no es visible, pero ya no me hacen lavatorios ni nada porque me cogieron a lavarme muy atentos acá, en ese sentido sí, pero los enfermeros buena gente, porque manda uno de los que yo les cuento que son agresivos y no le hacen el favor a uno y ya, y me gustaría mucho que acá en Armenia o acá en Filandia donde hubiera un punto de enfermeras de intercambio de jeringas, que nos enseñaran cómo se lavan, aunque uno no siga consumiendo, simplemente pa’ yo saber esa información y dársela a otros que están consumiendo pa’ que no le dé miedo y se acerque a un punto de esos”. Carolina, 19 años.

Prácticas y riesgos por consumo de SPA

En el Hospital de Filandia, el personal de salud incluido en el estudio da cuenta de casos de consumo y hospitalizaciones por heroína desde el año 2005. En la actualidad, el 36% de los que consulta habría utilizado alguna vez drogas por vía inyectada. Estos profesionales están de acuerdo en que hay un incremento del consumo de heroína inyectada, especialmente en personas jóvenes entre 17 y 24 años y, según sus reportes internos, no habría diferencia entre hombres y mujeres. Las familias son monoparentales y con falta de figura paterna; suelen ser jóvenes maltratados y abusados, que se iniciaron muy temprano en el consumo.

Uno de los profesionales asegura que en el Quindío hay entre cuatrocientos y quinientos casos de personas que se inyectan, pero que la caracterización es difícil porque no corresponden a los patrones de otros países; no hay casos de personas que se inyecten con frecuencia cocaína o alcohol, solo usuarios ocasionales y experimentadores.

Con respecto a los CODAR entrevistados, todos coincidieron en afirmar que habían probado diferentes sustancias. La historia de consumo de quienes se encuentran en tratamiento corresponde al patrón clásico, con un inicio temprano de alcohol y cigarrillo (siendo la edad mínima los 9 años y la máxima 15), seguido del consumo de marihuana e inhalables —excepto una joven que nunca ha tomado alcohol y un joven en tratamiento, que comenzó directamente con la heroína—.

La historia de consumo de las personas por fuera de tratamiento es propia de las poblaciones en las que la droga tiene alto impacto: tienden a un uso temprano y casi simultáneo del cigarrillo (entre los 7 y los 14 años) y la marihuana (entre los 7 y los 13 años), muy cercano al consumo de alcohol (entre los 8 y los 18). También tienen una historia de consumo surtida por toda la variedad de drogas, aunque, los derivados de la coca (como el basuco) y los inhalables son las más comunes.

En la actualidad, la droga inyectada es la heroína y la mayoría de los entrevistados son inyectores frecuentes. El inicio del uso de heroína inyectada se dio en un rango de edades desde los 12 hasta los 28 años, siendo más frecuente después de los 20 años. Por ejemplo D, de 19 años, se inició en la heroína fumada a los 11 años e inyectada a los 12; en la actualidad se inyecta 7 veces al día hasta 20 bolsas de heroína. Consume además basuco y heroína fumada.

En cuanto a la intensidad del consumo, se nota un alto consumo de cigarrillos (a diario). En una de las entrevistas grupales se mencionó, en un diálogo entre los participantes, que el cigarrillo “combina” con otras drogas:

“El cigarrillo es lo único que se combina con otras sustancias, por ejemplo del cigarrillo se usa la ceniza o la picadura, la picadura pa’ fumar basuco o muchas veces los que somos consumidores de heroína nos hace mucha falta el cigarrillo pa’ consumir heroína, para subir el viaje o para quitar lo amargo de la heroína”.

Entrevistador: Explíqueme un poco, por favor, eso de “subir el viaje”

“Eh... cómo le digo, eh... el humo del cigarrillo aumenta el... como que lo sostiene más, sí, y aumenta el doping, le dura más el viaje”.
Camilo, 22 años.

Los usuarios de heroína del grupo que no está en tratamiento reportaron usarla a diario, aunque solo uno de ellos afirmó habérsela inyectado en los últimos 12 meses.

De acuerdo con los entrevistados, es común el haberse relacionado con alguien que se ha inyectado drogas en el último año, que en su mayoría fueron sus parejas sexuales o personas allegadas, sin nexos sentimentales con ellos.

El consumo de heroína es considerado por los CODAR como uno de los niveles más altos en la escala de consumo. Esto se puede evidenciar en la conversación con los participantes de la entrevista grupal a consumidores por fuera de tratamiento que se presenta a continuación:

“Uy... eso es un viajesote, siente como que se va a morir [...], muchas veces he estado en situaciones así chutando porque eso... es falta de voluntad [...] Yo he conocido personas con ganas de salir del cuento, con ganas de aguantarse y todo y se han suicidado, eso es muy áspero, sí, eso es verdad, en mi caso yo me tomé 60 trazadonas al cabo del aburrimiento del consumo de la heroína, de lo que yo estaba haciendo en mi casa, de lo que estaba haciendo con mi cuerpo”.
Andrés, 23 años.

Los entrevistados relatan que, aunque prefieren inyectarse en lugares solitarios, de ser posible en su propia habitación, también afirman que es corriente consumir drogas en los lugares donde otras personas se inyectan. En otras palabras, es frecuente tener contacto, en la calle, con personas que se inyectan.

Los entrevistados describen con precisión los implementos que se necesitan para consumir heroína, ya sea fumada o inyectada⁵. Además, todos afirman que es muy usual prestárselos y que muchas veces lo hacen por intercambio con heroína.

“Para el consumo de heroína qué se necesita, se necesita una candela, un aluminio, un tubo y la dosis de heroína”.

Entrevistadora: ¿Estos implementos se prestan, se cambian con un amigo, un compañero?

“Sí, más de uno presta eso a cambio de una dosis también”. Mario, 21 años.

Para los entrevistados en centros de tratamiento, el intercambio de implementos no es tan común en cuanto a las jeringas y las agujas porque, según ellos, “todo el mundo sabe que es riesgoso”, pero sí lo hacen con los objetos necesarios para inhalarla, lo cual (según ellos mismos), no deja de tener cierto riesgo, puesto que

5 La ‘parafernalia’ (conjunto de adminículos utilizados para consumir diferentes SPA) de la heroína son: un caucho, cordón, cinturón o pedazo de cuerda para amarrarse en alguna extremidad para hacer presión sobre la vena; una cuchara, o lata, para calentar la heroína; agua o líquido de cualquier tipo y procedencia para disolverla; heroína; una jeringa y una aguja; y una ‘candela’ (encendedor o vela). Para la heroína fumada se utiliza papel aluminio, ‘candela’, heroína, pitillo o ‘tubo’.

muchas veces los consumidores tienen heridas en la boca y cuando utilizan el “tubo” —pitillo o varilla delgada utilizada para inhalar los vapores de la combustión de la heroína—, pueden transmitirse infecciones.

Aunque hay coincidencia en cuanto al tratamiento de la parafernalia para el consumo de drogas inhaladas, los internos en la cárcel tienen otra percepción sobre lo que sucede con el intercambio de jeringas.

E: Entrevistador.

D: Darío, 22 años.

E: ¿No se intercambian estos elementos?, ¿no se los prestan?, ¿si alguno llega sin el tubo no se presta otro?

D: “Sí, es que hay mucha gente que uno no sabe qué pueda tener en la boca ¿si pilla?, entonces uno primero lo mira, uno mira primero porque hay mucha gente muy tirada a la droga y de tanto que consumen heroína ya botan es baba, uno a esa persona no le va a prestar porque no sabe qué pueda tener en la boca, ¿entiende?

E: ¿depende de la apariencia física si se prestan o no los elementos?

D: “Sí, o si usted lo lleva en la buena al chino que se lo va a prestar pues se lo presta y si no pues se consigue un pitico de cartón o sin tubo”.

E: ¿Sin tubo?

D: “Sí, o sea, eso no es necesario uno tener un tubo, solamente que tenga la candela y el brillante⁶ que eso sí se puede prestar”.

E: La candela y el brillante sí se pueden prestar, ¿el brillante es el aluminio?, ¿es reutilizable?

D: “Sí, yo lo utilizo, ahora después de un balazo usted lo puede volver a utilizar”.

E: ¿Y eso se presta?

D: “Claro que eso se presta, yo me puedo arreglar, empacar media bolsa de heroína en medio brillante, yo lo puedo botar y otras veces uno lo recoge y lo reutiliza, normal”.

E: Entrevistador.

J: Juan, 20 años.

E: ¿En la ‘olla’ observó si es frecuente el intercambio de estos implementos?

J: “Sí, muchas personas sí compartían mucho la jeringa, o sea había personas que llegaban enfermas, pues con la abstinencia de la heroína, pidiendo jeringas prestadas o las compran así usadas, ya la pipa si usted quiere la compra”.

E: ¿Allí mismo en las ‘ollas’ venden las jeringas ya usadas?

J: “Pues es que el consumidor de heroína inyectada si la venderá, pero en la ‘olla’ no, que yo me haya dado cuenta no la venden”.

⁶ Papel aluminio.

Dentro del grupo de los entrevistados por fuera de tratamiento hay un usuario consuetudinario de heroína inyectada, quien reconoció que la última vez que se inyectó utilizó una jeringa ya usada. Es necesario considerar que este consumidor en la actualidad se inyecta a diario, a razón de seis inyecciones por día, asumiendo riesgos de jeringas compartidas, además de otros utensilios de la parafernalia. Este entrevistado reportó que se aplica las inyecciones en la calle o en un “picadero”. Por la situación de esta persona, las jeringas que utilizó en las últimas ocasiones eran usadas. La disposición final de la jeringa es muy variada, desde guardarla hasta botarla. También se presentó el caso en que la policía le confiscó ese material.

Los entrevistados reconocen que no es extraño que la misma jeringa se utilice durante un tiempo prolongado, aunque la mayoría afirma haber obtenido jeringas nuevas en los últimos doce meses, siendo el modo de obtención más frecuente la compra en droguerías.

Solo uno de los entrevistados dice no haber visto intercambio de elementos para consumir porque cada quien carga los suyos; los otros cuatro expresan el haberlo visto y confiesan que ellos mismos lo han hecho. Otra persona, por su parte, afirma haber visto a una mujer inyectándole heroína a su compañero en el pene; aún cuando la entrevistada usa agujas nuevas, se las regala a otras personas, las cuales, según cuenta, se inyectan con aguas de pantano, con orines, con saliva, o incluso con gaseosa; y que además hay permanente intercambio de pipas, lo cual, según ella, produce ‘fuegos’ (herpes) en la boca.

Como se dijo, los entrevistados comentaron que ellos mismos no son dados a compartir jeringas, aunque han visto esa práctica. De todos modos, algunos de ellos (dos) comentan que regalaron o vendieron las jeringas usadas durante el último año, aunque la mayoría dijo que botaron las jeringas después de cierto tiempo de uso, o que las guardaron para sí mismos. También es común que la policía les decomise las jeringas en requisas.

Adicionalmente, los entrevistados cuentan que en los centros de tratamiento se les informa sobre los riesgos de infecciones, que son básicamente Sida, hepatitis o cáncer; igualmente, que hay personas que tienen relaciones sexuales bajo los efectos de la heroína.

Por otra parte, los entrevistados han visto gente inyectando a otras personas, sobre todo a los consumidores que están iniciándose en la heroína; tal fue el caso de uno de los que en la actualidad no está en tratamiento.

Asimismo, todos aseguran haber visto consumidores de heroína que aceptan agujas o jeringas de otras personas. La primera vez que se hizo la administración de drogas por vía inyectada, en la mayoría de los casos se usaron jeringas nuevas y la inyección la hizo el mismo entrevistado bajo la supervisión de otra persona. Sin embargo, también hubo dos que reportaron haber empleado jeringas usadas.

Otra circunstancia en la que se utilizan jeringas ya usadas se da cuando el consumidor está sufriendo los síntomas de la abstinencia, lo que llaman ‘torque’ o ‘torqui’.

“Muchas veces el torque, el síntoma de abstinencia es tan bravo que no tiene jeringa entonces encuentran una usada con tal de aliviarse. El torque es escalofrío, dolor de huesos, desespero, mucho desespero, muchas veces da vómito y diarrea”. Lucía, 21 años.

Varios de los entrevistados informaron haber ayudado a inyectarse a otras personas alguna vez, y que se han relacionado con personas que inyectan a otros (por lo regular un amigo) aunque, como se señaló antes, lo más frecuente es que se administren solos la droga. Según los participantes del grupo focal de consumidores por fuera de tratamiento, el consumo de heroína se da en solitario por sus efectos:

“La marihuana se consume más que todo en grupo”. Julián, 19 años.

“Por ejemplo el basuco casi siempre lo hace uno solo”. Pedro, 23 años.

“Solo o con una sola persona [...]. Porque eso es muy adictivo y [uno sabe] que le va a dar a alguien más, la heroína también es lo mismo, como eso lo enferma a uno, uno procura estar distanciado [de] los que uno vea que son más allegados”. Diego, 31 años.

Al igual que los consumidores en tratamiento, las personas privadas de la libertad también reportan haber visto a terceros inyectando a consumidores que no saben cómo inyectarse.

E: Entrevistador.

H: Hernán, 29 años.

E: Cuénteme por favor un poco si hay allí personas que suministran la droga, le inyectan a un tercero la droga o cada uno la inyecta.

H: “Pues hay muchos que se les dificulta inyectarse y entonces le piden el favor a un tercero”.

E: ¿Es una persona especial que hay allí para eso? o ¿es alguien que llega?

H: “Sí, es otro consumidor, llega uno, por ejemplo a mí me pidieron el favor y yo he inyectado a otras personas pero ya la persona no sabía o se le dificultaba ya por la abstinencia que llevaba; de resto no, nadie especializado ni nada”.

Escenarios de consumo y riesgos asociados a ellos

La tendencia general es al consumo individual en sitios como parques, ‘ollas’, baños o en la propia casa. Todos dicen que en los sitios en los que consumen hay riesgos como peleas entre consumidores, posibilidad de ser atracados y robados y riesgo de que la policía los detenga. Hay acuerdo en que en las ‘ollas’ hay altos niveles de agresividad, peleas verbales y confrontaciones con armas.

“No pues, mi forma de consumir pues consumía solo, que nadie me viera, pues me hacía donde nadie se diera cuenta y consumía una dosis más o menos hasta que ya me sintiera muy dormido, muy dopado”. Jhon, 19 años (preso).

“Yo consumía, pues en partes que no me vieran, en una cañada o hay veces en donde dormía, en la casa donde dormía, en el baño, así; en las ‘ollas’ que son casas, muchas veces no lo dejan consumir a uno allá, por lo menos a mí no me gustaba consumir en las ‘ollas’ porque de pronto la policía y con todo eso ahí que tienen lo llegaban a coger a uno”. Julián, 21 años.

“Pues lo que era la heroína siempre era solo, no compartía con nadie ni nada y ya en ‘ollas’ rodeado de indigentes, conseguía el basuco y la misma heroína y todo lo que uno pudiera conseguir en una ‘olla’, ‘perico’, esas pepas de Rivotril, marihuana, basuco y heroína”. Juan, 20 años.

La descripción de las ‘ollas’ corresponde a sitios muy conocidos por la comunidad, con condiciones higiénicas deficientes. Estos sitios son descritos como muy sucios, en donde alquilan cuartos por horas a los que son indigentes, recicladores o personas que están viviendo en la calle.

E: Entrevistador

J: Juan, 20 años.

J: Pues ahí en la Cueva, yo muchas veces llegaba y eso era como meros barrancos y meras casas en varilla y ahí nos metíamos en un cambucho de esos a consumir y pues un desaseo grande, es cochina por todo lado, pero uno cuando está en la droga no le importa.

E: ¿Qué personas frecuentan estos sitios, cómo es el tipo de personas que van a las ‘ollas’ a consumir?

J: Son personas de estratos altos, bajos o hay de todo. Sí, hay personas limpias que tienen plata y también van, pero ya después cuando no tienen ya son igual que ellos o peor de cochinos, ya no les importa cómo visten, si se bañan o se asean o todo eso ya no les importa.

Se habló además de una ‘olla’ en Cañas Gordas, donde las condiciones de salubridad son precarias, y de otra ‘olla’ donde hay riesgos, debido a la disposición de desechos.

“Pues la ‘olla’ ... En el Zuldemaida yo digo que hay más higiene que en cualquier ‘olla’ a lo bien, porque lo que es Simón Bolívar... es un sendero lleno de basura como quien dice pa’ que pasen desapercibidos, pero hay más peligro porque esa gente mantiene muy loca y como mantienen armados, o sea cada ‘olla’ tiene sus parámetros de sí... bueno esa es una Cañas Gordas, el puente cruzando a Génesis sucio, muy sucio, lleno de basuras, en fin de tarros de pegantes, pero yo digo que la ‘olla’ actual donde yo haya estado y donde permanecí durante muchos años fue en la carrilera, la curva, por el CAI de los Naranjos, yo digo que esa es la ‘olla’ más cochina que yo haya visto debido a que hay jeringas por todo lado, hay jeringas llenas de sangre, cucharas llenas de sangre, hay mierda de cristiano, un día no me va a creer pero yo me inyecté y yo siempre me iba p’al parchecito normal y había una mierda de cristiano ahí pero yo ya entré dormido, me senté en esa mierda, o sea que esa ‘olla’ es repésima porque hay mucha suciedad...”. Jhon, 21 años.

Los entrevistados privados de la libertad también coincidieron con ello; como riesgos asociados mencionan que las ‘ollas’ a donde van a adquirir la droga son sitios que los hacen vulnerables al robo, los atracos o al homicidio, puesto que la violencia y la drogadicción siempre están ligadas. Otro riesgo que identifican son las enfermedades contagiosas, debido a que los sitios carecen de condiciones higiénicas apropiadas; afirman también que a veces se duermen, se les cae la jeringa y la vuelven a utilizar inmediatamente, factor que les crea toda clase de riesgos de adquirir infecciones.

También se informó que a algunas ‘ollas’ llegan indigentes que recogen las jeringas del suelo. No obstante, es claro que las condiciones de las ‘ollas’ difieren y que en algunas las condiciones higiénicas son mejores que en otras.

Contrario a lo anterior, se relata que en algunos casos hay reglas acerca de prohibir inyectarse y/o desechar las agujas en esos lugares.

Como se señaló anteriormente, todos los entrevistados aseguraron haber visto consumidores de heroína que aceptan agujas o jeringas de otras personas. Dos de ellos aceptaron haber compartido jeringas, en un caso con la pareja, y el otro argumentó usar agujas sin discriminar su origen. La primera de ellas expresa haberle dado o vendido agujas o jeringas a otras personas, pero dice no usar las que han utilizado otros. A ninguno de los entrevistados en tratamiento les gusta consumir en las ‘ollas’ por temor a la policía, aunque eventualmente lo hayan hecho.

Los funcionarios del INPEC piensan que los sitios de consumo de drogas en la ciudad son las discotecas, los parques, las universidades y los colegios. Por su parte, el personal de salud concuerda en que el consumo se da en la calle y las ‘ollas’, que son sitios muy desaseados y peligrosos porque los consumidores no pueden recibir atención médica. Este grupo de informantes no dio cuenta de la ubicación específica de las ‘ollas’, salvo que se encuentran en lugares deprimidos, de estratos bajos y con muchos problemas sociales.

Por su parte, los investigadores coinciden en que el consumo se da en ‘ollas’, canchas de fútbol, lotes y lugares aislados. También concuerdan en que los

consumidores generalmente se aplican la droga cuando están solos, y que tienen una historia de marcado policonsumo. Informan que hay sectores en los que hay un consumo característico: la llamada Zona 20, el sector de Los Quindíos y la Cueva del Humo, siendo estos últimos más de venta que de consumo.

Los cuatro policías entrevistados están de acuerdo en que el consumo se da en sitios desolados, sin presencia de autoridad, con frecuencia en zonas boscosas (guadales), montes y cambuches. En algunas ocasiones es la propia residencia. Los sitios específicos citados por los policías como los más paupérrimos son Miraflores, La Carrilera, la calle 50 y las carreras 20 y 21.

Prácticas y riesgos sexuales

En esta sección se incluyeron preguntas referentes a comportamientos de protección, intercambio de drogas por sexo y conocimiento de los riesgos.

Los entrevistados aceptan que han tenido diferentes parejas sexuales, incluso en un caso se reportaron más de cincuenta personas distintas. También reconocen que es usual no tomar precauciones; afirman que conocen los riesgos, pero en el momento en el que están bajo los efectos de las drogas, no les importa.

“Bueno, pues allá la mayoría tienen novio, las niñas más lindas que van allá el novio es un reciclador, loco, es un ser loco porque están mal de la cabeza por inyectarse con esa agua cochina, eso no es estar uno en sus cinco cabales. Si hasta me hacen el amor cuando les alquilo abajo porque como yo me asomo cada 20 minutos o cada media hora abajo a dar la ronda que no se me vayan a llevar nada, claro que allá casi no mantengo nada pero me da miedo de todas maneras que me hagan un hueco, que se me metan pa’ la pieza o algo. Sí, los he visto cuando bajo teniendo relaciones sin protección, todos inyectados. He visto cuando una pelada le esté haciendo sexo oral al novio y fuera de que le está haciendo sexo oral, como él ya no se puede coger las venas, lo está inyectando en el pene a la misma vez... Le voy a contar algo de mí acerca de las relaciones sexuales... el primer marido, yo no sabía, hasta ahora que estoy internada, que me descubrieron que me pegó la sífilis, de eso sí estoy angustiada porque como yo no sabía, yo le regalaba mi jeringa a más de uno, y fuera de eso yo tuve con otras tres personas relaciones sin condón y yo creo que las contagié, y de eso si me da miedo que tengo arrepentimiento, sin saber, dañarle la vida a otras personas tan jóvenes. Mi marido se me salvó porque llevo con él conociéndome cinco años, hace dos años molestábamos pero siempre ha sido con condón. Hace tres años nos casamos por lo civil y él siempre ha usado condón que porque él no me quiere dejar en embarazo hasta que yo no salga totalmente de las drogas pa’ que mi niño no me nazca mal y ya”.

En todo caso, el uso del condón parece tener que ver con el tipo de relación que se tenga con la persona: si es una persona extraña o dedicada a la prostitución

es más probable su uso, si es una persona conocida, la probabilidad disminuye, aunque los entrevistados reconocen los riesgos de las relaciones sexuales sin protección. Como se ejemplifica en el siguiente fragmento, tomado de un entrevistado privado de la libertad, conocer los riesgos no parece ser impedimento para que con frecuencia no tengan prácticas de autocuidado:

“Mi vida sexual es activa, muy activa, soy una persona que no goza solo de una pareja a nivel íntimo, tengo varias, pues gozo de varias compañías, pues para eso mujeres, no tengo relaciones con hombres, solo mujeres y aparte de mi compañera, que es pues la persona en el ambiente de drogadicción y de fiestas y de amigos, he conocido compañeras con las que he llegado a compartir lo sexual, no con todas he utilizado la protección, ha sido más bien esporádica, yo creo que por eso fue mi experiencia, porque yo tuve una enfermedad venérea por eso”. Rodrigo, 34 años.

E: Entrevistador

F: Fernando, 21 años

F: “Yo vine a tener relaciones, yo paré de consumir hace... pues había parado de consumir iba a completar dos años cuando tuve la recaída y desde que pare de consumir empecé otra vez mi vida activa sexual”.

E: ¿Con una sola pareja o con varias parejas?

F: “Con varias”.

E: ¿Y cuál era el modo de protección?, ¿sí lo utilizaba?

F: “Condón, o si ella era de mucha confianza, que tomara pastillas anticonceptivas”.

E: ¿Era frecuente el uso del condón? o era esporádico

Era más que todo cuando eran fiestas, era muy frecuente, ya cuando eran personas ya conocida de más o menos confianza no lo utilizaba”.

Ninguno de los hombres pertenecientes al subgrupo por fuera de tratamiento afirmó haber tenido relaciones sexuales con otros hombres, mientras que en el subgrupo en tratamiento sí se informó sobre esa conducta (en tres casos), aunque tales entrevistados afirmaron haber usado condón en esas ocasiones.

Todos los entrevistados están de acuerdo en que es frecuente que las mujeres cambien drogas por sexo: por ejemplo, es el caso de las mujeres que permanecen en las ‘ollas’; o aquellas que no encuentran quién les regale o venda, buscan experiencias sexuales con alguien que les pague por ello.

E: Entrevistador

N: Néstor

N: “Pues frecuente entre las mujeres y... frecuente sí entre las mujeres y los que mantienen ahí en la ‘olla’, si se ve mucho de eso en la ‘olla’.

E: ¿Esas mujeres se protegen?

N: “No, no creo que se protejan. Es normal también que así como se intercambia sexo por droga, se intercambie sexo por dinero”.

E: ¿Se intercambia sexo por dinero?

N: “Yo creo que sí, claro, las mujeres salen a rebuscarse y ellas salen y al rato vuelven ya con plata y llegan es contando la historia de lo que hicieron”.

E: ¿Cómo qué historias?

N: “Pues comienzan a contar por ejemplo, ellas dicen no, voy a ir a rebuscarme pa’ la bolsa o algo y salen, y al rato llegan diciendo que estaba con un viejito por allá o que estaba con un señor y que me regaló tanto por hacer... si ve... por hacerle sexo al señor o algo y esas cosas así”.

Como se menciona en el relato anterior, las ‘ollas’ parecen ser escenarios de comportamientos sexuales de alto riesgo. Una persona que vive con VIH relató:

“Uuuuuu claro, no le digo que se ve de todo, allá se ven manes con los mismos manes, lo que casi no se ve, o la verdad nunca he visto es viejas con otras viejas, pero si se ven lo que llaman las orgías, el intercambio de parejas y eso cuando la gente esta tan embalada prestan las jeringas o lo más chistoso es que a veces cuando están en el viaje y quedan dopados ahí todos tirados, llega y otro y le coge la jeringa y sin que se dé cuenta se chutea con la del más marica”.
Paula, 21 años.

No obstante lo anterior, también informan que el uso del condón es más probable cuando tienen relaciones sexuales con personas diferentes a su pareja habitual.

C., por un lado, dice que en las ‘ollas’ definitivamente hay relaciones sexuales sin protección y que hay intercambio de sexo por droga; de hecho, ella misma se ha prostituido (acepta que le paguen \$50.000 o que le den 20 papeletas de heroína) y ha sido víctima de las relaciones sexuales sin protección, pues su ex esposo la contagió de sífilis. Argumenta que la mayoría de las personas que van a las ‘ollas’ están contagiadas de alguna enfermedad debido a que no usan preservativo, comparten jeringas, o porque reutilizan los implementos para preparar la heroína, en los cuales muchas veces dejan restos de sangre, en las cucharas y latas, especialmente. Así mismo, afirma que solo hasta ahora está aprendiendo sobre los riesgos, nadie le ha enseñado nada, y lo que ha aprendido lo ha aprendido en la calle. De hecho, esto último lo afirman la mayoría de los entrevistados.

Por otro lado, J. dice que casi nunca se protege, y que además tiene una compañera con Sida y otra con hepatitis debido a que han compartido agujas con otras personas para inyectarse la droga. J y Jo., expresan que no han intercambiado sexo por drogas, pero compañeros y amigos sí lo han hecho; afirman que esto es algo muy frecuente.

“Sí, conozco a una muchacha que está con nosotros en tratamiento donde yo estoy, tiene Sida porque se intercambiaba agujas con un compañero con el que ella se inyectaba, entonces ese compañero le pegó el Sida; igual también tengo otra compañera que tiene hepatitis B por la misma razón y dicen que es un proceso largo y que hay algunas que no tienen cura. Un tratamiento de esos vale mucha plata, todo por no cuidarse, por no cada uno llevar lo de uno, sino por el afán, la ansiedad de usted irse a chutar no le importa qué tenga el otro compañero y ni cuenta se da, esas son las consecuencias que lleva”. Juan 20, años.

Una entrevistada dijo haber tenido sexo solo con dos personas, pero no se protegió con ninguna de ellas. Así mismo, afirma que nunca se ha prostituido ya que su esposo le daba el dinero para que no sufriera el síndrome de abstinencia.

En el grupo de personas por fuera de tratamiento, el intercambio de sexo por dinero o mercancías fue más alto: seis de los diez reconocieron haber incurrido en esa práctica.

Riesgos relacionados con el estado de salud y los servicios de salud

En esta sección, se incluyeron preguntas referentes a la situación de salud, a los problemas por los que consultan los entrevistados los servicios de salud, la experiencia que han tenido en la atención y las sobredosis, así como al diagnóstico de VIH/Sida y hepatitis.

En general los entrevistados expresaron padecer de distintas enfermedades que, en algunos casos, atribuyen al consumo de drogas; en el grupo de los entrevistados en centros de tratamiento, por ejemplo, uno de ellos dijo que a eso se debía su padecimiento de hipertensión y miocarditis. En las entrevistas individuales, una mujer reportó tener sífilis, enfermedad que le fue, según ella, transmitida por su esposo. En la entrevista grupal, otra de las mujeres entrevistadas afirmó sufrir de un trastorno depresivo, comentó acerca de dos intentos previos de suicidio y dijo que había sufrido una violación. Otro de los entrevistados dijo que sufre de taquicardia como resultado de una sobredosis en la que mezcló heroína con una benzodiacepina.

La frecuencia de infecciones de transmisión sexual fue mayor en el grupo de los que están en situación de calle: en un caso se informó sobre gonorrea, en tres casos se reportó haber padecido de sífilis, en dos de herpes y en dos de dolor inusual durante las relaciones sexuales. Cinco de los entrevistados dijeron haber consultado al médico por la sífilis. Por otra parte, dos informaron que tuvieron sobredosis, en un caso por cocaína (en el otro no hubo reporte). Con relación a la consulta médica, igualmente, cinco de ellos fueron atendidos hace menos de doce meses y el mismo número hace uno o dos años. El resto lo hizo hace tres o más años. Ninguna de las mujeres dijo haber ido al ginecólogo alguna vez.

En lo que respecta a la atención en salud, los consumidores de drogas en centros de tratamiento fueron atendidos hace menos de doce meses por algún profesional de la salud, lo que se explica por su misma condición de pacientes.

Una de las entrevistadas expresó haberse sentido discriminada, y sufrir ofensas y humillaciones por parte de las enfermeras por su condición de consumidora de heroína. No obstante, aclara, esto no ocurre en todas las instituciones, solamente en un centro de tratamiento; en general, se ha sentido bien atendida y tratada. Para los otros entrevistados la percepción de los servicios de salud es buena y dicen que, en la mayor parte de los casos, han recibido buen trato, como se resume en el siguiente fragmento:

“No, nunca, me han tratado como una persona normal”.

Con respecto a las sobredosis, uno de ellos dice que nunca va al médico, no obstante haber tenido una sobredosis. En total, de los veintinueve entrevistados seis informaron haber sufrido sobredosis. Aunque en algunos casos no supieron cómo fue la atención por haber estado inconscientes, hablaron de haber sido bien atendidos; pero hubo excepciones:

“Pues la verdad nunca, solo... no de centros de salud o de un hospital... una vez me dio sobredosis y me desperté a los ocho días entubada, cuando me desperté las enfermeras del hospital... de Armenia me recriminaban y me decían que ‘gas los heroínos’, que gas y no me inyectaban la... como yo meto heroína inyectada, no me inyectaban las inyecciones como debían sino que me las mandaban a ver si pegaba la aguja, se encholaba de una la aguja en el brazo y me decían vea sienta el dolor de verdad pa’ que deje esa..., usted es una ... porque ya está muerta en vida”. Carolina, 19 años.

Entre quienes están en tratamiento en la actualidad no existe la percepción de haber sido objeto de discriminación por su condición en el momento de acudir a los servicios de salud (salvo en un caso). Tampoco se manifestó inhibición de acceder a este tipo de servicios por temor a las autoridades, salvo en dos casos, en los que se dijo que tal prevención existía para la consulta a centros de urgencias.

Con esa apreciación coinciden las personas privadas de la libertad: las seis afirmaron haber tenido acceso a los servicios de salud sin sentirse discriminados. La mayoría de las veces buscan estos servicios para tratamientos odontológicos; algunos afirman que la calle los vuelve inmunes a las enfermedades. Uno de ellos rutinariamente se hacía exámenes de hepatitis o VIH, las pruebas siempre arrojaron resultado negativo.

“La verdad yo voy al médico cuando me siento mal o enfermo, por ahí una vez al año yo pienso que es la visita al médico, al odontólogo cuando me acuerdo, y de pronto de enfermedades o algo; no sufro de nada, no soy dependiente de insulinas, de cosas raras como medicamentos, no soy tampoco hipertenso, no tengo azúcar alto, nada de eso, nada de enfermedades...” Rodrigo, 34 años.

Igualmente, las personas con VIH/Sida entrevistadas mencionan que la atención en las IPS de salud es buena. Una de ellos refirió:

“Ahora que tengo Sida, pues sí claro, voy al hospital a las consultas de control que me hacen y pues la verdad la atención es buena, se preocupan por uno, a veces que por ejemplo no voy por allá, me

buscan y todo, a ver qué ha pasado con eso y las muchachas y los médicos son muy buena gente, no tengo que decir nada malo de ellos". Mariana, 23 años.

No sucede lo mismo con los entrevistados que se encuentran en situación de calle, pues informaron que sí se han sentido discriminados o maltratados en un hospital o centro de salud, por ser consumidores de drogas. En términos generales, como se expuso en los apartes anteriores, esta población parece estar más expuesta al panorama de riesgos abordados en esta investigación. No obstante, no se presenta la correspondencia con un mayor uso de pruebas para detección de VIH y VHB (Virus de la Hepatitis B), pues menos de la mitad respondieron haberse hecho la prueba para detección de VIH —para estos casos las pruebas arrojaron resultados negativos—; este comportamiento es, por demás, esperable: las personas en situación de calle no tienen el hábito de hacerse exámenes “de rutina”. De los diez hombres entrevistados, tres se han hecho la prueba y de las cinco mujeres, dos. Dos de los hombres que han tenido sexo con otros hombres se han hecho la prueba.

Mientras tanto, los entrevistados en centros de tratamiento, al ser cuestionados acerca de si se han hecho la prueba de VIH, respondieron afirmativamente, y todos contestaron que los resultados fueron negativos. La fecha de las pruebas en ningún caso fue anterior al año en curso.

Entre los usuarios de centros de tratamiento, hay un alto porcentaje de los que se han hecho la prueba de hepatitis B (cerca del 70%), aunque solo cuatro afirmaron haber sido vacunados. No se reportó ningún resultado positivo para cualquier tipo de hepatitis. Por su parte, entre los entrevistados en situación de calle, dos afirmaron haber sido vacunados contra la hepatitis B y solamente tres se hicieron el examen para detección de la infección por VHB.

Alrededor de la mitad de los entrevistados en centros de tratamiento (de un total de veintinueve) conoció a alguien infectado o muerto por Sida —persona allegada a ellos como amigo o pariente—, lo mismo reportaron ocho de los diez entrevistados en situación de calle.

Sobre los conocimientos acerca de la infección por VIH, todos los usuarios de centros de tratamiento saben que es posible infectarse por compartir agujas; solamente uno de ellos afirmó que no es posible infectarse por compartir otros utensilios que tengan contacto con la aguja; seis de ellos afirmaron que se puede reducir el riesgo dejando de inyectarse y utilizando drogas por otras vías⁷. En el grupo de entrevistados por fuera de centros de tratamiento se encontró que hay deficiencias en este tipo de conocimiento, lo que hace incrementar el riesgo en este grupo poblacional. Aunque solo una persona considera que no es cierto que se pueda adquirir el VIH si se usa una aguja utilizada antes por otros, están más divididas las opiniones con respecto a otros ítems de conocimiento sobre los mecanismos de transmisión de la enfermedad y las conductas preventivas: por ejemplo, la mitad (tres entrevistados) cree que el VIH se transmite por la picadura de un mosquito.

⁷ Esta respuesta podría indicar que no se entendió a cabalidad la pregunta, considerando las respuestas anteriores.

Para el equipo de profesionales de la salud, hay casos de sífilis y de VIH que son más comunes en la población que no se encuentra en tratamiento, que en otras. Aunque el médico y el auxiliar de enfermería consideran que los consumidores corren más riesgo por el comportamiento sexual que por la inyección de drogas, el médico informó de tres casos de hepatitis B y C asociados a compartir equipos de inyección.

Riesgos en situación de privación de la libertad

Para este análisis se incluyeron los internos en la Cárcel San Bernardo, así como los miembros del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) consumidores de drogas que estuvieron presos alguna vez.

Los seis jóvenes entrevistados llevan entre 3 días y 3 meses en la cárcel. Algunos de ellos dicen haber tenido constantes oportunidades de consumir drogas dentro del establecimiento penitenciario pero que no lo han hecho porque no sienten deseos o porque no quieren meterse en problemas. El entrevistado que lleva menos tiempo —3 días al momento del estudio—, expresa sentir un malestar muy grande debido a la abstinencia. Los demás afirman que en la cárcel se puede conseguir prácticamente todo lo que se quiera; sin embargo, en este momento prefieren no hacerlo y solamente fuman tabaco.

Entrevistador: ¿Ha tenido la oportunidad de consumir drogas en la cárcel?

Fabián, 21 años: “No, ni tampoco siento como deseos de consumir acá adentro”.

Los oficios de todos son informales: cargador, desyerbador, comerciante ambulante, reciclador, ladrón y repartidor de mercancía. De los seis, tres consumen heroína (C, J y L): C, de 19 años y J, de 21 años, consumen heroína desde los 16; P, de 22 años, consume heroína en ‘balazo’ (fumada) desde los 17, pero no consume ninguna otra sustancia, ni siquiera alcohol. Los otros tres entrevistados han consumido toda clase de sustancias —marihuana, alcohol, ‘perico’, basuco y pegante—, con diferentes intensidades y frecuencias. Los seis afirman no tener enfermedades.

Por su parte, seis de los usuarios de centros de tratamiento estuvieron privados de la libertad. Dicen que en esa situación se tiene acceso a las drogas, pero que no se inyectaron, mientras que una de las personas por fuera de centros de tratamiento en esa misma situación sí se inyectó heroína, con jeringas usadas y sin usar desinfectantes.

C. (quien es la persona que mayor tiempo ha estado privada de la libertad del grupo de los usuarios de centros de tratamiento), cuenta que a los 13 años estuvo seis meses en un centro para menores de edad y que allí un primo le entraba la droga. Mientras permaneció recluida se inyectaba; tenía una jeringa que le duró todo el año y la cual nunca limpió, razón por la que le dio flebitis. Dice que en la cárcel había disponible límpido⁸ y alcohol, pero que no los usaba por temor a los residuos o por temor a que le hicieran daño. Así mismo, uno de ellos dice estar

⁸ Marca comercial y nombre común para la solución de hipoclorito de sodio en Colombia.

seguro que hay consumo de heroína en la cárcel, ya que personalmente vio allí los implementos de consumo necesarios.

“No, no tuve la oportunidad de consumir, tuve que aguantarme. Creo que sí es fácil consumir en esos lugares, porque había una persona que tenía todos los elementos para consumir, aunque a uno lo requisan a la entrada, pero él tenía esos implementos para consumir”.
Jonathan, 19 años.

Percepción sobre la capacidad institucional

En esta sección se reunió la información procedente de los informantes institucionales acerca de acciones para prevenir los riesgos analizados anteriormente y para hacer frente a la situación creciente de prácticas relacionadas con el consumo de drogas que comprometen la salud pública.

De acuerdo con los funcionarios del INPEC, existen programas preventivos, de promoción y mitigación, pero incompletos y con poco personal capacitado. Para ellos, una dificultad importante es que no han logrado integrar a las familias de los internos a esos programas.

Por su parte, los profesionales de la salud consideran que la aparición de las drogas inyectadas es un problema relativamente nuevo para el que el sistema no está preparado. Manifiestan que están aprendiendo de la experiencia y que tienen poca información para enfrentar estos problemas.

A lo anterior se suma la opinión de los investigadores consultados: según ellos no hay una acción institucional visible; hay gente capacitada, pero no equipos. Tres de los investigadores señalan que hay un déficit en personal capacitado para manejar el tema. El otro, que está vinculado a las comunidades terapéuticas, tiene una visión un poco más positiva, en el sentido de pensar que hay varias instituciones que están capacitando a los profesionales.

Un investigador considera que hay una situación muy difícil por la asociación entre VIH y adicción, y también por los costos de la atención. Reporta que en Filandia, en el año 2009, tuvieron ocho casos y para 2010 seis, que fueron remitidos de Armenia por Sisben o por las EPS y son de estratos uno y dos. También han identificado casos de Lues (sífilis congénita). Otros tres dicen no tener ninguna información al respecto y que los tamizajes son caros y no hay recursos. Resaltan la importancia de realizar tamizajes en las poblaciones con mayor riesgo, pero subrayan que no hay recursos para cubrir estas acciones.

Las respuestas de los cuatro policías fueron muy dispersas: uno se refirió a los allanamientos de ‘ollas’, al DARE (Drug Abuse Resistance Education), y a órdenes de captura; otro indicó que la labor de la policía consiste en evitar que los niños vean a las personas que se inyectan y sean mal influenciados; el tercero dijo que su trabajo es preventivo y disuasivo, pero no dio detalles. El cuarto dijo que cuando una persona tiene problemas de consumo y trastornos psiquiátricos, lo llevan al hospital para que le den metadona.

VIH Armenia

Aun cuando el presente informe está básicamente organizado por temas (y no por grupos de personas que respondieron a las entrevistas), dada la importancia del problema del VIH se decidió presentar un apartado dedicado a él. Contrario a lo que ocurre en Medellín —donde fue posible entrevistar a 10 personas que viven con VIH—, en Armenia solo se pudo entrevistar a tres seropositivos, por lo que sus respuestas no están incluidas en el texto precedente.

Datos demográficos

Fueron entrevistadas tres personas: dos mujeres (de 23 y 26 años respectivamente) y un hombre de 39; una de las mujeres vive en unión libre y las otras dos personas son solteras. El hombre es de estrato uno, vive en una institución y no trabaja; una de las mujeres es de estrato tres, vive con la familia y tiene bachillerato completo; la otra tiene quinto de primaria y vive con su compañero.

SPA consumidas

Una de las mujeres empezó a los 12 años con cigarrillo, siguió con marihuana y luego pepas y ‘perico’ mezcladas con aguardiente; a los 17 años el novio le dio heroína inyectada y luego ella siguió consumiéndola en ‘balazo’ por un corto tiempo, pero perdió el efecto y volvió a inyectarse, mezclándola con grandes cantidades de basuco. El hombre empezó a los 25 años con ‘perico’ para mantenerse despierto (era conductor de un camión) y después siguió con basuco; actualmente solo consume marihuana todos los días. La segunda mujer empezó a los 12 años con cigarrillo y alcohol, a los 15 empezó a fumar marihuana todos los días y a los 18 empezó a consumir ‘perico’ con el novio.

Seguridad social

Dos son beneficiarios de Sisben y otra de Asmed Salud.

Tipos de tratamiento y resultados

La primera mujer mencionó que ha estado muchas veces en el Hospital de Filandia, pero afirma que no le ha servido para nada; la otra mujer dice que un muchacho cristiano le hace tratamiento con la Biblia. El hombre no ha acudido al Sisben, por lo que nunca ha recibido tratamiento.

Acceso a los servicios de salud

Discriminación

Los tres entrevistados afirmaron que siempre los han tratado muy bien en los hospitales, ya sea por las drogas o por el Sida.

Sobredosis

Solamente la mujer que consume heroína ha sufrido sobredosis, pero se negó a hablar de ello.

Riesgos en escenarios de consumo

Consumo individual o grupal

Las dos mujeres consumen acompañadas, mientras que el hombre dice que siempre consume solo.

“Pues nada, las personas que estamos allí somos estrato tres a cuatro más o menos, consumíamos tanto hombres como mujeres, por lo general no hacíamos fiestas ni nada de esas cosas, era un consumo más bien tranquilo, escuchábamos musiquita y cuando estábamos con nuestras parejas por lo general había un cuarto que destinábamos para tener relaciones allí o estar a solas con ellos y ya, eso era todo y nada más”. María, 26 años.

Descripción de lugares de consumo

Los entrevistados describen los lugares de consumo como sitios sucios en los que se ve todo tipo de consumo, todo tipo de personas —“desde recicladores hasta niños caribonitos”—, y mucha promiscuidad. Una de las mujeres dice que las ‘ollas’ son una ‘cochinada’, que están “llenas de indigentes y recicladores”, pero que los que compran son personas muy elegantes que llegan en sus carros.

“No, pues eso es una cochinada, hay basura por todos lados, eso allá son todos con todos, se ve de todo, mantiene mucho indigente metiendo pipa y las peladitas ‘putiando’ como locas por cualquier ‘pipazo’ y una ‘chutiada’, aunque es más común que sea por un pipazo que por heroína, como la heroína es más cara nadie la regala, ni la cambia, aunque uno si ve el ‘güevon’ que hace eso, pero noooo eso es raro la verdad, por lo menos yo no cambio mi dosis por nada [...] Sabe que allá en la ‘olla’ de la curva también se ven manes que tienen la astilla y van por las ‘puticas’ de las ‘ollas’, eso sí que se ve, en Simón Bolívar eso también se veía mucho pero ahora como están tan ‘güiridos’, ya la gente no baja por allá, pero allá se ven mucho las ‘puticas’”. Ana, 23 años.

E: Entrevistadora.

J: Juan.

J: “¿Lugares? Pues eso son casas muy feas, sucias la gran mayoría, aunque también se pueden ver casas común y corrientes, como decir la casa de su vecina, así, normales y allí también se vende de todo; las ‘ollas’ están en todas partes, allá mantienen las personas que reciclan, aunque uno también ve el niño caribonito, el que tiene plata allá metido, las personas son todas consumidoras y pues allá aunque hay mucha gente, se puede decir que uno consume solo, cada uno está en su cuento y ya”. Juan.

E: ¿Qué ha visto usted en estos lugares?, las personas que están allí ¿consumen heroína?

J: “Uy no, eso ya es otra historia, en esa gente sí se ve de todo, cómo le parece que una vez estaba en un roto de esos y me quedé mirando una pareja de muchachitos que entraron y cuando menos, miré y vi ese pelado chuzando a la muchacha y ahí quedaron como muertos”.

E: ¿Y pudo ver si utilizaron la misma jeringa?

J: “Sí claro, no le digo que esa gente antes y no tiene de todo, pobrecitos o tendrán y ni sabrán que tienen, yo no sé ese mundo es muy oscuro”.

E: ¿Qué más pudo observar en estos lugares?

J: “No, pues la promiscuidad es una cosa aterradora, eso son todos con todos y todas con todas y qué pesar porque se ve gente, que yo creo que son menores de edad y en ellos se ven cosas que en los viejos no se ven, como la prostitución, tanto de hombres como de mujeres, homosexuales, eso se ve mucho y lo peor es que como están en su cuento de la droga no se protegen, no usan condones y eso terminan con una y siguen con la otra, y pues me imagino que esas niñas no planifican y por eso es que hay tantos bebes, yo no sé, eso lo único que se ve es un desorden pero bien teso”.

Riesgos asociados a los escenarios

E: Entrevistadora

M: María

M: “La verdad es que el que le diga que no sepa qué le pasa con la droga o en las ‘ollas’, o los que consumen en las cañadas, en los montes, eso es mentira, todos sabemos qué nos puede pasar, mire por ejemplo a mí, yo sabía que si compartía jeringas me podía pasar algo, pero me dio la gana de hacerlo y vea, eso tengo o quién sabe si fue por no cuidarme cuando me acostaba con los maridos que he tenido, porque eso es otra vuelta, que cuando uno anda en el embale, no tanto de heroína pero de las pepas, la marihuana, o cuando se toma sus copitas y le dan ganas, usted me entiende, uno se le olvida todo y no se cuida, solo cuando esta medio bien y ya, eso sucede mucho cuando está en esta vuelta”.

E: ¿Podría nombrarme algunos riesgos más?

M: “A uno le puede pasar de todo, desde una pelea de palabras hasta la muerte”.

Familia

El hombre carece por completo de familia (nunca conoció al papá y afirmó que su madre murió cuando tenía 15 días de nacido); una de las mujeres, por el contrario, dice que su familia ha sido lo mejor que ha tenido, aunque tiene claro que sus problemas de consumo de drogas se deben a los conflictos familiares que tuvo que vivir, pero que eso ya pasó.

Riesgos por prácticas sexuales

Intercambio de drogas por sexo

La mujer que se inyecta heroína niega haber tenido ese comportamiento, pero otro informante que la conoce dice que sí se ha dedicado a la prostitución. Cuando se le pregunta si ella ha visto eso, dice lo siguiente:

“Uuuuu claro, no le digo que se ve de todo, allá se ven manes con los mismos manes, lo que casi no se ve, o la verdad nunca he visto es viejas con otras viejas, pero sí se ven lo que llaman las orgías, el intercambio de parejas y eso cuando la gente está tan embalada prestan las jeringas o lo más chistoso es que a veces cuando están en el viaje y quedan dopados ahí todos tirados, llega y otro y le coge la jeringa y sin que se dé cuenta se chutea con la del más marica”.
Paula, 21 años.

Conocimiento sobre riesgos a nivel sexual

Los tres tienen un conocimiento básico y superficial sobre enfermedades de transmisión sexual, pero dicen que mucho de lo que saben lo han aprendido a raíz de estar infectados con VIH.

“La verdad es que la información que tengo ahora la vine a saber porque tengo Sida y a uno le enseñan muchas cosas cuando participa de esos programas, pero antes no tenía ni idea, pues de pronto lo normal como por ejemplo, que podía contagiarme de una enfermedad venérea o por ejemplo que en una pelea me mataran, por los sitios encerrados, caer en la cárcel, pero hasta ahí, de ahí en adelante no más”. Juan.

Parafernalia

La mujer que consume heroína piensa que se infectó de Sida por compartir agujas con un amigo que ya murió. El hombre dice haber visto usar jeringas nuevas y usadas, y que utilizan agua de charcos, agua de lluvia, saliva y algo para amarrarse el brazo.

“Pues vea, al principio, como ya le dije, consumía con un loco de novio que tenía y él fue el que me chutó por primera vez, yo creo que por ahí dos o tres meses consumía con él, pero él se la chutaba y yo me daba mis balazos y siempre consumíamos en la casa de él, porque él vivía solo y no teníamos problema; ya después de terminar con ese man, yo ya estaba muy poseída y mantenía en las ‘ollas’, pero como le dije con meros balazos y ya, después cuando empecé otra vez a chutarme tenía un parcerito que ya se murió y yo creo que ese güevón fue el que me pringó el Sida porque nosotros nos inyectábamos con la misma aguja cuando estábamos paila de plata, él me inyectaba a mí primero y después él, aunque no siempre era con la misma, porque no, a veces teníamos platica y comprábamos para los dos lo de cada uno, él y yo consumíamos en una ‘olla’ de tigreros o

en la curva, allá manteníamos los dos, solo salíamos a evolucionar lo de la dosis y volvíamos a meternos a ese hueco, ya cuando él se murió, que en paz descanse, yo ya soy sola con mis vueltas, aprendí a chutarme, y muchas veces no me cogía las venas como era, pero ya aprendí, ya sé como es la vuelta y bueno, yo no comparto con nadie porque la gente lo quiere conspirar a uno y no aguanta, lo único que hacen es dañarle el viaje a uno y ya”. María.

5.2. MEDELLÍN

En el siguiente cuadro se presenta la ubicación institucional de cada tipo de participante en el estudio:

INSTITUCIÓN	TIPO DE ENTREVISTADO
Hogares Claret	Pacientes y funcionarios
Fundación La Luz	Pacientes y funcionarios
ESE Carisma	Pacientes y funcionarios
Fundación Remar	Pacientes y funcionarios
Luchemos por la Vida	Pacientes
Opción Vida	Paciente
Fundación Raza	Pacientes y funcionarios
Centro Día	Consumidores en situación de calle
La Calle	Consumidores en situación de calle
Centro Cita	Funcionarios
INPEC	Funcionarios e internos
SIJIN	Policías
Policía Comunitaria	Policía
CIAF	Investigador
Surgir	Investigador
Luis Amigó	Investigador
Universidad CES	Investigador
Secretaría de Salud	Funcionarios

Información sociodemográfica

Con el propósito de lograr una ubicación general en el perfil sociodemográfico de los entrevistados, se presenta información básica acerca de los consumidores en los distintos subgrupos incluidos en la investigación. No se tienen en cuenta los representantes institucionales que se ubican como otro tipo de informantes en el marco de este estudio.

Los entrevistados en tratamiento fueron treinta y nueve personas distribuidas así: de diez de ellos se obtuvo información mediante entrevista estructurada; de los veintinueve restantes, a diecinueve se les hizo entrevista individual semiestructurada

y los otros diez participaron en una entrevista grupal. En este grupo participaron cuatro mujeres. Todos estuvieron entre los 16 y los 45 años.

Las edades en el grupo de entrevistados sin tratamiento por consumo de drogas al momento de la investigación estaba entre los 18 y los 57 años. En ese grupo se entrevistaron dieciocho personas de las cuales cuatro fueron mujeres. El grado de estudio del conjunto total fue desde la secundaria incompleta hasta algunos semestres universitarios y una carrera técnica.

El estrato de la vivienda estuvo en todo el rango (de uno a seis), si bien el lugar de habitación más frecuente fue la casa de algún familiar.

En ninguno de los casos los entrevistados informaron que convivían con su familia nuclear completa: en algunos casos vivían solos, en otros con alguno de los padres y los hermanos.

Los ingresos de los entrevistados correspondieron a fuentes distintas a empleos formales, como trabajos informales; beneficencia; aportes de la pareja, familia o amigos; hurtos; venta de drogas; ventas ambulantes; oficios propios de la calle —como limpiar parabrisas o reciclar—, así como también las relaciones sexuales por dinero.

Con respecto al grupo con VIH/Sida, fueron entrevistados ocho hombres y dos mujeres; tres de ellos son de estrato socioeconómico tres, tres de estrato cero, dos de estrato dos, uno de estrato seis y otro de cuatro. Hay cinco personas de más de 44 años (el mayor tiene 47) y los demás tienen entre 23 y 39 años. Ocho son solteros, uno en unión libre y uno casado. Siete no trabajan actualmente. En cuanto a nivel educativo hay dos personas con primaria, tres con bachillerato incompleto, dos con bachillerato completo, dos diseñadores gráficos y un técnico de sistemas.

Relaciones con la familia

Como en el caso de Armenia, la familia puede constituir un factor predisponente para el consumo de drogas, dados los antecedentes de estas conductas en el ámbito cercano al sujeto, aunque haya factores individuales que inicialmente alejen al sujeto del consumo.

“Tengo un hermano que consumía marihuana, mi padre, cuando vivía, también consumió la marihuana, en mi caso no me gustaba fumar marihuana, ni me gustaban las drogas, es más, me caía mal la gente que consumía, yo discriminaba mucho a los drogadictos, la droga la empecé a consumir cuando llegue a la cárcel, dentro de la cárcel fue que me relacioné con amigos consumidores y ellos me incitaron a consumir marihuana...”. Ricardo, 19 años.

En otra entrevista aparece una situación similar:

“Yo tuve un hermano que murió hace un año y tres meses; él estuvo años y años de consumidor de droga, ya estaba viviendo en la calle; yo tengo cuarenta y cinco años pero yo la droga la conocí a los treinta y ocho, ya estaba muy adulta, muy vieja como se dice, por eso yo digo que la droga no escoge ni edad, ni sexo, ni raza, ni religión, no escoge nada...”. Rocío, 45 años.

Al igual que en el caso de Armenia, hubo relatos de relaciones familiares conflictivas, aunque en algún momento de su historia como consumidores sus allegados hayan intentado apoyarles.

“Yo estuve en un clínica de reposo por una sobredosis, la atención bien porque cuando eso me la pagaba mi papá, cuando eso estaba recién iniciado en el consumo entonces tenía como ese acercamiento con la familia y a mí me recogió un conocido en la calle pasado el momento en que yo caí inconsciente... el pronóstico del médico fue que yo quedaba en estado vegetal porque yo me encerré un mes a soplar y a beber y no comía...”. Freddy, 25 años.

En algunos casos, la familia mantiene su apoyo a lo largo del tiempo, aunque la situación de consumo no se resuelva, como se puede leer en el siguiente extracto.

“Lo que es mi hermana, ella es muy consciente de lo que yo en este momento estoy enfrentando, se mantiene muy pendiente de mí frente a las drogas, toda mi familia hace mucho énfasis y me muestran lo que es bueno y lo que es malo; siempre han tenido la droga como algo malo que preferiblemente nunca llegara a consumirla, siempre he recibido esa educación desde que vivía con mis papás, siempre me inculcaron que no me metiera con la droga, lastimosamente la curiosidad me llevó a consumir”. Pablo, 31 años.

El relato de los entrevistados muestra, en la mayoría de los casos, relaciones familiares deterioradas que se evidencian en falta de apoyo y contacto, aunque en un caso se comentó un gran apoyo por parte de la madre:

“Evito estar con mi familia por lo que te conté anteriormente, porque se ha creado mucha desconfianza, muchas han sido las oportunidades de salir adelante por medio de ellos y no he cumplido, no les he correspondido a ello, entonces, de pronto, las puertas están un poco cerradas...”. Gustavo, 45 años.

Si bien el relato apuntó hacia familias incompletas (ausencia de alguno, ya sea del padre o de la madre), la figura materna apareció en varios de ellos como el apoyo en los momentos de crisis.

Santiago 21 años: “Mi mamá me llevo a Metrosalud a unas cosas de esas del Sisben a la unidad intermedia y sí, me pusieron como un antiespasmódico, me bajó el mono mucho y me demoraron allá todo el día, y la solución que le daba la doctora a mi mamá era que siga tirando hasta que vea un cupo en “Carisma” pero lo único que puede hacer, porque usted acá no puede venir todos los días por un mono, siga tirando heroína hasta que le salga el cupo.

A pesar de que es posible el apoyo en un primer momento, lo común es que las relaciones con la familia se deterioren y se produzcan distanciamientos:

“En la indigencia vivía con mi compañera de unión libre, con la cual llevaba nueve años conviviendo con ella, también se encuentra presa en este momento, por lo mismo, por el consumo y expendio de estupefacientes. La familia frente al consumo de estas sustancias la

rechazan; rechazan de antemano todo tipo de comportamiento tanto delictivo como de consumo, no están de acuerdo en ningún momento con eso". Manuel, 24 años.

Por su parte, las respuestas de las personas viviendo con VIH/Sida son completamente variables: desde las dos personas que reciben, incluso actualmente, total apoyo, hasta aquel que se siente discriminado por su familia desde que esta supo que tenía VIH; algunos dicen que la familia es indiferente ante el consumo, otros que son “antipáticos” y otro dice que en su casa todos consumían.

Tratamientos por drogas

Prácticamente todos los entrevistados actualmente en tratamiento tuvieron algún tratamiento previo para dejar el consumo de drogas, que fueron, en su mayoría, del tipo comunidad terapéutica, salvo en el grupo de las personas con VIH/Sida, en el cual seis no han estado en tratamiento; las otras han estado en instituciones como Centro Día (albergue), La María, Calor de Hogar, Carisma, Hogares CREA y FFARO; esto implica que la mayoría ha estado en comunidades terapéuticas.

Del grupo focal de personas que no estaban en tratamiento (personas en situación de calle), ninguno había tenido experiencia terapéutica; en el grupo focal de personas en tratamiento, tres personas habían tenido acceso al mismo, dos de ellas en Carisma.

En cuanto a servicios que ayudan a la reducción de riesgos de ITSS dentro de los centros de tratamiento, solo un entrevistado dijo haber estado en una entidad en la cual le suministraban condones, en ningún caso jeringas. En su mayoría reportaron haber recibido la recomendación de usar condón y jeringas nuevas y estériles, aunque de acuerdo con los reportes no es usual que les faciliten la realización de la prueba de VIH y menos la de VHB.

De las personas con VIH/Sida, cuatro aseguran que el tratamiento no fue efectivo, pero dos de ellos dejaron de consumir por voluntad propia. De los dos restantes, uno dice que la ayuda espiritual le sirvió, y el otro asegura que gracias al tratamiento lleva ocho meses sin consumir nada.

Prácticas y riesgos por consumo de SPA

De acuerdo con los integrantes del Comité Asesor, ha habido un incremento en el consumo de heroína desde el 2000, pues los usuarios comparten parafernalia (la tendencia es a compartir jeringas sólo con la pareja o con un amigo íntimo) y tienen conductas sexuales de riesgo. No están tan desvinculados socialmente como en otros países, son muy jóvenes, hay muchos universitarios. Entre ellos la hepatitis C y el VIH están aumentando. El estudio realizado en Medellín con población escolarizada en el 2009 mostró que el 0,7% está actualmente consumiendo heroína y que se iniciaron alrededor de los 12 años, primero inhalando y luego inyectándose⁹.

⁹ Estos datos deben considerarse dentro del contexto del estudio reciente (2009) de escolares, con la debida precaución. Las edades de inicio reportadas allí serán más tempranas que en un estudio con personas de mayor edad, como en el caso de esta investigación.

Al respecto, hay que señalar que la ESE Carisma informó de ocho casos de hepatitis C en usuarios de heroína. El Comité Asesor coincidió en subrayar la importancia de prestar más atención a esta enfermedad, ya que representa un alto riesgo de salud pública.

Hay una historia de policonsumo en casi todos los casos (salvo en uno en el que el consumo solamente ha sido de morfina). En un caso, el consumo de drogas se dio desde la primera infancia, dado que la persona vivía en un expendio de psicoactivos. En general se observa un inicio muy temprano del consumo de drogas, con una tendencia al inicio con alcohol y cigarrillo entre los 8 y los 18 años; luego con la marihuana entre los 11 y los 18, posteriormente con inhalables, entre los 12 y los 17. El consumo de heroína tendió a darse entre los 14 y los 19, aproximadamente hacia los 17 años.

“Drogas he probado casi todas, pues las que he conocido las he probado. Lo que me he inyectado es heroína y perico”. Darío, 23 años.

La percepción que tienen los funcionarios de salud es que en Medellín ha aumentado el consumo de drogas, especialmente el de heroína inyectada; hay programas de sensibilización para personas en situación de calle, pero el consumo de heroína no es común en ellos. Afirman que existen datos disponibles de investigaciones recientes, pero no tienen claridad sobre las dimensiones exactas del incremento. Saben y han escuchado de casos de personas que también se inyectan cocaína —una de las funcionarias cree que a veces lo hacen para controlar el síndrome de abstinencia—; también han identificado que hay abuso de sedantes y estimulantes inyectados, especialmente en personal de salud que tiene acceso a ellas.

Los funcionarios de salud afirmaron que reconocen a los consumidores por los moretones y los pinchazos en las extremidades; por las infecciones que presentan en brazos y piernas; los ven somnolientos, ensimismados y agotados, muestran desinterés por las actividades cotidianas; también porque cuando van a urgencias o a consulta exhiben comportamientos de riesgo. Los más difíciles de detectar son los que se inyectan por vía intramuscular.

La historia de consumo de los entrevistados en tratamiento no dista de la que se encuentra en la población general: entre los 8 y los 18 años se inicia el consumo con alcohol y cigarrillo; el consumo de marihuana aparece entre 11 y los 18, seguido del de inhalables y cocaína. El consumo de heroína sucedió más tardíamente, entre los 14 y los 18, tendiendo al límite superior. En ese mismo rango de edad se dio la inyección de drogas por primera vez.

El grupo de entrevistados por fuera de tratamiento tuvo una historia similar, pero más dilatada en el tiempo. Esto se pudo deber a que el grupo por fuera de tratamiento estuvo en un rango de edad mayor.

Los entrevistados relataron haber tenido un consumo intenso en el último año de alcohol, cigarrillos y especialmente de cocaína.

El Comité Asesor coincide en que los consumidores comienzan con marihuana, siguen con cocaína y terminan con heroína. Casi todos han comenzado por otras SPA y la marihuana tiende a permanecer; muchos se automedican con Rivotril®, y la tendencia es a disminuir el consumo de alcohol; consumen basuco ocasionalmente.

Habría una comorbilidad alta: psicopatía, depresión, esquizofrenia, hiperactividad y retardo mental. El 60% de los que consumen heroína se la inyecta, el 25% la inhala y el 15% restante la fuma. De hecho, la heroína es más barata que el basuco, porque sólo pueden consumir una cantidad limitada, con el basuco no hay límites; el hecho de que sea barata abre las puertas a un nuevo grupo: los que viven de mendicidad, reciclaje y pequeños robos.

Se dice que hay una promoción “agresiva” del consumo de heroína, pues los jibaros la regalan a quienes van a comprar otras drogas.

En cuanto a la inyección de drogas, entre los entrevistados hubo quienes declararon haberse inyectado heroína, cocaína, la mezcla de las dos anteriores y Diazepam®.

Los usuarios de heroína hablaron acerca de los utensilios y los problemas para su uso higiénico, relacionados con las circunstancias de consumo y la calidad de la droga en sí misma:

“Cuando yo compraba material muy malo no tenía algodón, entonces había que filtrarlo, cualquier cusca que veía por ahí le cogía el pedacito de filtro bueno aunque era mío para poderla sacar, pues no había como higiene, para uno aliviarse no le importa nada”.

“Yo llegué a tener esta vena como podrida, y digamos en este momento me dice la doctora que yo tengo las venas calcificadas, y pues esta vena era la que mejor me cogía y llegaba el momento en que yo tenía eso como ya podrido sabiendo que tenía más venas; pero como esa es la más rápida y así uno todo aporreado se sigue inyectando en el mismo sitio; a veces del desespero, por ejemplo, se me caía la jeringa y cogerla así o en un baño se le caía a uno y uno la limpiaba como con los dientes... o a veces que se le tapona a uno la jeringa, entonces le tocaba a uno irse con la jeringa y echarla a la cuchara otra vez o irse con la cuchara a la farmacia disimuladamente a pedir otra jeringa porque se dañan tanto por la calidad tan mala”. Carolina, 24 años.

Algunos mezclan la heroína para rebajarla, hacer rendir más la compra y lograr efectos más placenteros:

“El caso mío yo me iba para la casa y lo fraccionaba, ya fuera con cocaína o cloruro de sodio al punto nueve, y como en la familia hay varias personas que trabajan en el área de la salud para mí era muy fácil acceder a la jeringa, más que cogía las de insulina que son muy delgaditas y el émbolo es muy delgado también y la jeringa reduce mucho el daño de rasgarse uno la misma vena; o sea, siempre tenía la curiosidad de no hacerme daño porque en sí el miedo a la aguja persiste pero cuando yo tenía muy dañadas las venas recurría a la intramuscular; buscar la forma es muy fácil... No, es que cuando usted está encaprichado y quiere meterse el chute lo hace por donde sea, hasta aquí en la yugular”. Santiago, 21 años.

Lo más común entre los entrevistados es que se hubieran relacionado en los últimos doce meses con alguien que se hubiera inyectado drogas. Ese alguien fue un conocido o amigo y, en menor grado, una pareja sexual.

De acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, los “heroínos” tienen grupos, se conocen y se ayudan cuando ocurren sobredosis. Estas personas suelen presentar ideas suicidas¹⁰; las mujeres tienden a consumir en parejas, los hombres solos.

Al inicio del consumo de sustancias inyectadas, es común que la inyección la aplique un tercero. Sin embargo, los entrevistados reconocen que en las aplicaciones siguientes se corren riesgos de lesiones por malas prácticas, relacionadas también con la sensación de urgencia previa a la inyección.

“Al principio siempre hay alguien que le está enseñando a uno, en la universidad habían siempre unos pelados de química que eran prácticamente los expertos en eso, ellos se metían a los laboratorios y como médicos prácticamente llegaban y ¡pá pá! le cogían a uno la vena, cogían la jeringa, una 45 y ¡pá! de una... entonces uno estar viendo eso prácticamente se obliga a hacerlo por los propios medios, llega un punto en que uno ya dice ‘yo ya soy capaz’; hay mucha gente que no puede cogerse la vena y eso es un problema porque estas personas son las que más se dañan las articulaciones; claro, cuando usted menos lo piensa usted esto ya lo tiene hinchado como si estuviera a punto de engangrenarse, uno ve muchas cosas de ese tipo, pero por ejemplo en el caso mío sí fue una persona la que me enseñó, esta persona la sabía inyectar muy bien”. Carlos, 22 años.

Según los relatos, los usuarios de drogas inyectadas desarrollan conocimientos y habilidades para tal práctica. Sin embargo, son frecuentes los accidentes y las malas aplicaciones.

“La gente dice ¡ah! que la jeringa y tal, pero la jeringa que nosotros utilizamos es la de insulina y hace poquito, como un domingo, me levanté como a las 10 de la noche, no había farmacias y yo tenía una caja de planificación que me habían dado en la universidad, tocó coger esa jeringa ¡ah! me voy p’al baño y ¡pá! me lo pegué y eso es intramuscular en la vena, cuando me saco me chupaba la sangre para que no se perdiera nada porque se sale...”. Clara 23, años.

E: entrevistadora

C: Carlos, 22 años.

C: “O lo otro es que casi siempre sacan sangre en el émbolo, después ¡taque! meten otra vez... por ejemplo, un compañero mío de consumo que él también venía acá y que en este momento está como un vegetal a causa de un speed”.

E: ¿y qué diferencia hay de inyectarse en las venas a inyectarse en los músculos?

C: “En la vena es más rápido”.

“En el músculo no podés llegar a sentir nada, para que llegue a la sangre eso se vuelve como una roncha, da salpullido. A mí me

¹⁰ En un estudio previo de Nuevos Rumbos y UNODC/MPS (2010) se encontró algo similar.

enseñó fue una enfermera, yo estaba en la universidad y ella al lado y me dejó mi novia de dos años, se me volvió basuquera y yo pues deprimido y yo llegué allá a la universidad y pedí un pase cuando una muchacha me dijo —yo se lo doy pero venga acompáñeme a la casa,—yo se lo doy, pero si se inyecta, y yo le dije que bueno, compramos dos jeringas ¡ah! pero con otra nueva entonces ella me cogió y ese día fue la peor loquera, tomamos pastillas”. Alejandro, 24 años.

También hubo entre los entrevistados quienes informaron haber ayudado a otros a inyectarse. Uno de ellos reconoció haber utilizado una jeringa ya usada y haberse inyectado una solución compartida, así como haber compartido recipientes y otros utensilios de la parafernalia.

Varios de los entrevistados han oído de prácticas riesgosas, como hacerse inyectar por un desconocido en un sitio oscuro y a través de un muro. También han visto que se reutilizan jeringas y en un caso se reconoció haber incurrido en esa práctica, aunque conocen acerca de los riesgos.

Lo más común es que la jeringa no fuera completamente nueva en la mayoría de las aplicaciones (aunque hubo una persona que dijo que siempre usaba jeringas nuevas). Por lo regular las jeringas no se obtienen de forma gratuita: son vendidas, las usadas a precios muy bajos, o son recogidas de la basura o del suelo.

“Y la aguja no es que uno se chute y la bote sino que le dura a uno mucho rato, ya que uno veía que no tenía punta, que entra como rasgado...”. Clara, 23 años.

“Y le duele a uno. Hace poquito se murió un pelado que le decían niño rico por una infección, le dio dizque un aneurisma por eso mismo de no saberse coger”. Alejandro, 24 años.

El siguiente fragmento de la entrevista a un consumidor en tratamiento, predica acerca de la reutilización de las agujas.

“Pues si alguien no tiene jeringa pues se las chutan, dentro de la cocaína preparan la heroína, la revuelven, hay veces, la cocaína con la heroína y se la inyectan. Eso la guardan un tiempo y vuelven y la utilizan; pero no sé cuantas veces. Tengo un amigo que hace tiempo que no lo veo y él sí consumía inyectado y él compraba la jeringa en una farmacia, se inyectaba y la guardaba; ellos guardan la jeringa hasta cuatro veces y con la misma jeringa se inyectan varias veces. En un día, una persona, me imagino que se puede inyectar por ahí cuatro o cinco veces”. Carlos, 22 años.

Aseguran que muchos comparten jeringas, especialmente cuando están muy mal (con el síndrome de abstinencia). Hay un intercambio de sexo por droga de tipo homosexual, pero esto es lo último que se hace, antes recurren a hurtos y robos.

“Al principio uno no es consciente de los riesgos o del síndrome de abstinencia; los riesgos son muerte, sífilis, hepatitis e infecciones [...]. A uno se le cae la jeringa y la recoge del suelo y la limpia de cualquier forma porque no hay ninguna higiene”. Clara, 23 años.

Al igual que en el estudio ya mencionado (Nuevos Rumbos, 2010), los usuarios manifiestan que tenían un conocimiento muy pobre o ningún conocimiento acerca de las implicaciones del uso de drogas inyectadas.

“No, yo la primera vez no sabía qué era eso, cuando ya... yo no copié porque yo estaba muy mal yo me quería era morir, cuando después que no, que yo llevaba un mes consumiendo y no, pues consumía todos los días cuando yo no sé a qué hijuemadres le dio porque eso se enferma que no se qué, ahí mismo la psicología, uno se enferma y yo decía es que estoy muy enfermo y uno se mete eso en la cabeza y es más psicológico, eso sí le duele a uno mucho pero al principio que eso se enferma y uno no sentía nada cuando le dicen eso ya uno si se empieza a psicosisar y a sugestionar”. Alejandro, 24 años.

La siguiente frase dicha por una mujer en tratamiento por consumo de drogas, sirve para ilustrar un punto importante: el conocimiento incompleto de los riesgos que se corren en condiciones muy propicias para la transmisión de ITSS.

“Yo sabía que no debía compartir ni jeringas ni agujas, pero no sabía que por compartir el agua me podía infectar y me pasó”. Clara, 23 años.

Escenarios de compra y de consumo y riesgos asociados a ellos

Como se evidenció en un estudio anterior, el usuario de heroína en la ciudad de Medellín por lo regular accede a esta sustancia en un lugar público, alguna esquina que se le indique, por ejemplo. Dadas esas circunstancias, es frecuente que el sitio de compra y de aplicación no sea el mismo. Esto se debe, aparentemente, a que la policía presiona a las ‘ollas’ donde se vende heroína. Al igual que en Armenia, se dice que el distribuidor de la ‘olla’ prefiere descentralizar la venta, para evitar que su negocio sea asociado con heroína, lo que le generaría el riesgo de pagar más “cuota” (soborno) a las autoridades, o de ser más perseguido.

No obstante, no es del todo claro que la heroína no se venda en ‘ollas’ por las razones expuestas. Otras razones apuntan al temor de los distribuidores porque se presenten complicaciones y muertes relacionadas con el consumo. Según el Comité Asesor, las razones para que la heroína (por lo regular) no se venda en ‘ollas’, tienen que ver con que se trata de otro mercado, de comerciantes especializados que tienen una clientela aparte.

“En general, para comprar la heroína primero que todo usted tiene que tener un contacto, eso no es generalizado, como los padres o la gente que estudia y que cree que eso es en una plaza: no, eso no es así, eso primero que todo tiene que tener un contacto, yo el contacto lo tenía por un celular y en cualquier punto de la ciudad decían: vaya a tal parte, allá los esperan o si no dónde. En la floresta porque allá uno conseguía pues los pesados más duros por decirlo así, con una pureza más alta, pesados que costaban \$25.000 o \$40.000 y de esta manera usted conseguía la heroína y se iba a diferentes partes; unos los revendían, otros los mezclaban”. Carlos, 22 años.

Los entrevistados dicen que su preferencia es inyectarse cuando están solos, aunque esto puede suceder en un lugar público, donde no sean vistos. No obstante lo anterior, a veces consumen en ‘ollas’, especialmente cuando se encuentran con amigos o cuando requieren la administración urgente de una dosis. La inyección es muy poco común en las ‘ollas’ donde ellos van; todos han visto que muchos de los que se inyectan comparten jeringas.

E: Entrevistadora

C: Clara, 23 años.

E: Me gustaría que me contaran cómo son los sitios donde consumen heroína y dónde se inyectan.

C: “Más que todo en los baños o en ‘ollas’ o en un rincón... pero los baños son como más...”

“Y uno ve como una zona de tolerancia o que por ejemplo yo lo hacía mucho en la calle, a mí en los baños no pagaba porque yo decía, si le invierto digamos 500 pesos al baño me sirve para los cigarrillos o para la aguja, entonces donde habían basuqueros debajo de un puente, así pues nada de higiene, porque yo tampoco he visto pues el primer heroína que coja y se limpie... entonces pues en cualquier parte lo hace uno, o en la casa”.

“Yo casi siempre era en la casa, pues yo bajaba y compraba y era en la casa o en el trabajo, siempre”. Guillermo, 23 años.

Los sitios donde se mueve el expendio y el consumo de heroína son Villa de Aburrá, Parque del Periodista, la Plazuela de Zea, sector de Zea, especialmente los sectores cercanos al parque, Carlos Lleras, Torres de Bomboná, a lo largo del río Medellín, principalmente en los alrededores de la calle San Juan a Colombia, de San Juan hasta la 33, de Colombia hasta Barranquilla; a toda la parte del río; cruzan por ejemplo entre el río y van a la plaza minorista; se proveen y vuelven y corren y atraviesan la autopista. Otro sector de consumo fuerte, son los sectores de consumo de drogas legales donde entran más las ilegales. En otras palabras vías abiertas: establecimientos de consumo de licor, la 33, calle Colombia, la carrera 80, algunos sectores de la 65, la 70, algunos sectores del centro y algunos núcleos del poblado como la calle 10 y el parque Lleras (Sectores que son de alto consumo de licor). También están, obviamente, núcleos cercanos a algunas universidades de la ciudad identificados por ser sitios de consumo.

De acuerdo con el Comité Asesor, en la “zona rosa” de Medellín hubo, en algún momento, puntos de degustación de heroína.

Las ‘ollas’ son descritas como sitios de ambientes malsanos:

Entrevistadora: ¿Y cómo es el consumo en una olla?

Esteban, 32 años: “¡Eso es como el infierno! ¡Una mano de gatos! Las mujeres le caen a los que tienen droga, se les sientan en las piernas o se sientan al frente de él en cuclillas con las piernas abiertas para que les vean la... A los que se mueren los sacan a la calle en un costal”.

Prácticas y riesgos sexuales

Como se dijo antes, algunos entrevistados reportaron que una forma de subsistencia podía ser tener sexo por dinero, incluso uno asegura que hay empresas de prostitución en las que a las mujeres les pagan con droga. El número de personas con las cuales se reconoce haber tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses es notoriamente más bajo que en Armenia (tres fue el mayor número). El uso del condón no es muy frecuente, de acuerdo con los reportes, aun cuando se trate de parejas ocasionales.

“A uno le explican que no debe de tener sexo sin el preservativo, pero en el caso mío es todo lo contrario, cuando estoy bajo el efecto de las drogas no le paro bolas al condón, es una locura, lo hago sin condón no toma uno como en serio esas medidas de prevención...”. Gustavo, 45 años.

Dos de los hombres han tenido relaciones homosexuales sin precaución, uno de ellos a cambio de dinero, y una mujer afirmó haber tenido relaciones bisexuales, igualmente sin precaución al estar bajo los efectos de SPA. Tres de las mujeres entrevistadas dijeron que habían recibido dinero o mercancías a cambio de relaciones sexuales. En las instituciones que atienden a personas de nivel socioeconómico alto no han encontrado evidencia de intercambio de sexo por drogas, pero en las que atienden niveles poco favorecidos sí.

En cuanto a la asociación del consumo de heroína con prácticas sexuales, aunque se mencionó que existe ese nexo, también hubo cierto consenso en que su consumo disminuye el deseo sexual y las sensaciones placenteras. No obstante, según los entrevistados el consumo de las drogas y particularmente de la heroína puede llevar a prácticas sexuales diversas cuya finalidad es obtener la sustancia, a modo de intercambio.

Entrevistadora: ¿Qué tan común es el intercambio de drogas por sexo?

Alejandro 24 años: “En los maricas; en Carisma ha ido mucha gente así, homosexuales y he compartido palabras y que sé que se han involucrado o han intercambiando drogas por sexo. Pero antes de eso está el hurto, cuando usted ya ve que el hurto no le da usted cae en ese nivel, pero antes de eso está el hurto, usted se desinhibe tanto que no le importa y anda siempre con un compañero o varios que están por ahí”.

Al comentar sobre su participación en prácticas bisexuales, una de las entrevistadas dijo:

“Yo sí tuve esas prácticas... [y cuando era con hombres] si no se usaba preservativo yo no permitía que me penetraran, lógicamente yo trataba de jugar, pues como contacto físico, mas no pues si hablémoslo así, sin penetración”. Mercedes, 32 años.

Al preguntarle si conocía sobre los riesgos que conlleva la práctica de relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas, respondió:

“Sí, pero la verdad, la ansiedad y muchas veces también ¡ah ya me tiré en mi vida! ¿Si me hago entender?”. Mercedes, 32 años.

Riesgos relacionados con la situación y los servicios de salud

Los entrevistados reportaron padecer enfermedades diversas (como migraña, gastritis, etc.) de las cuales no se infiere una relación directa con el consumo de drogas. También dijeron haber padecido infecciones de transmisión sexual, por las cuales consultaron en su momento, o por sobredosis:

“Hice en la universidad un curso de diseño textil, estuve dos años trabajando en una empresa en el barrio Colombia y también me echaron por el problema de la adicción a la heroína, me encontraron con una sobredosis muy fuerte en el baño, ahí se derrumbó todo, yo he sido una persona que pues creo yo que tengo un potencial, pero eso no me ha dejado surgir”. Carlos, 22 años.

Once de las personas por fuera de centros de tratamiento tuvieron alguna sobredosis, siendo más frecuente esto por causa de la cocaína y en menor grado por la heroína.

Por su parte, en el grupo de los usuarios actuales de centros de tratamiento, se reportaron sobredosis en ocho casos, también por consumo de cocaína, de heroína, y de otras sustancias como anfetaminas e inhalantes.

Con relación a la consulta médica más reciente, tanto en el grupo de quienes no estaban vinculados a centros de tratamiento, como en el grupo de los que no lo estaban, la mayoría dijo que esto sucedió hace menos de doce meses.

Las mujeres del grupo por fuera de centros de tratamiento dijeron que nunca habían sido atendidas en ginecología (una dijo que hace más de cuatro años). Las que estaban dentro de centros de tratamiento respondieron que esa consulta se dio en la mayoría de los casos, aunque cada una tuvo una respuesta diferente, desde muy reciente hasta muy distante en el tiempo.

En general, los entrevistados afirmaron que no se han sentido inhibidos de asistir a algún tipo de servicios por temor a las autoridades. La mayoría concuerda en que no han sido discriminados en los servicios de salud, pero también algunos dicen que el trato es malo cuando se hace evidente que son consumidores de drogas. Varios de ellos tienen la percepción de que en los servicios de salud los atienden mal porque los consideran una carga.

“Es que ese es el problema, vos decías que cuándo va uno a donde un médico. Por ejemplo cuando uno ya no tiene recursos para comprar un pesado y empieza el mono entonces qué le queda a uno, y la cantaleta encima de la familia y del médico, cuando el médico te conoce a vos, por ejemplo a mí ya me conocen en Saludcoop ‘aah vea ahí viene el mono colóquele 20ml de Diazepam’, y me paraban, pero ellos no entendían que el problema de la adicción mía es lo que

me pone así, entonces cuando uno se para ya está rosadito... pero entonces 'vea hermano es que nosotros no podemos agotar recursos aplicándole esta vaina a usted...', o sea, uno en el fondo sabe que es verdad que todo esto lo ocasionó uno y que en realidad hay gente más grave que uno pidiendo un servicio de emergencia y necesita ser atendida, pero aquí no hay política de salud pública para la adicción, no la hay... por eso yo digo me parece que esto es lo único que hay en Colombia, yo no creo que ni en Bogotá haya un centro como este...". Carlos, 22 años.

La opinión colectiva del grupo en tratamiento es que los servicios que les ofrecen son deficientes y que tienen que poner demandas para que les den tratamiento por consumo de drogas (salvo en el caso de Carisma). Se quejan de trato malo y despectivo por parte de los médicos.

"Muchos médicos ni siquiera saben qué es la metadona. Cuando uno está con sobredosis lo tratan mal, dicen que les da rabia porque tienen que dejar de atender a otros pacientes que sí se lo merecen: no hacen nada para ayudar a la reinserción porque uno tiene historia de delincuencia". Clara, 23 años.

Coincide con lo anterior una de las profesionales de la salud; según ella, las personas que consumen heroína están satanizadas en las EPS; la atención no es buena y asocian a los heroinómanos con indigentes y delincuentes. Como se mencionó anteriormente, la opinión sobre Carisma es positiva.

"Pues de todo lo que he conocido me ha gustado mucho este lugar, lo que más me ha sorprendido [es que] no son tan duros cuando tenés una recaída porque en otras partes te botan del programa, aquí como que hay más consciencia de la enfermedad que uno tiene". Carlos, 22 años.

De todos modos, la percepción acerca del tratamiento con metadona no es la mejor. Uno de los peores problemas con la metadona es que muchas veces no llega a tiempo y entonces la compran en el mercado negro. De acuerdo con los miembros del Comité Asesor, este retraso sí se ha presentado, aunque es más frecuente cuando el suministro lo hace la EPS. También aseguran los usuarios entrevistados que hay EPS que entregan cantidades grandes de metadona y entonces el consumidor la vende.

"me gustaría en un futuro que miraran qué posibilidades hay de un desmonte gradual de la metadona porque personalmente he intentado abandonarla pero no he podido porque vuelven otra vez los síntomas, pero a mí me preocupa es que uno habla con psiquiatra o psicólogo y dicen pues es que esto es un tratamiento a mediano y largo plazo, no te hablan de corto, mediano es de a 2 o 3 años y a largo imagínese... a uno le preocupa ¿reemplacé una sustancia por otra?, en realidad estoy en un tratamiento que me conviene y que hay que esperar... no he disipado esa duda, espero en un futuro poderla abandonar y reinsertarme a la sociedad ya como una persona normal". Guillermo, 23 años.

No obstante lo anterior, el Comité Asesor estimó que el problema radica en que no se ha adoptado el esquema de suministro supervisado de metadona, ya que implica un costo que en la actualidad no está reconocido en el esquema de facturación del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Los representantes de Carisma señalaron que esa entidad asume los costos del suministro controlado, pero que debería ser posible facturarlos para hacerlo más viable.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que recurrir al mercado negro de metadona por parte de los consumidores de heroína está motivado, en buena medida, por el deseo de reducir el consumo de heroína. En otras palabras, este mercado es, al menos parcialmente, un indicador de fallas en el sistema para darle a los usuarios una respuesta oportuna en el proceso de mitigar, o incluso superar los problemas de adicción.

El Comité Asesor señaló que hay un problema de precios subyacente, pues es más barato para el consumidor, en este momento, usar heroína que metadona. Entonces, la relación inmediata costo-beneficio no favorece la adherencia al tratamiento.

Lo anterior se enlaza con el problema de manejo de los excedentes de la metadona, pues, cuando un paciente se retira o cuando no adhiere adecuadamente al tratamiento, hay excedentes cuyo manejo no es claro.

Para los usuarios de heroína, el consumo de esta droga implica una situación paradójica, pues saben que representa un gran problema para ellos, pero a la vez la requieren para descansar. El diálogo que se transcribe es dicente de lo anterior:

“Lo que pasa es que a la mayoría de nosotros nos descontrola el sueño pero no podemos dormir bien. [...] Y es como un vacío en el estómago. [...] Y cuando uno no duerme bien uno no vive bien porque eso es como lo principal como descansar el cuerpo”. Alejandro, 24 años.

Todos los entrevistados con VIH/Sida dijeron tener acceso a servicios de salud. Ninguno de ellos se quejó de dificultades para acceder a los programas de salud, aunque dos personas aseguran que los miran mal y que en una unidad en particular los trataron mal.

Riesgos en situación de privación de la libertad

Para el análisis de esta situación se incluyeron los aportes de los cinco funcionarios del INPEC entrevistados y cinco hombres internos por violaciones de la ley penal. Sus consideraciones se suman a la experiencia de los sujetos agrupados como CODAR en esta investigación.

Hay coincidencia entre los internos penitenciarios y entre los entrevistados que han tenido detenciones prolongadas acerca de la abundante disponibilidad de drogas en la cárcel. Informaron que aunque se da consumo de heroína, no es muy frecuente. Uno de los internos comentó que inició el consumo de drogas en la cárcel.

Según los funcionarios del INPEC, los consumidores son personas muy jóvenes que consumen en su mayoría marihuana, basuco y también heroína, aun cuando ellos no saben la manera correcta de introducir las jeringas. Afirman que el uso de

drogas en la cárcel es alto y son, en general, los familiares o las personas que los visitan los fines de semana los que introducen las sustancias a la cárcel.

Siete de los entrevistados en todos los grupos dijeron que habían tenido privación de la libertad en centros para menores de edad, cuatro de ellos pertenecientes al grupo de los que fueron entrevistados por fuera de centros de tratamiento.

Por otra parte, dieciséis de los entrevistados afirmaron haber estado privados de la libertad alguna vez. Según ellos, tal privación tiene relación con su consumo de drogas, como lo relata una de las mujeres:

“A mí me metieron un mes por robar, pero esa vez..., yo nunca he robado, pero esa vez me dio por robar y estaba muy pepa y me metí a una casa y fue hurto agravado y calificado y yo digo que eso depende, porque donde yo estuve yo era súper enferma porque no había nada, yo era buscando siquiera un tarrito pues de algo, tan siquiera un esmalte porque estaba súper enviciada. Porque en sitios como en la URE eso pues es muy fácil, en cambio donde estuve en la Floresta sí era como muy controlado. A los policías ni siquiera les importa que uno tire vicio allá parece, lo ven a uno y... normal”. Clara, 23 años.

En ambos grupos coinciden en que no es común el uso de heroína en las cárceles, aunque es posible conseguir la sustancia e inyectarse. Afirman que el tráfico de otras sustancias es lo más frecuente dada la entrada a los establecimientos de las drogas, ocultas en el cuerpo de los visitantes.

Entrevistadora: ¿Se consume adentro o es muy difícil?

Carlos, 22 años: “Es que el consumo de vicio está es adentro, yo por ejemplo esa es mi pregunta: ¿cómo hacen para entrar vicio a las cárceles y a las estaciones? Es que usted entra y ya se lo están ofreciendo de entrada, pero sí, lo que es el ‘perico’ y la marihuana, todo el mundo es consumiendo en una prisión, todo el mundo consume, no sé por dónde lo entran porque le hacen bajar a uno los interiores y todo y lo revisan y hasta lo hacen bajar en cuclillas y no sé...”.

Parece ser que el grado de dificultad para la obtención de las drogas, y particularmente de la heroína, depende del establecimiento penitenciario. Uno de los entrevistados en tratamiento tuvo una experiencia distinta a la ya mencionada, con la heroína.

Entrevistadora: ¿Y en BellaVista o las que tú dices, hay posibilidad de inyectarse?

Alejandro, 24 años: “Son mínimas, pero sí hay posibilidades”.

Guillermo, 23 años: “Yo cuando estuve allá sí consumí los 3 meses normal, pero es lo que yo le digo, uno habla con el jibarero de adentro y él dice que se la entren a uno”.

Carlos, 22 años: “es que empezando que hasta el mismo dinero está prohibido y allá circula dinero, imagínese, una bolita así de marihuana vale \$1.000 pesos, le digo que para el delincuente como yo no hay nada imposible, eso allá hacen lo que sea, eso allá es la escuela del crimen”.

Uno de los entrevistados informó que se había inyectado con agujas ya usadas por otra persona y que no usó ningún tipo de desinfectante, aunque hubiera podido conseguirlo.

Las condiciones de consumo dentro de la prisión son descritas como insalubres. Por otra parte, el personal del INPEC no tiene conocimiento claro acerca de programas al interior de esas entidades, aunque mencionan que se hacen tamizajes para VIH y que la Cruz Roja entrega preservativos.

De acuerdo con los funcionarios, es muy difícil cualquier acción de salud cuando se tiene un hacinamiento del 250% y cuando, además, no se cuenta con personal asignado para las labores tendientes a atender la problemática de consumo de drogas.

Por otra parte, el consumo de drogas en las cárceles estaría ligado al intercambio por sexo, por comida o por comodidades (dormir en un colchón o en un camarote, en vez de en el suelo o en un baño), o por protección. Tres de los entrevistados en la penitenciaría aceptan haber pagado y haber sido pagados con drogas a cambio de sexo dentro de la cárcel.

“Muchos pelados de la necesidad y todo sí se veían, yo sí los invitaba por ahí a un baretico, vea fumen, y les daba comidita porque los veía muy tirados, pero ya ellos le decían a uno ‘a lo que quiera, yo me le entrego a usted de cuerpo, yo le hago a usted lo que quiera que le haga’; entonces yo les decía: no es pa’ tanto, eso no era pa’ tanto, se confundían por la necesidad, ya querían entregársele a uno por droga o por comida... más que todo aquí los pelados se venden es por comida”. Ernesto, 36 años.

Percepción sobre la capacidad institucional

En los apartes anteriores aparecieron referencias a la capacidad institucional en lo que tiene que ver con la actitud y disposición de servicios desde la perspectiva de los usuarios y de los profesionales entrevistados. Se apuntó que, según ellos, en los servicios de salud hay desconocimiento de lo que significa su condición de drogadictos y las actitudes negativas que deben afrontar. También se desprende de su discurso un desconocimiento de ellos mismos acerca de lo que significa el consumo de sustancias inyectadas, como la heroína, cuando inician ese proceso. Según los relatos, son atraídos a esas prácticas sin mayor conocimiento sobre los riesgos que implican, lo que podría ser un indicio de carencias en procesos de información, comunicación y educación.

En los apartes que siguen, se hará énfasis en las declaraciones de los profesionales y funcionarios incluidos dentro de esta investigación.

Es claro para los profesionales que el consumo de heroína se ha incrementado desde hace un año y medio. En Carisma por ejemplo, la heroína pasó de representar el 15%, a representar el 30% o 40% de todos los hospitalizados; antes había entre treinta y cuarenta personas por metadona y ahora hay cerca de ochenta. Cabe mencionar que los pacientes que allí se encuentran son en su mayoría de Medellín, aunque uno de los profesionales entrevistados dijo que veía casos procedentes de

Cúcuta y de Barranquilla, más que de Medellín, y argumenta que las consultas que vienen de otras ciudades son especialmente por consumo de heroína.

A pesar de este incremento, se señala la ausencia de intervenciones para reducir el consumo, mientras que por su parte los jibaros de la Universidad de Antioquia, el barrio Villa Hermosa y el Parque de los Periodistas, regalaban dosis para iniciar a los jóvenes en el consumo.

De acuerdo con los entrevistados, los planes de prevención existen, pero hay fallas importantes en su concreción: hay poca capacitación; no hay infraestructura disponible; llegar a estos pacientes resulta muy difícil; las campañas son poco palpables y aun cuando se manejan bien los temas de la sobredosis, la intoxicación aguda y la desintoxicación, los demás aspectos del problema como son la prevención y la promoción —e incluyendo políticas públicas que resultan muy débiles—, son muy elementales y no parecen estar teniendo mayores efectos.

En general se afirma que hay muy poco personal capacitado para manejar los casos de heroína, que se necesita tener más conocimiento del tema y que es absolutamente imprescindible desarrollar estrategias para hacer prevención, promoción y mitigación.

En el caso de los funcionarios de la Policía Nacional incluidos en la investigación, un par de ellos dijeron que en Medellín no había un problema importante de consumo de heroína y todos dijeron que desconocían los riesgos por el consumo de drogas inyectadas. Sin embargo, conocen el DARE como una estrategia de prevención del consumo de drogas.

VIH Medellín

Aun cuando la mayor parte de la información contenida en el apartado que sigue ya se encuentra en el texto, se decidió agruparla, al igual que en el caso de Armenia, con el fin de que los lectores tengan una visión de conjunto con respecto a esta temática.

Datos demográficos

Fueron entrevistados ocho hombres y dos mujeres; tres son de nivel socioeconómico tres, tres de estrato cero, dos de estrato dos, uno de estrato seis y otro de cuatro. Hay cinco personas de más de 44 años (el mayor tiene 47) y los demás tienen entre 23 y 39 años. Ocho son solteros, uno en unión libre y uno casado. Siete no trabajan actualmente. En cuanto a nivel educativo hay dos personas con primaria, tres con bachillerato incompleto, dos con bachillerato completo, dos diseñadores gráficos y un técnico de sistemas.

Aparte del VIH, cinco personas han tenido tuberculosis y todos tienen o han tenido enfermedades como citomegalovirus, otitis, sífilis (3), trombosis, diabetes, desnutrición, neumonía y hepatitis A y C. Uno solo consumía heroína. Todos han sido consumidores de marihuana, pepas, alcohol, cigarrillo, cocaína y basuco. Cinco personas dicen estar afiliadas al Sisben y las otras mencionan Centro Día.

Entrevistadora: ¿Le han hecho diagnóstico de HB o HC o alguna otra de transmisión sanguínea fuera de las que ya me mencionó?

Rubén, 46 años: “Me dio tuberculosis, neumonía, me dio un derrame pleural; varias cosas así y de todas me he librado por el momento”.

Julio, 29 años: “Tuve TBC ganglionar que es tuberculosis en la sangre, tuve sífilis que ya fue tratada también, anemia por desnutrición, por mala alimentación, tuve una toxoplasmosis, que es enfermedad del cerebro, y no más”.

Prácticas sexuales

Solo una persona refirió tener prácticas homosexuales, cada 8 días, con diferentes personas, y también relaciones sexuales con mujeres; en ningún caso utilizaba preservativo y él cree que esa es la causa de su infección por VIH.

“Pues antes de que me pronosticaran el VIH yo, prácticamente cada ocho días, yo bebía mucho, yo me emborrachaba muy feo y nunca utilizaba el preservativo, hasta ahora que me dijeron que estaba contagiado con esa enfermedad; es mejor uno utilizar el preservativo porque uno se vuelve muy propenso a contagiarse aparte de más enfermedades, y está muy mal uno estar contagiando a los demás”.
Rodrigo, 44 años.

“Ahorita que yo conozco lo de la enfermedad, las veces que me ha tocado he usado preservativo porque antes también conocía de él pero como yo estaba trabajando en ese bar, entonces uno se mantenía drogado y borracho y todo eso y uno por la plata se va y uno no sabe quién es el que tiene la enfermedad y por eso esa enfermedad llegó a mí, por lo que yo trabajaba allá, pero ahorita que yo conozco de mi enfermedad las veces que he estado con un hombre sí he usado el preservativo porque yo no quisiera hacerle daño a otras personas así como me lo hicieron a mí”.
Adolfo, 37 años.

Tipo de tratamiento

De las diez personas con VIH+, seis no han estado en tratamiento, las otras han estado en instituciones como Centro Día (albergue), La María, Calor de Hogar, Carisma, Hogares CREA y FFARO; esto implica que la mayoría ha estado en comunidades terapéuticas.

Resultados del tratamiento

Cuatro personas aseguran que el tratamiento no les resultó efectivo, pero dos de ellos dejaron de consumir por voluntad propia. De los otros dos, uno dice que la ayuda espiritual le sirvió, y el otro asegura que gracias al tratamiento lleva ocho meses sin consumir nada.

Entrevistadora: Usted, ahora que está en el tratamiento de desintoxicación, ¿ha obtenido los resultados esperados?

Fernando, 39 años: “Hasta ahora sí; yo digo que uno deja la droga es por voluntad de uno”.

*Entrevistadora: ¿Usted cuánto hace que dejó la droga?
Fernando: “Cuatro años”.*

Acceso a programas de salud

Todos acuden al médico por el VIH; ninguno de ellos se quejó de dificultades para acceder a los programas de salud.

Experiencia en los servicios de salud

Siete de los entrevistados no han sentido nunca que los hayan discriminado en los servicios de salud, pero todos han guardado el secreto de su estado ante familiares. Además de ofrecerles una atención adecuada, les dan mucho apoyo; dos personas aseguran que los miran mal y que en una unidad en particular los trataron mal.

Entrevistadora: ¿Usted alguna vez se ha sentido discriminado por ser consumidor de drogas, en una atención en un hospital o clínica?

Julio, 29 años: “No, en una atención no”.

Entrevistadora: Y por ser portador del VIH, ¿se ha sentido discriminado?

Julio: “No, porque yo no le he dicho a nadie y tampoco le digo a mi mamá, eso es poquita la gente que sabe de eso porque ya lo discriminan a uno mucho”.

“Pues a ver, prefiero no decirles, sí, prefiero no tocar ese tema porque sé que son estratos muy diferentes y sí lo miran a uno, pues como ya por muy por debajo al tener uno esa enfermedad, sea de la sustancia, sea del VIH”. Esteban, 45 años.

“No me he sentido discriminado, ni por eso, ni menos por la enfermedad; al menos acá donde me atienden, donde recibo los servicios, excelente”. Rodrigo, 44 años.

Experiencias en sobredosis

Solo dos de los diez han tenido una sobredosis: uno con pepas y el otro con cocaína y alcohol hace muchos años.

Marisol, 47 años: “En Santa Cruz muy bien, excelente”.

Entrevistadora: ¿Y fue por el consumo de cuál sustancia?

Marisol, 47 años: “No, me intoxicqué por sobredosis de pepas”.

Riesgos en escenarios de consumo

Consumo solos o en grupo

Cuatro de los entrevistados afirman consumir solos, otro dice que consume con amigos o con desconocidos que llegan a charlar, y tres dicen que suelen consumir acompañados, uno de ellos con la pareja.

“La marihuana solo; ya el resto de las sustancias con mi pareja sexual actual, siempre con ella”. Julio, 29 años.

Descripción de los sitios de consumo

Los siguientes son los sitios más frecuentemente citados por esas personas: el centro, ‘ollas’ de basuco y alcohol; los barrios Triste, Niquitado, Lovaina, Avenida Oriental; El Parque del Periodista, todas las canchas, debajo del puente del viaducto del metro, Barbacoas, Minorista, Paila Rosada y Gris. Solo una persona ha visto inyectores en esos sitios, pero dice que se inyectan ‘perico’. Uno de ellos afirma que los de clase alta consumen en discotecas y en fincas.

“Los sitios de rumba, a veces la dejan fumar adentro pero a veces se la fuman por ahí en parques, sitios de encuentro; a veces la gente caminando en la calle”. Adolfo, 37 años.

“Yo me mantenía mucho en la choza Marco Fidel Suárez, en el parque de Bello, eso allá es un tiradero a pesar de que es un lugar público, que la gente va allá a esa biblioteca y todo eso es un lugar donde eso se mantiene lleno de muchos viciosos, mucho descontrol ahí, más que todo los fines de semana por la noche”. Rodrigo, 44 años.

Conocimiento de riesgos asociados a escenarios de consumo

Todos están de acuerdo en que los sitios de consumo son peligrosos porque “lo pueden matar a uno, pegarle una enfermedad, o porque uno mismo se vuelve peligroso con las drogas”. Uno de ellos asegura que ha visto sacar gente muerta por estar consumiendo, o que los mataban por problemas con los dueños o con otros consumidores y que los tiraban en costales a la calle o a la orilla del río.

“Por los lados de la estación Prado, que son todas esas gentes tirando sacol, ese montón de gamines, si uno está loco o en sano juicio en la hora indicada por allá, hay mucho loco por ahí suelto por ese lado, ¿cierto? Pero si yo estoy bajo el efecto de sustancias me parece que todo Medellín es un peligro; ó sea, cualquier lugar”. Esteban, 45 años.

Situación de la familia

Las respuestas son completamente variables: desde las dos personas que reciben, incluso actualmente, total apoyo, hasta aquel que se siente discriminado por su familia desde que esta supo que era VIH+; algunos dicen que la familia es indiferente ante el consumo, otro que son “antipáticos” y otro dice que en su casa todos consumían.

“En este momento vivo solo, pero siempre tengo el apoyo de mi familia”. Rubén, 46 años.

“Eran indiferentes, lo regañaban a uno porque estaba consumiendo”. Antonio, 23 años.

5.3. SÍNTESIS COMPARATIVA ENTRE ARMENIA Y MEDELLÍN SEGÚN TEMAS

ARMENIA	MEDELLÍN
DATOS DEMOGRÁFICOS	
Se entrevistaron 25 hombres y cuatro mujeres en tratamiento, con edades entre los 19 y 33 años, 10 hombres y cinco mujeres (sin tratamiento) entre los 20 y 50 años. Bachillerato incompleto; familias incompletas, nivel socio económico 1 y 2 y con trabajo informal.	Participaron 35 hombres y cuatro mujeres en tratamiento, con edades entre 16 y 45 años, y 18 personas sin tratamiento, con edades entre 18 y 57 años; familias incompletas; todos los niveles socioeconómicos y nivel educativo desde primaria incompleta a universidad incompleta. Trabajo informal.
RELACIONES CON LA FAMILIA	
Relaciones conflictivas con la familia. Es frecuente familia de vendedores o expendedora. La familia suele apoyar al consumidor al inicio y luego desiste.	Aunque se reportan relaciones conflictivas con la familia la madre siempre aparece como la principal figura de apoyo.
TRATAMIENTO	
Es común que los entrevistados hayan estado en tratamientos anteriores, pero sin resultados positivos; la mitad de los consumidores sin tratamiento y otros cuatro, privados de la libertad, dijeron haber estado en tratamiento, solo una persona (preso) afirmó que el tratamiento lo había ayudado. Reportaron malos tratos en centros de tratamiento pero no en las IPS, solo uno con servicio de suministro de condones pero no de jeringas. Los consumidores fuera de tratamiento tienen menos posibilidades de realizarse pruebas. La información sobre riesgos no es apropiada.	Prácticamente todos los consumidores en tratamiento tuvieron apoyo terapéutico previo; de las personas sin tratamiento, ninguno ha tenido experiencia terapéutica. Un entrevistado dijo que en un centro de tratamiento le suministraron condones pero en ningún caso jeringas. La mayoría recibió recomendaciones de usar condón y jeringas nuevas y estériles. Al igual que en Armenia no les facilitaron la prueba de VIH y VHB.
PRÁCTICAS Y RIESGOS POR SPA	
El 36% de los que consultan Filandia se han inyectado. Se registra un incremento de Heroína (H) inyectada entre jóvenes de 17-24 años tanto en hombres como en mujeres. Casos ocasionales de alcohol y cocaína inyectada. Todos los CODAR han probado diferentes sustancias (patrón clásico de alcohol-marihuana-inhalables-basuco). Uno de los entrevistados inició con H (consumidor en tratamiento). Para quienes no se encuentran en tratamiento el inicio de SPA es más temprano y con gran variedad de ellas (marihuana, alcohol, derivados de la cocaína e inhalables). La mayoría de quienes se inyectan son inyectoras frecuentes (mayores de 20 años). Elevado consumo de cigarrillos. Es común relacionarse con inyectoras en el último año entre las personas que no están en tratamiento. Muchos consumidores de H reportaron haber ayudado a principiantes a inyectarse.	Según el Comité Asesor los usuarios son más que todo universitarios, comparten parafernalia, tienen conductas sexuales de riesgo. Según los funcionarios de salud hay inyección de cocaína, sedantes y estimulantes. Al comienzo los consumidores tienen un patrón clásico alcohol-marihuana e inhalables. El 60% de los consumidores de H se la inyectan, el 25% la inhalan y el resto la fuman. En general todos los entrevistados (salvo uno) son policonsumidores, inician temprano el consumo de SPA, y la H tiende a darse a los 17 años. En el último año se han relacionado con alguien que se inyecta (conocido, amigo o la pareja). Crean red de apoyo entre ellos. Tienen prácticas de riesgo como hacerse inyectar por un tercero en un cuarto oscuro y a través de un muro, reutilizan jeringas y lo más común es que la jeringa no sea nueva. Usan jeringas usadas especialmente cuando están con el síndrome de abstinencia. Antes de llegar al centro de tratamiento los consumidores tienen pocos conocimientos sobre las implicaciones de inyectarse.

ESCENARIOS DE CONSUMO	
<p>Consumen solos en baños, parques, 'ollas' o en la propia casa. Afirman que los riesgos en las 'ollas' son peleas, atracos, muerte y detención por policía. En muchas 'ollas' no se acepta que los consumidores se inyecten. La mitad de las personas que están en tratamiento conoció a alguien muerto o infectado por Sida. Los que están en tratamiento tienen un conocimiento adecuado sobre los riesgos de compartir jeringas, mientras que los de la calle no; la mitad cree que los mosquitos transmiten el virus.</p>	<p>Consumen solos en baños, parques y casas. No se pueden inyectar en las 'ollas' y para conseguir H deben tener un contacto. Los riesgos en los sitios de consumo son iguales a los de Armenia. Los consumidores de H prefieren inyectarse solos, pero a veces consumen H en 'ollas' cuando están con amigos o cuando requieren la administración urgente. Los consumidores que están en tratamiento tienen conocimiento adecuado sobre los riesgos de compartir jeringas, mientras que los de la calle no.</p>
PRÁCTICAS Y RIESGOS SEXUALES	
<p>Todos aceptan haber tenido diferentes parejas sexuales sin protección. Conocen los riesgos pero no les importan cuando están bajo los efectos de SPA. Toman más medidas de protección con un extraño que con una persona conocida o su pareja habitual. Tres personas fuera de tratamiento reconocieron haber tenido prácticas homosexuales. Es común el cambio de sexo por drogas en las mujeres. Las 'ollas' parecen ser escenarios de comportamiento sexual de alto riesgo.</p>	<p>Es común el intercambio de sexo por drogas o por dinero, especialmente en las mujeres. Existen empresas de prostitución en las que se les paga a las mujeres con drogas. El uso del condón es menos frecuente. En los niveles socioeconómicos altos no hay evidencia de intercambio de drogas por sexo pero en los niveles bajos sí. El sexo en estos casos es más una fuente de aprovisionamiento que un placer.</p>
ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	
<p>Dicen tener diferentes enfermedades, algunas relacionadas con el consumo de SPA. ITSS son más frecuentes en personas en situación de calle. Ninguna mujer reporta haber ido al ginecólogo. Solo una persona dijo haber sido discriminada por H en un centro de salud. La mayoría ha recibido buen trato excepto los personas en situación de calle. Menos de la mitad se ha hecho la prueba. El 70% se ha hecho la prueba de VHB con resultados negativos.</p>	<p>Los consumidores en tratamiento dijeron que los servicios de salud son inadecuados, un profesional de la salud piensa lo mismo. Hay una percepción negativa del trato con la metadona (no llega a tiempo y hay consumidores que la venden en mercado negro). Se han sentido rechazados en las IPS cuando llegan con sobredosis.</p>
SITUACIÓN EN PRIVACIÓN DE LIBERTAD	
<p>Hay gran variedad de SPA dentro de la cárcel, incluida la H pero los presos prefieren no consumirla para no meterse en problemas. No saben si hay H, pero creen que es muy posible.</p>	<p>Abundante disponibilidad de SPA en la cárcel pero no de H. dieciséis de los entrevistados afirmaron haber estado privados de la libertad alguna vez, siete de ellos menores de edad. Las condiciones del consumo de SPA dentro de la cárcel son insalubres. Los funcionarios del INPEC dicen que cualquier acción de salud es muy difícil cuando se tiene un hacinamiento del 250%. Las drogas y el sexo son formas de pago para obtener protección, comida y comodidades dentro de la prisión.</p>
PERCEPCIÓN SOBRE CAPACITACIÓN INSTITUCIONAL	
<p>Según los funcionarios del INPEC hay programas preventivos de promoción y mitigación pero estos son incompletos, y hay pocos profesionales capacitados. Los funcionarios de salud afirmaron que el sistema no está preparado para SPA inyectadas. Los investigadores dijeron que no hay acciones institucionales visibles, hay gente capacitada pero no equipos. Y la Policía dio varias respuestas dispersas al respecto.</p>	<p>En los servicios de salud hay desconocimiento sobre la condición del adicto, pues hay actitudes negativas hacia ellos. Entre profesionales y funcionarios se aseguró que el consumo de H se ha incrementado en el último año y medio: pasó de representar el 15% a cerca del 40% de todos los hospitalizados; a pesar de esto no hay intervención para reducir el consumo: hay planes pero no infraestructura ni capacitación; saben cómo manejar sobredosis pero nada más. Algunos miembros de la Policía dijeron que en Medellín no habría problemas de heroína y ninguno conocía los riesgos de las drogas inyectadas.</p>

6. Conclusiones

El presente estudio tiene una serie de ventajas significativas sobre el que se llevó a cabo en Bogotá y Medellín en el año 2009 (Nuevos Rumbos, 2010). La más notable, probablemente, fue el haber podido trabajar con una amplia gama de poblaciones y de informantes clave, lo que tuvo por resultado una información mucho más precisa y detallada e, indudablemente, más real y objetiva. En efecto, como se podrá ver a continuación, la imagen que se desprende del presente trabajo muestra diferencias con la obtenida en 2009, sin que tales diferencias se puedan atribuir únicamente al paso del tiempo (inferior a un año). Por ejemplo, el consumo de heroína inyectada, y la tendencia a compartir equipos, aparecían como fenómenos mucho menos frecuentes en ese entonces que ahora, el consumo de heroína en Medellín ya no aparece tan claramente asociado a niveles socioeconómicos altos y el intercambio de sexo por droga, (o por dinero para drogas), resulta más común de lo que apareció previamente.

Otras ventajas del estudio actual se sustentan en que se hizo un énfasis importante en el conocimiento de riesgos, en la calidad de la atención recibida y en la caracterización de la población CODAR.

Por el contrario, hubo algunos temas que resultaron virtualmente idénticos en los dos estudios, como la falta de infraestructura y de capacitación apropiada del personal de salud para manejar las situaciones relacionadas con heroína, la historia de policonsumo previo al inicio del consumo de heroína, la estructura familiar problemática e incompleta de los usuarios, y su tendencia a marginalizarse, entre muchas otras.

El cruce de la información proveniente de diferentes actores y de informantes clave deja pocas dudas sobre el incremento sustancial del consumo de heroína en las ciudades de Medellín y Armenia; sin embargo, este incremento se presenta de una manera diferente en las dos ciudades: en Medellín se conocieron los primeros casos en el año 2004, especialmente en estratos altos y en población universitaria; en Armenia parece haberse difundido a partir de los consumidores habituales de SPA, quienes eran invitados a probar “H”. En ninguna de las dos ciudades parece haberse difundido masivamente su uso en las poblaciones más marginadas, aunque en la actualidad se puede identificar que algunas personas pertenecientes a este tipo de contextos lo hacen.

La situación descrita en el párrafo anterior crea una situación importante de amenaza desde el punto de vista de salud pública:

- El consumo de heroína parece extenderse (especialmente en Medellín), a grupos de desempleados, mendigos y recicladores.
- Estas poblaciones marginalizadas incrementan sustancialmente sus riesgos de contraer ITSS por el hecho de consumir heroína en condiciones en las que hay una ausencia casi total de medidas higiénicas, en las que se comparten y se reutilizan múltiples veces los implementos para inyectarse, y en las que tienen relaciones sexuales sin precaución.

Contrario a lo que se había encontrado en un estudio anterior (Nuevos Rumbos, 2010) con una población más reducida y una metodología más simple, en este estudio resulta claro que la práctica de compartir y reutilizar implementos para el consumo de heroína (sea inyectada, fumada o inhalada) es bastante común, especialmente entre aquellos que han sufrido un gran deterioro en su comportamiento debido, en buena parte, al consumo de drogas. Algunas personas reutilizan sus agujas durante largos períodos, otros las comparten con sus parejas o con “amigos íntimos”, y muchos de ellos abandonan rápidamente las medidas higiénicas básicas y pueden utilizar aguas de las más diversas procedencias para diluir la heroína: aguas estancadas, de baños públicos y, según algunos, hasta orines, saliva o gaseosas. La gran mayoría de los entrevistados asegura que en el momento de iniciarse en el consumo ignoraban todos los riesgos asociados y que los fueron aprendiendo en la calle, y en algunas ocasiones en los centros de tratamiento.

Igualmente, el intercambio de sexo por drogas, o de sexo por dinero para comprar drogas, aparece como una conducta frecuente, especialmente entre las poblaciones más pobres y más deterioradas en términos sociales, económicos y psicológicos; además, resulta claro que en esta población las medidas preventivas para evitar enfermedades de transmisión sexual son casi nulas.

Muy pocas personas comienzan el consumo de drogas por la heroína o inyectándose, pero sí existen casos. En la mayoría de las personas la heroína es la última sustancia consumida y tiende a desplazar todas las otras, con dos excepciones: la marihuana y el alcohol; el consumo de alcohol parece disminuir de forma importante en los consumidores de heroína. La gran mayoría de quienes están en tratamiento han tenido tratamientos previos que no han funcionado bien. En los últimos doce meses, en las dos ciudades, los usuarios de heroína se han relacionado con amigos o conocidos, o han tenido parejas sexuales que se inyectan.

En el caso de las personas que comienzan a consumir heroína el inicio es casi siempre en forma fumada o inhalada; estas dos formas no están exentas de riesgos, pues se comparten ciertos implementos, como los ‘tubos’ o ‘pitillos’, a través de los cuales se pueden transmitir varias infecciones y enfermedades.

En los casos en los que los consumidores de heroína han mantenido su uso por periodos largos, aumenta la probabilidad de que abandonen sus estudios y su trabajo. Sin embargo, se observa que esta es una situación gradual y que muchos consumidores logran mantener su condición social, no sin esfuerzo. Con el tiempo se presenta un debilitamiento en sus redes y en sus anclajes sociales al estudio y al trabajo, por lo que los heroínómanos pueden llegar a convertirse en personas

que desertan de sus estudios y pierden sus empleos, se desvinculan familiarmente y adoptan comportamientos asociados con la vida en la calle, que hace imposible distinguirlos en función de su pertenencia original a un determinado nivel socioeconómico o educativo.

En ese sentido, muchos de los actores y de los informantes consideran que la heroína elimina las barreras sociales, pues las personas de estratos socioeconómicos altos terminan comportándose como los de niveles bajos. Estas personas llegarían a un deterioro físico y mental importante, especialmente a nivel nutricional, de ansiedad y de creciente marginalización. También mostrarían ansiedad suicida, problema que se identificó en el estudio anteriormente citado (Nuevos Rumbos, 2010).

Sin embargo, como se expresó anteriormente, este es un proceso que no se presenta inmediatamente, sino que podría ser gradual. También es cierto que los consumidores de drogas generan mecanismos de mitigación como convencer a las familias de que necesitan heroína. Con lo anterior mantendrían un nivel de funcionalidad importante (según el Comité Asesor).

La sexualidad tiende a pasar, en la vida de los heroinómanos, a un segundo plano. Es posible que sigan teniendo actividad sexual, pero muchos le atribuyen a la heroína una disminución importante de su interés por el sexo y de su capacidad de disfrutarlo; en los estadios de mayor depresión económica, la actividad sexual se convierte solo en una fuente potencial de ingresos o de acceso a la droga, lo que incrementa los riesgos de ITSS. Aun cuando esto parece ser más común en las mujeres, se encontró que los hombres también consideran la posibilidad de tener sexo con otros hombres como “el último recurso”, después de vender confites, reciclar, atracar o robar.

La mayoría de las personas que consumen heroína tienden a hacerlo solas, en sitios apartados o escondidos, o en sitios donde hay otras personas (‘ollas’), aunque no son las relaciones personales las que los motivan a ello; la razón es que nadie desea compartir su dosis cuando se ha creado una situación de dependencia. Las mujeres, frecuentemente, inician el consumo con su pareja, pero después pueden prostituirse con facilidad, incluso con el acuerdo de su pareja.

El conocimiento específico sobre la posibilidad de que las personas se infecten de VIH, hepatitis, tuberculosis, sífilis, gonorrea, y otras ITSS por no tomar precauciones o por compartir equipos¹¹ es común, pero lo que no saben realmente es cuáles son los problemas directamente relacionados con el VIH. En general, aun cuando en todos los consumidores de heroína hay una elevada conciencia del alto riesgo que significa tener relaciones sexuales sin precaución, o compartir equipos para administrarse la droga, casi todos afirman que en el momento de encontrarse en una ‘olla’, con inicios de síndrome de abstinencia, borrachos, o bajo los efectos de diferentes sustancias, les importa muy poco lo que pase, y aunque porten condones, no los utilizan. Como lo dijo uno de los entrevistados: *“sinceramente, bajo los efectos de la droga lo único que interesa es consumir más droga, entonces los cuidados pasan a un segundo plano”*.

¹¹ Los equipos no solamente se refieren a aquellos utilizados para inyectarse: la sífilis puede contagiarse por heridas en la boca que contaminan pipas, pitillos y ‘tubos’.

Es constante en todos los grupos el haberse sentido bien recibidos y bien atendidos en el sistema de salud, sin discriminación (salvo contadas excepciones, ubicadas en las personas en situación de calle).

Parece haber un convencimiento global entre los profesionales de la salud que fueron entrevistados, de que la práctica de regalar heroína en ciertos sitios de la ciudad (tanto en Armenia como en Medellín) es bastante común: ellos consideran que el ‘gancho’ consiste en no hablarles de heroína, sino que les dicen que hay algo nuevo llamado hache (‘H’), los invitan a probar y los inician fumando. Con las debidas reservas, esta parece ser una hipótesis bastante verosímil, pues varios consumidores aseguraban que si hubieran sabido qué era lo que les daban, no lo habrían probado.

El reconocimiento de los usuarios de heroína no es fácil, aunque en general los informantes clave los consideran personas inestables, irritables, con problemas en su vida familiar y laboral, y con moretones y pinchazos en los brazos y en otras partes del cuerpo que están asociados a daño venoso.

Los sitios de consumo e intercambios están relacionados, en Medellín, con zonas de tolerancia, como Puente Prado Centro, el Parque de los Periodistas, las universidades de Medellín y de Antioquia y los barrios Vista Hermosa y Bolívar; en Armenia son cañadas y lugares solitarios. Otros escenarios de consumo son la propia casa, o lugares especiales para no tener que compartir, que pueden ser hoteles, baños públicos y ‘ollas’, aunque éstas últimas son más peligrosas.

En Medellín hay una diferencia importante entre los profesionales de la salud que pertenecen a instituciones grandes (como Carisma) y los de instituciones que reciben personas de niveles socioeconómicos más bajos (como los centros de teoterapia u Hogares Claret): en los últimos, el conocimiento de casos de consumo de heroína y VIH es mucho menor, lo cual indica (hasta cierto punto) el desplazamiento del problema hacia otros grupos sociales más desfavorecidos, las personas todavía no llegan a los centros de tratamiento. En Armenia la situación es ligeramente distinta: el centro principal de atención para heroínómanos (el hospital de Filandia) registra un claro incremento de casos de VIH y hepatitis C entre esa población en los últimos dos años.

Buena parte de los informantes clave entrevistados asegura que la mayoría de los consumidores de heroína no quiere hacerse la prueba del VIH, y considera que el mayor riesgo de contraer la enfermedad es por contacto sexual y no por inyección. Esta última afirmación no parece tener mayor fundamento puesto que, por otra parte, se asegura que hay intercambio constante de jeringas y préstamo de todos los implementos para inyectarse.

Hay un nivel de desconocimiento (y a veces de ideas erróneas), entre el personal de salud y otros funcionarios públicos. Por ejemplo, muchos creen que la única droga inyectable es la heroína, han creado mitos sobre la comorbilidad asociada al consumo de heroína, porque han oído a alguien decirlo, muchos creen que los cocainómanos y los heroínómanos son iguales y otros piensan que la cocaína se puede emplear para controlar el síndrome de abstinencia. También se hace evidente cierta ignorancia sobre lo que está ocurriendo en sitios como las cárceles. Los funcionarios de la Policía y del INPEC muestran los mayores niveles de desconocimiento del problema.

La caracterización fundamental de un CODAR incluiría los siguientes aspectos: son primordialmente hombres (en una proporción aproximada de 3:1), con edades entre los 17 y los 25 años, con bachillerato incompleto¹² y familias incompletas, cuyo nivel socioeconómico abarca todos los estratos (con tendencia a incluir cada vez más con mayor frecuencia a personas de estratos bajos). La gran mayoría de ellos se iniciaron con otras SPA diferentes a heroína, y cuando empezaron a consumirla, lo hicieron fumándola o inhalándola. El paso a inyectarse tiene motivaciones fundamentalmente económicas y asociadas con la tolerancia (con una dosis fumada pueden hacer hasta ocho inyectadas), y suele realizarse en las primeras ocasiones con ayuda de alguien experimentado. El uso de heroína desplaza las otras SPA (exceptuando la marihuana). Cuando llegan a inyectarse con una frecuencia de varias veces al día, su comportamiento tiende a deteriorarse (especialmente si hay graves limitaciones económicas); en este momento, los riesgos se incrementan notablemente: comienzan a compartir y reutilizar equipos, no toman medidas higiénicas de limpieza de los equipos y de los sitios de inyección del cuerpo, utilizan cualquier tipo de agua para disolver la heroína, no tienden a protegerse en sus relaciones sexuales con personas distintas a su pareja, no suelen consultar los servicios de salud, salvo por sobredosis o enfermedades graves (y en esos casos generalmente los llevan amigos o la Policía), suelen consumir solos o en sitios sucios y peligrosos para evitar compartir la droga (lo que incrementa los riesgos de todo tipo) y tienen una mayor tendencia a cometer robos y actos de violencia que los conducen a prisión. Las mujeres (con mayor frecuencia que los hombres) tienden a intercambiar sexo por droga o por dinero para droga, y no suelen protegerse.

Como se dijo antes, existe la percepción de que la capacidad institucional es insuficiente para afrontar los problemas del consumo de drogas y los riesgos asociados a la adquisición del VIH. Por una parte, los informantes contaron que tuvieron acceso a información sobre los riesgos y los medios de protección en los centros de tratamiento. En menor grado, se reportó que los usuarios de centros de tratamiento tuvieron acceso a pruebas para detección de VIH y hepatitis. Fue todavía menor el acceso a condones gratuitos o de bajo precio e inexistente en el caso de las jeringas.

Con lo anterior se configura un gradiente que va desde un alto acceso a la información, un acceso a pruebas diagnósticas si se es usuario de centros de tratamiento y de un acceso casi nulo o nulo a preservativos y jeringas.

Por otra parte, tal gradiente no se aplica a las personas por fuera de centros de tratamiento (especialmente si están en situación de calle). Las personas en situación de calle mostraron un perfil de mayor afectación social: consumo a edades más tempranas, discriminación por tal condición en servicios de salud (esto relatado en algunos casos), mayor número de enfermedades asociadas a las prácticas sexuales, más uso de jeringas de segunda mano, entre otros riesgos.

Es necesario considerar que la condición de calle no es algo inherente a la persona, sino que puede ser consecuencia de su mismo trasegar en el consumo de drogas. Esta población podría requerir atención especial para mitigar la brecha social que actúa en su contra.

12 Según el estudio anterior, en Medellín la mayoría eran universitarios.

Esta investigación tuvo como objetivo explorar diferentes riesgos para la adquisición individual del VIH dentro del contexto de vulnerabilidades sociales, así como los riesgos consecuentes de expansión de la epidemia. Si bien toda la información presentada apunta a ello, valdría la pena puntualizar sobre algunos aspectos trascendentes.

Por una parte, apareció claramente el intercambio de jeringas como una práctica observada en Medellín y Armenia. La historia social de una jeringa podría narrarse así: en primera instancia, alguien la compra para su uso. Quien adquiere una jeringa nueva, muy probablemente la conserve y la reutilice, sin prestarla. Cuando la jeringa pierde funcionalidad (por falta de filo en la aguja u otros daños), la desecha de diferentes maneras. Una puede ser vendiéndola por una fracción de su precio original a otro consumidor. Este intentaría sacarle el provecho máximo a su adquisición, hasta cuando la deseché, tirándola a la basura o a la calle, o regalándola a un tercero. El nuevo usuario de la jeringa tiene el perfil de una persona en situación de calle, con muy pocos recursos. Su parafernalia es producto de este reciclaje y sus riesgos se multiplican en la medida en que la jeringa ha pasado de mano en mano.

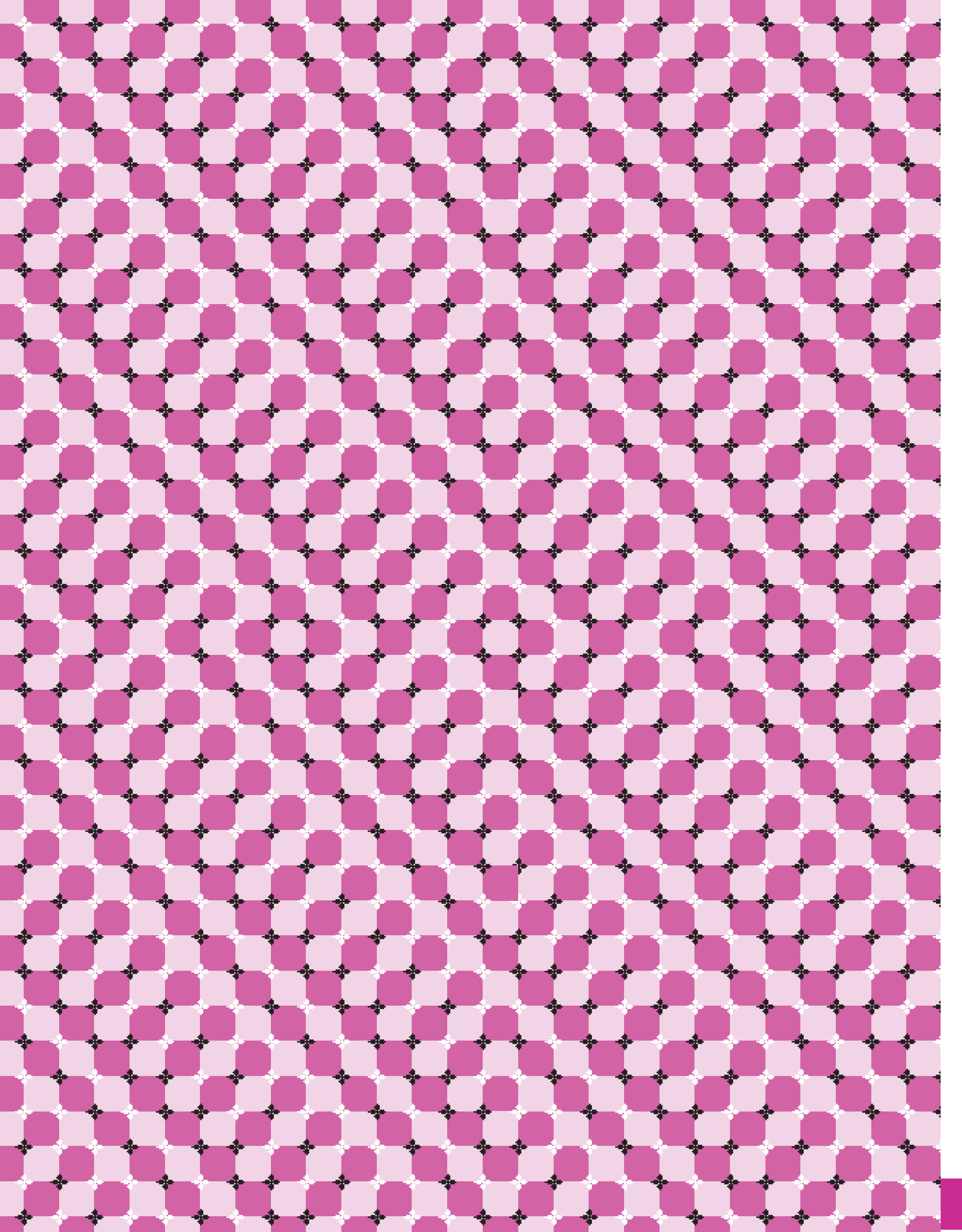
Por lo anterior, se hace evidente que el riesgo por el uso de jeringas contaminadas existe, no solo como consecuencia del uso “actual” de tales utensilios, sino también por la historia que han tenido los mismos antes de llegar a las manos del consumidor. En virtud de lo anterior, un programa de recambio de jeringas podría ser de utilidad en términos de salud pública.

Esto conecta con el otro nivel de los riesgos explorados en la investigación: los institucionales. Es de esperarse una respuesta institucional acorde con la problemática. Sin bien se notan progresos en cuanto a la atención en salud (evidentes en los pocos relatos de discriminación o malos tratos en la prestación de servicios), es notorio que los programas de prevención no tienen el alcance necesario, y que los de mitigación y superación tampoco tienen la dimensión acorde con el problema.

Como se mencionó anteriormente, la falta de equipos profesionales regionales con la competencia suficiente (porque a pesar de que en las entidades hay profesionales con entrenamiento, no hay equipos) y la carencia de programas (especialmente en escenarios de alta vulnerabilidad y en las cárceles) evidencian una concentración de la demanda de acción institucional especializada en aquellos lugares en los que no se pueden tratar los riesgos de la mejor manera.

Por otra parte, se documentaron los riesgos inherentes al comportamiento sexual. Si bien la heroína no es una sustancia que en sí misma produzca excitación sexual, la necesidad ingente de obtener las dosis lleva a intercambiar sexo por drogas (sumado a un patrón de sexo con múltiples parejas que tienen algunos de los consumidores de psicoactivos). Lo anterior representa en sí mismo un conjunto importante de riesgos, a lo que se debe sumar la ausencia de protección. Dado que no hay suministro de preservativos gratuitos, su adquisición pasa a un segundo plano frente a la necesidad de obtener la droga.

Adicionalmente, el conocimiento acerca de las enfermedades de transmisión sexual no tiene los niveles correspondientes a los riesgos que corren las personas en esta situación. Las personas viviendo con el VIH en esta investigación relataron que el conocimiento acerca de los riesgos de infección llegó como consecuencia de la misma (por la intervención de los equipos de salud), lo que originó un cambio de comportamiento cuando ya se había consumado el riesgo de infección. En otras palabras, el cambio fue tardío en la persona infectada, aunque con éste se reduce la probabilidad de que los afectados multipliquen la infección.



7. Recomendaciones

La consideración de las situaciones identificadas en las dos ciudades estudiadas permite sugerir la creación de un programa liderado por el Ministerio de la Protección Social y las Secretarías Departamentales y Municipales de Salud, que deberá incluir:

- Capacitación del personal de salud y otros funcionarios públicos en los asuntos relacionados con el consumo de heroína y todos los comportamientos asociados. Esta acción puede tener varios componentes:
 1. Ampliar la cobertura de atención a personas que tienen actualmente problemas relacionados con el consumo de heroína; esto significa que se lleven a cabo programas de capacitación en todos los centros de tratamiento (estatales o privados), sobre los protocolos de manejo de estos consultantes, de las sobredosis, de las remisiones y del seguimiento.
 2. Facilitar el entrenamiento de algunos profesionales de la salud con la experiencia de otros países, en lo referente a tratamiento, reducción de daño, prevención y seguimiento de estos pacientes. Es importante que quienes sean seleccionados tengan una claridad total sobre el hecho de que muchas de las cosas que verán en otros países no son realizables en Colombia, sea por falta de recursos, por políticas de salud o por asignación de prioridades; y que el objetivo es observar, analizar y adaptar aquello que se aplique a la realidad del país.
 3. Dado el limitado conocimiento que los funcionarios que trabajan en cárceles tienen sobre estos temas, será necesario programar capacitaciones especiales para este personal.
 4. Promover encuentros en los que las experiencias puedan ser analizadas y discutidas, con el fin de que se ofrezcan soluciones concretas a las entidades gubernamentales responsables de implementar políticas en este campo. Es esencial poder socializar tan ampliamente como sea posible todas las experiencias, con el propósito de que no ocurra lo que ha ocurrido con experiencias similares: que quienes fueron beneficiarios de los intercambios los conservan como una experiencia personal de la cual nadie más obtiene frutos.
 5. Explicar detalladamente el concepto de CODAR y mostrar las implicaciones de no proporcionar atención adecuada a esta población. No debe olvidarse que los CODAR pueden ser diferentes de una ciudad a otra, y que sus patrones de comportamiento también pueden ser distintos;

igualmente, no deberá perderse de vista que se trata de imágenes dinámicas, no de ‘radiografías’ permanentes: por ejemplo, los CODAR pueden ser predominantemente de un cierto nivel socioeconómico en un determinado período, y luego cambiar a otro, como ocurrió con el basuco en las décadas de los años 80 y 90 del siglo pasado.

- Desarrollar un trabajo preventivo intensivo y de larga duración para evitar la inyección. Esto incluiría:
 1. Creación de un programa escalonado de uso de medios masivos de comunicación que busque advertir sobre los riesgos asociados al hecho de inyectarse, y que esté acompañado de una campaña dirigida a advertir sobre los riesgos de las ITSS; estas dos iniciativas deberán confluir en una sola estrategia integrada al cabo de un cierto tiempo. Este programa debe dirigirse específicamente a la población CODAR, no a la población general.
 2. Capacitación para la Policía Nacional con el fin de que logren comprender los alcances de una epidemia eventual de personas inyectoras. La coordinación de acciones con la Policía incluiría estrategias disuasivas más que represivas en el caso de los usuarios, pero una actitud y una política de abierta confrontación con quienes están promoviendo el uso de SPA inyectadas, específicamente de heroína.
 3. Intervención de equipos de trabajo social y de salud, que monitoreen, informen y persuadan —especialmente a las poblaciones más desfavorecidas, como las personas en situación de calle— sobre la necesidad de tomar precauciones, de no compartir equipos (de ningún tipo), de tener relaciones sexuales protegidas y de realizar periódicamente exámenes que identifiquen ITSS. Puede ser necesario que el personal de salud claramente identificado acuda a los escenarios públicos de consumo (‘ollas’, parques, cañadas) y realice un trabajo de reducción de daño, con base en un programa de difusión que haga saber claramente a los interesados que dicho personal no tiene funciones represivas sino de atención. Esto no solo incluye proporcionar jeringas y condones, sino especialmente hacer un trabajo de promoción que:
 - Disuada a las personas para que no se inyecten.
 - Las invite a participar en programas de tratamiento con metadona o con algún otro sustituto.
 - Asistan a centros de ayuda del estilo NA, que deberán ser apoyados por las entidades del Estado.
 4. Facilitar a las poblaciones marginalizadas la realización de exámenes de ITSS y la posibilidad de tener la asesoría y tratamiento correspondientes, en los casos en que sea necesario. También el acceso a promoción de campañas de vacunación para VHB.

5. Disponibilidad de implementos destinados a evitar la proliferación de ITSS, en esta población, incluyendo distribución gratuita de jeringas, instrumentos de asepsia y condones en los sitios más deprimidos económica y socialmente.
- A nivel de tratamiento será indispensable:
 1. Ofrecer un cubrimiento nacional de capacitaciones en las que se muestren los protocolos básicos de trabajo con inyectores. Es recomendable que esto sea hecho localmente (es decir, que no requiera desplazamiento de los interesados a Bogotá) y que se ofrezca un monitoreo y un seguimiento a esas instituciones.
 2. Promover que en todas las instituciones de tratamiento se ofrezca información y asistencia preventiva a los CODAR (incluyendo vacunas contra todas las infecciones para las que exista ese recurso).
 3. Asegurar, en lo que se refiere a la metadona u otras sustancias sustitutas de heroína, una correcta y oportuna distribución, tomando las medidas necesarias para evitar la proliferación de estas en el mercado negro.
 4. Es indispensable diseñar un proceso de evaluación de los centros de tratamiento que incluya, además de aspectos logísticos o de gestión, elementos de eficacia y eficiencia. Con base en tales evaluaciones el Ministerio de Protección Social podrá desarrollar modelos básicos de intervención, ofrecer apoyos económicos, contratos, asesorías y consultorías que permitan estructurar una política pública clara y funcional, que promueva unos requerimientos mínimos y que culmine en un sistema público de acreditación, simple pero claro, al cual se le debe agregar un sistema de seguimiento sistemático. La idea de ‘simplicidad’ debe tener la mayor valoración, puesto que se sabe que, entre más compleja sea una estrategia evaluativa, menor es la probabilidad de que tenga alguna posibilidad de ejecutarse y de dar unos resultados.
 - Con respecto a la realización de estudios como el presente, se sugiere desarrollarlos dentro de marcos temporales más amplios. A pesar de la indudable riqueza de la información recolectada, es indudable que con más tiempo habría sido posible profundizar mucho más en algunos temas (por ejemplo, en las características de la población femenina involucrada en el consumo de heroína), lograr la colaboración de poblaciones de difícil acceso (como los consumidores VIH+ o ciertos miembros de la Policía); y analizar con mayor detenimiento las relaciones entre diferentes grupos de variables.
 - También se propone la realización de estudios que incluyan una exploración más profunda de enfermedades y patrones psicológicos asociados al consumo de sustancias inyectadas y al policonsumo.

De igual manera, es conveniente revisar a fondo algunos de los instrumentos utilizados en este estudio: concretamente, el cuestionario es demasiado extenso, contiene algunas preguntas poco relevantes y la información que permitió obtener fue de menor claridad y riqueza que la obtenida en la entrevista semi-estructurada. En realidad, para que instrumentos de este tipo sean realmente útiles es necesario contar con muestras muy grandes, lo que no es posible (generalmente) en estudios como el que se presenta aquí.

Es importante considerar el diseño y puesta en marcha de proyectos especiales, con varios de los elementos ya mencionados, pero adaptados a la situación de las personas en situación de calle, considerando las vulnerabilidades presentadas en el texto precedente.

8. Referencias

Corporación Nuevos Rumbos. (En prensa). *Consumo de heroína y su relación con microtráfico en Bogotá y Medellín*, Colombia. Bogotá: MPS/UNODC.

International Harm Reduction Association. (2009). Harm reduction and human rights, HR2. En: <http://www.ihra.net/Assets/1407/1/GlobalResponseDrugRelatedHIV.pdf>. Consultado en octubre de 2010.

Mejía Motta, I.E. & Pérez Gómez, A. (2005). *La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente*. *Adicciones*, 17, 251-260.

Ministerio de la Protección Social & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2004). *Consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes escolarizados de 12 a 17 años*.

Ministerio de la Protección Social, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*, 2008. Bogotá: Editora Guadalupe.

ONU & Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas – CICAD. (2006). *Jóvenes y drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas*. Lima, Perú: Tetis Graf E.I.R..

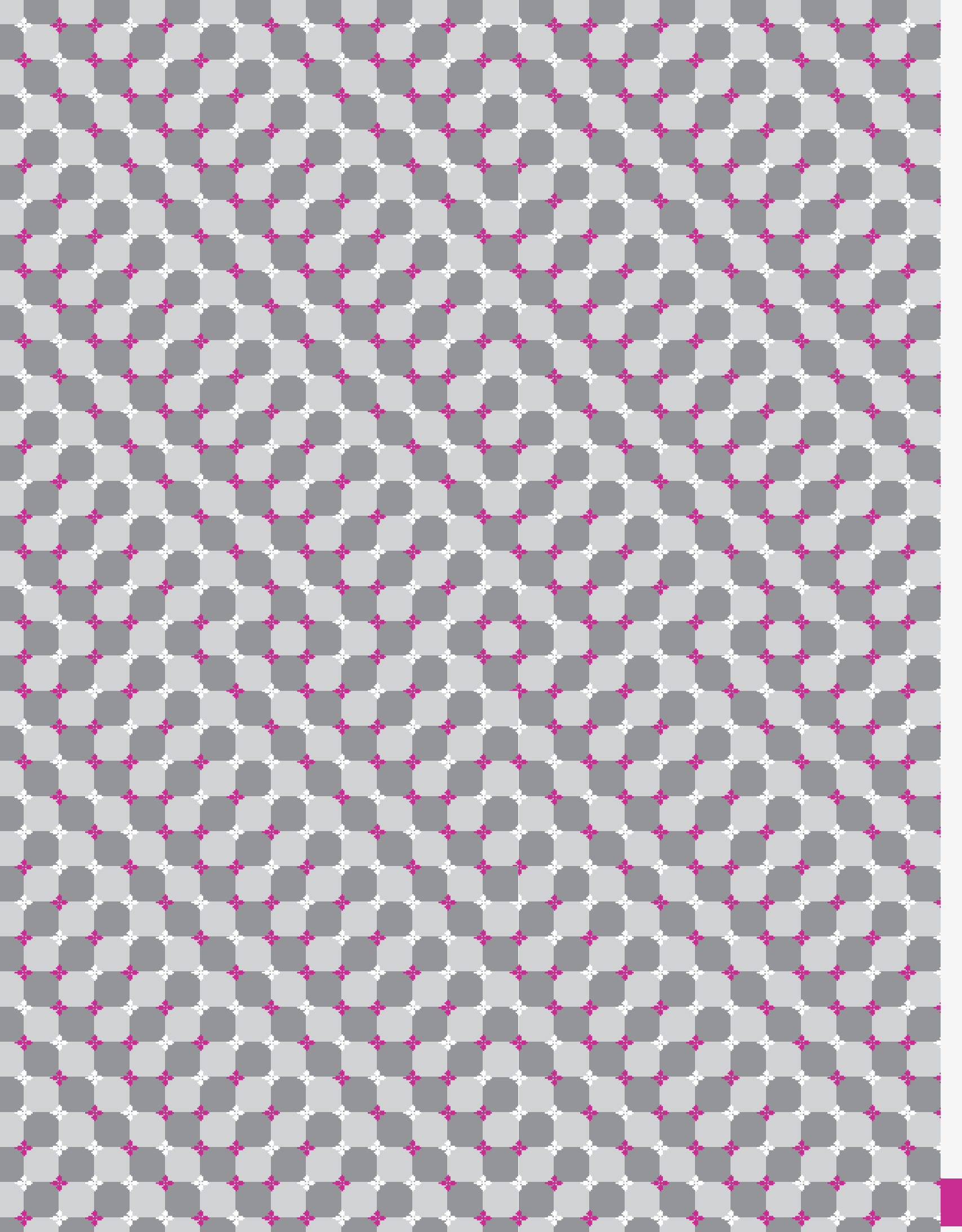
Rhodes, T., Singer, M., Bourgois, P., Friedman, S. R. & Strathdee, S. A. (2005). The social structural production of HIV risk injecting drug users. *Social Science & Medicine*, 61, 1026–1044.

Rumbos. (2001). *Consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años en Colombia*. Bogotá: Presidencia de la República de Colombia.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2009). *World Drug Trends*. Viena.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2010). *World Drug Trends*. Viena.

Scoppetta, O. (2010). *Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias*. Bogotá: Editora Guadalupe.



9.

Anexos

ANEXO 1: GUÍA TEMÁTICA PARA ABORDAJE CUALITATIVO

Instrucciones para el entrevistador y facilitador del grupo focal

Tenga presente que en el curso de la investigación se pretende un complemento y una eventual contrastación de la información obtenida mediante la aplicación de un instrumento cerrado. Pida a su coordinador de campo información sobre esa aplicación antes de proceder a las entrevistas y los grupos focales.

El formato de entrevista en este estudio será de tipo semiestructurado —lo cual quiere decir que se planteará un conjunto de temas a abordar—, aunque usted podrá profundizar en información no prevista que surja en el momento de la entrevista y que considere de importancia.

Las entrevistas se guiarán con base en temas, no en preguntas específicas. No realice preguntas directas a menos que en el transcurso de las entrevistas se presente algún aspecto puntual que usted considere necesario precisar. En otras palabras, absténgase de intervenir cuando su entrevistado está hablando, así como de completar sus respuestas o de inducir las con base en preguntas directas. En los casos en que el entrevistado no participe de manera fluida, usted podrá formular este tipo de preguntas.

En consecuencia, los temas que encontrará a continuación son una guía para una conversación en la cual usted facilitará el surgimiento de la información que se espera obtener a través del relato de los entrevistados y, si fuera posible, el de información igualmente valiosa que no está prevista.

Tenga en cuenta el encuadre básico de cada entrevista o grupo: ¿De qué tipo de población se trata? ¿En qué contexto se desarrollará el ejercicio de entrevista individual o grupal?

También es importante considerar que, aunque se aborden los mismos temas en las sesiones individuales o grupales, es probable que sea mejor introducir los temas en estas últimas de manera impersonal, como si los sujetos hablaran desde el conocimiento de las situaciones y no de sus propias vivencias. Esto facilitará una mayor apertura y comodidad al abordar temas personales.

A continuación se presentan los temas a abordar, distinguiendo entre la categoría general y el contenido básico en cada tema.

Temas a abordar en entrevistas individuales y grupos focales

1. Presentaciones

2. Datos demográficos

- Edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel educativo, ciudad de residencia

3. Situación social actual

- Con quién vive, si participa de algún tratamiento, situación laboral, si padece alguna enfermedad

4. Situación actual de consumo de drogas

- Sustancias consumidas, patrón (frecuencia, énfasis en vías de administración)

5. Tratamiento por consumo de drogas

- Tipo de tratamiento (establecer si lo toma en la actualidad o lo tomó en el pasado). Valoración de los resultados

6. Acceso a servicios de salud y situaciones de salud

- Afiliación a seguridad social y de salud. Problemas por los que consulta, síntomas y diagnóstico
- Experiencias positivas y negativas en atención por problemas relacionados con consumo de sustancias: discriminación, mala calidad de la atención, negligencia
- Relato de una experiencia de atención de evento en salud asociado con consumo de sustancias
- Experiencia de sobredosis o atención por intoxicación aguda

7. Riesgos por el escenario de consumo

- Consume solo o en grupos
- Descripción de los sitios de consumo
- Auto administración o administración por un tercero
- Conocimiento de los riesgos asociados a los escenarios de consumo

8. Riesgos sexuales

- Infecciones de transmisión sexual (indagar por VIH, HB, HC, si no han aparecido previamente)
- Uso de medios de protección
- Intercambio de drogas por sexo
- Conocimiento sobre los riesgos relacionados con las prácticas sexuales

9. Riesgos por uso de sustancias

- Uso de sustancias como parte de la conducta sexual
- Uso de sustancias y comportamiento sexual subsecuente
- Descripción de la parafernalia para inyectores (obtener información acerca de implementos compartidos, personas que reparten las dosis)
- Conocimiento de los riesgos asociados al uso de sustancias

10. Situación familiar

- Posición de la familia ante el consumo (pasiva, activa, indiferente, promotora del consumo)

11. Privación de la libertad

- Experiencias en privación de la libertad (no es necesario indagar los motivos)
- Duración de la experiencia
- Consumo durante la privación de la libertad
- Condiciones del consumo durante la privación de libertad (restricciones al acceso de medios de profilaxis)

Temas a abordar con informantes claves

1. Conocimiento sobre existencia y extensión del consumo de sustancias inyectadas en la región

- Tipo de sustancias
- Prácticas y patrones de consumo
- Caracterización de los consumidores

2. Conocimiento sobre escenarios de consumo en la región

- Caracterización de escenarios

3. Conocimiento sobre casos de VIH/Sida y otras ITS asociados al consumo de drogas

- Conocimiento de casos individuales
- Conocimiento de grupos, casos colectivos o brotes

4. Acciones institucionales ante los riesgos de usuarios de drogas

- Caracterización de acciones específicas (programas)
- Existencia de equipos capacitados

ANEXO 2: REVISIÓN DE DOCUMENTOS DISPONIBLES

MEDELLÍN

CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO Y DE LOS CONSUMIDORES DE HEROÍNA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN - 2008

(Gustavo A. Calderón Vallejo & Guillermo A. Castaño Pérez)

Para llevar a cabo la caracterización de los consumos y de los consumidores de heroína en la ciudad se entrevistó a 42 personas consumidoras regulares de heroína. El trabajo de campo se llevó a cabo en la ciudad de Medellín y en su área metropolitana.

Dentro de los resultados obtenidos se encuentra que:

- Hay un predominio del sexo masculino entre los entrevistados: 80.9% (34) hombres y 19.1% (8) mujeres.
- El 87% (37) son solteros, el 11% (4) casados y el 2% (1) es viudo.
- Mayor prevalencia en nivel socio económico medio: 42% (18) en medio bajo, 40% (17) en estrato medio, 15% (6) en estrato bajo y 3% (1) en estrato alto.
- Acerca de las edades, se tiene: que el 59.5% (25) con edades entre los 18 y los 23 años, el 26.1% (11) entre los 24 y los 29 años y el 14.2% (6) entre los 30 y los 35 años.
- Con respecto al nivel de estudios, se tiene: el 38% (16) con bachillerato (5 con estudios completos y 11 incompletos), el 9.5% (4) con estudios técnicos, el 45% (19) con estudios universitarios en curso, el 2% (1) sin estudios y el 4% (2) no responden.
- Los consumidores son 100% poliadictos.
- Con referencia a la edad de inicio en el consumo de heroína: 36% (15) entre los 15 y los 17 años, 35% (16) entre los 18 y los 20 años, 29% (11) con más de 20 años.
- El 24% de los entrevistados consume heroína inyectada (10), el 57 % (24) la consume inhalada y el 19% (8) fumada.
- Las razones más frecuentes por las que deciden pasar a la vía inyectada son costos y tolerancia.
- En algún momento, el heroínómano que usa heroína inyectada consumió en grupo con el fin de compartir el gasto de la compra de la dosis y respaldarse en caso de que se presente sobredosis en alguno de ellos.
- El 95% (40) de los 42 entrevistados tienen prácticas de riesgo durante los consumos.

En lo relatado por los entrevistados, se presentan dinámicas de consumo comunes:

- a. Compartir utensilios para fumar e inhalar (compartir bolsita y el pitillo, el plato para picar, el papel aluminio para fumar, pasarse el humo de boca a boca)
- b. Tener relaciones sexuales sin protección bajo los efectos del consumo
- c. Inyectarse entre sí. Compartir jeringas (entre los que comparten jeringas)

Las razones que argumentan para ello son múltiples:

- a. Ansiedad por los síntomas del síndrome de abstinencia o, simplemente, porque lo hacen en forma exclusiva con personas que conocen previamente y con quienes “tienen confianza” (es muy frecuente que compartan la jeringa con su pareja)
- b. En algunos casos los pacientes manifiestan que es muy común reutilizar las, jeringas, aunque a veces no se presten.

SEGUNDO ESTUDIO DE SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE MEDELLÍN – 2009

(Yolanda Torres de Galvis, Mario Alberto Zapata Vanegas, Liliana Patricia Montoya Vélez, Gloria Inés Garro Cossio, Graciela Hurtado Villegas & Marta Lía Valencia)

Mediante la utilización del instrumento VESPA se obtuvieron los siguientes resultados en cuanto a prevalencia de vida y último año:

Marihuana

La marihuana continúa siendo la sustancia ilegal de mayor consumo. Sin embargo, la prevalencia anual aumentó y el índice de exconsumo para el año de estudio es de 83.5%. La edad de inicio no se modificó.

Cocaína

La prevalencia anual para la utilización de cocaína llega al 4.0%. La edad de inicio para esta sustancia es a los 14 años. Según el resultado del índice de abstinencia, el 93.5% nunca la ha consumido.

Éxtasis

Su utilización anual es de 2.3% en el 2006 y 2.2% en el 2009. La edad de inicio para el 2009 es de 13.8 años.

Bebidas alcohólicas

Entre las drogas denominadas “legales” por su libre comercio —aunque enfatizando que bajo la legislación vigente son ilegales para los menores de 18 años—, las bebidas alcohólicas ocupan el primer lugar. La prevalencia anual pasó de 39.9% en el 2006 a 47.2% en el 2009. Su edad de inicio fue de 13.1 años para el 2009.

Heroína

Esta sustancia se incluyó por primera vez en este estudio y el hallazgo presenta una prevalencia anual de 0.7%. Al sumar el exconsumo con la prevalencia anual se encuentra el indicador de prevalencia de vida, que llega a uno de cada 100 adolescentes. El promedio de edad de inicio es 12.6 años.

La prevalencia anual de consumo continúa presentando a la marihuana como la sustancia de mayor consumo entre las clasificadas como ilegales, con 11.4% en el 2009 versus 8.6% en el 2006% (valor de $p < 0.05$). Está seguida por el popper con 6.9%, la cocaína con 4.0%, los inhalables con 3.9%, el Rohypnol con 2.4%, los hongos con 2.4%, el éxtasis con 2.2%.

ARMENIA

SITUACION DEL CONSUMO DE DROGAS EN QUINDÍO. SISTEMA ÚNICO DE INDICADORES SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS - 2009

(Claudia Soraya Nivia Montenegro – Referente Quindío, Instituto Seccional de Salud, Gobernación del Quindío)

El documento tiene como objetivo principal realizar la comparación entre los datos del Estudio Nacional del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2008, en relación con las situaciones de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en el departamento del Quindío.

Se encontró que el departamento de Quindío está por encima del nivel de consumo nacional en prevalencia de vida y año en las siguientes sustancias: alcohol 91%, tabaco 52%, marihuana 12% y cocaína 6%; presentan una excepción los medicamentos tranquilizantes, medicamentos estimulantes y la heroína.

Lo mismo ocurre con prevalencia de último año con sustancias lícitas como el alcohol (67%) y el tabaco (27,2%), así como con sustancias ilegales de mayor consumo en el departamento, como marihuana, cocaína, inhalables, éxtasis y tranquilizantes.

La edad de inicio para estas sustancias está entre los 12 y los 19 años. El alcohol y el tabaco son la puerta de entrada para el consumo de otras drogas.

CARACTERIZACIÓN PSICOSOCIAL DE LA POBLACIÓN CONSUMIDORA DE SPA, EN PROCESO DE REHABILITACIÓN VINCULADA A LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA FFARO DEL DEPARTAMENTO DEL QUINDÍO - 2010

(Viviana Andrea Ruíz Vélez & Natalia Londoño Calle - Semillero Psicovivientes del Programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Medellín, en convenio con la Fundación Universitaria San Martín, Armenia)

Por medio de la realización de una investigación cuantitativa – descriptiva, el estudio identifica las características de la población consumidora de SPA en proceso de rehabilitación vinculada a la comunidad terapéutica FFARO del departamento de Quindío.

Se encontró que la edad promedio es de 18 años, y que la sustancia con mayor prevalencia de consumo es la marihuana (92%), seguida de sustancias como el sacol (52%), el cigarrillo (48%), el alcohol (28%) y el basuco (24%). En cuanto al sexo, el 76% son hombres y el 24% mujeres.

Adicionalmente, se identificó que las familias de estas personas están compuestas por: padre, madre y hermanos (42%), personas externas al grupo familiar (21%), abuelos y tíos (16%), madre y hermano (5%) y parte de los hermanos (5%).

A4**TODOS**

Le voy a citar varias drogas, ¿Para cada una, podría decirme si en los últimos 6 meses, es decir, desde el mes ____ del año ____, la consumió durante más de 25 días? (Lea todas las opciones y anote una respuesta en cada una. Para calcular los días, piense que haber consumido más de 25 días en los últimos 6 meses, equivale a haberlo hecho aproximadamente un día por semana).

Lea: Recuerde, nos referimos a 25 días en los últimos 6 meses:

Cocaína en cualquier forma (base o crack, pasta básica –a veces llamada basuco, o cocaína en polvo)	No 01	Sí 02	Rehúsa 98
Metanfetaminas o anfetaminas	No 01	Sí 02	Rehúsa 98
Heroína	No 01	Sí 02	Rehúsa 98
Speedball	No 01	Sí 02	Rehúsa 98

Si contesta “Sí” a alguna, Siguiente Módulo

Si contesta “No” a todas, Finalice

Por lo que ha respondido, usted es la persona adecuada para contestar a un cuestionario de unos ____ minutos. Hay preguntas muy personales. (En caso afirmativo, firma del entrevistador certificando que el entrevistado/a ha dado su consentimiento verbalmente)

Firma: _____

MÓDULO B

Ciudad _____

Lugar de la entrevista (calle, institución) _____

Fecha de entrevista

/ / / / / / / / / / / / / / /
 día mes año

Módulo C: datos sociodemográficos-MI

Ciudad donde nació

Sexo del entrevistado

Hombre _____

Mujer _____

Nivel educativo de la madre:

(primaria incompleta ___ primaria completa ___ secundaria incompleta ___
 secundaria completa ___ técnico ___ universitario) ___)

Nivel educativo del padre:

(primaria incompleta ___ primaria completa ___ secundaria incompleta ___
 secundaria completa ___ técnico ___ universitario) ___)

Estrato de vivienda (1, 2, 3, 4, 5, 6) _____

C2. En los últimos 12 meses, de las fuentes de ingreso que le voy a leer, dígame cuáles le han proporcionado algún dinero. (Marque TODAS las que mencione.) Pruebe preguntando: “¿Alguna más?”.

Trabajo con contrato formal (medio tiempo o completo)	01
Trabajo sin contrato formal, trabajos temporales	02
Seguro de desempleo	03
Asistencia pública, beneficencia o similar	04
Ingresos de pareja, amigos o familia	05
Pedir limosna, mendigar	06
Recolectar latas, cartones, buscar en basuras, limpiar parabrisas o similar	07
Venta ambulante (calle, buses)	08
Relaciones sexuales por dinero	09
Venta de drogas	10
Robo, hurto	11
Otro,	96
No quiere contestar.	98

C3 ¿Durante los últimos 12 meses, dónde ha vivido o dormido la mayor parte del tiempo? No lea las opciones. Registre una SOLA respuesta.

Rancho, choza, carpa, cambuche, vivienda con materiales de desecho u otro recinto provisional o permanente sin agua corriente ni alcantarillado (propio o no)	01
Otro tipo de casa o apartamento propio (o de su pareja) no rentado	02
Otro tipo de casa, piso, apartamento, rentado por el/ella (o su pareja)	03
Otro tipo de casa, piso o apartamento de sus padres, parientes, amigos	04
Cuarto, recámara rentado en hotel, pensión o residencia	05
En un auto, autobús, camioneta u otro vehículo (no abandonado)	06
En refugio, albergue, dormitorio o casa para indigentes o necesitados	07
En institución de tratamiento de drogas	08
En otro tipo de institución de tratamiento u hospital	09
En la cárcel o en centro de reforma para menores	10
En la calle (parque, estación de tren o autobús, puente, terreno baldío) casa o auto abandonado, sin techo (homeless)	11
Otro, _____ / __ / __ / No escriba en las casillas 96	05
No quiere contestar 98	06

Módulo D: patrones de consumo de drogas-MI

D1. Mencione las sustancias que haya consumido alguna vez y la edad de su primer consumo:

Alcohol (cerveza, vino, aguardiente, etc.)	Edad de primer consumo en años _____
Cigarrillo	Edad de primer consumo en años _____
Marihuana	Edad de primer consumo en años _____
Cocaína	Edad de primer consumo en años _____
Basuco	Edad de primer consumo en años _____
Inhalables (pegante, pintura, gasolina, etc)	Edad de primer consumo en años _____
Éxtasis	Edad de primer consumo en años _____
Hongos	Edad de primer consumo en años _____

Ácidos	Edad de primer consumo en años _____
Tranquilizantes (Rohypnol, Ativán, Diazepam)	Edad de primer consumo en años _____
Popper	Edad de primer consumo en años _____
Anfetaminas (Rolex, cristal meth)	Edad de primer consumo en años _____
Heroína	Edad de primer consumo en años _____
Otra. Cuál _____	

D2. Mencione las sustancias que haya consumido en el último año y el número de veces que lo ha hecho:

Alcohol (cerveza, vino, aguardiente, etc.)

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Cigarrillo

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Marihuana

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Cocaína

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Basuco

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Inhalables (pegante, pintura, gasolina, otras)

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Éxtasis

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Hongos

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Ácidos

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Tranquilizantes (Rohypnol, Ativán, Diazepam)

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Popper

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Anfetaminas (Rolex, Cristal-meth)

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Heroína

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

Otra. Cuál _____

1 sola vez entre 2 y 6 7 a 12 más de 12 veces Diariamente

D3. ¿Qué drogas se ha inyectado en los últimos 12 meses?

Alcohol 01

Cocaína 02

Speedball (cocaína + heroína) 03

Heroína 04

Otra, cuál _____ 05

Otra, cuál _____ 06

Submódulo d2) aplicable a TODOS los CODAR

D2.1. En los últimos 12 meses _____ (diga el mes) del año ____ hasta hoy, ¿ha consumido heroína?

No 01

Si 02

No quiere contestar 98

No sabe 99

D2.2. ¿Durante los últimos 12 meses, cuántos días en total ha consumido heroína?

Puede expresarlo en días, por mes o en días totales en los 12 meses. (Use sólo una de las líneas para contestar)

/_/_/_/ n° medio (promedio) de días/mes

/_/_/_/_/ n° total de días/12 meses

No quiere contestar 98

No sabe 99

D2.3. ¿Por qué vías ha consumido usted heroína en los últimos 12 meses?

Lea las opciones. Marque TODAS las que corresponda

Fumada (cigarrillo, pipa, papel aluminio, vaso, botella, etc) 01

Inyectada 02

Por la nariz, en polvo 03

Otra 04

No quiere contestar 98

No sabe 99

D2.4. ¿Cuál ha sido la vía más frecuente por la que usted ha consumido heroína en los últimos 12 meses?

Anote el código correspondiente de la pregunta anterior.

Código	/_/_/_/
No quiere contestar	98
No sabe	99

D2.5. ¿En los últimos 12 meses, se ha relacionado usted personalmente con alguien que se ha inyectado drogas en ese mismo período?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

D2.6. ¿Alguna de esas personas es? *Marque TODAS las que corresponda.*

Lea: Consideramos pareja sexual principal a la pareja más importante para usted en los últimos 12 meses o aquélla con la que se sentía más comprometido/a.

Alguien dedicado a inyectar a otras personas (cobrando o no)	01
Pareja sexual principal	02
Otra pareja sexual	03
Familiar (no pareja sexual)	04
Amigo/a cercano/a no pareja sexual)	05
No quiere contestar	98
No sabe	99

D2.7. ¿En los últimos 12 meses, ha consumido drogas en el mismo lugar donde otras personas se estaban inyectando?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

Módulo E): acceso y uso de tratamiento por consumo de SPA

Aplicable a TODOS los CODAR

E1. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas? Por favor, incluya si está en tratamiento actualmente y no incluya los intentos por su cuenta, sin ayuda de profesionales.

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

E2. Le voy a leer varios tipos de tratamiento para dejar o controlar las drogas. Por favor, para cada uno, dígame si lo ha recibido o no alguna vez en su vida. Incluya si está en tratamiento actualmente (puede marcar varias opciones)

CATEGORÍAS	Alguna vez	Actualmente	NR
01. Grupos de autoayuda, tipo alcohólicos o narcóticos anónimos			
02. Otro tipo de desintoxicación sin medicamentos, que no sea en Comunidad Terapéutica (ambulatorio o no)			
03. Desintoxicación con medicamentos, que no sea en Comunidad Terapéutica (ambulatorio o no)			
04. Programa de tratamiento de mantenimiento con metadona u otro opiáceo			
05. Comunidad Terapéutica			
06. Tratamiento de medicina alternativa o tradicional, distinto de Comunidad Terapéutica o de las categorías anteriores			
07. Grupo de soporte religioso, distinto de Comunidad Terapéutica o de las categorías anteriores			
08. Otro, especificar _____			

E3. Alguna vez en su vida, en los lugares en que ha realizado tratamientos para dejar o controlar el uso de drogas, ¿le han proporcionado alguno de los siguientes servicios?. Por favor, según vaya leyendo, dígame sí o no. Señale con una X todas los que mencione. Si el entrevistado/a nunca se ha inyectado, anote “no aplica” en las categorías referidas a jeringas.

CATEGORÍAS	SI	NO	NR
01. Condones gratis			
02. Jeringas gratis			
03 .Hacerse allí la prueba del VIH			

- 04. Información sobre el Sida, precauciones y formas de infectarse
- 05. Información sobre dónde hacerse la prueba del VIH
- 06. Hacerse allí las pruebas de hepatitis
- 07. Información sobre dónde hacerse las pruebas de hepatitis
- 08. Vacunación de hepatitis B (al menos la primera dosis)
- 09. Consejo de usar siempre jeringas nuevas o estériles
- 10. Consejo de usar condón en las relaciones sexuales

Módulo F: estado de salud-MI

F1. Indique si ha tenido alguna de las siguientes situaciones en los últimos dos años (puede indicar más de una):

Gonorrea	01
Sífilis	02
Herpes	03
Papilomas o condilomas	04
Otras infecciones de transmisión sexual	05

F2. Indique si durante los últimos dos años ha tenido algunas de estas situaciones (puede indicar más de una):

Entrevistador: Tenga en cuenta el sexo del entrevistado

Pus o materia por el pene o la vagina	01
Llagas o erupciones en el pene o la vagina	02
Vesículas (bolitas de agua) en el pene o la vagina	03
Vesículas (bolitas de agua) en el ano	04
Dolor inusual durante las relaciones sexuales	05
Verrugas en el área genital	06

F3. ¿Ha tenido alguna vez una sobredosis por consumo de alguna de las siguientes drogas?

Cocaína	01
Heroína	02
Otra cuál _____	03
No ha tenido sobredosis	04

F4. ¿Fue atendido en un hospital o centro de salud por sobredosis?

Sí	01
No	02

Módulo G: acceso y uso de servicios de salud

Aplicable a TODOS los CODAR

G1. ¿Cuánto tiempo hace que le atendió un médico, una enfermera u otro profesional de la salud por última vez? No lea las opciones. Marque una SOLA respuesta.

Nunca ha ido a un médico u otro profesional de salud	01
Hace más de cuatro años	02
3 ó 4 años	03
1 ó 2 años	04
Menos de 12 meses	05
No quiere contestar	98

G2. Sólo para mujeres: ¿Cuándo fue por última vez al ginecólogo sin ser por embarazo o parto? No lea las opciones. Marque una SOLA respuesta.

Nunca ha ido a un ginecólogo	01
Sólo ha ido por embarazo o parto	02
Hace más de cuatro años	03
3 ó 4 años	04
1 ó 2 años	05
Menos de 12 meses	06
No quiere contestar	98
No sabe	99

G3. ¿Alguna vez ha dejado de acudir a alguno de los centros o servicios que le voy a leer por temor a la policía u otras autoridades? Marque TODAS las que mencione.

Médico general, atención primaria de salud	01
Servicio de emergencia médica	02
Centro para dejar o controlar las drogas	03
Centro de tratamiento para el VIH o Sida	04
Centro de tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS)	05
Ginecólogo u obstetra (no en centro de ITS)	06
Programa de intercambio de jeringas	07
Centro o servicio para hacerse la prueba de VIH	08
Psiquiatra o psicólogo (que no trabajan en los centros arriba citados)	09
Otro, especificar: _____ / _ / _ /	96
Otro, especificar: _____ / _ / _ /	97
No quiere contestar	98
No sabe	99

G4. ¿Ha tenido alguna de estas situaciones en un hospital o centro de salud?

Maltrato o discriminación por ser consumidor de drogas	01
Maltrato o discriminación por tener alguna enfermedad (VIH)	02

Módulo H: prácticas de riesgo de inyección-MI

Si el entrevistado/a NUNCA se ha inyectado, pase al siguiente MÓDULO (I)

Submódulo H) aplicable a ex inyectores e inyectores recientes.

Voy a hacerle unas preguntas sobre las ocasiones en que se ha inyectado.

Al hablarle de jeringas, recuerde que me refiero a la aguja, al cuerpo de la jeringa o la jeringa entera.

H1. ¿Qué edad tenía cuando se inyectó drogas por primera vez?

Años

No se ha inyectado	01
No quiere responder	98
No sabe	99

H2. ¿Esa primera vez, utilizó una jeringa nueva o una jeringa usada por otra persona?

Nueva	01
Usada por otra persona	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

H3. Esa primera vez, ¿se inyectó usted mismo o le inyectó otra persona?

Usted mismo/a	01
Le inyectó otra persona	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

H4. ¿Alguna vez en su vida ha inyectado o ayudado a inyectarse drogas a otra persona?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

H5. ¿Alguna vez, ha inyectado o ayudado a inyectarse drogas a alguien que lo hacía por primera vez?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

H6. ¿La última vez que se inyectó lo hizo con una jeringa usada antes por otra persona (incluida su pareja sexual)?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

H7. ¿La última vez que se inyectó, lo hizo con una jeringa que se llenó con droga disuelta en una jeringa usada antes por otra persona (incluida su pareja sexual)? Explique si es necesario.

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

H8. ¿La última vez que se inyectó, usó tapones, latas o recipientes para diluir/cocinar la droga, filtros, o líquidos para limpiar las jeringas usados antes por otra persona (incluida su pareja sexual)? (Si el entrevistado/a NO se inyectó drogas en los últimos 6 meses, pase al siguiente MÓDULO (I)).

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

Submódulo H1) aplicable a inyectores recientes

H1.1. Durante los últimos 12 meses, es decir desde _____ (diga el mes) del año _____ hasta hoy, ¿cuántos días en total se ha inyectado drogas? Puede expresarlo en días por mes o en días totales en los 12 meses. Use sólo una de las líneas para contestar.

Nº medio de días/mes	/_/_/_/
Nº total de meses y días/12	/_/_/_/_/_/
No quiere contestar	98
No sabe	99

H1.2. Los días que se inyectó en los últimos 12 meses, ¿cuántas inyecciones se puso por término medio cada día?

Nº de inyecciones	/_/_/_/
No quiere contestar	98
No sabe	99

H1.3. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha inyectado usted con jeringas que ya había usado antes otra persona? Considere también las jeringas usadas por sus parejas sexuales. Use la tarjeta y marque una SOLA respuesta.

Nunca	01
Menos de la mitad de las veces que se inyectó	02
La mitad de las veces	03
Más de la mitad de las veces	04
Siempre	05
No quiere contestar	98
No sabe	99

H1.4. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces por término medio ha reutilizado su propia jeringa? Lea las opciones. Marque una SOLA respuesta.

Ninguna	01
Una o dos veces	02
Entre tres y cinco veces	03
Entre seis y catorce	04
Más de quince veces	05
Nunca ha tenido jeringa propia	95
No sabe	99

H1.5. ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia se ha inyectado con una jeringa cargada con droga disuelta en otra jeringa usada por alguien, aunque fuera su pareja? Explique si es necesario.

Nunca	01
Menos de la mitad de las veces	02
La mitad de las veces	03
Más de la mitad de las veces	04
Siempre	05
No quiere contestar	98
No sabe	99

H1.6. Le voy a citar utensilios o productos usados para preparar e inyectarse drogas. Dígame, por favor, con qué frecuencia ha utilizado en los últimos 12 meses una lata, tapa, cuchara o recipiente que ya usada antes por otra persona para diluir/preparar la droga, aunque fuese su pareja. Repita la pregunta para cada categoría. Use la tarjeta y marque una SOLA respuesta. En caso de que no use habitualmente alguno de los utensilios marque No aplica.

Nunca	01
Menos de la mitad de las veces	02
Aproximadamente la mitad	03
Más de la mitad	04
Siempre	05
No sabe	06
No Aplica	07
Tapa, lata, cuchara o recipiente para diluir/preparar la droga filtro	08
Líquido para limpiar su jeringa	09

H1.7. En los últimos 12 meses, ¿se ha inyectado usted con una jeringa que le han vendido con droga ya preparada?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

H1.8. Piense en los lugares en donde se ha inyectado en estos últimos 12 meses y dígame, por favor, los 3 lugares donde se ha inyectado más frecuentemente. No lea las opciones.

Casa o departamento de quien le vende la droga	01
Casa o departamento (propia/o, de su esposo/a, de su novio/a, o amigos/as)	02
Casa o departamento de sus padres o parientes	03
Lugares de trabajo	04
Locales o patios de escuela, colegio, universidad	05
Bares, tabernas, discotecas, lugares de fiesta, casinos	06
Baño público	07
Automóvil o carro	08
Calle, baldío, parque, callejón, azoteas	09
Picadero o lugar cerrado donde se reúne gente para inyectarse (shooting gallery)	10
Cárcel, centros de reforma, internamiento para menores, centros de acogida para huérfanos	11
Otro/a, especificar: _____ / __/__/ No escriba en las casillas	96
Otro/a, especificar: _____ / __/__/ No escriba en las casillas	97
No quiere contestar	98
No sabe	99

Si hace 30 días o menos que se inyectó, lea: **Ahora le haré 3 ó 4 preguntas sobre la inyección en un período más reciente; en concreto en los ÚLTIMOS 30 DÍAS; es decir, desde el día _____ del pasado mes hasta hoy.** Si hace más de 30 días, pase al módulo siguiente.

H1.9. ¿En los últimos 30 días, con qué frecuencia se ha inyectado con jeringas usadas antes por otra persona? *Marque una SOLA respuesta.*

Para los que contestaron que no han realizado esta práctica en los últimos 12 meses esta pregunta es redundante con la hC19. Pregunte con ánimo de confirmar.

Nunca	01
Menos de la mitad de las veces	02
La mitad de las veces	03
Más de la mitad de las veces	04
Siempre	05
No quiere contestar	98
No sabe	99

H1.10. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se ha inyectado con una jeringa que se llenó con droga disuelta en una jeringa usada antes por otra persona? (Explique si es necesario. **Marque una SOLA respuesta. Para los que contestaron que no han realizado esta práctica en los últimos 12 meses esta pregunta es redundante con la hC26.** *(Pregunte con ánimo de confirmar).*)

Nunca	01
Menos de la mitad de las veces	02
La mitad de las veces	03
Más de la mitad de las veces	04
Siempre	05
No quiere contestar	98
No sabe	99

H1.11. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia ha usado tapones, latas o recipientes para diluir/cocinar la droga, filtros, o líquido para limpiar las jeringas usadas antes por otra persona? Marque una SOLA respuesta. (Para los que contestaron que no han realizado esta práctica en los últimos 12 meses esta pregunta es redundante con la hC27. Pregunte con ánimo de confirmar).

Nunca	01
Menos de la mitad de las veces	02
La mitad de las veces	03
Más de la mitad de las veces	04
Siempre	05
No quiere contestar	98
No sabe	99

Módulo J: acceso y eliminación de material de inyección-MI

Si el/la entrevistado/a NO se ha inyectado en los últimos 6 meses, pase al MÓDULO K (Estancia en centros de reforma/prisión e inyección)

Aplicable a INYECTORES RECIENTES

Vamos a hablar de cómo consigue usted sus jeringas y de cómo se deshace de ellas. Recuerde que al hablar de jeringas, me refiero a aguja y jeringa juntas.

J1. ¿Durante los últimos 12 meses, ha obtenido jeringas estériles (es decir, completamente nuevas)?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

J2. De todas las inyecciones de droga que se ha puesto en los últimos 12 meses, ¿aproximadamente qué porcentaje fue con jeringas completamente nuevas?. Lea las opciones. Marque una SOLA. Si tiene dudas adviértale que no contabilice las ocasiones en que ha reutilizado las suyas.

0% / Ninguna	01
Menos del 25% (menos de la cuarta parte)	02
Entre 25-49% (entre la cuarta parte y la mitad)	03
Entre 50-74% (entre la mitad y tres cuartos)	04
Entre 75-99% (más de tres cuartos)	05
El 100% (todas)	06
No quiere contestar	98
No sabe	99

J3. ¿Qué porcentaje de esas jeringas estériles las obtuvo de forma gratuita?

0% / Ninguna	01
Menos del 25% (menos de la cuarta parte)	02
Entre 25-49% (entre la cuarta parte y la mitad)	03
Entre 50-74% (entre la mitad y tres cuartos)	04
Entre 75-99% (más de tres cuartos)	05
El 100% (todas)	06
No quiere contestar	98
No sabe	99

J4. Dígame, por favor, en los últimos 12 meses, ¿cómo o dónde ha conseguido las jeringas nuevas? No lea las opciones. Marque TODAS las que mencione. Pruebe solamente preguntando “¿de alguna otra forma?”.

Comprándolas en farmacias	01
Comprándolas en otras tiendas	02
Comprándolas a vendedor ambulante	03
Comprándolas a otros consumidores	04
Comprándolas donde venden la droga	05

Comprándolas a los que inyectan a otros	06
Gratis, de programas de intercambio de jeringas	07
Gratis, del médico de familia, médico general	08
Gratis, del hospital	09
Gratis, de promotores de salud en la calle	10
De la pareja sexual	11
De amigos/as (no parejas sexuales)	12
Robándolas en droguería, hospital, etc.	13
Otro/a, especf: _____ /_/_/ No escriba en las casillas	96
Otro/a, especf: _____ /_/_/ No escriba en las casillas	97
No quiere contestar	98
No sabe	99

J5. En los últimos 12 meses, ¿qué ha hecho con las jeringas después de usarlas?
No lea las opciones. *Marque TODAS las que mencione. Pruebe solamente preguntando “¿algo más?”*.

Guardarlas para usarlas de nuevo	01
Devolverlas a quien se las prestó	02
Devolverlas a quien le inyectó	03
Darlas, regalarlas o venderlas	04
Dejarlas donde se inyectó	05
Botarlas/arrojarlas al piso, caneca/papelera, inodoro, caño	06
Devolverlas a un programa de intercambio de jeringas	07
Otro/a, especf: _____ /_/_/ No escriba en las casillas	96
Otro/a, especf: _____ /_/_/ No escriba en las casillas	97
No quiere contestar	98
No sabe	99

J6. ¿En los últimos 12 meses, la policía u otra autoridad le ha confiscado alguna vez sus jeringas? Se refiere tanto a las nuevas como a las usadas

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Submódulo K) aplicable a TODOS los CODAR

K1. ¿Ha estado ingresado alguna vez en centros de reforma o internamiento para menores por cometer delitos, o en centros de acogida para huérfanos? (Si el entrevistado/a NUNCA se inyectó, salte la siguiente pregunta y pase a la LC4)

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

K2. ¿Alguna vez se inyectó drogas dentro de esos centros?

No	01
Sí	02

No quiere contestar	98
No sabe	99

K3. ¿Ha estado ingresado alguna vez en prisión? Se refiere a privación de libertad de más de 24 hs en la cárcel, excluya las estancias en comisarías/estaciones por detenciones menores sin ingreso en prisión. (Si el entrevistado/a NUNCA se ha inyectado, pase al siguiente MÓDULO (M))

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Submódulo K2) aplicable a inyectores recientes y ex inyectores

K2.1 ¿Se inyectó drogas alguna vez dentro de la prisión?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

K2.2 ¿La última vez que se inyectó drogas en prisión, había usado alguien antes la jeringa?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

K2.3 ¿La última vez que se inyectó drogas en prisión, usó algún blanqueador o desinfectante para lavar la jeringa/aguja?

No	01
Sí	02
¿Qué? _____	03
No quiere contestar	98
No sabe	99

K2.4 ¿Y esa vez, si hubiera querido, habría podido obtener cloro, blanqueador o desinfectante, dentro de la prisión? *Se pretende saber si había acceso a cloro dentro de la prisión.*

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

Módulo L: prácticas de riesgo sexuales-MI

L1. ¿En los últimos 12 meses, con cuántas personas diferentes (hombres o mujeres) ha tenido relaciones sexuales vaginales o anales?

Una persona	01
Entre 2 y 3 personas	02
Entre 4 y 10 personas	03
Entre 11 y 25 personas	04
Entre 26-50 personas	05
Más de 50 personas	06
No ha tenido relaciones sexuales de ese tipo	95
No quiere contestar	98
No sabe	99

L2. ¿Con qué frecuencia usa usted o su pareja condón cuando tienen relaciones sexuales?

Nunca	01
Rara vez	02
Con bastante frecuencia	03
Casi siempre	04
Siempre	05

L3. ¿Cuando usted tiene relaciones sexuales con alguien diferente a su pareja, usa condón? (Solo para hombres)

Nunca	01
Rara vez	02
Con bastante frecuencia	03
Casi siempre	04
Siempre	05

L4. ¿Usted ha tenido relaciones sexuales anales con otros hombres?

Sí	01
No	02

L4.1. En caso afirmativo, ¿usa usted condón en esas relaciones?

Nunca	01
Rara vez	02
Con bastante frecuencia	03
Casi siempre	04
Siempre	05

L5. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido dinero por tener relaciones sexuales vaginales o anales?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

L6. ¿En los últimos 12 meses, ha recibido drogas u otra mercancía por tener relaciones vaginales o anales?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Módulo M: infección por VIH-MI

Ahora le preguntaré sobre la prueba de Sida. Recuerde que su nombre no va en el cuestionario y que sólo yo conoceré sus respuestas. Ya sabe que puede rehusar contestar cuando lo desee.

Aplicable a TODOS los CODAR

M1. ¿Se ha hecho alguna vez la prueba del virus del Sida?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

M2. ¿Ha llegado a saber el resultado de alguna prueba de virus del Sida?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

M3. ¿Alguna de las pruebas le ha dado resultado positivo; es decir, le han dicho que está infectado por el virus del Sida?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

M4. ¿Cuándo se hizo la primera prueba que le dio resultado positivo?

/_/_/_/ /_/_/_/ /_/_/_/_/_/

Mes día año

Si no sabe día, mes, anote 99

Si no sabe año, anote 9999

No quiere contestar 98

M5. ¿Alguna vez ha recibido un resultado negativo en la prueba del virus del Sida; es decir, le han dicho que NO estaba infectado por ese virus?

No	01
Sí	02

No quiere contestar 98
 No sabe 99

M6. ¿Cuándo fue la última vez que le dijeron que era negativo al virus del Sida?
Contraste que no hay inconsistencias entre las fechas de los diagnósticos positivos y negativos. Después de un diagnóstico positivo no puede haber tenido uno negativo.

/_/_/_/ /_/_/_/ /_/_/_/_/_/

Mes día año

Si no sabe día, mes, anote 99

Si no sabe año, anote 9999

No quiere contestar 98

M7. ¿Alguna vez le dijo el médico que usted necesitaba tratamiento para el Sida?
 Me refiero al tratamiento antirretroviral. *Explique si es necesario. Puede utilizar términos populares en algunos lugares para aclarar como por ej. “coctel para el Sida” siempre que haya comprobado que incluyen antirretrovirales*

No 01

Sí 02

No quiere contestar 98

No sabe 99

M8. ¿Ha estado alguna vez o está ahora recibiendo tratamiento para el Sida, o antirretroviral?

No 01

Sí 02

No quiere contestar 98

No sabe 99

Módulo N: infección por VHB y VHC

N1. ¿Ha sido vacunado contra la hepatitis B?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

N2. ¿Se ha hecho el examen de hepatitis B?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

N3. En caso afirmativo, el último resultado fue:

Negativo	01
Positivo	02
No quiere contestar	98
No sabe	99

N4 ¿Si le salió positivo, recibió algún tratamiento?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

N5. ¿Se ha hecho el examen de hepatitis C?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

N6. En caso afirmativo, el último resultado fue:

Negativo	01
Positivo	02
No quiere contestar	98

N7. ¿Si le salió positivo, recibió algún tratamiento?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Módulo Ñ: conocimientos, opiniones y actitudes hacia el VIH y el Sida

Ñ1. ¿Conoce a alguien que esté infectado por el VIH o que haya muerto de Sida?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ2. De esas personas con VIH o que murieron de Sida, ¿alguna es, o era un amigo o pariente?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ3. ¿Alguien que se inyecta drogas podría adquirir el VIH si usa una aguja que otros usaron antes?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ4. ¿Puede una persona que se inyecta adquirir el VIH usando tapas, latas, o cucharas usadas antes por otros para preparar o cocinar la droga? Si el entrevistado no se inyecta, y es necesario, explique.

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ5. ¿Puede una persona reducir el riesgo de infectarse por el VIH dejando de inyectarse y usando drogas sólo de forma fumada o por la nariz?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ6. ¿Puede una persona que se inyecta drogas evitar infectarse por el VIH usando una jeringa completamente nueva cada vez que se inyecta?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ7. ¿Puede una persona infectarse de VIH por una picadura de mosquito?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ8. Imagine alguien que no se inyecta drogas o usa siempre jeringas estériles
¿Puede evitar infectarse del VIH usando siempre un condón de manera correcta?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ10. ¿No tener relaciones sexuales y no inyectarse es una forma de evitar infectarse por el VIH?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ11. ¿Puede una persona infectarse con el VIH compartiendo una comida con una persona infectada?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

Ñ12. ¿Puede una mujer embarazada con el VIH o con sida transmitir el virus a su bebé?

No	01
Sí	02
No quiere contestar	98

