

Implementación de acciones para la reducción de riesgos y daños asociados con consumo de drogas por vía inyectada en Medellín y su área metropolitana

Evaluación Rápida para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan y se inyectan heroína en Medellín

Informe de Resultados y Recomendaciones para la acción

Bogotá, Diciembre 2016



Corporación Acción Técnica Social - ATS

Equipo investigador

Coordinación del estudio y preparación del informe

Inés Elvira Mejía Motta

Supervisión de campo

Yanina Silva

Julián Quintero

Asistentes de campo

Sebastián Tamayo

Diana Urrego V.

Digitación y procesamiento de datos

Christian Gordillo

Agradecemos el apoyo prestado para el desarrollo de este estudio a las siguientes personas e instituciones:

Margarita María Sánchez, Corporación Surgir; Cesar Arroyave, SAMEIN; Sandra Lara, E.S.E. CARISMA; Hospital Universitario San Vicente; Secretaría de Salud – Subsecretaría de Salud Pública; Secretaría de Inclusión Social; Universidad de Antioquia y a todas las personas que generosamente compartieron con nosotros parte de su cotidianidad.



I. INTRODUCCIÓN	4
II. METODOLOGÍA	7
2.1 Notas metodológicas acerca del estudio.....	7
2.2 Descripción del estudio.....	8
2.3 Objetivos	8
2.4 Muestreo y fuentes de información	9
2.5 Consideraciones éticas.....	11
III. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	14
3.1 Contexto general.....	15
3.2 Localización, naturaleza y difusión del uso de heroína y de la inyección de drogas (ID)	16
3.2.1 Mapeo y georeferenciación del fenómeno	16
3.2.2 Dinámicas territoriales y de mercado	18
3.2.3 Caracterización de personas que usan heroína (PUH)	30
3.2.4 Percepción del fenómeno	35
3.2.5 Tendencias en el uso de heroína, carreras de consumo y factores que influyen la expansión de la inyección como práctica	35
3.2.6 Estigma, discriminación y maltrato por parte de diversos actores sociales	45
3.3 Comportamientos de riesgo asociados uso de heroína y a la ID y las consecuencias adversas para la salud en una muestra de usuarios.....	48
3.3.1 Riesgos asociados a los rituales del uso de heroína.....	48
3.3.2 Riesgos asociados a elementos de la parafernalia	50
3.3.3 Otros consumos.....	60
3.3.4 Sobredosis.....	63
3.3.5 Riesgos asociados al comportamiento sexual.....	65
3.3.6 Percepción de riesgo y conocimientos	69
3.4 Experiencias de tratamiento para el consumo de drogas	72
3.5 Necesidades de las personas que usan heroína y se inyectan drogas.....	80
IV. ANÁLISIS DE NECESIDADES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
4.1 Conclusiones generales	87
4.2 Análisis de necesidades y recomendaciones para la acción.....	100
Referencias.....	109



I. INTRODUCCIÓN

Como parte de la implementación del Plan Nacional de Respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada, el Ministerio de Justicia y del Derecho celebró el Convenio 307 de 2016 con la Corporación ATS para el desarrollo de una serie de acciones que contribuyeran al mejoramiento de las capacidades territoriales en la materia.

Una de ellas fue el desarrollo de un estudio que permitiera dar recomendaciones de respuesta e intervención en dos ciudades de Colombia en las que, a pesar de haberse identificado el fenómeno, aún no se implementan acciones de mitigación del impacto del consumo de heroína, salvo las correspondientes al tratamiento.

Se creía necesario actualizar el mapa de situación y tener una aproximación que permitiera caracterizar las necesidades de las personas que usan heroína y que se inyectan drogas, con el fin de emitir recomendaciones que sirvieran de base para el alistamiento de acciones, de acuerdo con las realidades locales, en el componente de reducción de riesgos y daños asociados a las prácticas.

Fue así como se determinó que en el tiempo con el que se disponía y dada la necesidad de orientar la práctica, se llevara a cabo un estudio con una metodología ágil y pragmática, una metodología que ya hubiera sido aplicada en Colombia para la exploración de la inyección de drogas, el consumo de heroína y las consecuencias asociadas para la salud.

Tal metodología fue la evaluación rápida de situación, previamente utilizada en la primera fase del estudio multi-centro de la Organización Mundial de la Salud en el cual participó Bogotá en los años 2001 y 2002 y que fue base para la serie de estudios llevados a cabo por la Universidad CES entre los años 2011 y 2014 y para el estudio llevado a cabo por la Universidad Nacional en Santander de Quilichao en el 2009.

Los instrumentos ampliamente piloteados en Bogotá y en otras ciudades de América Latina (Rosario, Argentina; Santos, Brasil) fueron retomados por la Organización Panamericana de la Salud en 2005 para desarrollar lo que denominó *herramientas de vigilancia de segunda generación para VIH y otros riesgos asociados en Consumidores de Drogas de Alto Riesgo CODAR*, las cuales fueron publicadas en 2008.

Un rasgo de la evaluación rápida es la integración de encuestas con métodos cualitativos que fue justamente lo que se propuso para este estudio en particular, junto con su funcionalidad para informar políticas públicas y programas de manera ágil.

Dentro de sus principios se encuentran el uso de múltiples métodos en combinación con múltiples fuentes de información; la triangulación continua de información y un proceso inductivo de generación de hipótesis. El enfoque inductivo facilita la aproximación a hallazgos prácticos en la medida en que surgen, lo que



permite ir abriendo nuevas líneas de indagación en la medida en que surgen (Rhodes et al., 1999).

En el marco del Convenio con el Ministerio de Justicia y del Derecho, se determinó que la evaluación rápida sería la mejor metodología a utilizar no solo por el corto tiempo con el que se contaba para la ejecución de los productos, sino porque se trataba de una actualización con énfasis en el alistamiento para la acción.

La reciente caracterización del fenómeno del consumo de heroína en Colombia mostró que en efecto se trata ya no de un fenómeno emergente, sino ampliamente instalado en algunas ciudades del país; que hay diversas descripciones del fenómeno en distintos escenarios geográficos que muestran concordancias; que ya se han hecho multiplicidad de esfuerzos por estudiar el fenómeno y que de cada uno de ellos se han emitido conclusiones y recomendaciones muy concretas y que el país ya ha venido trascendiendo en parte el momento del diagnóstico para pasar al de la acción.

La situación de caracterización para las dos ciudades objeto del Convenio era diferente, mientras en Santander de Quilichao se había llevado a cabo solo una aproximación diagnóstica en el año 2009, en Medellín se han llevado a cabo múltiples mediciones desde el mismo año cuando el Ministerio de Salud dio inicio a las series periódicas y a la exploración sistemática del fenómeno. Al menos cuatro de los diez estudios financiados por el Minsalud, se llevaron a cabo en Medellín y el último se hizo en el año 2014.

Por tal motivo se determinó que la aproximación debería cumplir con el criterio de ser pragmática y de cumplir con el objetivo de orientar la respuesta de acuerdo con las realidades locales exploradas. Igualmente se tuvo en cuenta que la realidad local era compleja, que el consumo de sustancias ilícitas es altamente censurado, que los usuarios de sustancias como la heroína se encuentran ocultos, que el fenómeno es altamente dinámico y que era necesario aproximarse a él desde una perspectiva de evaluación de necesidades.

Es relevante señalar que se presentan dinámicas diferentes en ambas ciudades. Dichas dinámicas son complejas y se encuentran atravesadas por control de territorios, presencia de actores generadores de violencia, normas tácitas propias de las dinámicas del mercado ilícito, restricción de circulación, presencia y estancia de los usuarios de heroína o de otras drogas por vía inyectada.

Durante el desarrollo de trabajo de campo hubo “advertencias” en ambas ciudades para los profesionales a cargo del acercamiento y contacto con las poblaciones objeto del estudio.

En Medellín dichas advertencias ralentizaron y limitaron el acceso a algunas zona e impidieron que se llevaran a cabo entrevistas con vendedores y distribuidores de heroína con lo cual no fue posible establecer a fondo, asuntos propios del tráfico, comercialización, circulación y origen de la sustancia.

De igual modo en Santander de Quilichao y de acuerdo con reportes de una de las trabajadoras de campo se presentaron “amenazas” y “advertencias”. Durante el desarrollo del acercamiento a campo se produjeron diversos episodios de violencia



que terminaron con la muerte de al menos dos personas involucradas con el comercio de la heroína, con lo cual se dio un “reordenamiento” del territorio y dificultades para indagar a profundidad aspectos propios del comercio y tráfico de esta sustancia en el territorio.

Los resultados que se presentan en este informe integran información no sólo de la evaluación rápida llevada a cabo en cada ciudad, sino de los estudios previos que se consideran una fuente más del presente estudio.

El informe da un peso importante a la información cualitativa pues se consideró que se contaba con una oportunidad única para dar “voz” a las personas que se ven afectadas directamente por el fenómeno en los territorios. Esto porque, aunque algunos de los estudios previos tuvieron componentes cualitativos, dieron poco peso al acervo testimonial que en este caso se considera de gran valor y al cual es posible acceder con la aplicación de métodos como los grupos focales, las observaciones en campo o las entrevistas informales y semiestructuradas.

En tanto que el propósito de este estudio es aportar insumos para la definición de algún tipo de respuesta al fenómeno y que si se requiere es justamente porque la respuesta que se haya dado ha sido hasta ahora insuficiente, la lectura que se hace de cada frase y testimonio es crucial para dimensionar la carga cotidiana que viven estas personas. Por tanto, se consideró valioso retomar el registro de muchos de los testimonios como intervenciones textuales por su claridad y crudeza.

Esta vez no hay muchas interpretaciones porque consideramos que es tiempo de escuchar directamente la voz de las personas que viven el malestar día a día y la urgencia de hallar alivio al mismo, a como dé lugar.

Así, este informe ofrece una gran diversidad de matices y variedad de testimonios de primera mano, que ofrecen elementos de enorme importancia a la hora de caracterizar necesidades y de diseñar intervenciones.

Por respeto a las fuentes y para ofrecer una aproximación más realista a las redes que fueron contactadas, se respetaron los discursos tal como fueron registrados y en limitadas oportunidades por razones de relevancia, reiteración o espacio se editaron, lo cual se registra en los párrafos con puntos suspensivos (...).



II. METODOLOGÍA

2.1 Notas metodológicas acerca del estudio

La evaluación rápida es una metodología que se viene usando desde hace más de tres décadas en aproximaciones tan diversas como análisis situacionales, evaluación de necesidades, evaluación de recursos y evaluación de contextos. Permite recabar información cultural, social e institucional para el desarrollo de políticas y programas.

La metodología tuvo su origen en los ámbitos de la atención primaria en salud y de la agricultura y ruralidad y se fue expandiendo en su uso para explorar temas de desarrollo social y comunitario, enfermedades y problemas de salud tales como nutrición, salud mental y salud sexual y reproductiva (WHO, 2003).

Dado el dinamismo del consumo de sustancias psicoactivas y su vinculación con eventos como el VIH y las infecciones de transmisión sexual y sanguínea (ITSS), las evaluaciones rápidas han sido utilizadas con frecuencia porque con ellas se logran estudios ágiles, de bajo costo y de baja exigencia logística, al tiempo que ofrecen información que permite orientar y habilitar el desarrollo de intervenciones apropiadas, aceptables y ajustadas a las realidades locales en corto tiempo y en respuesta a situaciones que demandan acciones ágiles (WHO, 2003).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2003 publicó una revisión específica sobre el uso de esta metodología para la exploración del uso de drogas, concluyendo que las evaluaciones rápidas tienen el potencial de generar información importante en materia de salud pública que puede ser útil para el desarrollo de programas de intervención. Así mismo concluyó que el potencial de esta metodología radica justamente en que es complementaria a las metodologías de estudio más tradicionales y que se caracteriza por la rapidez y el pragmatismo, lo que la convierte en una aliada importante a la hora de hacer frente a potenciales problemas de salud pública (WHO, 2003).

De acuerdo con Fitch y colaboradores (2000) el uso de la metodología de evaluación rápida ha sido promovido por diversas agencias interesadas en el desarrollo de métodos costo-efectivos y pragmáticos en la investigación en salud pública.

En la noción de la metodología convergen y se sintetizan diversas tradiciones de investigación e intervención, entre ellas la investigación aplicada, la respuesta médica y de emergencia y el desarrollo comunitario; en el marco de la primera, los orígenes se remontan a los años veinte del siglo pasado con el desarrollo del interaccionismo social de la Escuela de Chicago. Estos desarrollos hicieron énfasis en la naturaleza social y situacional de la conducta individual y mostraron el valor de integrar diversos métodos cualitativos que permitieran comprender el significado y el contexto de los comportamientos.



Así se da el origen de la evaluación rápida como un enfoque multi-método que se enfoca en la mirada de contextos de salud pública, la salud individual y las prácticas que afectan positiva o negativamente la salud individual, de manera que sea posible promover respuestas compatibles con las prácticas locales en los contextos culturales específicos.

2.2 Descripción del estudio

Se llevó a cabo una evaluación rápida de situación siguiendo las guías emitidas por la Organización Mundial de la Salud para la exploración de consumo de drogas y en particular el uso inyectable: *“The guide on rapid assessment methods for drug injecting”*.

Se trató de un estudio de tipo diagnóstico, exploratorio y descriptivo con muestreo oportunista y de redes de pares referidos, multimetodológico y con múltiples fuentes de información.

Junto con los equipos locales se revisaron las preguntas de mayor relevancia a responder con el estudio y se determinaron las fuentes de información. Posteriormente se establecieron los métodos más adecuados para recabar la información requerida.

El estudio se desarrolló combinando métodos cualitativos y cuantitativos. Los métodos cualitativos consistieron en: entrevistas informales a informantes clave y potenciales cabezas de red; observaciones en campo y reporte de recorridos en calle; grupos focales; entrevistas con expertos a cargo de la atención a los usuarios.

El método cuantitativo consistió en la aplicación de un número determinado de encuestas a usuarios de drogas por vía inyectada y a usuarios de heroína en cada ciudad. El instrumento utilizado fue la Encuesta CODAR: *“Encuestas sobre infecciones de transmisión sanguínea o sexual y conductas relacionadas en consumidores de drogas de alto riesgo”*, emitidas en el año 2005 por la Organización Panamericana de la Salud y piloteadas en la ciudad de Bogotá en el mismo año.

Cada ciudad contó con un equipo de trabajo de campo local y con la supervisión de campo. Las personas de los equipos locales fueron formadas en la metodología a desarrollar y contaron con el acompañamiento por parte de la supervisión de campo que se desplazó en varias oportunidades a cada uno de los territorios.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general:

- Identificar tipo y alcance de las consecuencias adversas para la salud asociadas al uso de heroína y a la inyección de drogas, así como evaluar las necesidades de las personas que usan y se inyectan heroína en dos ciudades de Colombia.



- Los resultados de la evaluación serán usados para ofrecer recomendaciones e informar el desarrollo de intervenciones preventivas efectivas contribuyendo así a la reducción de dichas consecuencias.

2.3.2 Objetivos específicos:

1. Evaluar la localización, naturaleza y difusión del uso de heroína y de la inyección de drogas (ID) en las ciudades de Medellín y Santander de Quilichao
2. Evaluar los comportamientos de riesgo asociados uso de heroína y a la ID y las consecuencias adversas para la salud en una muestra de usuarios.
3. Evaluar las consecuencias adversas para la salud asociadas a la ID, en particular el VIH, Hepatitis B/C y otros eventos como la sobredosis (auto-reporte).
4. Evaluar las necesidades de las personas que usan heroína y se inyectan drogas
5. Identificar potenciales intervenciones efectivas que propendan por la reducción de las consecuencias adversas para la salud asociadas al uso de heroína y a la ID.

2.4 Muestreo y fuentes de información

La condición de la población objeto de estudio es “oculta” por naturaleza y aunque se cuenta para el caso de Medellín con un universo ponderado de las personas que se inyectan drogas (3,500 aproximadamente), el objetivo de este estudio era lograr una aproximación a la mayor diversidad de redes de usuarios posibles para identificar sus necesidades.

Por tanto, se trató de un muestreo por conveniencia que utilizó el método de bola de nieve, con control de número de contactos por cada cabeza de red contactada, con el fin de asegurar la diversidad de los sujetos y las redes. Se hizo uso de incentivos para la dinamización de los contactos efectivos que cumplieran con los criterios de inclusión en el estudio.

La caracterización de las poblaciones y los riesgos asociados, así como la seroprevalencia de VIH para el caso de Medellín, se habían medido amplia y representativamente en el estudio realizado por la Universidad CES en 2014. Para este estudio se esperaba profundizar en algunos de los aspectos ya explorados previamente para avanzar en la definición de recomendaciones de acción e intervención.

Para el caso de Santander de Quilichao se esperaba actualizar la evaluación situacional que había llevado a cabo la Universidad Nacional en el año 2009 utilizando la misma metodología y determinar las dinámicas actuales del fenómeno para que pudiera establecerse qué tipo de intervenciones serían las más ajustadas a la realidad local.

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio fueron los que se describen a continuación:

CODAR consumidores de alto riesgo:

Definidos como las personas que usan drogas y que por sus prácticas de consumo presentan un alto riesgo de exposición al VIH y a otras ITSS incluyendo las hepatitis virales.

Para este estudio se consideraron elegibles para GRUPOS FOCALES:

- Quienes usaron heroína en el pasado o quienes se inyectaron heroína u otras drogas y no lo han hecho en los últimos seis (6) meses (Ex – PID)
- Quienes han usado heroína por vías distintas a la inyección entre 1 y 3 veces en los últimos seis meses (fumada, inhalada, aspirada) (Nunca PID en riesgo de transición)
- PID / Ex PID / Nunca PID usuarios de heroína en tratamiento

Se consideraron elegibles como CODAR para ENCUESTAS:

- Quienes han usado heroína al menos una vez por mes en los últimos seis meses (por vía fumada, inhalada, aspirada o inyectada) y/o quien lo ha hecho más dos o más veces en los últimos dos meses
- Quienes se han inyectado heroína u otras drogas legales o ilegales al menos una vez por mes en los últimos seis meses y/o quien lo ha hecho dos o más veces en los últimos dos meses
- No haber participado en este estudio
- Ser mayor de 15 años y poder acreditarlo con documento de identidad
- De ser menor de 15 años contar con la autorización y compañía de un adulto a cargo o tutor.

Se llevó a cabo una *fase exploratoria* que incluyó la consulta de fuentes secundarias de información para el análisis de contexto, en particular los perfiles territoriales, información sociodemográfica, información sobre consumo de sustancias psicoactivas, información sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual y sanguínea.

Como parte de la *fase exploratoria* se llevaron a cabo entrevistas informales con informantes clave por su presencia en zonas de consumo y venta de heroína, observaciones y recorridos de calle en zonas de consumo y venta, como parte del proceso de identificación y posible contacto con cabezas de red y como exploración de información complementaria al ejercicio de mapeo y georeferenciación del fenómeno.

Por último, en esta fase se llevaron a cabo los grupos focales con personas usuarios de heroína y personas que se inyectan drogas. Los grupos focales tuvieron como objetivo levantar y validar la información para el mapeo y la georeferenciación del fenómeno, explorar información para la caracterización del consumo, las prácticas, los riesgos asociados, las dinámicas de tráfico y mercado, la utilización de servicios especializados y de salud, la evaluación de necesidades.

Posteriormente se llevo a cabo la *fase formal* que consistió en el desarrollo de las encuestas CODAR y de las entrevistas a expertos a cargo de la atención de esta población. Se había previsto llevar a cabo un mayor número de entrevistas a expertos, pero fue imposible concretarlas.

En la tabla No. 1 se detalla el número de aplicaciones hechas por ciudad y por método utilizado.

Tabla No.1 Aplicación de instrumentos y métodos por ciudad



Métodos	Medellín
Entrevistas informales informantes clave	5
Recorridos y observaciones	11
Grupos focales	7
Encuestas CODAR	58
Entrevistas a expertos	1
Redes contactadas	10

2.5 Consideraciones éticas

La evaluación rápida de situación se rigió por las especificaciones éticas consignadas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la Resolución No. 008430 de 1993 a través de la cual el Ministerio de Salud y la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y el Decreto 1543/97 a través del cual se reglamenta el manejo de la Infección por VIH/SIDA y otras ETS en Colombia.

Congruentes con lo establecido se tuvieron en consideración los siguientes aspectos:

- La investigación se identificó como de riesgo mínimo en tanto que no involucró exámenes diagnósticos, asesorías o intervenciones de ningún tipo que pudieran poner en riesgo la salud o el bienestar de las personas participantes.
- Se justificó el desarrollo de un estudio que buscara contribuir a la prevención y control de los problemas de salud, y al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud. Que tiene una justificación desde lo científico y lo ético.
- Se diseñó un protocolo en el que prevalece el criterio de respeto a la dignidad, a la protección de los derechos y el bienestar de las personas participantes.
- Se entiende que es deber proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- Se justifica su desarrollo en tanto que el conocimiento requerido no puede ser obtenido por otro medio idóneo.
- Se garantizó y se formalizó esta garantía a través del consentimiento informado, la seguridad de los beneficiarios y la expresión clara de los riesgos que no deberían superar las especificaciones de las investigaciones con mínimo riesgo.
- Se cuenta con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de la investigación.

El presente estudio se rige también por lo estipulado en el capítulo IV del Decreto 1543/97 que establece: En respeto al derecho a la autonomía que no es otro que la



libre determinación en el pleno derecho de facultades de la persona, de manera libre y espontánea en beneficio del desarrollo de su personalidad.

- Se contó con un equipo de profesionales idóneos en las áreas que involucra los tópicos del estudio, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, para garantizar el bienestar del sujeto de investigación.
- Se protegió la privacidad del individuo, sin necesidad de identificarlo en ningún momento de la participación dado que no se aplicaron pruebas biológicas.
- En relación con la confidencialidad el Artículo 34º del Decreto 1543/97 establece que las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada con el VIH están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad.
- Se identificaron todos los tipos posibles de riesgo y la posibilidad de que el sujeto de la investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.
- La participación de los sujetos fue enteramente voluntaria.



Por último, este estudio se reguló considerando algunos aspectos mencionados en el código de ética de la American Anthropological Association, entre ellos los siguientes:

- Se adquiere una responsabilidad fundamental con aquellos a quien se estudia, si hubiere un conflicto de intereses, los sujetos van primero. El profesional debe hacer todo lo que esté a su alcance para proteger el bienestar físico, social y psicológico y hacer respetar la dignidad y privacidad de las personas a las que estudie.
 - De esta forma, cuando el estudio involucra la adquisición de material e información transferida basándose en la confianza entre personas, es axiomático que los derechos, intereses y sensibilidades de aquellos a quien se estudia se salvaguarden.
 - Los informantes tienen el derecho de permanecer anónimos. Este derecho debe respetarse tanto más cuando se ha prometido explícitamente como cuando no existe ningún motivo evidente para hacer lo contrario. Lo descrito aplica a la recolección de información a través de cámaras, grabadoras (...) entrevistas cara a cara o en observación participante. Aquellos que están siendo estudiados deben comprender la razón de estos instrumentos, deben estar libres de rechazarlos si no lo desean, y si los aceptan, los resultados obtenidos, deben ser consonantes con los derechos del informante al bienestar, la dignidad y la privacidad.
- En relación con la responsabilidad frente a las entidades financiadoras o ejecutoras, el profesional debe ser particularmente cuidadoso de no prometer o aceptar condiciones que sean contrarias a la ética aquí establecida o a los compromisos que compitan entre sí.

Estas últimas especificaciones deben liberar a los profesionales (psicólogos, antropólogos o trabajadores sociales) involucrados en cualquier nivel del estudio, de la responsabilidad de dar a cualquier entidad gubernamental, privada o internacional involucrada en el campo del control de la oferta de sustancias ilícitas, información –de cualquier tipo- que amenace o viole la confianza dada por cualquier informante -sea cual sea su actividad- a los miembros del equipo investigador.

III. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados del estudio de acuerdo con la preguntas orientadoras y los objetivos específicos del estudio.

En la primera parte de cada categoría se presenta el componente cualitativo derivado de los relatos y testimonios de los grupos focales, los recorridos de calle, las entrevistas informales y las entrevistas con expertos. Cuando aplique, en la segunda parte de cada categoría se presenta la información cuantitativa correspondientes a la aplicación de la encuesta CODAR.



MEDELLÍN

3.1 Contexto general

Medellín es la segunda ciudad más poblada de Colombia, es capital del Departamento de Antioquia. Se encuentra ubicada en el Valle de Aburrá, en la Cordillera Central y es atravesada por el Río Medellín. Con ella colindan 12 municipios y se encuentra dividida en 16 comunas y 5 corregimientos, así como 249 barrios.

De acuerdo con el DANE en su proyección poblacional, la ciudad contaba en 2015 con 2,464,322 habitantes.

Es una ciudad con amplio desarrollo económico y uno de los centros financieros, industriales, comerciales y de servicios más importantes del país, además, en los últimos años se ha posicionado como un importante centro cultural, académico y deportivo.

Históricamente la ciudad ha mostrado índices de consumo superiores a los de la media nacional. Para el año 2013, Medellín y su área metropolitana registraba una prevalencia de uso reciente de cualquier sustancia ilícita de 8,2%, en contraste con la media nacional de 3,6%. De igual modo el porcentaje de personas con *abuso* o *dependencia* de sustancias para ese año fue de 4,82% frente al 2,08% del total nacional.

Aunque el informe del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia del año 2013 discrimina los datos por sustancias para el caso de marihuana (prevalencia de último año PV: 7,5% vs 3,3% de total nacional) y cocaína (PV 1,6% vs 0,7%), no lo hace para otras sustancias como basuco o heroína, con lo cual no es posible a partir del informe publicado, determinar la prevalencia de uso reciente de heroína en la ciudad (MJD, Minsalud, ODC, 2014).

No obstante, por reportes de demanda de servicios y por diversidad de estudios que se han llevado a cabo en la ciudad para caracterizar, tanto el fenómeno del consumo de heroína como el de la inyección de drogas, es posible afirmar que Medellín es una de las ciudades más afectadas por el fenómeno.

De acuerdo con la ponderación realizada por la Universidad CES en el año 2014, se estima que para ese momento la ciudad tenía la red más extensa de personas que se inyectaban drogas en Colombia, en contraste con las otras ciudades en las que el fenómeno ha sido identificado. Esta red se estimaba en 3,548 personas (MJD/ODC, 2015).

La evaluación rápida identificó redes de personas que usan heroína en 6 de las 16 comunas. La población de mayor vulnerabilidad al uso de heroína estaría concentrada



en los grupos entre los 15 y 29 años de edad que corresponden, de acuerdo con proyecciones poblacionales del DANE, al 23% del total de la población. De acuerdo con las estimaciones del estudio del CES en 2014 el promedio de edad de esta población sería 25,69, la edad media más baja del resto de ciudades en las que el fenómeno se identifica (MJD/ODC, 2015).

Medellín, a diferencia de otras ciudades de Colombia, cuenta con diversos programas de tratamiento que se han especializado en la atención a la dependencia a la heroína, dentro de los que se ofrece la prescripción de medicamentos como la metadona como alternativa de sustitución, entre ellos se encuentran la E.S.E. Carisma, el Hospital San Vicente, SAMEIN y Centro C.I.T.A.

3.2 Localización, naturaleza y difusión del uso de heroína y de la inyección de drogas (ID)

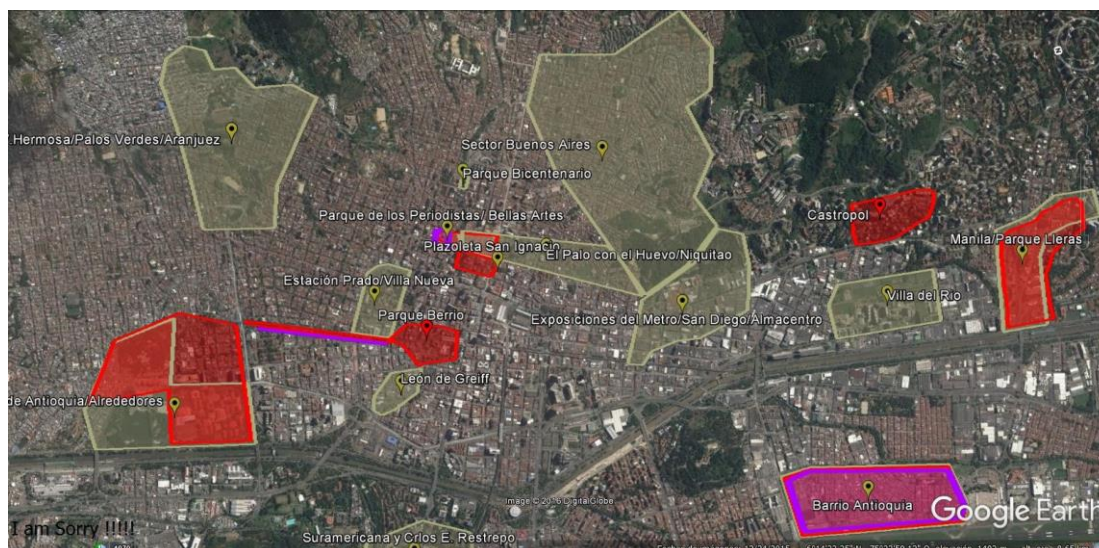
3.2.1 Mapeo y georeferenciación del fenómeno

Durante los grupos focales se llevó a cabo el mapeo y georeferenciación del fenómeno determinando con los usuarios no sólo las zonas en las que saben que se presenta, sino la caracterización de lo que ocurre en cada zona. Posterior a los grupos focales se llevaron a cabo los recorridos en calle para determinar la validez de la información recabada, algunos de dichos recorridos se llevaron a cabo con el acompañamiento de informantes para facilitar la introducción de los trabajadores de campo a las zonas y sus dinámicas.

Así, se pudo identificar que en la ciudad de Medellín la dinámica geográfica del fenómeno y sus manifestaciones es altamente compleja y se determina a partir de una serie de normas tácitas, impuestas en su mayoría por quienes trafican y comercian con estas sustancias, pero también por la mismas redes de personas que usan esta sustancia.

Los lugares identificados corresponden a las siguientes categorías: lugares de consumo, lugares de venta de heroína, zonas en conflicto (correspondientes a zonas en las que el consumo de heroína e inyectables está *prohibido*) y zonas donde se suelen hallar residuos de material de inyección. Esta última categoría se abandonó, pues de acuerdo con los usuarios, los residuos se hallan de manera dispersa en diversas zonas y en ninguna se encuentran en abundancia como para que sea característica de la misma.

Figura No.1 Mapa y Georreferenciación de zonas en las que ocurre el fenómeno y sus diversas manifestaciones en Medellín



ZONAS DE DISTRIBUCIÓN (ROJO)	ZONAS DE CONSUMO (BEIGE)	ZONAS DE CONFLICTO (RESTRICCIÓN DE USO) (VIOLETA)
<ol style="list-style-type: none"> 1. El palo con el huevo 2. Parque Berrio (zona de encuentro) 3. Calle Bolívar (viaducto del metro entre estación parque Berrio y Hospital). 4. Sector Universidad de Antioquia y alrededores (varía -ble en los últimos meses según algunas fuentes) 5. Sector Estadio, avenida 70 con San Juan 6. Manila, Parque Lleras 7. Castropol 8. Barrio Antioquia 9. Plazuela San Ignacio 10. <i>Municipio de Barbosa</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avenida León De Greiff* - Museo de Antioquia (parte de atrás) 2. Plazoleta de San Ignacio** 3. Universidad de Antioquia y alrededores 4. Estadio, Unidad deportiva Atanasio Girardot, Skate park 5. Barrio Antioquia 6. Sector Suramericana y Carlos E. Restrepo 7. Sector La Floresta, Santa Lucia y el Coco. 8. Manrique, Villa Hermosa, Palos Verdes y Aranjuez 9. Alrededores del Parque del Periodista, Bellas Artes 10. Sector Buenos Aires: Loreto, La Milagrosa, El Salvador y Nacional 11. Ciudad del Río 12. Barrio Manila- El Poblado 13. Estación Prado del Metro y Villanueva – El Raudal / baños Centro Comercial Los Puentes 14. Estación Exposiciones del Metro, barrio San Diego, Almacentro 15. Sector el palo con el huevo y Niquitao 16. Villa del Aburrá 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parque del Periodista 2. Barrio Antioquia 3. Calle Bolívar (Viaducto del metro entre Parque Berrio y hospital) 4. Barrios populares 5. Parque Bicentenario (algunas PID pernoctan allí) 6. Parque Bolívar (recientemente nuevas dinámicas lo han desplazado por otros lugares)

	17. Parque San Antonio	
	18. Municipio de Barbosa	
	19. Municipio de Caldas	

*,** Estas zonas se identifican como potenciales lugares para ubicar un servicio de atención a esta población. No obstante, en la Plazuela de San Ignacio los usuarios identificaron que se instalaron cámaras y la policía está haciendo presencia con frecuencia, por lo que es una zona que algunos refieren estar evitando. En el GF de LDG/Sn Ignacio señalaron que allí no se vende sino que se consume, pero que en el último tiempo tampoco es posible hacerlo allí.

3.2.2 Dinámicas territoriales y de mercado

Esta sección describe: los lugares más frecuentados por las personas que usan heroína; las dinámicas que se presentan en tales zonas; las restricciones que se presentan a la hora de comprar la heroína; los códigos que utilizan para acceder a la sustancia; la manera como dichas dinámicas cambian en el tiempo; las restricciones de uso impuestas por grupos al margen de la ley; los lugares en los que en consecuencia, ocurre la práctica; los tipos de heroína disponibles; las claves para determinar la calidad y los costos de la sustancia.

Una de las redes más consolidada de personas usuarias de heroína se encuentra en la zona centro de la ciudad. La Avenida De Greiff y la Plazoleta de San Ignacio son, con frecuencia, lugares de encuentro para reunir dinero y comprar heroína en compañía, cuando no se cuenta con recursos para comprar la dosis individual.

“... las personas manifiestan que este es un lugar donde se está de paso, es decir que allí se encuentran para “hacer la vaca” o para “aliviarse” y continuar la jornada, pero no permanecen por largos períodos de tiempo... dicen que este lugar es peligroso y por eso luego de las 9 de la noche se van a diferentes “parches” donde están más tranquilos para descansar y pasar la noche” (extracto de diario de campo, recorrido Av. León De Greiff, 20.10.16)

Esta dinámica es fuente de riesgo biológico como se explicará más adelante, pues el “fondo” para comprar una dosis entre varias personas implica la división de la dosis y la forma en que se lleva a cabo, supone riesgos de intercambio indirecto de fluidos potencialmente infectantes.

La mayor concentración del fenómeno, de acuerdo con las fuentes consultadas, está en distintos lugares del centro de la ciudad. Aunque el fenómeno se da también en algunos barrios y en otras zonas de la ciudad en éstas, es aún menos visible.

A la pregunta por otras zonas distintas del centro, la respuesta fue:

“No porque casi todos se vienen pa acá pa’l centro, donde están los dealers. Los del poblado se vienen también pa acá, o llaman a los del estadio a que les caigan por ahí.” (GF jóvenes)

Esta nueva aproximación a la realidad de la ciudad de Medellín, confirma lo descrito en el estudio “La heroína en Colombia” (MJD/ODC, 2015). La venta de la heroína presenta una dinámica diferente a otras sustancias, se lleva a cabo el



contacto vía telefónica con la persona que expende y se hace el “encargo” a partir de ciertas “claves”: *présteme cinco mil* = véndame una bolsa de heroína de \$5 mil; *véndame media* = véndame medio gramo; *deme un pesado* = deme un gramo; así, el pedido no se hace explícito. Treinta a sesenta minutos después llegará el pedido a un lugar previamente acordado y variable en el centro de la ciudad o en el sector del estadio.

“... por ejemplo el Barrio Antioquia, que son a los que conocen, o sea yo voy allá y a mí me venden, pero fuera de todos los dealers que venden siempre es todo por celular, o sea en sí no se llega a un lugar y ah es que ahí venden, no nada, tiene que ser por celular todo.” (GF Buenos Aires)

“Principalmente es llamando, porque eso no es como la marihuana como el perico, que lo vendan en una plaza no. Solamente en el barrio Antioquia se puede comprar así, pero es muy difícil de llegar allá, no es tan fácil, lo quieren como tumbar a uno, a mi me pasó que fui con G una vez allá, y estábamos todos nerviosos, preguntamos por eso y nos cobraban dizque 30 mil por una bolsita que normalmente vale 10 mil, sólo en barrio Antioquia uno la puede conseguir pero hay que saber donde llegar exáctamente. Pero estar así preguntando no.” (GF mujeres)

“En la única parte donde le venden a uno en una casa es en el Barrio, ah!! y en Manrique. En Manrique y en el Barrio Antioquia” (GF V ambulantes)

“Porque plazas en sí de heroína no puede haber porque si se dan cuenta matan al dealer, pero de todas maneras hay dealers, pero todo es por celular.” (GF Buenos Aires)

“Es que no hay plazas para ir a comprar, no, usted llama. No es como en Pereira que usted tiene dónde llegar, no acá no.” (GF León De Greiff)

La venta no se realiza a personas desconocidas de la red ya establecida, si alguna persona de la red quiere introducir a un comprador nuevo, debe avisarle al vendedor de la contingencia y el contacto debe comprometerse con el vendedor a que “responda por el nuevo”.

“(decir el nombre) Si, siempre que llame, y no decir la chapa del que lo está vendiendo. Ni decir necesito tantas, no. Necesito \$6000, necesito \$12.000.

Necesito \$6000 para que me prestes. Decir dónde está, estoy allí, ah... llegué a... llegué a tal parte. Llegué al Parque Berrio.

Entonces los que no sepan esas tácticas pues... ahí mismo los pillan. Si se equivocó cómo dijo lo regañan. Hay veces son muy... muy ¿cómo es?, o sea si va a venir no venga con nadie.” (GF No. 1 red Buenos Aires).

“O uno pide una recarga de \$10 mil (es una bolsa de \$10.000)” ; “el dealer empieza a conocer la gente, entonces hay gente que dice, a deme una garrafa, entonces ya sabe que



es un pesado grande de 35.000”, “eso es un gramo o media garrafa es medio gramo” (GF jóvenes)

“Conseguir la heroína es difícil, porque no es cualquier droga, le toca esperar. Le toca esperar a que el man se le dé la gana de venir. O si se demora o se demora poquito. Media hora, una hora, toca esperar. Es que son pocas personas que venden en una ciudad, son muy pocas las personas que venden para la cantidad de consumidores que hay, y no hay una plaza fija. Como no es cualquier droga, como la marihuana y las otras, la gente se cohíbe mucho de venderle a cualquier persona, entonces si a vos no te conocen, no te venden. De pronto es un sapo.” (GF jóvenes)

“Aquí lo podemos decir todos que a muchos nos ha tocado, venir desde Palace con San Juan hasta el parque de los deseos, empiece por ahí, y muchas veces esperar a que llegue el man por ahí media hora, hasta 2 horas. Y si en el camino cogieron al jibaro, ay! (se toma la cabeza) ... Y muchas veces llega usted y no contesta, ay, y bien desesperado a llamar al otro, estoy en tal parte, en tal otra, llega uno y nada. Cuando llegó, llegó la mitad de la bolsa, y uno ya con rabia.”, “A mí me han hecho ir hasta el estadio y luego me dicen que vaya al Parque de los Deseos.” (GF Red Buenos Aires)

En zonas populares de la ciudad y en los sectores previamente mencionados, las organizaciones delincuenciales prohíben el consumo de inyectables a cielo abierto. De esta forma, en los barrios el consumo se da en las casas privadas y en otras zonas de la ciudad, se desplazan a lugares “ocultos” en los que no hay mayor circulación de personas para hacerlo (baños públicos, callejones, miradores, o zonas de algunos parques).

“Las inyectables no la ve uno tan pública, es que no es tan pública, la gente todavía guarda algo de recelo. El que se inyecta guarda siempre un recelo, por ejemplo los que se inyectan allí, ellos son recelosos, uno los ve, porque yo vivía acá, ellos se hacen allí en la sombra, no lo hacen a la luz pública, se hacen los bobos.” (Entrevista informante zona comercial)

“... en ninguna parte del centro se puede vender pero se vende, en ninguna parte del centro se puede consumir pero se consume, en ninguna parte se puede hacer nada pero se hace, es como dicen por ahí lo prohibido es lo bueno.”

“Inclusive ayer vi dos manes que nunca los había visto nunca en mi vida y se estaban chutando ahí en todo Palacé con Ayacucho. Y Yo los vi, y yo eh...Qué calentura. Los cogen los de la Bastilla y les dan una pela ni la hijueputa. “

“Por ejemplo ahí detrás del Hotel Nutibara, ahí detrás. A más de uno le han dado la pela ahí güevon. A mí me la dieron ahí. ... En el Ópera, en todo Maracaibo con... entrando hacia allá a la oficina de los convivires, son tan güevones que se chutan ahí güevón.”

“Si es que los convivires... es más ese día del machetazo tocó salir corriendo de allá ...me pegaron un machetazo en la cara (un planazo). ¿por dónde, por las Torres? ahí también hay mucho, y nos tiraron piedras también, ese día de ese planazo, que hijueputa dolor.



Corredor.. Salvador también. Si, no, es que uno se vuela, **uno se mete en el rinconcito**. Por **allá donde hay un morro, por allá uno se esconde**. En Villa Hermosa tampoco le gusta a esa gente que consuman, lo que son los de Morro Chispas, y los de la 39 no le gusta ver gente consumir, o sea yo porque soy conocido.” (GF Red Buenos Aires).

“En los barrios no se lo puede meter uno porque lo rematan: en Manrique, Aranjuez, campo Valdés”. (GF Jóvenes)

“Parce es como la bazuca, la bazuca la venden en todo Medellín, en todos los barrios, **en ningún barrio se puede fumar frentiado**. A usted lo ven en cualquier barrio... yo soy de Castilla.... a mí me ven con una pipa en Castilla y en el acto me están es partiendo la cabeza, literalmente lo matan a uno.” (GF V ambulantes)

“En el barrio Antioquia lo que pasa es que hay un grupo que quedó, porque eran muchos sino que **a muchos los mataron**. Hubo una limpieza de heroínos hace algunos años, y mataron varios. En este momento hay siete personas que consumimos heroína en el Barrio que tenemos por ahí tres puntos de luz verde para consumir.” (GF V ambulantes)

“**Lastimosamente acá hay convivres en Medellín y donde un convivir te vea inyectándote, te coge y no importa que seas una mujer, te coge y te vuelve mierda**, ah te vas de acá malparida a chutarte en otro lado, hasta uno puede estar haciéndola y si se le parte una jeringa dentro de la vena, eso es una cosa impresionante, o también llegan los policías y le quitan a uno eso.” (GF mujeres)

“...donde usted saque una jeringa en Cristo Rey, le sacan un fierro (arma)” (GF LDG-Sn Ignacio)

“No, es que sinceramente yo compro y me voy para mi casa, yo no me quedo en el centro. **A mí ya me trataron de matar una vez aquí en el centro, y papaya ya no doy más aquí abajo**.” (GF Buenos Aires)

“... **también con esto a uno le da por irse para lugares seguros, y no estar como por ahí dando cartel también**.” (Extracto entrevista informal recorrido Loreto – Buenos Aires)

“Ella dice que es un lugar muy frecuentado por personas que se inyectan drogas, sin embargo ella afirma, que **es muy improbable ver a alguien en el acto de la inyección**, porque los usuarios prefieren la privacidad que pueden tener en su casa o en los baños. De hecho ella refiere que el lugar específico de la inyección es en los baños públicos de la Unidad Deportiva.” (Registro de recorrido en compañía de usuaria Zona del Estadio)

“Al hablar con la persona que vende drogas y preguntarle por la heroína, él afirma que la persona que consume heroína en este lugar se está exponiendo a un peligro **“ave María, donde los vean, jummm”**. A pesar de esto, algunos usuarios nos han referido este lugar como zona de consumo de heroína, pero teniendo en cuenta que es a su vez una zona prohibida, los consumidores de heroína aprovechan la amplitud del lugar para inyectarse con discreción o si no se van a los alrededores del parque”. (Recorrido Parque Bicentenario)



“Vea otra cosa también, es que como uno no puede, entonces la inhala, y más de uno que lo ve piensa que es perico, **pero cuando ven la jeringa es el problema más hijueputa en cualquier parte, ahí mismo, hey, hey, hey, oe, oe, ahí mismo la gente empieza a mirar, a discriminar...**” (GF LDG-Sn Ignacio)

“... hay zonas que uno respeta más y otras que respeta menos, **sobretudo las zonas que uno respeta más son donde no llaman a los tombo (policías) sino que llaman a los convivir, porque llegan a atarbanearlo a uno.**” (GF mujeres)

En referencia a la zona de la Plazuela de San Ignacio “es que los convivires están muy encima, ese morenito, ese de crestica, ese cuello cortado pirobo, **ese man nos iba a encender a bala**, tenía el porte encima, y el cuello cortado lo tenía pillado y le voló ese chute pa’ la” (GF LDG-Sn Ignacio)

Definición de las convivir: “Ahorita son como un rezago de lo que anteriormente hacían legalmente los comerciantes que se asociaban para pagarle a un grupo. Ahorita eso ya no está legal, pero aun así siguen con esa figura cobrándole a la gente para que pague y entonces como es ilegal se convierte en vacuna, son como un tipo de limpieza social, y entonces ellos no llegan a preguntarle nada sino que simplemente quitan al gamín porque se ve sucio o el drogadicto porque la zona la están cuidando, aunque son permisivos con sus amigos y todas esas cosas, usted sabe como son las cosas en ese gremio ...” (GF mujeres)

“La otra es como él dice, **muchas veces usted va a comprar y se aguanta, pero muchas usted está mal, mal, mal, usted ni puede caminar bien**, para usted la demora es llegar y usted no ve nada, prácticamente se enceguació e hizo lo suyo, cuando usted vuelve a mirar, está un tombo a un lado, un convivir al otro... ya ya lo hice, que más voy a hacer, parece pues, que si uno ya está aliviado puede salir corriendo.” (GF LDG-Sn Ignacio)

“... los pocos que uno se puede dar cuenta, precisamente **si se inyecta en la calle es porque está en un estado que no le importa nada**, porque cuando se inyecta uno en la calle, es que ya está en un estado donde ya debe haber transitado un montón de cosas. Por eso les digo, todos esos travestis yo creo que se deben inyectar. Pero ellos no hacen eso ahí.” (Entrevista informante zona comercial)

“el parque de los viciosos, **el que vaya allí, lo tienen ya rotulado**, y se mete por acá abajo, por la calle del vicio que es la de allá, Barbacoas, donde están los travestis. **Allí han encontrado gente muerta**, fue por eso que la alcaldía cerró esa calle. Atrás de acá hay un sector donde limpian vidrios al frente de Olímpica, allí se ve mucho también. Y en el parquesito que hay alla por la Oriental. Allí se ve mucho. Otra cosa que congestionó mucho es que mucha gente que estaba en los puentes vino debajo del viaducto del metro que queda en Prado centro. Es tan dura la joda que no los dejan subir. (Entrevista informante zona comercial)

Al indagar por la razones detrás de la prohibición de consumo de inyectables y heroína en particular en ciertos sitios de la ciudad, responden:



“... usted sabe que ese vicio da mucho impacto a la gente, entonces por eso no dejan. Son puntos críticos donde hay calentura y... los manes de la oficina no dejan. Tanto el heroína como el pepo, ¿si me entiende?, porque degrada mucho la persona y hay efectos en algunas personas... En algunas partes se han muerto de sobredosis.” (GF León De Greiff)

En referencia a lo que ocurre por ejemplo en el Parque Periodista: “Los paran, les pegan, les dan la pela, lo que le decía ahorita a M1, al que pillen por ahí, da mucha impresión, entonces la gente que ve eso no le va a gustar porque va con los niños y todo eso, entonces le dicen a los policías o ven convivir, y al convivir le llaman la atención, y como ya se han situado mucho ahí mismo llegan y le dan la pela, no llegan diciendo nada.” , “Llegan es atacando la gente, la discriminación pues como se dice, así este quieto ya.” “Es que en la única parte donde hay tolerancia en este momento es ahí en la De Greiff” (GF LDG-Sn Ignacio)

Es interesante porque a diferencia de lo que se describió en el estudio MJD/ODC (2015) aunque el microtráfico puede ser una fuente de ingresos para los usuarios y lo es, no es algo que haya sido ampliamente evidenciado en los distintos testimonios.

Las diversas “líneas” tienen más de una fuente de distribución e indican que son las personas consumidoras las que involucran con mayor frecuencia en el tráfico. Cuando ocurre se da en el marco de lo que se expresa en el siguiente relato:

“La mayoría de camelladores son consumidores, pero los dueños de la vuelta no”, “Osea es como todo, el dueño de la vuelta no es güevón, no se va a calentar para eso paga, para que otro sea el que se caliente y que dé la cara. Y le lleve la plaza.” (GF LDG-Sn Ignacio)

De acuerdo con los reportes, existe otra línea de distribución de heroína en la ciudad que opera también por vía telefónica, pero en este caso la sustancia es más costosa, de acuerdo con los reportes “de mayor pureza” que la del centro de la ciudad y se lleva a domicilio.

En general lo que se evidenció es que las dinámicas en torno a la heroína, su venta y uso son complejas y tanto usuarios como vendedores se cuidan permanentemente. Ello impuso algunos retos adicionales al desarrollo del trabajo de campo, tal como se evidencia en los siguientes extractos:

“Parce y una cosa, no hablemos de esos temas muy duro, es mejor que cuando vayan a hacer algo, no hagan esos trabajos acá (Parque del periodista). Osea no hablen duro de eso porque acá la heroína es otra vuelta. Si me entiende, así ustedes no metan, parce, nada más por el mero hecho de hablar es maluco.” (Entrevista informal inicio de Cabeza de red)

Dice que hay una red de consumidores grande en la Universidad, pero que va a ser difícil de observar, porque estas personas son muy recatadas con su consumo, y aunque se compre en el sector del aeropuerto, el consumo se da sobre todo en baños. “yo si conozco mucha gente que consume, pero muy feo presentarlos sin preguntarles a ellos primero”. El



informante confirma que hay un lugar de venta en la Universidad, pero se muestra reacio en profundizar en esta cuestión. (Reporte de recorrido U de Antioquia Centro y P. Berrio)

El uso de los **baños públicos** es común, pero en ellos los interrumpen y les golpean constantemente cuando se demoran u otras personas requieren usar el baño.

“...las de fumar se las meten afuera y lo demás sí se meten al baño porque como es gratis, a veces hasta se meten a fumar al baño pero uno no se da cuenta sino hasta después que entra a limpiar.” (extracto entrevista informal encargada baños Niquitao)

“En los baños o por ahí afuera en un muro, pero más que todo los baños porque en otros lados la policía los ve y les quita las jeringas y les bota el agua y todo lo que usan”. “Acá a veces me toca golpearles porque se quedan dormidos” (extracto entrevista informal encargada baños Niquitao)

“...los baños, desde que uno tenga con qué pagar bien, sino se va pa’ un público, pero eso sí, no puede demorarse mucho porque empiezan, toc, toc, toc” (GF LDG-Sn Ignacio)

“no la heroína si no, siempre se meten como eso sí es como más oculto, se meten pues a los baños para inyectarse” (extracto entrevista informal baños San Antonio)

“(recuerda)... era una muchacha y cada rato me tocaba sacarla del baño, se dormía y yo la sacaba y la sentaba ahí (señala un lugar próximo en el suelo), trataba de estar pendiente porque me daba miedo que se muriera.” (extracto entrevista informal encargada baños Niquitao)

“cuando vienen acá ya traen la jeringa llena, hay un pelado y una pelada que he visto que se inyectan debajo del puente san Juan a esos si los veía que sacaban el agua de un vasito y la revolían ahí y luego si se la inyectaban, esos ni entraban al baño, ahí en el andén se la metían y ahí quedaban como dormidos.” (extracto entrevista informal encargada baños Niquitao)

“... a nosotros sí nos prohíben que se pongan a consumir drogas, pero en esos casos igual yo los dejo entrar porque no me gusta tener inconvenientes con ellos.” (extracto entrevista informal baños San Antonio)

“Yo más que todo utilizo los baños de Comfama de San Ignacio, ahí es gratis... Pero ya muchas veces el celador nos la está montando, porque van todos y se quedan dormidos en esos baños. En los baños se han muerto muchos chinos, que se quedan morados y los sacan ya muertos, incluso yo que día me estaba dando un chute y ya me estaba yendo.” (GF LDG-Sn Ignacio)

“...entonces brego siempre a meterme a los baños, tiene que ser que no tenga nada, y ahí si me chuzo en cualquier parte, hasta con ellos me he chuzado en cualquier parte, pero casi siempre busco los baños, y muchas veces me han sacado de los baños que me



quedo dormido en el baño y cuando despierto, ya están es tumbando la puerta.” (GF LDG-Sn Ignacio)

Encuesta CODAR

De acuerdo con lo hallado en la encuesta CODAR, la calle es el lugar predilecto para inyectarse, al ser mencionada en un 27% de los casos, mientras las casas propias o de otros fueron mencionadas por el 25% y los baños públicos por el 24%.

Aunque más adelante se caracterizarán a fondo las redes, existe una relación importante entre el territorio y las personas que usan drogas. En general se percibe cierta segregación en las zonas de acuerdo con lo que usan las personas y con sus condiciones de vida, incluida la habitabilidad de calle. Así, los baños públicos de la zona centro suelen ser frecuentados por personas que habitan calle y que también consumen heroína. La Av. De Greiff aunque es un lugar de encuentro, los usuarios dicen no “parchar” en el lugar para consumir por razones de seguridad pero también por razones de estigma y discriminación entre las mismas redes de usuarios.

*Explicando por qué no permanecen en la Av De Greiff dicen “...Porque **ahí se parchan los que fuman bazuca, los que no se bañan, los indigentes.**” (GF Buenos Aires)*

“La mayoría que vienen acá como le decía yo, son como indigentes ... son como ojerosos, son demasiado flacos, se les nota la parte donde se inyectan, esa parte es como morada, hay otros que se la inyectan en el pie y también se nota” (Entrevista informal encargada baño San Antonio)

En cuanto a los **tipos de heroína**, se confirma lo que se describió en el estudio “La Heroína en Colombia” (2015). En Medellín circulan diversos tipos de heroína. Hace unos años era más común la heroína gris, ahora es más común la color *café*, aunque también hay *crema* o *beige* y una que dicen que es *cai negra*.

Muchos concuerdan en percibir que la heroína llega a ellos después de recibir varios cortes y que es difícil actualmente conseguir heroína de buena calidad o pureza. Los colores son referentes y la mayoría prefiere la *café* pues al parecer diluye más fácilmente. Si bien la más clara parece dar efectos más intensos, los cortes dificultan que se diluya. Sin embargo, por los testimonios es posible concluir que en todos los tipos y colores hay cortes.

*“Por ejemplo todos los dealers venden heroínas diferentes. Hay una más **café** otra más amarillita. Hay una más fuerte otra más purgada. Pero yo creo que pureza pureza, no conocemos, o no conseguimos pero cada una tiene su viaje diferente. Por ejemplo la de acá del centro hay una muy blanca, que parece perico y esa usted siempre que se la chuta siente que se le sube algo a la cabeza, parece como como... a todo el mundo le pasa lo mismo. Dicen que la mejor para inyectarse es la blanca”. (GF Jóvenes)*

“... pues a ver, lo que yo tengo entendido es que en Medellín solo llega un tipo de heroína, lo que hay es distintos cortes, como la mezcla, para mi todo es basura.... hay una que es



blanca otra que es café, varían el color, hay una que se hace espuma.”, “sí horrible, es que se hace como pantano, y la jeringa por mas filtros que le pongas es horrible.” (GF mujeres)

“Hay una que es para inhalar que es clarita, otra que es para inyectar que es más café, **hay una que hay que calentarla, porque queda como pantano, entonces toca calentarla para que quede bien diluida, o le toca meterle un filtro de cigarrillo.** Y los que se fuman o se la inhalan cogen es la grisecita pero el problema es que la gris es menos cantidad y es más cara, mientras que la café es más bastante y sale más barata. **Entonces cuando tiene buen bolsillo compra la buena, cuando tiene poquito bolsillo compra la mala y bastante**”. (GF LDG-Sn Ignacio)

“...la blanca es de Irak, de esos lados de por allá que parece como cemento. Pero la de acá es café, cremita. La más buena es como la beige, esa es la buena, es la mejor.” (GF V ambulantes)

“Aquí **en el centro solo hay tres plazas**, que son la de la Chata, la de Toto, y otra pues ahí, ¿cierto?, la de Toto la venden más blanca, la de la chata la venden, casi que negra esa hijueputa, y la otra lo venden cafecita, yo siempre compro de la cafecita, me gusta más la café, esa blanca a mí no me hace un culo, esa negra sí que menos.” (GF Buenos Aires)

“Está la del Estadio, la del Vecino, la de las Mellizas, está la del Sano, la del Toto, la de la Chata. **La diferencia es calidad, cantidad y precio.** La mejor es la del Estadio. La que sigue para mí, la de Toto, después la de la Chata. Y por último para un desembale la del sano. ...ya por la última la del Barrio Antioquia. ... (pero) queda muy lejos, y a todo el mundo no le venden ... Y la calidad a veces es muy mala, creo.” (GF León De Greiff)

“El blanco es bueno pero trae poquito...pero esa vez que nos pegamos la de Toto a usted si lo puso maluco... Pero es que trae muy poquito también, pero si es bueno. Entonces prefiere uno comprar...**la negra que sí diluye fácil y queda muy oscuro.**” (GF Buenos Aires)

“**supuestamente la blanca es mas buena, la blanca es mas pura, la blanca es la mejor, a mí personalmente me gusta mas la café**”. “A mi también personalmente me gusta mas la café” (GF mujeres)

“Hace muchos años la mejor era la del Estadio, y eso que era muy difícil de conseguir, porque nadie se lo presentaba a uno, pero era la mejor, imagínese valía \$40.000 una bolsita de \$10.000, pero **era una calidad muy diferente, pero ya la dañaron, la cortaron, volvió a ser una de las normales.**” (GF Jóvenes)

“Para mí el mejor material que ha habido aquí en Medellín ha sido el del Boquineto, ese man dejó de camellar hace mucho tiempo... el man era del Estadio, pero él se metió al centro y empezó a camellar en el centro, y al man lo hicieron abrir de acá, pero **ese es el mejor corte que yo he probado en mi vida, pues aquí en el centro, era blanco completamente, y usted lo diluía y quedaba negro,** imagínese cómo era chimba esa hijueputa, que uno lo diluía y quedaba negro, y era blanca. Y traía un montón. Un montón ni el hijueputa, y uno se metía un poquitico y eso le hacía... **jave maría!**” (GF Buenos Aires)



*“Por ejemplo la café es de tal delear, la blanca es del otro, y entonces sabemos que **la café puede coger más, o pica mucho, o quema el cuerpo por dentro y la blanca es mas translucida y también pica pero a veces mucho, a veces lo pone a uno muy rojo**, pero pues últimamente, el material que estoy probando en el momento es la café. Llevo ya 6 años comprando la café, de vez en cuando compro la blanca, pero me parece mejor la café, porque **la gente del material blanco son muy inestables en cuanto a delears en cuanto a horarios**. Por ejemplo uno está enmonado a las 8 de la mañana y ellos salen a las 10 o medio día, yo tengo ya mis dealers específicos, son personas muy serias con los horarios, ellos salen a las 8 de la mañana y a las 8 de la noche ya están entrándose, uno sabe que uno los llama y son fijos.” (GF mujeres)*

En referencia a los cortes, al uso de calor y filtros en consecuencia, se dice:

*“la diferencia (ahora) es que **ya no es tan pura**, ya es menos pura. Claro, todo en la vida ya es menos puro, tanto corte, tanta mierda, tanta maricada, eso es otra cosa que también puede alterar los productos y el efecto, el efecto puede causar paro cerebral, si me entiende, porque **usted en si no sabe que se está metiendo, usted se está metiendo heroína, pero fuera de esa heroína, qué más hay. A una heroína pura le pueden hacer hasta 10 cortes**.” (Entrevista informal, inicio de contacto cabeza de Red)*

*“acá creo que es barata pero **la rinden y le echan químicos, por eso es barata**” (Entrevista informal encargada baños Niquitao)*

“A mi me envenenaron. Cuando fue a comprar le echaron veneno y...”. “Cianuro, cianuro con heroína.”. “Le encianuraron la heroína y casi lo acuestan” (GF V ambulantes)

Le echan “metadona”, “ketamina y anfetaminas” (GF V ambulantes)

*“**A nosotros nos venden el residuo**, nosotros teníamos heroína pura porque nosotros mismos la manejábamos, nos tocaba hacer parte de ese proceso (se refiere a la heroína que se exportaba), entonces nos tocaba un poquito de heroína pura, pero de resto **no es pura, ya ni siquiera en Dosquebradas que es donde más se manejaba**. Nosotros viajamos mucho consiguiendo heroína y opio, yo traía el opio.” (GF V ambulantes)*

*“**a ésta le echan mucho químico, mucho corte**”, “cuando yo empecé a consumir, era tan pura que no me enfermaba...” (GF V ambulantes)*

*“Antes era mejor, **ahora si usted no la calienta en cuchara no se la puede pegar, porque no se diluye del todo**, incluso cuando la calienta en cuchara si no la filtra, por ejemplo la que nosotros compramos casi siempre, usted se lo puede pegar así no lo filtre, filtrarlo es porque usted lo prefiere, mientras que ésta de la floresta, **si usted no la filtra, no hay forma de que la jeringa la absorba**” (GF Jóvenes)*

El uso del filtro, “depende de la heroína, depende de cómo venga. Si es muy cortada si se necesita filtro”, “al quemarla antes se daña, se pierde...” (GF V ambulantes)



¿Cómo conocen la calidad? “al uno meterse el chute, la sensación que causa.” (GF León De Greiff)

*“eso depende, puede haber una muy buena, una no muy buena, **también eso depende de las épocas**, a mí me ha pasado que hay un dealer específico que tiene un material específico, y es muy bueno, tan negra, tan negra a veces, que no se ven los números de la jeringa, es muy buena, lo coge a uno y eso, **hay otras veces que no, que uno se puede pegar medio gramo, un gramo entero y uno queda igual.**”*(GF mujeres)

La percepción general es que la heroína varía de textura y color pero la calidad es similar. Dado que son pocas las personas que venden la sustancia en la ciudad, la calidad no es muy variable, pero en general se percibe que esta ha desmejorado con los años.

“El problema es que no hay de dónde elegir, hay muy poquitos dealers para tanta gente” (GF Jóvenes)

El riesgo es que en medio de este mercado la prioridad para las PUH sigue siendo asegurar la dosis para evitar el malestar por lo que es usual que cambien de proveedor y de tipo de heroína.

*“... uno con tal de que lo alivie... Uno mantiene el número del que llama”. “No, no pero yo siempre compro una, **desde que ese man no tenga, ¿le toca a uno qué? Buscar en otro lado porque uno no se a quedar enfermo.**”* (GF Buenos Aires)

“Uno la ensaya. Eso es dependiendo”, “Uno es cuidadoso cuando se cambia, hay que ser cuidadoso así sea la misma” ¿Y como la ensayan? “Pegándosela en el cuerpo o inhalándola. Un pasecito” (GF LDG-Sn Ignacio)

El siguiente es el registro de una salida de campo en compañía de una usuaria participante en el estudio que se ofreció para facilitar el acceso a una muestra de la sustancia y su posterior análisis.

*“Ella (la usuaria informante) afirma que la persona que distribuye en esta zona de la ciudad (zona del Estadio), **vende un producto de mayor calidad que los expendedores del centro. Esta “línea” vende dos tipos de heroína, una café que disuelve muy oscuro, y una blanca, que igualmente al disolverse se oscurece.** Para el análisis de sustancias se escogió la heroína más blanca, ya que en anteriores ocasiones se recogió una muestra de heroína oscura, proveniente del centro de la ciudad. Esta línea es un poco más costosa que las del centro, la dosis más pequeña es de 12.000 pesos y se caracteriza porque la bolsa en la que llega es de colores.”* (Registro recorrido zona del Estadio)

Lugares en los que tradicionalmente se encontraba heroína hasta hace pocos meses (Universidad de Antioquia por ejemplo) han cambiado, en la universidad solían conseguir dosis más económicas (\$3.000), ahora lo más económico es \$6.000, aunque se pueden conseguir dosis por \$2.000. Para algunos, la Universidad sigue siendo lugar de consumo y venta y para otros el acceso a la heroína se ha restringido a las redes de mayor confianza.



“En el aeropuerto usted consigue lo que quiera menos heroína, y no puede ni preguntar allá porque le dan duro. Hace poquito era llamando, ahí dentro de la Universidad, pero desde hace tiempos ya tampoco el muchacho. Dejaron de vender por ahí hace 5 meses. La última vez que compré fue hace 8 meses”.

“Alrededor de la universidad ya no venden. A no ser que sea el del Estadio, el del Estadio le cobra un poquito más pero le llega a donde sea, eso es lo bueno que tiene. Pero esa es la que yo digo que no diluye.”

“...antes el consumo más grande de heroína era allá en la Universidad de Antioquia ¿y ahora? Ahora el centro...” (GF Buenos Aires)

*“... antes, pero como **eso se calentó tanto. Con todos los muertos de allá.**”, **“mucha sobredosis ... Es que antes la vendían adentro, pero allá se murió mucha gente,** y como allá se murió creo que una sobrina de Don Berna, allá se calentó eso, y mandaron a toda esa gente a sacarla, porque **antes vendían heroína, ahí mismo en el aeropuerto,** ahí fue donde yo la conocí, y mucha gente la conoció. Y se chutaban en el baño y todo, pero ya, ya nada, ya nadie entra allí.”, “... ya sacaron los jíbaros y la gente que no estudiaba” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“**Uribe los mandó a sacar a todos, entonces hubo dos años en donde no se podía, entonces a uno que le tocó hacer, buscar nuevos contactos, nuevas vueltas, porque uno no se iba a quedar con el mono,** y ya por ahí hace 1 año o hace 5 meses, volvió otra vez la misma vuelta, y están volviendo a vender por afuera, pero usted puede entrar al aeropuerto y le venden bareta, y si usted tiene la heroína, va y se mete pa’l baño y se la chuta” (GF LDG-Sn Ignacio)*

“Ahora sí hay un pelado que la vende ahí adentro, compra a capullo y la revende allá a 11.000... Si él está ahí adentro y sabe los clientes que le compraban a los otros” (GF Buenos Aires)

En referencia a los **costos** de la sustancia:

“Eso es según el grado de usurería de cada dealer, por ejemplo hay unos que venden a 10 mil lo mismo que otros venden a 6 mil, si me entiende? Es depende de lo que a ellos les dé la gana. Por ejemplo, los dealers que tienen el mismo jefe, es el mismo material pa’ todos, si usted compra 10.000 la de 20.000 obviamente es el doble, pero es el mismo material, la misma calidad” (GF jóvenes)

“Vos comprás una de \$6000 y es un punto de una gramera, una de \$12.000 son dos puntos, una de \$20.000 es medio gramo, una de \$36.000 es un gramo completo.” (GF Buenos Aires)

“pues un cuarto de heroína vale 10.000 o 12.000, medio gramo vale 2.000 o 2.200 y un gramo entero vale entre 35.000 y 40.000.” (GF mujeres). “Hasta \$45.000” (GF León De Greiff), “dedos a 200 mil” (GF LDG-Sn Ignacio)



Una dosis es “una papeletica, un chute. Un punto son \$5000”. Cantidad que les alcanza “si estamos en escasez para dos, sino para uno.”(GF León De Greiff)

3.2.3 Caracterización de personas que usan heroína (PUH)

La mayor parte de las personas que participaron en el estudio, de acuerdo con la caracterización de las redes, trabajan en la informalidad y en la calle. Otras personas contactadas, estudian y trabajan en empleos más formales.

A pesar de la informalidad, la caracterización denota diversidad, así mientras algunas redes que trabajan en la calle, conservan su contacto con la familia y su hogar, otras han perdido la red de apoyo y habitan la calle en condiciones de alta precariedad, en tanto que otras, aun cuando no cuentan con un hogar fijo, diariamente pagan una habitación en residencia.

Así, los niveles de marginalidad son variables y la mayor precarización en las condiciones de vida de las PUH parece estar fuertemente asociada al consumo de bazuco, tal como también ocurre en Santander de Quilichao.

Las principales fuentes de ingreso para las personas que trabajan en la calle son los malabares, la venta de chicles, de artesanías, el reciclaje, el hurto, el “retaque” (pedir dinero) y en ocasiones la re-venta de dosis. El trabajo sexual como fuente de ingresos no fue registrado en los reportes cualitativos.

*“Al preguntarle qué hace para conseguir el dinero, señaló que **compra heroína y la revende en San Ignacio, mide la porción con un pitillo cortado en diagonal**, lo que queda en la esquina es una porción, cada porción vale 2.000 pesos. El afirma vender la heroína tal como la compra, sin hacerle ningún tipo de corte. Señala que los días en los que mejor le va son los jueves y los viernes, ya que los jíbaros no trabajan hasta tan tarde y él sí. En esos días puede recoger entre \$30.000 y \$40.000. El informante nos muestra que se esconde las bolsas de heroína en unas ranuras que le hace al pantalón, señala que ahí no se la encuentran los policías si lo requisan.” (Reporte de recorrido de calle Loreto)*

*Uno de ellos refiere **dedicarse al reciclaje**, el otro manifiesta que **obtiene el dinero de “retacar”** y el último refiere venir de un período de abstinencia y estar recayendo, **los tres manifiestan ser consumidores de bazuco fumado y heroína inyectada**, (extracto de diario de campo, recorrido Av. León De Greiff)*

*“Llevo 9 años consumiendo heroína, empecé inhalando, ahora ya inyectándomela, también era o soy oficial de almacén, y debido a la droga ... tengo dos hijos, perdí el hogar, la mujer, me tuve que ir del barrio, ahora estoy habitante de calle, también me la consigo así pidiendo, **si toca robar se roba”** (GF LDG-Sn Ignacio)”*

*“... **a muchos nos ha tocado delinquir** ... autopartes, el robo de autopartes, ir a robarse el retrovisor, el espejito, que la tapa de la llanta, que la tapa de la gasolina.” (GF V ambulantes)*



“Llevo aproximadamente 6 años consumiendo, comencé inhalando, he estado en muchas situaciones malucas, hospital, calle, cárcel, por culpa de esta droga...” (GF V ambulantes)

*“Mi nombre es E. Llevo 12 años consumiendo, tengo una niña de 9 años, en estos momentos estoy con mi mamá, y trabajo pues **retacando o reciclando, y si se presenta la oportunidad también robo.**”*

*“... cuando empecé a enfermarme, pues **comencé hasta a robarle a mi familia**, yo tenía una mujer, tengo una niña de 6 años, a causa de eso pues la perdí, porque empecé fue a robarle a ella, y a ella no le gusto pues la situación en que estaba así, me dijo que si me rehabilitaba seguía conmigo, sino no, uno nunca cae en cuenta de eso, preferí hasta robar en la casa, me calenté en el barrio, me tocó venirme pa'l centro, yo era técnico en ebanistería y carpintería y causa de eso también perdí el trabajo. En este momento **me dedico pues a vender agua y limonada, porque nunca me ha gustado robar ni nada, yo si he robado, pero ya es por las últimas**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

Algunos testimonios indican las circunstancias por las que tienen que atravesar cuando están en condiciones de habitabilidad de calle:

*“Igual me molesta, hay días que no lo quiero hacer, quiero solo hacerme la vida, pero no puedo porque si no lo hago en la mañana, la mayoría de nosotros, los que trabajamos en la calle vivimos del diario, y **no te puedes hacer ni para la comida si no te has quitado el mono porque es que no te da, no te da el cuerpo.**” (GF mujeres)*

*“Pues a mí que yo reciclo, y **a veces me queda duro**, por ejemplo cuando yo trabajo en los buses que me va bien, me gasto por ahí \$20.000 o así. Pero cuando no, por ahí \$10.000, \$12.000, **porque uno es comprando por ahí chutecitos de tanto.**” (GF León de Greiff)*

*“**En este momento estoy como habitante de calle, hoy me dieron un diita de trabajo** por allá por la bayadera, limpiando piezas de automotores.” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“Por ejemplo a mi ya me dio tuberculosis, y fue porque tenía las defensas bajas, y en ese momento pasé por situación de calle, y **comía en cualquier lugar, un almuerzo de mil, de mil quinientos.** Y eso servido a lo mala gana e iba gente así muy de costumbres malucas, **no son totalmente aseados, tocen así encima de la gente**, entonces lo que pasa con esa enfermedad es que es un bacilo que se pega estornudando, tociendo, entonces pam se pegó en la comida, y si tenés las defensas bajitas, se te pega a vos en los pulmones.” (GF mujeres)*

De otro lado, la red de estudiantes y personas con empleos formales, permanece oculta. El consumo de esta sustancia está altamente estigmatizado y de acuerdo con la percepción de los usuarios ha cambiado.

*“Dice que hay una red de consumidores grande en la Universidad, pero que va a ser difícil de observar, **porque estas personas son muy recatadas con su consumo, y aunque se compre en el sector del aeropuerto, el consumo se da sobre todo en baños:** “yo si conozco mucha gente que consume, pero muy feo presentarlos sin preguntarles a ellos*



primero”. Santiago confirma que hay un lugar de venta en la Universidad, pero se muestra reacio en profundizar en esta cuestión.” (Reporte en recorrido centro y P Berrio)

“es que la mayoría de personas que consumen heroína, son personas muy inteligentes, son personas que les gusta el arte o son estudiantes, todas las personas que conozco tienen relación con la Universidad”. La mayoría de estas personas vienen de Caldas a Medellín para comprar la droga, **pero el consumo no se da en contextos grupales, no hay un lugar para ubicarlos, el consumo se da en solitario.** (Reporte en recorrido centro y P Berrio)

“En Ciudad de Río, también se ve mucho eso. **Hay un gremio de heroínos que somos más bien de la calle o de barrio, y hay otro gremio de heroínos que se chutan en el carro, o en su casa o en el apartamento, tienen la capacidad económica...**” (GF V ambulantes)

“... cuando yo la conocí, la vendía en un barrio, lo que en este momento son \$5.000 en ese momento eran por ahí \$40.000 ...”, **“en ese tiempo los que consumían eran los de la alta sociedad, y hoy en día somos los de la baja sociedad, ¿si me entiende?, los punkeros, los hippies, que sé yo.”** (GF V ambulantes)

Se confirma acá el empobrecimiento, la precarización y la pérdida de activos materiales e inmateriales asociados al consumo crónico de heroína, tal como se describió en el estudio de ODC/Minjusticia (2015).

“... llevo aproximadamente 4 años consumiendo heroína por curiosidad. **Desde que cogí la heroína salí de mi casa, estoy fuera de la casa por el mismo consumo.**” (GF V ambulantes)

“Retaque, si se necesita robar y todo muñeca... entonces creo que debido al consumo la vida a uno le cambia totalmente, yo era una persona que lo tenía todo en la vida, a mí no me faltaba nada. Y **lamentablemente con este consumo uno va perdiendo poco a poco todo, absolutamente todo y uno se da de cuenta de eso cuando es demasiado tarde.**” (GF LDG-Sn Ignacio)

“Yo soy G, consumo heroína hace 13 años, tengo 31 años. Hice bachillerato, sexto semestre de universidad, **ahí empecé a consumir heroína y... y... se me cambió la vida.**” (GF LDG-Sn Ignacio)

“(Estudió) **licenciatura en artes, en la de Antioquia, después pasé varios en la calle, gracias a Dios estoy en mi casa en estos momentos, pero sigo consumiendo heroína con todos los muchachos ahí en la calle, a todos los conozco también, y así como el compañero, cada vez que tengo un trabajo o no lo tenga, también consigo el dinero para la droga, retacando, robando, lo que sea que se presente, pero todos los días, durante todos los años, el consumo diario...**”(GF LDG-Sn Ignacio)

“Yo me llamo J, hace como 8 años cogí la heroína, la primera vez fue inyectada y **llevo como 4 años tirados por ahí en la calle, robando y conspirando hasta lo más feo.**” (GF LDG-Sn Ignacio)



*“... consumo heroína hace 6 años, empecé como todos huyendo, después pase a inyectarme, tiro también pues perico, **consigo pues como los compañeros también robando o conspirando pues como se dice, y en estos momentos estoy en la calle, como habitante de calle, y pues sí. Soltero.**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

Por supuesto, las condiciones de vida en medio de la precariedad inciden también en el incremento de los riesgos que corren pues cada peso es fundamental, les cuesta trabajo conseguirlo y deben calcular en qué gastarlo.

*Ante la pregunta de por qué comparten jeringas: “Porque no hay plata. **Porque preferimos para el bazuco que para la jeringa. Yo no descompleto mi traba por una jeringa, uno muchas veces para no descompletar \$1.000 que vale la traba. Me va a prestar la jeringa... Otras veces es la necesidad, uno no tiene sino para la heroína y no tiene para la jeringa. Entonces le toca recurrir a un compañero.**” (GF León De Greiff)*

Este perfil de usuarios es confirmado en entrevista con la Coordinadora de la Sede Alternativa de CARISMA, Dra. Sandra Lara.

“En 2008 eran pacientes muy jóvenes 17-19 años prácticamente estudiantes universitarios. Se veían muy pocas mujeres, ahora ha aumentado el consumo en ellas. Antes se atendían muchas niñas embarazadas, ahora no tanto. Es posible no estén yendo a los centros de atención... no llegan a los hospitales, a muchas de ellas nunca las ha atendido un médico... puede haber temor a las consecuencias.”

“Es común el desempleo. Ahora hasta en habitante de calle que antes no se veía. Están desempleados en su gran mayoría. Ahora son más de SISBEN. Se reciben de varios municipios, de mayor prevalencia Barbosa (norte), Caldas (sur) y área metropolitana. Los otros esporádicos.”

Encuesta CODAR

La encuesta CODAR permite determinar algunos aspectos sociodemográficos de las personas que participaron en el estudio y completar así la caracterización descrita hasta el momento.

Tabla 2. Características sociodemográficas y estancia en centros privativos de libertad o protección Encuesta CODAR Medellín

Edad	La edad mínima de los usuarios de heroína que participaron en la encuesta fue de 20 años y la máxima de 39. La edad media fue de 28,3.
Sexo	El 20% fueron mujeres y el 80% hombres.
Grupo	La mayoría de las personas participantes se consideran a sí



étnico	mismas <i>mestizas</i> o <i>blancas</i> , un 18% considera que es <i>mulato</i> o <i>afrodescendiente</i> y un 2% indígena.
Estado civil	El 90% es soltero, mientras que el 5% es casado.
Ciudad de nacimiento	La gran mayoría nació en Medellín y ha vivido en la ciudad la mayor parte del tiempo. Pocas personas nacieron en municipios de Risaralda, Guajira y Valle del Cauca. 3 de las 58 personas participantes provienen de Venezuela.
Escolaridad	El 49% tiene secundaria completa y el 19% cuenta con estudios técnicos o universitarios completos.
Situación laboral	El 12% de quienes participaron son estudiantes, el 33% se encuentra desocupado o desempleado, el 26% cuenta con un trabajo remunerado y el 28% se dedica a otras actividades, entre ellas la venta ambulante y el trabajo informal principalmente en calle.
Fuentes de ingreso	Mientras un 24% cuenta con un trabajo con contrato formal, un 72% tiene un trabajo informal o temporal, un 62% vive de ventas ambulantes, un 41% deriva ingresos de la venta de drogas, un 43% de robo o hurto y un 7% dice vivir además del trabajo sexual. El 53% señala que su principal fuente de ingresos es el trabajo informal o el trabajo ambulante en calle, un 9% dice vivir fundamentalmente del robo o hurto y el 11% dice vivir principalmente de la venta de drogas.
Vivienda	Mientras el 51% dice vivir en casa de parientes, pareja o amigos; un 16% vive en residencias o piezas y un 14% dice vivir en la calle .
Expulsión o huida del hogar antes de los 18 años	El 30% de quienes respondieron, dijeron haberse escapado, huído o haber sido expulsados de la casa de sus padres o tutores antes de cumplir los 18 años.
Ingreso a centros de reforma para menores o en hogares de paso	El 11% enunció haber estado ingresado en alguna oportunidad en el Sistema de Protección o de Responsabilidad Penal para adolescentes. Llama la atención que la mitad de ellos (3) dijeron haberse inyectado drogas en tales centros.
Ingreso a centro privativo de la libertad	El 31% de quienes respondieron la encuesta dijeron haber ingresado a un centro carcelario en alguna oportunidad (privación de libertad de más de 24 h, excluye retenciones en estaciones) La mayoría (10) tuvo estancias entre 1 y 6 meses, cinco tuvieron una estancia de entre 17 y 40 meses y en dos casos la estancia completó 60 meses.



	Cuatro de estas personas dijeron haberse inyectado mientras estaban en prisión. En un solo caso se registró inyección con una jeringa previamente usada por alguien más.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.2.4 Percepción del fenómeno

*“Ha aumentado demasiado, yo diría que en los últimos 2 años ha habido un boom en este cuento, a los viejos uno los conoce porque yo también llevo 12 años en esto, pero **últimamente he visto mucha gente nueva, incluso unos manes muy jóvenes.**” (Entrevista informal recorrido Zona del Estadio- Carlos E. Restrepo)*

*“En Medellín va el consumo de heroína en 50% o yo no sé, **yo hace por ahí 3 años conocía si mucho a 3 personas que consumían heroína, ahora por ahí unas 20 o 30 ...**” (GF jóvenes)*

*“ Ha subido. **Sube pero en el centro con todos esos gamines.** Por acá no ha subido pues. Sí acá son los mismos ... los que no están se han muerto y ya ... la gente ya no se mete con esa droga porque nos ven a nosotros como espejos, y ven lo mal que lo pone a uno eso. Lo mal que estamos” (Extracto entrevista informal Loreto – Buenos Aires)*

3.2.5 Tendencias en el uso de heroína, carreras de consumo y factores que influyen la expansión de la inyección como práctica

Tal como se ha descrito en estudios previos (ver por ejemplo MJD/ODC, 2015), el consumo de heroína se presenta después de una extensa experimentación con otras sustancias. Para el caso de Medellín, muchas personas reportaron inicio por vía inhalada o aspirada por la nariz. Llama la atención que en algunos casos dicha experimentación fue “accidental” en tanto que aspiraron la sustancia pensando que era cocaína. De acuerdo con la profesional de Carisma que fue entrevistada, este “engaño” es común.

*“**Ha pasado mucho lo del engaño, inhalan heroína pensando que es cocaína.** Muchos otros lo hacen por la curiosidad y muchos que no han tenido estudio lo hacen por entrar en la moda, por el amigo... **buscan redes de apoyo**” (Entrevista profesional CARISMA)*

*“Entonces **él me dio un pase y entonces yo me sentí todo relajado, y yo me quité las gafas y le dije: ¿ey C qué es esto?, porque el perico a uno lo altera no lo relaja como esto, dizque: “ah eso es heroína”. ¿Cómo, usted por qué no me dice qué es eso? Dizque: ah... pero ¿no le gustó, no le gustó, no se siente bien?, y yo sí pero ¿cómo no me dice que es heroína parce? Entonces él me hizo eso porque otro amigo de él también se lo hizo...**”; “No sabíamos que nos enfermaba.” (GF Buenos Aires)*

“En mi caso, para mi la heroína era algo de película de Estados Unidos, algo que acá no se veía. Yo iba mucho a la Universidad de Antioquia, al aeropuerto, cuando no ponían tanto problema y yo consumía y alguien estaba repartiendo el pase de heroína, y dijo que era



heroína, pero yo no escuche en ese momento que era heroína, cuando me dí el pase yo ahí mismo dije, **huy que perico más raro, resulta que no era perico.**" (GF mujeres)

"Yo sinceramente no sabía nada de la heroína, a mí fue porque una parcerca llegó al parche donde nos manteníamos, diciendo que era opio. Que lo traía de la Universidad de Antioquia." (GF Buenos Aires)

Pero como se observa, son múltiples los testimonios que señalan haber iniciado desconociendo por completo de qué se trataba, el alto potencial adictivo de la heroína, y el malestar derivado del síndrome de abstinencia, una vez se produce habituación.

Al malestar de la abstinencia lo llaman "enfermedad" y "mono", evento que buscan evitar a como dé lugar, con la búsqueda del "alivio".

"... al principio yo la probé así inhalada, y **yo no sabía pues que enfermaba**, pero al principio muy al principio. Y yo pare, y ya luego fue que la cogí de deporte, por decirlo así, y ya luego uno no es bobo, y obviamente uno siente el dolor, ya si siguió yo supongo que es porque quiere, porque le gusta, no sé, por alguna cosa." (GF Jóvenes)

"Tengo 34 años, soy de aquí de la ciudad de Medellín..., la probé en diciembre del 2000. Y no sabía que tenía efectos secundarios tan severos, **la consumí por curiosidad y por buscar nuevas sensaciones, y después no sabía que tenía efectos secundarios tan devastadores ...**" (GF V ambulantes)

"En el caso mío a **mí me dieron heroína sin decirme que enfermaba**. Cierta día yo amanecí con unos síntomas, con escalofrío, con dolor en los huesos ... la respuesta de él fue que ya me iba a empezar a dar el mono. Y yo ah... ¿qué es el mono?, que el síndrome de abstinencia, que diarrea, entonces me explicó. **Automáticamente él me dio el pase, a mí se me quito todo eso. Entonces empecé a entender que cuando llevaba cierto período sin consumirla me enfermaba.**" (GF León De Greiff)

"... y en eso estoy, por no saber las consecuencias de eso, **qué consecuencias traía**, eso fue un chino de villa hermosa que fue el que nos envió a cuatro compañeros de allá del barrio. Uno de esos, se terapó y se terapó aguantándose eso y salió, los otros tres si no. Eso es todo." (GF LDG-Sn Ignacio)

"Mi nombre es A, llevo 15 años consumiendo heroína, y **comencé por curioso, no sabía que era así tan delicado el asunto ...**" (GF V ambulantes)

"Yo si había visto pues, inclusive cuando era mas pequeña veía a gente haciéndolo, **pero no sabía pues que eso enfermaba y que eso era así de caro, que era algo tan pesado para el cuerpo físicamente, ni lo del mono, ni la abstinencia**" (GF mujeres)

"...la verdad, yo busque la droga, yo misma pregunte porque **a mí me dio la curiosidad, pero no sabía que la droga enfermaba**, entonces empecé a consumir así en cantidades exageradas, hasta que ya me dijeron que eso enfermaba y ahí me di cuenta" (GF jóvenes - mujer)



*“Un día llegué con plata y les dije, bueno yo invito y ustedes me ayudan a cogerme la vena, porque eso sí me daba miedo inyectarme y todo, ahí **me quedé pegada 3 años desde ese primer chute**, luego me rehabilite, **he pasado 3 o 4 años en abstinencia, pero he recaído.**” (GF mujeres)*

*“Yo la probé en la Universidad de Antioquia, como te conté que la probé inhalada, si le decían a uno que... **estaban buscando gente para iniciar a los muchachos**. Entonces el pascito que le daban a uno era pequeño, pero si uno se ponía de haragán, a decir que eso está muy pequeño, ya le decían a uno, tan grande no se puede. O te vas a enfermar, **pero uno no lo cree hasta que no lo está viviendo en carne propia**. O sea, no... yo que me voy a enfermar, soy como la mujer maravilla.” (GF León De Greiff)*

En otros casos el inicio fue diferente:

“Yo sí (sabía lo que era), porque cuando yo cogí la heroína ya mi hermanito llevaba como diez años consumiendo.” (GF León De Greiff)

*“Claro, ella ya era consumidora, hacía tiempo atrás, más o menos 8 o 9 años, y ella sí me había contado del síndrome de abstinencia, el famoso mono, y ya, **uno nada más quería sentir el rush, el relajo.**” (GF jóvenes)*

Algunas personas refieren que se enganchan rápidamente, es decir que entre el consumo inicial y empezar a sentir síntomas por abstinencia pasa poco tiempo. El tiempo puede oscilar entre pocas semanas o un año tal como se muestra en el siguiente testimonio:

“pero a mí no me enfermó así como dice I2 .. que a la semana. Yo sí duré, que me empezaran a dar dolores por ahí un año.” Dice I2 “No pues, sí yo también digo que de un momento... en el transcurso del tiempo uno empieza a sentir. Sí porque cuando usted se enferma no se enferma del todo, la primera vez que usted se enfermó no se enfermó con todo.” (Extracto entrevista informal recorrido Loreto- Buenos Aires)

Aunque hubo registros de consumo por vía pulmonar o fumada en aluminio en Medellín, estos fueron marginales. Al parecer se percibe que la heroína “se pierde” cuando se quema y hay una clara conciencia de *hacerla rendir al máximo*.

*“Llevo 4 años consumiendo heroína, la conocí primero en los humazos, en el aluminio, el balazo. Yo nunca me di ni un pase ni nada, el que me la dio a probar me dijo pues que eso era un vicio nuevo, en donde yo vivo es en Manrique, allá nunca se había visto eso ni nada. El man me dijo pues que eso era un vicio nuevo y ya, que eso era un relajo, ni siquiera me dijo el nombre, ni nada. Después del tiempo, de que el vió que yo estaba pegado a eso, ya le estaba hasta comprando, porque él me regalaba primero y ya él me dijo que era un derivado de la heroína, pero que era diferente porque no se inyectaba, y **no me dijo pues que uno se enfermaba ni nada...**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

“Se fuma en aluminio, la candelita por debajo y ya ... acá le dicen el balazo ... algunos se lo fuman en la pipa, en la misma pipa de la bazuca.” (GF LDG-Sn Ignacio)



La información cualitativa sugiere que mientras algunos transitaron a la inyección en pocos meses, muchos los hicieron uno o dos años después. La transición en estos casos parece estar mediada por la intensidad de los efectos y por la curiosidad. El inicio en la práctica de la inyección ocurre también en medio del desconocimiento:

*“Yo al principio empecé inhalando, después fumando y **después como eso enferma, ni fumada, ni inhalada me hacía bien, fue por eso que acudí a la jeringa**” (GF Jóvenes)*

“Yo me la inhalé pues dos años, y estaba andando con dos peladas que se inyectaban, y me dio curiosidad, entonces le dije a una de ella que si me inyectaba. Y ya esa semana empecé a comprar las jeringas, y bregar a cogerme la vena yo misma. Por acá tengo un revisado, en las piernas tengo otro. Porque... pues muy ñoña, no me sabía coger bien. Y las dos primeras semanas, como dando golpes de pecho, es la última vez que lo hago, es la última vez que lo hago, hasta que ya, no pues ya, ya lo sigo haciendo. Y ya llevo todos esos años.” (GF León De Greiff)

*“Cierta día un compañero mío yo lo pillé con un torniquete, la jeringa, y yo eh... ¿eso qué ome, eso no hace lo mismo que inhalada?. Que no, que eso era un voltaje. Y yo: ah yo quiero probar. La primera vez que yo me inyecté fue con mi compañero. **Yo me acuerdo que eso fue un segundo, y cuando yo dije ya, ya ¡hay dios!, el vuelo más cool**, pues entre comillas, porque todo hay que decirlo, uno moniado es qué gonorrea la heroína, pero cuando uno está en el viaje, qué chimba de viaje. Que se caiga todo.” (GF León De Greiff)*

“Inhalada no me gustaba, era como botarla.” (GF mujeres)

*“Yo empecé inhalándola y de ahí pasaron 2 años hasta que me inyecté, lo hice sola, pero lo hice muy mal, antes de eso yo planificaba con inyección (...) y me tocaba ir a profamilia a reclamarla (...) pero siempre que iba había un problema, que no había inyectología que no sé qué, entonces yo dije: no voy a seguir jodiendo más y voy a aprender yo, yo aprendí a inyectarme esa cosa de planificación y a partir de eso tuve como la idea, esta es intramuscular, la otra es intravenosa, la primera me la puse aquí en la mano (...) pensé que podía manejar la jeringa con la mano (...) **la primera vez es muy difícil**” (GF mujeres)*

De acuerdo con algunos testimonios, existe una alta percepción de riesgo en tanto que la inyección implica “engancharse” de manera más intensa con la sustancia, mayores riesgos, al tiempo que reconocen mayores efectos en este modo de administración.

*“Yo por ejemplo digo que todos sabíamos que pasaba si nos inyectábamos, **todos habíamos escuchado que el que se inyecta una vez, no puede dejarlo de hacer** pero uno como que la primera vez o las primeras veces no le importa mucho eso, por ejemplo él es mi compañero, pues mi novio y yo le decía mucho a él, amor relájate que vas a terminar inyectándote y él decía: no, yo nunca me voy a inyectar, oiga pues cómo .. a mí me da miedo de las jeringas. Y yo: amor yo decía lo mismo y después terminé inyectándome, sabiendo que él ya había visto lo que causaba eso en mí” (GF Jóvenes)*



“Para sentir más el viaje. A mí me daba mucho temor la aguja, pero por lo mismo que ya uno no sentía el viaje, me dio por probarla.... ya al otro día uno siente como el efecto, como que ya más duro, ¿sí me entiende?, la enfermedad es como más duro, le da más ligero a uno, y ya uno se la inhala, y ya no le... pues ya uno no siente nada.” (Extracto entrevista informal recorrido Loreto- Buenos Aires)

“Sabía que era intravenosa, que no era una inyección muscular, y sabía que con el tiempo a uno se le dañaban las venas, llevaba otro tipo de problemas, eso era lo que yo sabía, porque yo veía como los otros punkeros se ponían con el tiempo y sí conocía lo que era la jeringa de insulina que la otra es muy grande y hace daño, te deja unos huecos muy grandes en las venas” (GF mujeres)

“Hasta que mi mejor amiga de la época se enganchó superfeo y ella empezó a inyectarse y todo. Y yo a ella la veía en unos viajes tan raros, como tan chéveres, que yo pensaba que eso tenía que ser muy bueno. Osea yo inhalado no había sentido algo tan... tan... como ella dice que se dormía, no yo no. Hasta que yo le dije a ella que me diera a probar, pero yo le tenía pánico a las jeringas y ella me hizo jurar por todos los santos que nunca más lo iba a hacer, y eso es mentira, el primer chute nunca se olvida y eso para mi fue algo único, y ya desde ahí, lo seguí haciendo, yo conseguí los contactos, conseguí todo y ya” (GF mujeres)

“Yo pienso que también cuando uno empieza a hacerlo, uno cree, ah no, me inyecto y ya. No me inyecto más, uno cree que es muy fácil decir que... o sea uno dice, lo voy a hacer una vez y ya después no lo voy a hacer, pero eso es demasiado enganchador entonces es muy difícil tomar esa decisión de me inyecto hoy y ya mañana ya no ...” (GF jóvenes)

“Profe todos somos un poquito cabeciduros porque uno sí sabe, pero no, uno tiene que experimentar por mente propia y cuerpo propio, así usted tenga 100 espejos al frente que estén todos morados, así todos zombis, uno tiene que experimentar uno mismo”. (GF jóvenes)

En referencia a depender de otros para inyectarse, el siguiente testimonio es indicativo:

“Antes me pasaba eso, como no tenía la motricidad de la mano izquierda le pedía a mi compañero que me chutara, y en parte es algo que no me siento bien porque eso debe ser personal, también permitir que él lo haga no me gusta porque pasan dos cosas, obviamente uno lo ha hecho en la calle y la gente mira y puede pensar ese muchacho, chutando a esa niña, yo no me fijo en lo que diga la gente, me parece incómodo que el haga eso...”, “y le pueden hacer un daño a él creyendo que le esta haciendo un mal”, “y me ha pasado también que me he inyectado y me he ido así por un minuto o dos y entonces eso es un susto ni el hijuemadre, porque yo la chuté y se me está yendo entonces listo, hasta que yo aprendí, yo le dije a él, papi yo tengo que aprender a manejar la mano izquierda, y bueno aprendí y pues lo hago sola, asumo la consecuencia de que de pronto me pase algo, pues yo lo asumo pero de todas maneras, tratar de ser consciente.” (GF mujeres)

Encuesta CODAR

Tabla 3. Edad de inicio de consumo de heroína y de inyección

Edad de inicio con heroína	<p>La edad mínima en el inicio con heroína fue 11 años y la máxima 36 años. El promedio de edad de inicio fue de 18,6 años.</p> <p>Un 20,7% de los participantes inició con heroína a los 15 años o menos. El 36,2% entre los 16 y los 18 años y el 43% a los 19 años o más.</p>
Edad de inicio de inyección	<p>La edad mínima de inicio con la inyección ocurrió a los 11 años y la máxima a los 36. La edad promedio de inicio con la práctica fue de 20,21 años.</p> <p>El 10,5% empezó con la práctica de la inyección a los 15 años o menos, el 31,6% entre los 16 y los 18, mientras que el 57,9% lo hizo por primera vez a los 19 años o más tarde.</p>

Los resultados de la tabla 3 confirman lo que ya se había descrito en estudios previos (ver MJD/ODC, 2015) en tanto que el inicio con heroína ocurre ya avanzada la carrera de consumo con otras sustancias y la transición a la práctica de la inyección en un número importante de casos ocurre después de uno o dos años de entrar en contacto con la sustancia. No obstante, un número importante de personas inicia el consumo de heroína a través de la inyección o transita a ella rápidamente.

A juzgar por la edad promedio de inicio con heroína y la edad promedio de las personas que participaron en el estudio (28 años) es posible establecer que las carreras con esta sustancia son extensas y activas, lo cual tiene implicaciones por el tiempo de exposición a riesgos y daños tanto para las personas que usan heroína y sus redes como para las personas que se relacionan con ellas a lo largo de los años.

Tabla 4. Circunstancias de inicio con la práctica de la inyección

Ciudad en la que se inyectó la primera vez	<p>El 91% (52) se inyectó la primera vez en Medellín, dos lo hicieron en Armenia, uno en Barbosa y dos en Venezuela (Caracas y Miranda)</p>
Jeringa nueva o usada la primera vez	<p>Salvo una persona, el resto dijo haber iniciado su práctica con una jeringa nueva y estéril.</p>
Ayuda de otras personas en la primera inyección	<p>El 67% de las personas reportó que otra persona le inyectó esa primera vez; el restante 33% lo hizo sin asistencia de otra persona.</p> <p>En el 56% de los casos en los que alguien les asistió en el primer evento se trató de un amigo(a) cercano(a), en el 28% dijeron que se trató de personas conocidas y en 8,4% una pareja sexual.</p>

	<p>Llama la atención el dato que señala que el 93% de quienes participaron en la encuesta dijo haber inyectado o ayudado a inyectarse a otra persona al menos una vez. Seis de quienes respondieron afirmativamente lo hicieron en Pereira y una persona en Cali.</p> <p>El 38% dijo haber ayudado a inyectar a alguna persona que lo hacía por primera vez.</p> <p>De quienes dijeron haber asistido a alguien la primera vez que se inyectaba, el 38% respectivamente ayudó a un amigo cercano(a) o a un extraño y el 24% a una pareja sexual.</p> <p>El 90% dijo haber iniciado a alguien en la práctica recientemente, es decir en algún momento del año 2016.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 5. Características de uso de heroína y rituales

Días de consumo de heroína en últimos 12 meses	El 30% de las personas que participaron en la encuesta CODAR dijeron haber consumido heroína de manera intermitente al registrar 200 días o menos de contacto con la sustancia en el curso de los últimos 12 meses. El 31,6% dijo haberlo hecho entre 201 y 361 días del año y el 38% todos los días del año.
Vías de uso de la heroína	En las redes de usuarios contactadas se aprecia que la inyección es la vía de administración por excelencia pues fue reportada por el 96,5% de las personas encuestadas. El 15% dijo usarla también por vía pulmonar o fumada, mientras que el 32% la usó también aspirada por la nariz.
Vía de uso de preferencia (U12M)	Ante la pregunta por la vía más frecuente se aprecia que el 91% dice preferir la vía inyectada mientras que un 4% respectivamente indica usarla fumada o aspirada respectivamente.
Con quién consumen heroína (U12M)	Mientras la inyección con parejas sexuales fue registrada en un 38% de los casos, el 57% dijo haberlo hecho con amigos cercanos, el 50% con conocidos, el 15% con desconocidos. No obstante en un 81% de los casos la inyección ha ocurrido estando solos o solas. Sólo dos personas dijeron haberse inyectado con personas que se dedican a inyectar a otras personas.

Algunos testimonios dan cuenta de las extensas carreras de consumo, de los múltiples esfuerzos que hacen por abandonar el consumo, de la constante frustración que experimentan por las dificultades para mantener abstinentes y de los grandes costos que el uso de heroína trae a sus vidas.



*“Llevo 18 años consumiendo, **la primera vez que la consumí me dio de todo, energía, me puso como superman, me sentí sensacional, y eso fue lo que me llevó a sobrepasarme...**” (GF V ambulantes)*

*“Hace 16 años consumo heroína, empecé **inhalando también por curiosidad**, por los amigos, por las amistades, uno comienza es por experimentar qué sensaciones se tiene con ese tipo de drogas, la cuestión es que **los que estamos aquí hemos preferido las drogas fuertes.**” (GF V ambulantes)*

*“Mi nombre es Y, tengo 32 años soy consumidor de heroína aproximadamente hace 15 años, que te digo, mi vida ha cambiado radicalmente desde que empecé con el consumo, soy casado, tengo un niño de 12 años. **Debido al consumo perdí mi esposa, mi hogar, mis empleos...** y si... los conozco a todos, todos somos prácticamente, como se dice, de la ralea todos, de los heroinómanos.” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“Bueno, mi nombre es S, llevo 10 años consumiendo heroína, la conocí en la Universidad de Antioquia, inhalándola como muchos, allí la conocí, estudiaba medicina y soy instructor de maquinaria pesada, he hecho también varios cursos, **pero esta droga no me ha dejado, porque he estado en varios centros de rehabilitación, por ahí en ocho.** Y muchas veces se dice uno la mentira de que se va a dar no más el pasecito o la inyectada una vez, y esa es la más peligrosa.” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“Mi nombre es F, llevo 4 años y medio consumiendo heroína. Anteriormente era operador de máquinas de fundición, ese trabajo se perdió. **Y el miedo que más tengo en estos momentos es perder mi familia**, hasta ahora no la he perdido, **pero si sé lo que es la calle, porque he estado en la calle**, pero antes consumía perico, marihuana, y ahora cogí este vicio” (GF LDG-Sn Ignacio)*

Los testimonios indican el sufrimiento que cotidianamente afrontan por diversos morivos, pero el más relevante es el malestar físico tras la abstinencia, producto de la dependencia.

*“Hay días en los que no quisiera ir a hacerme la plata para la letra (heroína), pero es que el mono (malestar) **desde por la mañana empieza a acosar, sé que donde no lo haga me voy a enfermar.** Es que a primera hora de la mañana, uno siente como va a empezar el mono, y empieza por el sexo, es como cuando ustedes se levantan y se estiran en la mañana, **para nosotros no es agradable es como un anuncio de que el mono ya viene, es horrible**”. Ellos agregan que hace poco se dieron un chute de cocaína: “pero a mí no me gustó, no me gusta eso como me pone, como toda ansiosa, como estresada.” (GF mujeres)*

*“... **este vicio es peor que todos los otros vicios sinceramente, esto no se lo deseo a nadie, si fuera para uno salir tan rápido uno se saldría, pero muchas veces puede más la necesidad y el dolor que las ganas de dejarlo, pero esto es muy bravo.** Y tratar, voy a tratar, ya que sea lo que Dios quiera para no perder la familia, ya que más de uno la ha perdido, pero bueno fuera no perder la familia por este vicio, vamos a ver mi diosito hasta dónde nos ayuda.” (GF LDG-Sn Ignacio)*



“Esto no se lo desea uno a nadie, porque esto es tener como un cáncer, porque si usted no tiene, roba, roba hasta la mamá, hace de todo. No es como la ansiedad del perico o la marihuana, que si usted no consume, no le pasa nada. Esto, esto avemaría, se pone uno más feliz cuando ve al jíbaro que a la mamá. (Risas) es la verdad, esto es demasiado adictivo, y pa’ salirse de eso, tiene que ser que esté con la ayuda de Dios, porque uno solo no es capaz.” (GF LDG-Sn Ignacio)

“...es que vea yo le digo, anteriormente consumíamos por el placer, ¿cierto?”, “ya es por necesidad.”, “ya tenemos que consumir pa’ aliviarnos”, “para poder sentir placer hay que aliviarnos”, “ya es una enfermedad”. (GF V ambulantes)

“... eso es otra cosa, por ejemplo yo no es que esté muy aliviado hoy, cuando a uno ya se le va quitando o le va empezando como ese calorcito”. “La ansiedad, ese calorcito y ese dolor de espalda”. “A subir esa fiebrequita, ese dolorcito, yo estoy sentado sinceramente por respeto, comprendo al parcerito...” (Gf V ambulantes)

La búsqueda del alivio del malestar hace que otras preocupaciones pasen a segundo plano.

“Pero después de que tenga el cólico me inyecto donde sea, delante del que sea” (GF LDG-Sn Ignacio)

“Nosotros los heroínos a veces tenemos una falla que es muy grande, cuando nosotros nos enfermamos, nos importa un bledo dónde...”, “Uno enmonado, la mentalidad es que me tengo que aliviar como sea, ¿si me entiende?” (GF V ambulantes)

Incluso les limita el uso de servicios de salud y los desplazamientos.

“a mi me da miedo eso, salir del país o de la ciudad por eso, porque yo no se dónde conseguir mas, o contactos, eso no es como la marihuana, no, eso es muy difícil.” (GF mujeres)

“Mentiras que ningún heroíno va a ningún lado, porque nosotros nos descuidamos y no vamos por miedo al mono. Porque mire yo la herida que tengo y yo no voy a que me hagan nada ahí. Voy a que me hagan la curación, y eso que cada ocho días porque toca, voy a Centro Día. Voy a una farmacia compro tres isodines, vendo dos, con uno me limpio. Compro 2 o 3 gasas pa’ mí y para la chinga. Para colaborarle al parcerito que ese marica mantiene eso lleno de materia y ese chino no compra nada...” (GF jóvenes)

Esto ocurre incluso en lugares en los que el consumo es *prohibido*. Lo que indica que el malestar físico es algo que los expone en mayor medida a riesgos, es quizás el factor más influyente, tal como se evidencia en el siguiente comentario:

“... eso es dependiendo del dinero y el punto y como esté usted, porque si usted está muy enfermo, la enfermedad no respeta y el mono como se dice no respeta. Y usted se inyecta donde sea, pero si usted tiene plata para pagar el baño, usted paga el baño o se lo pega en la casa encerrado, es dependiendo de la situación.” (GF LDG-Sn Ignacio)



“... mientras más sucio esté uno, más sucio lo quieren mirar, eso ayuda mucho a que uno se alivie donde sea, uno a la final... ese gato qué... uno de alguna manera hace muchas cosas, en medio de todas las personas” (GF V ambulantes)

En efecto en la entrevista con la funcionaria de Carisma se hace referencia al tema del malestar y su significado para las PUH:

“Son los únicos pacientes que dicen que estoy enfermo. Lo “tasan” cocaína más por compulsión, la heroína es por la sintomatología, dicen, me siento enfermo”.

Así, encuentran en la heroína “el alivio”:

“¿Cuál es el médico de uno? La heroína” (GF V ambulantes)

“Nosotros compramos una de 10 en la mañana y ahí nos quitamos la enfermedad, nos queda otro poquito y nos lo tiramos por ahí a las 3 de la tarde, y ya después compramos una en la tarde, nos damos uno a las 5 otro a las 7 y ya.” (GF mujeres)

“Es que si no uno no es capaz de salir, ni se para de la cama, es que eso es voltaje. Es algo muy voltajudo porque si uno no tiene plata pa’ aliviarse, no puede hacer nada. Independientemente ya del primer chute si usted se puede pegar más en el día... Ufff ojalá. Los que más se puedan”(GF jóvenes)

“Y es lo que dice G que la sociedad no entiende, yo por ejemplo, no lo hago por parche, hay momentos que yo digo, que hartera ir a hacer esa plata para comprar heroína, pero me toca ir a hacerla, porque yo se que va a llegar el mono, antes de medio día y ya me voy a empezar a sentir enferma, me va a dar dolor en los pies, voy a sentir el sudor en el cuerpo en la espalda y bueno, ya empiezan todos esos procesos, y hacer esa plata enmonado, es también muy desesperante, la gente lo ve a uno todo fatigado y me empieza el malgenio. Mi pareja me dice que me cambian las facciones de la cara horrible, ahí se va empezando a ver el avance de la enfermedad, la abstinencia. Y ya cuando uno esta vuelto mierda, uno no sirve para nada, uno ya quiere es tirarse en la cama, a no me den nada, ni comida recibo, quiero es morirme, que me trague la tierra, yo solo quiero chutarme, chutarme y ya quiero aliviarme, eso es un cambio inmediato, uno se inyecta y ya, se alivió” (GF mujeres)

“...me da pena con ella (madre), porque ella me dice que me quiere ver bien, no me quiere ver en un ataúd, y yo le digo, ma es que eso no es tan fácil, pues la gente cree que uno tira de eso por ganas, no ya, las personas que llevan su tiempo saben que esto es una enfermedad, una enfermedad física, que uno sabe que se va a empezar a maluquiar, diarrea, vómito, todo a la vez, todo junto, y que es algo diario, algo para toda la vida. Yo digo que uno debe cortarla de raíz o vivir con ella.” (GF mujeres)

El uso depende del dinero del que disponen. Aseguran a como dé lugar la dosis mínima para lo que denominan “el alivio” y si cuentan con más dinero, consumen más. La frecuencia oscila entre 1 y 5 veces al día.



“es el alivio ... En el día son por ahí tres o cuatro veces.”

“ ... usted normalmente se alivia para poder estar bien, ya si tiene pa’ pegarse el otro que es para trabarse. Y si no el de por la noche, yo digo que si usted tiene plata pues uno se los pega ... uno ni si quiera sabe cuántos, normalmente usted siempre se pega el alivio, que es lo que lo hace parar a uno, que es por eso que estamos acá” (GF Jóvenes)

Además de la pérdida de empleos, lazos familiares y hogar, la calle y la cárcel son consecuencias fuertemente vinculadas al consumo crónico de heroína:

“A mí me da es temor volver a caer en la calle. Yo estuve en la calle no así como un gamin, pero sí me tocó trajinar mucha calle. Yo estaba en la calle, y por la mañana me iba a una casa, y me iba a desayunar, a cambiarme. (Riesgo) a quedar habitando en la calle. Con una hepatitis bien brava.” (Entrevista informal Loreto)

“Yo estuve en Bella Vista cinco años”, “Yo dos”, “Yo he entrado siete veces”(GF León De Greiff)

A pesar de los costos, los riesgos y el sufrimiento, hay personas que dicen:

“... llevo 16 años, vivo en la calle. Y me gusta mucho y no la quiero dejar, la verdad...” (GF V ambulantes)

3.2.6 Estigma, discriminación y maltrato por parte de diversos actores sociales

Estos fenómenos derivados de los imaginarios y representaciones sociales y culturales frente al consumo y los consumidores de drogas no son exclusivos de quienes usan heroína en Medellín, pero sí muy característicos. Hacen parte de la cotidianidad de estas personas muchos de los riesgos que se corren y las consecuencias que se derivan de estas prácticas en este contexto en particular, además moldean en parte las dinámicas grupales.

Así, además de la violencia ya descrita que sufren por parte de grupos al margen de la ley identificados por los usuarios como de las “convivir”, están el acoso y el hostigamiento de parte de diferentes actores sociales tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

“... que lo vean a uno así, lo cascan a uno. Yo a veces he estado así transpuesta y los mismos jibaros me hacen el feo, ah que no te duermas, que no se qué, son todos pirobitos” (GF mujeres)

“si lo discriminan a uno, aquí molestaban mucho... uno no se puede dejar pillar. .. uno se tiene que hacer por ahí escondido. Escondido o en la casa o en otra parte, pero por acá ¡Ave María! (Extracto entrevista informal recorrido Loreto – Buenos Aires)



"Obviamente nos estigmatizan por completo. Estigmatización y rechazo. Hasta en par de ocasiones a mí me intentó atacar, supuestamente el que manda la vuelta por acá, porque... consumía uno esa vuelta. Entonces lo veían a uno por ahí: "ah esta gonorra de heroína qué..." (Extracto entrevista informal recorrido Loreto – Buenos Aires)

"Yo personalmente **considero que las mujeres consumidoras de heroína son muy diferentes**, pues en todos los ámbitos, socialmente, mentalmente, pero también estamos en **una sociedad muy conservadora y somos muy discriminadas, demasiado**, yo me siento muy discriminada, en muchas ocasiones la gente lo mira a uno feo cuando uno se esta inyectando y es la gente mirando y mirando, y **es ese morbo encima y no paran de mirar, porque les parece muy nuevo o nunca lo han visto, o muy raro, o uy que miedo, una nena inyectándose, tan.** Y ahh a mí a veces eso me aburre mucho porque **está bien que uno sea un consumidor pero tampoco es que uno sea una mala persona**" (GF mujeres)

"...como te digo yo he tratado de ocultar eso, y ella (madre) sabe que lo he probado, pero no sabe la dimensión de esto, no sabe que estoy tan enganchada, que es algo diario, entonces **para mi mamá es una falta de respeto, por ejemplo que tu lo hagas en la calle, por ejemplo si yo paso con mi hija, si me entendés? Que dirá la niña, por ejemplo un niño de 6 años no tendrá la misma capacidad que uno de 12 para entender, entonces mi mamá lo ve como un irrespeto, ella dice, si usted quiere tirar sus vicios, tírelos pero en un lugar como más reservado**" (GF mujeres)

"A eso voy a lo que dice M que pase una mamá con un niño, yo apoyo eso, a mí me ha pasado que estoy con mi novio, **casi siempre lo hacemos en la calle los dos, entonces yo vigilo y cuando pasa una familia, yo le digo ... niños, pilas.** A mí sí me da cosa que un niño me vea, porque son muy curiosos y preguntan cosas. **Entonces yo trato de esconder las cosas y que no vean.** Si veo que son adultos ahí si no me interesa, pero los niños tienen una capacidad demasiado grande de comprender, y maluco que se queden con esa imagen de una persona pegada de una jeringa, y que le pregunte a una persona mayor." (GF mujeres)

"Y uno no quiere que lo vean así los niños, porque son inocentes. Igual para los adultos creen que es una falta de respeto para ellos, porque piensan que lo que uno hace son cosas del diablo, son cosas raras. **Pero lo que la sociedad no termina de entender es que no es solo eso, es todo, el que fuma marihuana, el que huele perico, el mismo papá que se toma una cerveza delante de su hijo es una falta de respeto, y entonces a nosotros nos patean mucho, y eso es lo que a mí me emputa, que a nosotros nos tratan muy horrible y la sociedad no se da cuenta que todo el mundo consume drogas en realidad.**" (GF mujeres)

"... si usted se queda dormido, si no le dan un puntazo (de navaja) le dan un pipisazo (lo orinan encima)", "Y la pela que le dan es horrenda" (GF LDG-Sn Ignacio)

"si yo solo tenía merca y no tenía plata ahí sí me llevaban para la URI, **pero uno por enfermo lo sueltan inmediatamente, le hacen audiencia, le dicen que es un perjuicio para la sociedad, y que aquello y que lo otro, pero para afuera.**" (GF Buenos Aires)



Los informantes clave entrevistados en la fase exploratoria coinciden en que las personas que consumen heroína y se inyectan inspiran principalmente “miedo”.

*“miedo, **la gente siente miedo, la gente tiene identificada la zona y como acá se venden artículos religiosos, la gente necesita venir a buscar cosas, entonces no le gusta bajar.**” (Entrevista informante zona comercial)*

*“Creo que eso es de miedo, **a mi me da miedo verlos, uno no sabe con eso cómo va a reaccionar la persona después ... acaban con las neuronas y se quedan locos. Me da miedo, porque eso es muy difícil de que salgan, yo he hablado con consumidores y dicen que si tienen que robar o matar para conseguirlo, lo hacen**” (Entrevista encargada baños Niquitao)*

*“no sé pero **se ponen todos locos, uno no sabe qué clase de droga, me parece que el gobierno tendría que hacer algo con eso. Uno no se mezcla con esa gente porque le podría pasar muchas cosas a uno**” (Entrevista vendedora ambulante P. Sn Ignacio)*

*“Las rechazan mucho, yo he visto, **si rechazan a un sacolero, dígame ahora la heroína que uno cree que es la peor droga que existe, yo he visto que pasan y los insultan. Les hace falta mucho amor porque todo el mundo los discrimina.**”... “pues la mayoría que vienen acá como le decía yo son como indigentes ... son como ojerosos, son demasiado flacos, se les nota la parte donde se inyectan, esa parte es como morada, hay otros que se la inyectan en el pie y también se nota” (Entrevista encargado baños San Antonio)*

*“ay pues la verdad a mí eso me parece mortal porque hay gente que deja de alimentarse y todo, y esas dosis son muy costosas. Un muchacho que no es consumidor, pero es amigo de un consumidor, dice que es... la dosis vale \$10.000, entonces y **es muy adictivo, entonces eso lo llevan a robar para poder sustentar el vicio**” (Entrevista encargado baños San Antonio)*

*“ (Medellín) tan bonita y la están dañando con ese consumo. **Por qué, porque la droga no sale ya, toda se está quedando acá. Medellín la encochinaron, mientras que otros países ...**” (Entrevista vendedora ambulante P. Sn Ignacio)*

*“ (corren el riesgo de) **quedar locos, quedar inválidos, ya hay uno que está inválido. Por acá en un pie, tiene un pie que está hinchado... de un momento a otro resultó así cojo, me imagino que es por la droga. La mamá vino y se lo llevó, y volvió.**”, “(sufren) rechazo de la familia, **que no utiliza el cerebro para pensar qué es malo, se quedan ahí y no evolucionan**” (Entrevista vendedora ambulante P. Sn Ignacio)*

*“**son personas peligrosas, de cuidado, que no se les debería dar material de inyección sino más bien rehabilitarlos.**” (Entrevista vendedora ambulante P. Sn Ignacio)*



3.3 Comportamientos de riesgo asociados uso de heroína y a la ID y las consecuencias adversas para la salud en una muestra de usuarios

3.3.1 Riesgos asociados a los rituales del uso de heroína

El siguiente es un extracto del trabajo de observación y registro en una de las salidas de campo en Loreto, de un ritual de inyección que ocurrió en grupo.

*“El informante 1 (I1) regresó al parque con tres jóvenes más, a los cuáles él les entregó la dosis, tanto I1 como dos de ellos se inyectaron mientras conversábamos. El primero que se inyectó fue I1, sacó un recipiente con **agua de la canilla** que había traído de su casa, mezcló la heroína con el agua en la misma bolsita en la que viene la heroína, sacó su dosis en la jeringa y se inyectó. Luego I1 **lavó la jeringa con agua que sacaba de una bolsita, sacó agua más o menos tres veces**, y después de hacer esto, volvió a preparar otra dosis, y **le entregó esa dosis con su jeringa usada a otro de los jóvenes** para que se inyectara (I2). En este momento, I3 uno de los amigos de I1, le reclama mayor higiene a su amigo que va a inyectarse con una jeringa usada, le dice “muchachos, higiene, mire que aquí están los profes”, el otro joven hace caso omiso y procede a inyectarse en el brazo sin utilizar torniquete. Este chico se inyectó dos veces durante el tiempo que estuvimos en el parque, con un intervalo de tiempo de diez minutos entre cada inyección; **después de inyectarse le preguntó a I1 ¿qué hago con esta jeringa? I1, después de vacilar un poco le dice que la bote.**”*

I3 tenía su jeringa y su torniquete (tripa de pollo), antes de inyectarse nos propuso que si queríamos hacerle un video mientras se inyectaba, el equipo respondió que no era necesario, I3 se inyectó también dos veces durante el tiempo que estuvimos con ellos en el mirador. Todos usaron jeringas de insulina de 50 ml.” (Registro de recorrido Loreto- Buenos Aires)

Descripción del ritual de consumo:

*“...hay muchas formas de prepararlo **unos lo hacen con cuchara, otros lo hacen directamente en la bolsa en la que viene**, pero así muchas veces no queda tan bien preparada, queda más fuerte cuando uno lo calienta y lo prepara, sirve el polvo, luego le hecha agua, y ya después coge un algodoncito para filtrar el mugre y todo eso. Succiona.” (GF jóvenes)*

*“**Metemos el agua a la jeringa y ya la vaciamos a la bolsita.** Por ejemplo yo que no la preparo toda cuando compro la felpa, entonces la echo a una cucharita, y ya le echo el agua a la cucharita, y no tiene que ser metálica porque **como la heroína viene muy limpia, entonces no hay que calentarla.** Si no que ya mete a la jeringa y a la vena.” (GF León De Greiff)*

*“Depende de donde uno esté, si usted está en su casa relajado o si esta por ahí en la calle asustado de que no lo vean, si uno se puede tomar el tiempo de prepararlo en la cuchara mejor, **pero si es en la calle ahí en la bolsa lo más rápido**” (GF jóvenes)*



*“Pa’ vea una cusquita en el suelo, usted sabe que uno es desesperado por meterse el chute pues, coge una cusca (colilla) y arranca el pedazo y la mete. Es como yo, yo he estado por ahí con ganas de aliviarme, y con el mono y con todo respeto, y **no hay agua y yo veo un charco en el suelo y de ahí saco el agua.** Yo si le digo lo que es.” (GF León De Greiff)*

Como se ha descrito, en muchas de las redes de PUH en Medellín, son comunes las dinámicas de grupo, principalmente para optimizar las dosis y “ahorrar”. Esta manera de consumir los expone a múltiples riesgos por intercambio directo e indirecto de fluidos potencialmente infectantes.

Como se expondrá más adelante, existe una amplia percepción de riesgo entre los usuarios, reconocen que en gestos como el uso de una jeringa previamente usada por otra persona hay riesgos de exposición a virus, pero las dinámicas, la confianza y la urgencia de obtener alivio los relativizan.

De igual modo, en la medida en que el tiempo pasa y las carreras de consumo se hacen extensas, las condiciones de vida precarias llevan a que los riesgos en lugar de disminuir se incrementen. Esto se había observado claramente en el estudio de MJD/ODC (2015) en donde se identificó el incremento de las conductas y prácticas de riesgo entre el año 2011 y 2014, así, a mayor tiempo de consumo, mayores riesgos.

*“Parce vea, si quiere que le diga **hace más de 15 años que la empezamos a probar, uno compraba agua destilada, uno utiliza una jeringa una sola vez, y uno mantenía alcohol, algodoncito; en estos momentos comparte una jeringa más de uno, ¿si me entiende?, en este momentos coge agua de... Si está lloviendo uno toma esa agua de ahí.**” (GF V ambulantes)*

*“**ya al pasar del tiempo a usted le importa cinco, es como yo le digo, usted hace lo que sea con tal de aliviarse.**” (GF V ambulantes)*

No obstante, no existe mayor conciencia de los riesgos asociados al uso compartido de recipientes, en este caso la “felpa” (bolsa), el agua, la dosis de droga que se saca de una mezcla común, el filtro.

De igual modo, no se encontró referencia alguna a la limpieza previa de la piel de la zona en la que se aplica la inyección.

Encuesta CODAR

El 90% de quienes participaron en la encuesta señalan haber consumido drogas en el mismo lugar en el que otras personas se estaban inyectando al menos una vez, los últimos 12 meses.

El 64,3% dijo haberse inyectado entre 300 y 365 días de los 12 últimos meses. El 26% lo hizo en frecuencias menores o iguales a 120 días de los últimos 365 y el porcentaje restante lo hizo entre 150 y 275 días.



El número de inyecciones en promedio en cada episodio de los últimos 12 meses, fueron 3,62, siendo la mínima 1 y la máxima 11. El 78,6% del total lo hace entre 2 y 4 veces al día.

El 44% dijo haber pasado más de 30 días sin inyectarse drogas en los últimos 12 meses. 15 de ellas porque trataban de eliminar, reducir o controlar el consumo de drogas; 4 de ellas por estar hospitalizadas, internas o en prisión; 5 de ellas porque temían los daños que podría estar teniendo en su salud y 7 de ellas por razones múltiples entre las que se encuentran embarazo, viaje, carencia de equipos, entre otros.

Un 39% de quienes respondieron, dijeron haberse inyectado drogas en una ciudad o pueblo diferente del que reside habitualmente. Los municipios enunciados fueron: Armenia (2), Bello (3), Bogotá, Caldas, Cali, Cartagena (2), Cartago, Chinchiná, Copacabana, Cúcuta, El Peñol, El Retiro, Envigado, Guarne, Itagüí (2), Jamundi, La Estrella, Líbano, Manizales, Margarita, Medellín (3), Pereira (3), Pintada, Riosucio, Sabaneta, San Cristobal, Santa Bárbara, Santa Rosa de Osos, Santafé de Antioquia, Tarso, Timbio.

Tres de estas personas dijeron haberse inyectado con jeringas previamente usadas por otras personas en el municipio en el que ocurrió el evento, las restantes 21 NO. Nueve de ellas dijeron haber compartido con otras personas elementos propios de la parafernalia de inyección.

3.3.2 Riesgos asociados a elementos de la parafernalia

A continuación se describirán uno a uno las prácticas que involucran los diferentes elementos de la parafernalia.

Uso compartido de jeringas y reutilización

Como ya se mencionó, la escasez de dinero para comprar parafernalia además de la dosis, la confianza en quienes integran la red con la que comparten el ritual, la negativa de las farmacias a vender jeringas o para venderlas por unidad (les venden el paquete de 10 unidades mínimo) son algunas de las razones que dan las personas para explicar porqué reutilizan su jeringa, comparten o acuden a jeringas de dos piezas comúnmente usadas para inyección intramuscular.

“Pues depende, cuando hay plata se compra, se gasta uno hasta 5 jeringas al día, cuando no hasta una jeringa pa’ 3 días (risas) y por ahí con 10 chutes diarios” (GF Jóvenes)

“... a veces la rodamos. Si porque nosotros somos muy amigos nosotros todos y nos tenemos confianza y por ejemplo nos hemos hecho exámenes, yo sé que yo no tengo nada, si yo sé que tengo una enfermedad yo no le voy a prestar mi jeringa a él, obviamente porque él es mi amigo y yo no lo quiero perjudicar, entonces muchas veces uno se lo está pegando por ejemplo yo que tengo la sangre coagulada a mí se me taponan



mucho las jeringas, y me quedo embalada, entonces que hago yo, hey regálame una jeringa, hey préstame una jeringa". "Nos conocemos hace muchos años" (GF Jóvenes)

"pues yo tengo mi jeringa la compro y a veces me pasa que estoy con mi compañero y compartimos, compartimos la misma bolsa y yo la diluyo con agua normal pero la filtro, cortamos un cosito de algodón del cigarrillo, porque eso trae muchas impurezas. Hay veces que uno con la sola jeringa sube la heroína y se atranca, como esas jeringas son tan delgaditas cualquier grumito, pelusa la estanca. Entonces uso algodón para filtrar, y ahí a veces me pasa que se me cae al piso y cae directamente, se desportilla entonces ahí pues mi compañero me la comparte, pero muy rara vez la compartimos, casi siempre trato pues de comprar, de tener nueva.

La uso mínimo 2 o 3 veces al día, si mucho dos días, y ya al tercer día vuelvo y compro. Si no encuentro dónde, o no tengo plata ahí sí 5, 7 veces usamos la misma, se le borran los números y todo. Y uno es como... uno sabe que eso no esta bien", "llega un momento que la punta ya lo aporrea a uno, y lo que hace es dejarte un hueco, malrata mucho... no entra bien (GF Mujeres)

"... pero después de la tercera vez duele mucho", "yo guardo la jeringa hasta que se vuelve un garfia" (GF SAMEIN)

"Si, a veces (se usa). Cuando la jeringa ya está muy gastada que no chupa, usted le mete el filtro y de una." (GF León De Greiff)

"Más que todo los que se comparten las insulinas, son más que todo los que ya...Se conocen mucho tiempo. No, están como muy ya... los gamines que no tienen el dinero." (GF Buenos Aires)

"pues yo hasta hace poco la estaba compartiendo con mi pareja. Nos dura dos días, máximo 3. Usábamos una para los dos pero... por ahí me aconsejaron que mejor una para cada uno, porque eso trae muchos problemas, la heroína trae muchos problemas, entonces ahorita por ahí hace dos días comenzamos a comprarla así, y ya nos ha durado un poco más. Separados, y así todavía tengo jeringa." (GF Mujeres)

"Yo la uso, con la misma agua la juago y con el embolo subo, boto, subo, boto, y esa es la limpieza de la jeringa, cuando la vuelvo a sacar la lavo antes de ... tin y me la hecho, pues realmente la asepsia es cero." (GF Mujeres)

"yo la lavo igual justo después de usarla porque si no la lavas, la sangre que queda ahí la taponan, entonces toca lavarla para que quede lista para el otro uso." (GF Mujeres)

"... o si la filtro casi todas porque siempre queda un poquito en el filtro, entonces guardo 4 o 5 filtricos, y cuando no quiero gastar plata, de ahí saco un chute mejor que una bolsa completa. Siempre en mi bolso mantengo una mota de algodón." (GF LDG-Sn Ignacio)

"Yo si le hago (a la jeringa) hasta que se me dañe" (GF LDG-Sn Ignacio)



“Yo... yo si quisiera cambiarla todos los días, pero como uno a veces se le pega la energía, entonces le toca buscar al socio que le preste la ginger (aguja) y toca darle un chute porque eso es obvio, pa que se la presten a uno así, así. Hasta pa darle el número del parcerito le cobran. Y esa es la hipocresía que se ve en este gremio.” (GF LDG-Sn Ignacio)

“Si, hasta que el émbolo es todo duro pa´ uno sacarlo, hasta el cauchito se queda ahí adentro, un parcerito cierto día, la aguja se le partió y yo no sé cómo volvió a pegar esa aguja ahí y con eso se cogió ... me dejó impresionado. Qué día se armó un émbolo con un palo de bombom ese marica debajo del puente de Villa Nueva.” (GF LDG-Sn Ignacio)

Como se ha dicho y aunque existe percepción de riesgo y se detecta cierta deseabilidad en la práctica “higiénica”, la realidad es otra.

“Casposo. Yo lo he visto diciendo présteme la jeringa. Vamos a hablar con sinceridad. Le voy a decir esto, cinco personas y una jeringa.” (GF León De Greiff)

“Eso está muy mal hecho, sino que todo es una costumbre. La mayoría de los que estamos acá, ya prácticamente llevamos muchos años juntos somos una familia, ya lo que tenemos lo tenemos todos...menos mal a ninguno le ha dado una hepatitis, porque una hepatitis parece...”, otro sin embargo dice: “eso es lo que uno no sabe.” (GF León De Greiff)

A propósito de la negativa de las farmacias a venderles jeringas:

“... en muchas farmacias lo discriminan a uno... no las venden. Uno va por una de insulina, y le dicen, dízque aquí no vendemos jeringas. Hay más farmacias donde no se la venden a uno, que donde se la venden” ¿Cuándo no se las venden qué hacen? “Va uno donde un compañero a que se la preste.” (GF León De Greiff)

“uno tiene ya identificadas las farmacias. La mayoría no (las vende), por ejemplo la Pasteur es una que la niega mucho, la botica junin solo la vende por paquetes”

“A mí me ha tocado chutarme con una jeringa intramuscular. Mi hermanito y yo, la otra vez todos enfermos, y no había más y no nos querían vender, como dice el compañero en más de una parte no le venden a uno, nos tocó comprar una intramuscular.” (GF León De Greiff)

“Yo si siempre trato de utilizar una jeringa, eso a veces es un problema porque en las farmacias se la niegan a uno, se hacen los bobos, ah no, no hay, pues es un problema para conseguirla tengo unos lugares específicos que ya saben que uno va y le dicen ah la de 50, a si, no hay ni que decirles a que va, ellas ya saben, entienden lo peligroso que es.” (GF Mujeres)

“ya se dieron cuenta para qué es y ya no se las venden a uno. Antes yo digo que sabiendo para qué es, antes deberían de vendérsela a uno...” (GF V ambulantes)



*“Le doy un dato ahí, una de las zonas donde vendían la heroína más buena, por las zonas del Estadio. Allá hay una farmacia que el parcero nos vendía la insulina, con un sobrecito de agua destilada nos la regalaba siempre. El man sabe para qué es pues. **Porque allá en esas zonas medio más burguesas allá no le venden a uno una jeringa.**” (GF V ambulantes)*

Refiriéndose a la preferencia por la jeringa de 50ml *“es por la agujita porque la aguja es más pequeña” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“Al final, se entabló una conversación informal con un vendedor de farmacia, quien **nos informó que la venta de jeringas solo se da con fórmula médica y al por mayor (x10)**, el señor dice que no vende a los consumidores de droga, al preguntarle porqué, él responde con actitud hostil: “porque no nos gustan, usted no ve dónde? Una zona donde están los ladrones, los consumidores y a nosotros no nos gustan.” (Reporte de recorrido Parque Bolívar)*

Así, las prioridades compiten. Claramente con lo que se ha descrito hasta el momento, el temor al malestar y a que llegue la “enfermedad” es lo que los moviliza y aunque existe claramente un interés por cuidarse, conocen los riesgos y sienten que compartir equipos de inyección no es deseable e incluso no es *bien visto*, todo ello pasa a un segundo plano ante la premura de “aliviarse”.

Encuesta CODAR

Tabla 6. Jeringas con las que se inyectan

Jeringa nueva o usada último evento	El 91% de quienes respondieron, dijeron NO haber usado una jeringa previamente utilizada por otra persona la última vez que se inyectaron.
Jeringa pre-cargada en jeringa usada por otra persona	El 95% dijo NO haberse inyectado con una jeringa previamente cargada con la mezcla y usada por otra persona.
Frecuencia de inyección con jeringa previamente usada por otra persona	Mientras el 60% dijo NUNCA haberse inyectado en los últimos 12 meses con una jeringa previamente usada por alguien más, el 29% dijo haberlo hecho un poco menos de la mitad de las veces, el 9% la mitad de las veces y solo una persona lo hizo siempre. No obstante, ante la pregunta por los últimos 30 días el 29% dijo haberlo hecho con una jeringa usada por alguien, al menos la mitad de las veces.
Reutilización de jeringas propias	El 98% dijo sin embargo haber reutilizado su propia jeringa en una o más oportunidades en los últimos 12 meses. El 75% dijo guardar las jeringas para usarlas de nuevo.



Fuentes de jeringas no estériles	<p>De las 21 personas que dijeron haberse inyectado con jeringas usadas por alguien más, 13 dijeron haberla recibido de una persona, tres de 2 personas, y cinco de 3 a 6 personas diferentes.</p> <p>Aunque la inmensa mayoría las recibió principalmente de parejas sexuales o amigos(as) cercanos (as), el 16% las recibió de extraños o de personas que se dedican a inyectar a otras personas.</p> <p>Aunque el 80% de estas personas dijo haberlas limpiado siempre, ninguna lo hizo con hipoclorito y la mayoría lo hizo con agua fría o caliente.</p> <p>Solo una de cada tres personas dijo NUNCA haber cedido, prestado o regalado su jeringa usada a otra persona, mientras que el 71% si lo hizo.</p> <p>Y en promedio las jeringas fueron cedidas a más de 6 personas diferentes en los últimos 12 meses. Estas personas han sido principalmente amigos, conocidos o parejas sexuales.</p>
Venta de dosis en jeringas pre-cargadas	<p>El 39% de los participantes dijeron haber intentado vender o vendido una jeringa con la mezcla lista para inyectarse a otras personas.</p>
Fuente de jeringas nuevas – estériles	<p>El 100% de quienes respondieron dijeron haber tenido acceso a jeringas estériles durante los últimos 12 meses.</p> <p>Sólo dos personas dijeron haberse inyectado siempre con jeringas nuevas y estériles en el mismo período.</p> <p>El 75% dijo NUNCA haber conseguido jeringas nuevas de forma gratuita, es decir que siempre tuvieron que pagar por ellas.</p> <p>La gran mayoría las adquirió en farmacias o droguerías, algunas personas las obtuvieron de otras personas y una mencionó haber tenido acceso a jeringas del programa CAMBIE en Pereira.</p> <p>15 de las personas entrevistadas dijeron llevar consigo una jeringa nueva al momento de la entrevista, mientras que la mayoría (41) no.</p>

Zonas de inyección en el cuerpo y cuidado de las venas

Algunos testimonios son indicativos de que a pesar de las precarias condiciones en las que se da el consumo de heroína, las PUH procuran cuidarse y evitar



consecuencias adversas que afecten su salud, sin embargo, los años de uso van “pasando factura” y los daños en algunos casos parecen irreversibles.

“Si, en la misma vena, pero no en el mismo punto, porque si uno se inyecta siempre en el mismo punto eso se le vuelve una costra y se vuelve algo ya imparable, si uno no es higiénico y se limpia y eso, se puede infectar y le puede salir un hongo o alguna cosa. Hasta le pueden amputar a uno el brazo, uno no sabe .. tener una práctica... mas o menos aseada pues.” (GF mujeres)

“no yo si no, yo no tengo vena, entonces a mí se me dificultó mucho, obviamente lo primero que uno gasta son los brazos, entonces a diferencia de ellas yo si me encontraba un punto y sabía que ahí me cogía, hasta que no quemara ese punto no paraba. Hasta que ya se me quemaron pues las venas de las manos, que ya en ningún lado, intenté los pies, en el empeine, ahí sí me tenía que amarrar pues, pero también igual, se acabaron las venas de los pies, entonces ya empecé en las piernas, en estos momentos estoy en la pierna izquierda.” (GF mujeres)

“... primero lo hacía en el brazo izquierdo pero se me volvió una goma de tanto hacerlo ... la jeringa ya no pasa, luego en el brazo derecho, luego en los pies cuando me duele el brazo que me filtro, que se me pasa de la vena y me lo hecho en el músculo, en los pies, a veces acá en el abdomen, a veces lo hago en el cuello, pero eso ya es de puro viaje ... llega mas rápido al cerebro, entonces es una sensación más rica.” (GF León De Greiff)

“A mi me da miedo en el cuello, lo he intentado, cuando uno dice que literalmente no tengo venas, que llevas todo el cuerpo, que pasa una hora, yo intento en el cuello y no soy capaz, me da miedo hacerme algún daño, que me pase alguna cosa” (GF León De Greiff)

“inclusive, yo también he visto que lo hacen en el cuello, y a mi me da miedo también, en estos días una amiga se cogió una de por acá del ojo, y tiene ese ojo hinchado, hinchado, hinchado, qué miedo, ay no..” (GF mujeres)

Agua para la mezcla

Este testimonio es alarmante por las implicaciones, al parecer no recibió adecuadamente la información. De igual modo se empiezan a evidenciar una serie de creencias erradas que amplifican los riesgos a los que se exponen.

“Traemos un vaso de la cocina pa’ todos y yo que soy el que, el más quisquilloso, yo meto la jeringa primero antes de que todos la metan, a mi desde que me dijeron que tenía anticuerpos de hepatitis C, y que me tenía que vacunar. La mayoría coge un vasito y lo comparte pa’ 2 o pa’ 3”, “cuando estamos en la calle es en la bolsita, cuando estamos en la casa en la cuchara. Depende de donde esté. Últimamente como estamos viviendo juntos, es más frecuente en la casa ...” (GF Jóvenes)



“El agua de aquí de Medellín es muy limpia, entonces uno no necesita por decir hervir el agua, o el agua destilada. El agua destilada es buena, pero el agua de aquí de Medellín es muy buena, quién sabe ya uno inyectándose en un pueblo.” (GF León De Greiff)

*“Vea a muchos los he visto **arreglar el chute con babas.**” (GF León De Greiff)*

*“Yo lo hice **una vez con Whisky, ¡uy qué chimba!** ... M: “ay no, con alcohol debe ser asqueroso ...” (GF León De Greiff)*

Filtros

En Medellín parece ser común el uso de filtros, ello depende de la calidad de la sustancia que se inyectan. De acuerdo con las fuentes, existe una heroína que se diluye más fácilmente que otra. La que no se diluye fácilmente se usa regularmente con filtros pues suele taponar la aguja de las jeringas dejándolas inservibles y haciéndoles “perder el chute” lo cual es percibido como altamente inconveniente.

Aunque algunas personas hablan de usar algodón, es muy común el uso de filtros de cigarrillo. Mientras algunos piensan que con el uso de filtros sacan mayor provecho del “material”, otros lo evitan porque opinan que se pierde sustancia.

*“De cigarrillo... **A veces cuando está muy malo el material.**”(GF Buenos Aires)*

*“El filtro se utiliza cuando está muy sucio el material, y usted saca un pedazo de filtro de cigarrillo, o un pedazo de algodón, lo tira a la bolsa y ya, eso le filtra lo que usted necesite”, ¿Y siempre lo usan? “No, cuando está sucio el material. ...**cuando ve uno que da lidia para que las jeringas. Las jeringas se están taqueando (tapando) mucho.**” (GF Buenos Aires)*

“.. con el algodoncito que trae el cigarro, porque yo estoy aprendiendo a preparar en la bolsita, normalmente la preparo en cuchara o en tapa, y para no perderle el residuo, con algodón recojo lo que me queda y así no pierdo nada.” (GF Mujeres)

“ (no usa porque) ... se pierde más material” (GF LDG-Sn Ignacio)

Y el riesgo de que la jeringa se tapone es:

“... (cuando) se me ha llegado a taquear, ahí es cuando uno se embala, y empieza a mirar, eh a quién le pido que me preste una jeringa, a este parcerero que es el de más confianza, si está de buenas y se la presta, o si no, embalado.” (GF LDG-Sn Ignacio)

Recipientes para mezclar la dosis

Como se mencionó previamente, una de las redes más grandes de personas que se inyectan heroína en la ciudad suele “hacer vaca” para optimizar el dinero y la dosis. Así, hace parte del ritual comprar una bolsa o “felpa” de heroína entre tres o cuatro y dividirla. Para no perder nada de la sustancia, la mezcla se hace en la misma bolsa a la que le echan agua y cada persona saca de la bolsa compartida su parte, lo que



claramente constituye un riesgo biológico importante si se tiene en cuenta que la mayoría reutiliza sus jeringas.

De otro lado, la heroína se calienta sólo en caso de que el tipo de heroína lo amerite. Si se diluye fácilmente se mezcla directamente en la bolsa, en una tapa o en una cuchara plástica.

*“Muchas veces como no tenemos ni los \$5.000 ni los \$10.000 hacemos vaca. Por ejemplo, entre cuatro hacemos vaca para una bolsa de \$10.000. **La mojamós toda y sacamos cuatro chutes.**” (GF León De Greiff)*

“Usted en la de Greiff siempre va a encontrar gente que tire heroína, allá es donde vamos a buscar los parceros para que pongan 2.000, 3.000, pa’ hacer la vaca, y comprar la felpa.” (GF LDG-Sn Ignacio)

*“En la felpa es lo usual pero qué se use depende no sólo de dónde la usan (calle o casa) sino también de la calidad de la sustancia. Si es malo el material hay que echarle **candela**. Hay que prepararlo y bolearle candela hasta que empiece a echar unas burbujitas”. “Es dependiendo del material ... porque **hay material que diluye muy fácil entonces usted no es sino echarlo el agua en la bolsa** y chuparlo y métaselo.” (GF Buenos Aires)*

*“Es dependiendo como le guste, hay unos que pelean para que se la den en polvo, otros la prefieren líquida, **moje todo eso que estamos es monos y uno no ve la hora**. ...Llega y la mojan, le echan 100 de agua y toca partirlo entre cuatro, entonces toca de a 25, el que la prepare mejor le dan la confianza, **si se puede con una jeringa mela (nueva), pero si no, si todos estamos cortos, toca con la misma jeringa todos**. Eso si todo es dependiendo de la persona si presta la jeringa... El que la preparó saca primero sus 25 ... El que más se cuida es el que más chista que le den primero” (GF LDG-Sn Ignacio)*

“.. una cuchara plástica, porque es que la bolsa le toca rogar a uno pa’ que no esté rota, entonces que hago yo: a lo seguro, saco el chute en la cuchara y ya.” (GF LDG-Sn Ignacio)

El siguiente testimonio indica la importancia de calentar la sustancia, en particular cuando se trata de *speedball* o mezcla de heroína con cocaína.

“yo compro la felpa, después consigo el agua, saco mi cuchara, saco el polvo, le revuelvo agua, la quemo para que quede el líquido pasteurizado, y ahí sí me lo inyecto, porque debido a estarme inyectando drogas, porque en mi caso revuelvo la heroína con el perico ... por meterme materiales que no eran 1A, y por no cocinarla, me estaban dando llagas en la piel. Entonces debido a eso me tocó parar, aguantar el mono quince días, a punta de antibióticos.” (GF V ambulantes)

Encuesta CODAR

Tabla 7. Otros elementos de la parafernalia

Recipientes, filtros, líquido para diluír que otras personas hubieran ya usado	<p>En el último evento de inyección el 16% de quienes participaron en la encuesta, dijeron haber compartido alguno de los elementos de la parafernalia para inyectarse (distintos a la jeringa)</p>
Frecuencia de uso compartido	<p>Frente a la pregunta sobre la frecuencia de uso compartido de distintos elementos de la parafernalia para inyección se encuentra que mientras los filtros y el agua de enjuague de las jeringas son compartidos por una minoría, los recipientes para la mezcla se comparten con frecuencia por cerca de la mitad de las personas participantes (46,4%)</p> <p>El 48% dijo haberlo hecho al menos una vez en los últimos 30 días antes de la medición.</p>
Tubos o pitillos para aspirar SPA por vía nasal	<p>El 56% dijo haber aspirado drogas por vía nasal habiendo usado tubos o pitillos que otras personas ya habían utilizado.</p> <p>Más de la mitad (55%) de estas personas dijeron que los tubos o pitillos habían sido usados por personas que se inyectaban drogas.</p>

Torniquetes

No todos los utilizan y no siempre lo utilizan. Algunos sienten que si lo utilizan la dosis se les queda allí y otros lo deben utilizar porque ya no se encuentran fácilmente las venas.

Cualquier implemento es útil a juicio de las PUH, es común el uso de la “tripa de pollo”, material elástico con el que se fabrican traperos.

“Un cordón, una cabuya, la tira del maletín, la manga de la camisa. Un condón.” (GF León De Greiff)

“Correas, cordones, lo que apriete, la mano del parvero” (GF jóvenes)

Manejo de los desechos

En este caso se observa también que las PUH toman algunas precauciones y consideran el riesgo al que exponen a otras personas con los equipos de inyección usados.

“Pero es que eso también ha cambiado mucho, eso antes no se veía. No se veían las jeringas así como se ven hoy en día ... antes no se veían jeringas por ahí tiradas y las personas eran más reservadas.” (GF V ambulantes)



“La jeringa se lava, la felpa depende, si quedo con juagado (residuos de sustancia) se guarda, sino se bota y ya”. (GF LDG-Sn Ignacio)

“(las jeringas) a la basura. Pero se recogen muchas, muchas, muchas, Y se meten en una bolsita y se botan. Yo casi siempre las guardo en el bolsillo y cuando ya voy llegando a la casa las boto al caño, la esquina de ese caño esta taqueado de cuenta mía. Si usted no les quita la punta y los tira a la basura, los recicladores se pueden chuzar, pero si usted le quita la punta, la bota aparte no pasa nada. Lo ideal sería botarlo en las farmacias, pero uno a veces va a botarlo a la farmacia y no me las reciben, me dicen que la bote por ahí, eso deberían botarlo en la basura roja que se deben botar, pero casi nunca dejan ...” (GF jóvenes)

“Yo por ejemplo mantengo bolsas con 50 o 100 jeringas ahí, y cuando tengo muchas ya si las boto, en el río, en la quebrada o en la cañada o a la basura” (GF jóvenes)

“yo hago colección de jeringas, a mi se juntan hasta 10, 15 jeringas, cuando tengo muchas, hago un paquetico, y las tiro por el shut (de basura).” (GF mujeres)

“...por ejemplo yo cuando boto una jeringa, siempre la desarmo, la parto, la meto en una bolsa de papas, la enrolla, pues si me he molestado mucho con gente que agarra la jeringa y la tira ahí en el parque, con mucha gente que consume, que habita en la calle, la tiran ahí, y luego van los niños a jugar, mis hijos juegan ahí, y a mi no me gusta que tengan contacto con eso, ni siquiera en donde yo lo hago, porque yo tengo todo puesto, pues escondido.” (GF mujeres)

“Dependiendo de la ignorancia de la persona, lo que sepa la persona, porque hay unos que dejan la jeringa ahí, y se chuzo otra persona, o llega otro gamín y ve la jeringa y se coge con ella.” (GF LDG-Sn Ignacio)

“Yo creo que el 90% de nosotros la dejamos tirada donde caiga.” (GF V ambulantes)

Importante establecer que la ausencia de un lugar “seguro” para que se dé el consumo de esta sustancia contribuye a los problemas de salubridad en la ciudad. La población se mueve constantemente por diversos lugares, dada la naturaleza del mercado y la manera como se vende y se compra la heroína. La ausencia de un lugar fijo para conseguir la sustancia, así como de un lugar fijo para consumirla, contribuye a que los desechos potencialmente contaminados estén dispersos por distintos lugares de la ciudad.

Aunque las personas dicen “represar” gran cantidad de material, este se desecha finalmente en condiciones que están lejos de ser ideales, por tanto, es altamente probable que diversos lugares de la ciudad, muchos de ellos baños públicos y parques que se caracterizan por la amplia afluencia de gente, supongan riesgos de exposición a material o superficies potencialmente contaminadas (por haber sido usadas por personas que se inyectan drogas).



“Depende del punto que a usted lo atienda el que la vende, usted busca donde chutarse, si lo atienden en la oriental, usted busca en las Pirámides, Parque Berrio, San Ignacio, si lo atienden abajo por Colombia, busca la De Greiff, eso es depende de donde lo atiendan a uno, porque uno casi siempre cuando va a comprar, es porque está ya bien mono.”

Encuesta CODAR

Tal como ya se describió, el 75% de las PID dijo guardar las jeringas para reutilizarlas en algún momento. Luego, lo más frecuente es que se boten (una de cada dos PID lo hacen con mayor frecuencia) o se cedan, vendan o presten a otras personas, situación mencionada por el 41% de los participantes.

Existe una clara relación entre la precariedad de las condiciones de vida, las dificultades para conseguir dinero para pagar las dosis que les alivian y los riesgos que corren. Los implementos de la parafernalia pasan a un segundo plano pues la prioridad es asegurar las dosis.

Se evidencian diversas estrategias para protegerse entre sí, para optimizar las dosis, para hacer rendir el dinero. La mayoría de las redes funcionan a manera de “parche” y en muchas de ellas se evidenció una relación que lleva profundizándose por muchos años.

Resulta preocupante que el 64% dijo que en los últimos 12 meses la policía u otra autoridad les confiscó en alguna oportunidad las jeringas.

En referencia a la policía se señala lo siguiente:

En recorrido en el Parque Bolívar, los policías del CAI confirman que “el consumo se da al aire libre, los policías cuentan que durante las requisas las PID son muy celosas con su parafernalia, piden que no se les decomise, incluso cuando la requisita es inminente se inyectan rápidamente antes de que llegue el policía.

Respecto al manejo que hace la policía del material, uno de ellos señala que cada policía escoge el procedimiento a seguir, normalmente les son decomisadas o dañadas, el policía con el que se habló dice que él no les decomisa, para no entrar en contacto con el material de inyección. Al parecer no hay un protocolo claro, que indique qué hacer. Por último, los policías nos refieren como lugar de alto uso de drogas inyectadas el parque Berrío, en los alrededores del museo de Antioquia.” (Reporte de recorrido Parque Bolivar)

“Una vez un policía me requisó y se chuzó con la jeringa mía” (GF LDG-Sn Ignacio)

3.3.3 Otros consumos

Como se ha descrito en estudios previos, las personas que usan heroína suelen abandonar el uso descontrolado de otras sustancias. A diferencia de lo que se encontró en Santander de Quilichao, el consumo de bazuco existe en algunas de las redes contactadas, pero no es tan notorio. Las personas usan marihuana,



eventualmente cocaína. La mezcla de cocaína y heroína conocida como *speedball* existe, pero se percibe altamente adictiva y se asocia con daños severos en la piel por lo que suele abandonarse rápidamente.

“Pues a mí no me dan ganas, sino de pronto el cigarro. Y así, una traba, un bareto pero... uno con este vicio no... a uno lo aleja de todo.” (Entrevista informal recorrido Loreto-Buenos Aires)

“Pero si yo no tengo heroína no consumo perico porque si uno consume perico... se queda uno, eso lo enferma a uno, si uno no tiene perico, queda uno peor.” (Entrevista informal recorrido Loreto- Buenos Aires)

“Yo consumía con todos ellos perico, pero hace más de 4 años que no me doy un chute de perico, sólo bazuca y heroína”. “Sólo bazuca y heroína, eso es un riendazo muy verraco” (GF LDG-Sn Ignacio)

“Cuando estuve en San Vicente por unas heridas que tengo, imagínese que me dieron gusanos ahí y todo, de inyectarme perico porque compraba era perico de 2.000”, “Yo consumí perico como 2 años con este marica y sabe qué? Conspirábamos caravana, inyéctese perico, pero la vuelta es que yo fui con un parcerero que hace el perico de 2.000, vi como lo hacían y desde ese momento, no volví a chutarme perico, eso le echan levamisol, eso es lo que le pudre a uno la piel”.*

**¿Qué es caravana? “El mejor perico del centro ... lo mejor. Usted se pega un chute y haga de cuenta 10 buses aquí en la cabeza” (GF LDG-Sn Ignacio)*

“Yo lo cogí por 2 meses y cuando me salí, yo decidí no volverlo a coger, es como muy bueno, muy adictivo entonces todos los días compraba el perico y la letra (heroína), ya luego me logre salir y no, mejor no volver a eso” (GF jóvenes)

“Los heroínos no tomamos casi alcohol” (GF LDG-Sn Ignacio)

Encuesta CODAR

De acuerdo con la encuesta CODAR, el 79% de las personas usa la heroína sola y sin mezclar, mientras que un 14% lo hace la mayoría de las veces. Un 7% restante la mezcla en ocasiones o siempre.

Las mezclas registradas fueron principalmente con cocaína (71%), con bazuco (14%) y con alcohol (14%).

El 100% de quienes participaron usaron **cocaína** alguna vez en la vida y la edad promedio de inicio con esta sustancia fue de 15 años (min. 9 y max 30). El 79% de las



personas tuvo un uso reciente de cocaína en el último año. 15 de los 58 (25,8%) lo hicieron al menos por 100 días o más, en los últimos 365 días.

El 25% de quienes dijeron haber usado cocaína en los últimos 12 meses, reportó haberlo hecho por vía inyectada, mientras que el 74% reportó haberlo hecho por la nariz. Aunque la vía predilecta sigue siendo la aspirada por la nariz, el 18% de quienes lo reportaron, usaron principalmente la vía inyectada.

De las 13 personas que dijeron haber mezclado la cocaína con otra sustancia en la misma toma o administración, 11 lo hicieron con heroína, mezcla conocida como *speedball*.

En referencia al **bazuco**, el 69% dijo haber consumido esta sustancia al menos una vez en la vida. Lo interesante es que la edad promedio de inicio fue de 20,7 años, lo cual podría considerarse tardío aunque el último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (2013) mostró que la mayor prevalencia de consumo se da en el grupo de edad entre los 18 y los 24 años (0,36).

Parece sin embargo, existir cierta coincidencia en el inicio de bazuco con la experimentación con heroína en tanto que la edad de inicio de esta última es claramente más temprana.

De las 40 personas que dijeron haber consumido bazuco, 21 lo hizo en los últimos 12 meses antes de la medición. Lo que sugeriría que un poco más de uno de cada dos usuarios de heroína en estas redes, presenta también uso reciente de bazuco.

En relación al **alcohol** el uso no es tan frecuente como el registrado con otras sustancias, sin embargo, en el 51% de los casos los episodios de bebida son de 8 o más unidades de alcohol, lo que sugiere un consumo que podría considerarse excesivo durante los episodios en los que se presenta.

Una sola persona dijo haber consumido alcohol por vía inyectada en algún momento de los últimos 12 meses antes de la medición.

Para el caso de **marihuana** el 89% dijo haberla usado en los últimos 12 meses. El 33% dijo hacerlo diariamente y el 17% al menos 150 o más, de los últimos 365 días. El resto, reportó menores frecuencias. Y la gran mayoría reporta un uso de marihuana sin mezclas con otras sustancias por lo que al parecer, no es usual consumir heroína como es el caso del "pintao" en Santander de Quilichao.

Frente a la pregunta de uso de otros opiáceos en los últimos 12 meses, llama la atención que el 86% dijo que SI. Es muy probable que se trate de **metadona** (dado que el 100% dijo haberlo hecho por vía oral) con lo cual se confirma que la inmensa mayoría de las personas que participaron en el estudio, de las diversas redes, tienen acceso a este medicamento de uso controlado. No obstante, llama la atención que en 4 casos se registra uso de otros opiáceos por vía inyectada.

10 de estas personas dijeron haber usado este medicamento 300 días o más durante los últimos 12 meses.



De igual modo, es importante relevar el resultado que indica que el 70% de quienes respondieron la encuesta dijeron haber usado **tranquilizantes, sedantes o benzodiacepinas** (por vía oral principalmente) en los últimos 12 meses. Dos personas reportaron uso diario.

El uso de **Ketamina** en el mismo período de tiempo fue registrado en dos casos. Uno de ellos reportó haberlo hecho por vía inyectada, aunque se registra uso de este medicamento por vía nasal y por vía oral.

3.3.4 Sobredosis

Las fuentes consultadas tienen muy presente la sobredosis. Es al parecer un evento común y aunque es posible que lo que hayan vivido o de lo que hayan sido testigos no corresponda médicamente a una sobredosis, existe una alta percepción del riesgo que corren cotidianamente y conocen multiplicidad de casos en los que las personas han sido hospitalizadas o han perdido la vida tras un evento en el que hubo heroína involucrada.

De hecho, esta realidad de un riesgo inminente hace que consideren mejor los lugares en los que usan la heroína, siendo conscientes de que el consumo en solitario, por ejemplo en un baño, expone en mayor medida a la persona a no ser auxiliada si lo requiere. De igual modo reconocen que las mezclas con benzodiacepinas u otros depresores pueden incrementar el riesgo.

“Uno como heroinómano siempre esta al borde de la muerte porque uno nunca sabe la pureza de la mercancía que uno esta comprando. A veces te la venden 40% pura y otras veces te la venden 90% pura, entonces cualquier día yo puedo estar muerta o J puede estar muerto, pues lamentándolo mucho es la realidad de los que nos inyectamos heroína.” (GF mujeres)

“... el problema es que la gente que no ha consumido casi, se inyectan demasiado, se quedan dormidos en los baños, en cambio en la calle más fácil lo pueden ayudar a usted que estando en un baño encerrado. Una sobredosis lo puede dejar a uno ahí.” (GF LDG-Sn Ignacio)

“Es mejor estar uno en la calle porque tiene más posibilidad de que lo salven a uno. A usted encerrado no lo pueden salvar” (GF LDG-Sn Ignacio)

“Ante la consulta frente a eventos de sobredosis: “Nada más antier, nosotros tenemos un amigo que no es muy tolerante a la droga como nosotros, entonces cada que se lo pega se va ... ella le da respiración boca a boca. Yo le doy puños en el pecho, a veces le doy cachetadas. Como casi siempre estamos todos juntos, cada uno hace algo. Entonces el compañero que dice ella, cada que se lo pega se está yendo, deja de respirar y se pone morado, hay que darle respiración boca a boca, lo tiramos en el suelo, masajes en el pecho...” Ante la pregunta de si alguna vez llaman ambulancia: “Noooo, qué calentura”, “No, porque ya nosotros somos expertos en revivirlo. Ya uno sabe que por eso no se muere. Así llamemos la ambulancia, cuando llegue él ya no está”. (GF León De Greiff)



“Yo no haría eso (llamar ambulancia), porque mientras llega la ambulancia se muere el parcerito” (GF LDG-Sn Ignacio)

Ante la pregunta de qué hacen o han hecho ante un evento desconfían de la oportunidad con la que puede llegar una ambulancia y temen las consecuencias de ser vinculados con el episodio. Esto puede ser un obstáculo para prestar ayuda a una persona que lo requiera.

*“la mayoría de personas de este “gremio” son unas porquerías, es por eso que yo no me volví a juntar con nadie... es que yo hace 2 años tuve una sobredosis que me dejó en coma, me tocó volver a aprender a hablar, a caminar, a moverme. **Fue muy duro, y lo peor es que los supuestos amigos con los que estaba cuando me dió la sobredosis, además de dejarme ahí tirada, también me robaron todo lo que tenía encima.**” (Entrevista informal registro recorrido Zona de Estadio – Carlos E. Restrepo)*

*“De todos modos si uno es consciente lo ayuda, porque uno sabe que la próxima vez puede ser uno. **Pero un man desconocido, paila ... porque si yo estoy con un man y se muere, me lo echan a mí.** Aquí hay más de uno que uno le da un babeado y empiezan a esculcarle los bolsillos pa’ robarlo. A mí una vez me dio un babeado en la De Greiff y me desperté en el hospital sin camisa, sin zapatos y quién sabe quién me los quitó. Paila, paila” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“Y además que el cuerpo estaba descompensado. Habíamos tomado alcohol, ruedas. Y nunca llega la ambulancia porque con el pelado que siempre se desmaya, una vez la llame y no llego...” Dicen que no llaman ambulancia: **“También por el cartel (que los involucren) y nosotros creemos también que no hay necesidad”.** (GF jóvenes)*

*“Muchas veces, vamos a ser sinceros, lo dejan a uno tirado porque usted lleva un man al hospital por heroína, y le preguntan quién lo chutó? **Y si fue usted, a usted le meten ese chulo, porque así es la vuelta ...**”, “Pero si usted no quiere dejar morir el parcerito lo ayuda” (GF LDG-Sn Ignacio)*

“Ese día consumí rivotril, tome aguardiente tomé cerveza, tiré perico, fumé cripa, fumé marihuana, no, ¿qué no tomé?, y entonces también me di los pases de heroína, pues porque me los regaló alguien, ... yo creo que lo que me mató fue que me tomé unas amitriptilinas dizque para dormir, y yo todo relajado .. no me despertaba, entonces la familia mía, la novia mía llamaba y yo no contestaba, y eso era raro, entonces cuando llegó mi tío por la noche vio que yo estaba haciendo apnea, estaba roncando (ronca y hace un sonido como si se quedara sin aire) y me quedaba sin aire, entonces ahí mismo no, para Policlínica, y entonces me llevaron y eso fue un jueves, y duré dormido viernes, sábado y domingo, el domingo desperté.” (GF Buenos Aires)

*“... **yo he tenido dos**, una también porque como dice L, me cogieron en el baño de Monterrey, me llevaron al hospital y yo firmé el alta voluntaria, y la otra fue en mi propia habitación, yo recuerdo que prepare mi dosis, me lo metí y desperté tirada en el piso, no me morí, no sé porqué. Y que le haya pasado a otras personas, sí, tuve una amiga que estaba en mi pieza, en mi casa, lo estábamos haciendo a escondidas. Y no podía hacer un*



*escándalo, yo me acuerdo que **yo le estaba hablando cuando me dejo de contestar, y cuando menos pienso, los pies morados y ella morada**. Yo empecé a pegarle, a gritarle, D! D! Yo no sé, la única burrada que se me ocurrió fue apretarle acá (no hay referencia del lugar del cuerpo que indicó), y le eché agua, pero ahí revivió.” (GF mujeres)*

“Un chute suyo (refiriéndose a un compañero) me dio sobredosis y me atropelló un taxi.” (GF León De Greiff)

*“Yo estaba recién rehabilitado, a mí me encerraron casi un año entero en la casa sin metadona y sin nada a chuparme el mono, ya después salí, después de dos años recaí, la vez que compré, le compré a un man, el boquineto en ese tiempo, le compré, me chuté, me subí al bus de Buenos Aires, **cuando me desperté estaba en clínica de ahí del Sagrado Corazón**.”(GF Buenos Aires)*

*“Por lo mismo, **los heroínos ya saben cuál es su dosis, pero cuando a mí me ha pasado es porque he estado en rehabilitación y cuando salgo me quiero pegar un chute y creo que me lo puedo pegar igual o peor que antes, y ya no es así**. Cuando usted lleva un tiempo limpio, le toca volver a empezar de a poquitos. Entonces que hacía yo ...me pegaba una de 10 entera, la diluí y claro ahí mismo el ardor en la cabeza y sobredosis otra vez.” ¿Y esto tiene también que ver con la calidad? “Si claro, cuando la heroína es muy buena hay que saber cuánto chutarse, pero cuando es muy mala usted se puede pegar un chute grande.” (GF LDG-Sn Ignacio)*

Ante la pregunta de qué hacen ante una sobredosis dicen:

*“Llamando un médico. Primero llamándolo. Respiración boca a boca. **Pegar unas cachetadas. Tirar agua. Llamar a la ambulancia** ...Robarle la pipa. Primero que todo robarle la felpa. Con eso lo reviven a uno, que le estén robando la pipa, huy huy huy. Ahí pasa la sobredosis (en tono jocoso)” (GF León De Greiff)*

*“A mí una vez me dio sobredosis y **me pegaron puños** aquí hasta que me **pegaron en el pie con una tabla** y eso me revivió.”*

*“**Echándole agua. Cachetadas**. Respiración boca a boca.”*

*“Más que todo yo he despertado a los parceros con **cachetadas o aquí en toda la boca del estomago. Un puño seco en el mango (corazón)** ... que le tumbe del todo el mango o que lo despierte” (GF LDG-Sn Ignacio)*

3.3.5 Riesgos asociados al comportamiento sexual

Es una constante en esta población el uso irregular del condón. Aunque en efecto señalan que la actividad sexual se limita y el deseo sexual se reduce, cuando ocurre no se usa protección de forma sistemática, salvo con parejas ocasionales pues con las parejas estables no es usual que se utilice.



*“Por ejemplo **yo que no tengo una pareja estable, pues yo siempre utilizo condón**” ” (GF jóvenes)*

*“**Yo no tengo relaciones (risas), cuando las tengo no lo utilizo...** El apetito sexual baja mucho pa' qué, y por ejemplo si usted está en el cotilleo (risas), es tanto que se va el apetito sexual, que a usted ya no le dan ganas de llamar porque usted tiene que hacer la plata pa'l alivio mijo. Las relaciones interpersonales cambian y las sexuales también” (GF jóvenes)*

*“Pues sí, yo la última novia que tuve sí nos cuidábamos, **pero llegó un momento que no había condón, se nos había olvidado comprarlo y estábamos ya en la habitación entonces tocó así, y a ella le gustó más; y con ella ha sido la única con la que he compartido jeringas, porque con nadie más he compartido.**” (GF Buenos Aires)*

*“**Yo de la única forma que no utilizó protección es cuando estoy con mi pareja. Con otras sí.**” (GF León De Greiff)*

“Yo con mi pareja, con la que sea... Sin protección ni pio para ese gallo, ni pio.” (GF León De Greiff)

*“Verdaderamente vea, yo tengo mi mujer y uno por ahí tiene muchas veces sus enreditos, pero yo lo que es con mi mujer, como yo sé que ella no está con otro ni nada, muchas veces es con condón, **pero la mayoría de veces es sin protección. Y con enreditos si es siempre con protección.**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“**Yo con mi mujer no me protejo, a ella yo la cogí desde que era virgen, entonces ella me dijo que lo hiciéramos con condón para ver que se sentía y luego me dijo que no lo siguiéramos haciendo así, porque no era lo mismo. Pero con otras mujeres que sí, pero hay veces que uno no tiene, pero siempre brego a mantener ...**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“Sabe que eso va depende de la persona, de cómo usted mantenga, si uno mantiene muchas ganas, muy amurado, solo se acuesta pensando en la dosis y se levanta pensando en la dosis, cuando tiene su mujer y tiene la forma de conseguirla, uno con la mujer tiene las relaciones normal, común y corriente. **Pero el placer cambia, uno no se va a desarrollar tan rápido como antes. Retarda el orgasmo demasiado.**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“**No es que yo no uso protección, a mí no me gusta el efecto de los anticonceptivos**” (GF jóvenes - mujer)*

Llama la atención la referencia a las relaciones sexuales y a la masturbación como manera de contener el síndrome de abstinencia:

*“Cuando yo estoy con la mujer, **a mí el orgasmo me quita el mono...** por el momento, pero me quita el mono, y **cuando estoy consumiendo heroína, sí me demoro más en venirme...** Yo tengo un parcerito que sabe qué día me dijo, que **yo me pajeo hasta lo que no tengo cuando estoy muy mono por la noche y así me quedo dormido...**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

Encuesta CODAR

Tabla 8. Prácticas sexuales de riesgo

<p>Relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) alguna vez en la vida</p>	<p>El 100% dijo haber tenido relaciones sexuales alguna vez y solo una señaló que estas no fueron ni vaginales ni anales.</p> <p>La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue 14,25 (min 10, max 20)</p> <p>El 79% tuvo algún intercambio sexual en los últimos 6 meses.</p> <p>La inmensa mayoría ni pagó ni cobró por su última relación sexual.</p> <p>Mientras una de cada tres tuvo relaciones sexuales con una sola persona en los últimos 12 meses antes de la medición, el 41% las tuvo con 2 o 3 personas y el 18,6% las tuvo con 4 o más personas (máximo 25).</p> <p>Sin embargo, el 86% dijo haber tenido relaciones con una pareja que consideran “principal” y el 57% de estas personas NUNCA usó condón en estas relaciones.</p> <p>El 65% dijo haber tenido intercambio sexual con otras parejas diferentes. Y el 66% de estas personas dijo haber usado condón en el último intercambio de este tipo.</p> <p>El 22% (11) reportó haber tenido relaciones anales en los últimos 6 meses y 5 de ellas nunca usaron condón en tales intercambios, mientras que una lo hizo sólo algunas veces.</p> <p>Un solo hombre reportó haber tenido relaciones sexuales con otro hombre en el mismo período y en tal caso dice haber usado condón de manera consistente.</p>
<p>Relaciones sexuales con alguien que se inyectaba drogas</p>	<p>El 56% dijo haber tenido intercambio sexual con alguien que se inyectaba drogas.</p>
<p>Disponibilidad de condón</p>	<p>El 49% dijo haber tenido disponible un condón en el último intercambio sexual. Sin embargo, el 58% NO usó condón en esa última ocasión.</p> <p>El 31,4% no usó condón en el último encuentro porque no les gusta a la persona o a la pareja, o porque “no se siente igual”.</p>

	<p>Mientras que el 37% consideró que no corrían ningún riesgo.</p> <p>Cinco de quienes lo usaron dijeron no haberlo hecho en todas la penetraciones, es decir que su uso no fue consistente.</p> <p>Mientras la gran mayoría obtuvo los condones tras comprarlos en farmacia (62%), el resto lo obtuvo a través del hospital, clínicas de planificación o a través de personas que los distribuyen gratuitamente (mencionada este último por 10).</p>
Trabajo sexual	<p>6 personas dijeron haber pagado por tener relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. Una persona dijo NO haber usado condón en ninguno de estos intercambios.</p> <p>Por su parte, 4 personas dijeron haber recibido dinero, drogas o algún otro beneficio por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses. Una persona dijo nunca haber usado condón en tales intercambios.</p>
Síntomas que sugieren una ITS	<p>5 personas dijeron haber tenido algún síntoma que sugiere una infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses. Una persona dijo que algún profesional de la salud le dijo que tenía sífilis y otra herpes genital. Y solo en este caso se enuncia haber recibido tratamiento mientras que en el caso de la sífilis no. El tratamiento se hizo en el hospital.</p>

Tabla 9. VIH y Hepatitis virales

Pruebas de VIH	<p>El 88% de quienes respondieron la encuesta dicen haberse hecho alguna vez la prueba para detectar el VIH.</p> <p>El 57% dice que la única o última prueba que se hizo fue solicitada en un centro de tratamiento para el consumo de drogas.</p> <p>Llama la atención que 23 de estas personas dijeron no haber recibido asesoría o explicación previa a la realización de la prueba.</p> <p>El 90% dijo haber recibido el resultado de alguna prueba y en un sólo caso la persona señaló haber recibido un resultado positivo, mientras que las 47 restantes no. Esta persona no está recibiendo tratamiento antiretroviral.</p> <p>20 de estas personas recibieron un resultado negativo en lo corrido del año 2016. Las personas restantes recibieron sus resultados del 2015 hacia atrás. 10 de estas personas dijeron NO haber recibido información que les permitiera saber cómo prevenir la exposición o infección por VIH.</p>
-----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Hepatitis virales</p>	<p>El 77,6% de quienes respondieron, dicen conocer de la hepatitis C, mientras el 88% conoce de la hepatitis B.</p> <p>27 de estas personas dicen haberse hecho alguna vez la prueba de detección de hepatitis C, 23 de ellas en un centro de tratamiento de consumo de drogas.</p> <p>23 dijeron haber conocido el resultado y 5 de ellas haber recibido un resultado positivo.</p> <p>Los resultados positivos se recibieron entre el año 2010 y septiembre del año 2015.</p> <p>12 personas recibieron resultados negativos del 2015 hacia atrás, mientras que el resto los recibieron en el curso del año 2016.</p> <p>De nuevo 10 personas dijeron no haber recibido ninguna orientación para prevenir la exposición a este virus cuando recibieron el resultado negativo.</p> <p>Sólo 3 de las personas encuestadas dijeron desconocer que las hepatitis virales pueden transmitirse por uso compartido de equipos/ materiales de inyección.</p> <p>Y 4 de ellas piensan que no es posible infectarse por el uso de cazoletas, filtros o agua que se comparta con otros.</p> <p>El 61% considera que es posible reducir el riesgo de infección con hepatitis si la droga se usa por vía pulmonar o nasal.</p> <p>El 79% reconoce el riesgo de infección con hepatitis por relaciones sexuales sin protección.</p>
<p>Conocen personas que vivan con VIH o hepatitis</p>	<p>El 40% de las personas encuestadas dijeron haber conocido a alguna persona que estaba infectada por VIH o que había muerto por sida.</p> <p>19 de las 23, dijeron que se trataba de amigos(as) o familiares.</p>

3.3.6 Percepción de riesgo y conocimientos

Los siguientes son los riesgos a los que consideran que están expuestos por el uso de heroína por vía inyectada.

“Si, hay enfermedades, por ejemplo el VIH, hepatitis, uno no sabe una persona que tenga una enfermedad vaginal, cosas así o un hongo, pues yo conozco esas cosas, o compartir agua sucia, o que la misma sangre de la otra persona se le meta a uno. Si, son muchos riesgos del compartir, y considero que eso no está bien, uno decirle a otra persona, hey



vení préstame tus cucos, o un hombre le dice a otro hey vení préstame el condón que usaste. Pues eso, el compartir es riesgoso” (GF mujeres)

“Por ejemplo yo soy una persona que no comparto jeringas con nadie, la única forma de que yo le pase una jeringa a alguien, la única regalarla, la única vez que yo compartí jeringas fue con mi mujer y ya.” (GF V ambulantes)

“Yo quiero agregar esto, es muy bonito hablar, ¿sí o qué?, estas personas que tanta mierda hablan son los que más basura consumen, son los que más se meten lo que sea, la jeringa que sea. Y gracias a eso, una parcera por ahí se fué, y mucha gente no analiza que es que son esas cosas, de que nos estamos volviendo mierda con las mismas jeringas, con las mismas jeringas...” (GF V ambulantes)

“Yo me considero muy meticulosa y creo que la mayoría de los que se inyectan son así, todos tienen su ritual, sus juguetes, sus cosas con las que lo hacen y pues por lo menos, yo aconstumbro a recoger en la calle cosas y las voy guardando, entonces cuando lo voy a hacer en la calle, me toca improvisar, y por estar haciendo eso me cogió una infección en la pierna y me salió una bola, era como un nacido, pero por la inyección y se me llenó de pus, eso era sangre, no me salió gusano no sé cómo, y fue por eso, porque recogí una tapa no la limpié, usé un filtro de cigarro ya fumado y tenía la saliva de otro, y pues me infecté, ahí aprendí que no.” (GF mujeres)

“Sinceramente nosotros nos metemos la basura que sea, pero la jeringa es de cuidado ... de mucho cuidado.” (GF V ambulantes)

“Un sida, una hepatitis, una infección. De toda clase de enfermedades. Hepatitis y sida son las más comunes. La tuberculosis. No es que... mejor dicho tenemos muchos riesgos pero no sé por qué no... Una sobredosis, que le dé un paro. Un paro cardiorrespiratorio y paila. Quedarse dormido por ahí y que lo coja un carro...” (GF León De Greiff)

“Que le hagan algo a uno, porque uno ya queda indefenso prácticamente. Tanto, que usted ya ni se acuerda cuándo se golpeó, cuando se cayó, ¿sí me entiende? Sólo se acuerda cuando las personas le dicen, uy usted estaba tan mal. De lo contrario, usted no se acuerda ni cuando cayó, ni cuando llegó la ambulancia. ...Usted estuvo muerto un minuto.” (GF León De Greiff)

“Aparte de tener una sobredosis puede ser que se le meta cualquier sucio a uno por la vena, o que la misma aguja se le parta en una vena y le llegue a uno al corazón. Hay muchos riesgos” (GF LDG-Sn Ignacio)

“...hepatitis”, “un sida”, “muchas enfermedades”, “enfermedades venéreas”, “la muerte”, “abscesos” (GF V ambulantes)

Otro riesgo de compartir la jeringa con otras personas es:

“que le dañen la jeringa y lo dejen a uno embalado” (GF V ambulantes)

Dicen también exponerse a otros riesgos:



“... a la prostitución”, “a dañarse la vida de por vida”. (GF V ambulantes)

“Yo tuve una hija, a mí se me murió una hija por eso. Una bebé porque consumía heroína y tuve relaciones sin protección y salió con problemas, un ojito torcido, una masa. La niña se murió a los 10 minutos de hacer nacido.” (GF León De Greiff)

Encuesta CODAR

La encuesta CODAR explora la **extensión y naturaleza de las redes de PID** con las que las personas que respondieron la encuesta se relacionan. Salvo una persona, las 57 restantes se han relacionado personalmente con al menos una persona que se inyectaba drogas en los últimos 12 meses.

En el 95% de los casos, se trata de amigos cercanos, en el 30% se trata de parejas sexuales, el 21% mencionó personas desconocidas, el 7% dijo haberse relacionado con personas cuyo oficio es inyectar a otras personas y en el 10,5% de los casos se registran familiares.

En referencia a los conocimientos y creencias frente al VIH, estos fueron los resultados:

11 de las personas que respondieron, dijeron conocer entre 40 y 50 amigos cercanos, parejas sexuales o familiares que se han inyectado drogas en los últimos 12 meses; 9 dijeron conocer entre 20 y 30; 16 entre 10 y 15 y 22 dijeron conocer entre 1 y 9 personas cercanas.

Sólo una persona no reconoce que exista riesgo de infectarse con VIH cuando se comparten jeringas o agujas con otras personas.

Por otro lado, son 10 quienes no reconocen riesgo alguno en el uso compartido de recipientes (cazoletas, tapas, latas, felpas, cucharas) para mezclar y preparar la droga.

Para el 67% el riesgo de adquirir VIH es menor si la persona fuma o aspira la droga en lugar de inyectarla, para el 29% el riesgo NO es menor.

El 90% reconoce que el riesgo de contraer VIH es menor si se usa una jeringa nueva y estéril cada vez que ocurre un evento de inyección.

El 45% cree que existe riesgo de infección por VIH tras una picadura de insecto, mientras que el 28% cree que hay riesgo por compartir comida. El 93% dice que una mujer embarazada con VIH puede transmitir el virus a su bebé.

El 75% considera que el uso consistente del condón protege de infectarse por VIH, siempre y cuando se utilicen materiales estériles en las prácticas de inyección.



3.4 Experiencias de tratamiento para el consumo de drogas

La mayor parte de las personas participantes han recibido en algún momento de su carrera de consumo algún tipo de tratamiento. Entrar, permanecer, ser expulsados o recaer después de un tiempo de estar abstinentes, es la constante.

“Yo he estado en seis, pero siempre me pasa lo mismo recaigo de la forma más estúpida. Y ya después de estar parado ocho meses, conozco una mujer y es drogadicta” (GF LDG-Sn Ignacio)

“ Yo estuve en Carisma, Cita, y Paso a Paso.” (GF mujeres)

“J estuvo en Hogares Claret y yo en Horizonte Azul, yo pasé 9 meses interna, todo ese tiempo pasaron los niños con la mamá de J. Y bueno, el niño me nació con abstinencia a la heroína, fue muy doloroso, para mí fue muy doloroso, estuve a punto de darlos en adopción a los dos, luego de eso, yo pensé que no iba a volver a recaer, estuve tres años limpia, dure 3 años sin consumir y luego empezamos a tener problemas, el problema económico en Venezuela se puso muy terrible y pues eso es el punto clave, momento de crisis, recaigo, no conseguía comida, no conseguía nada, la niña no podía ir a la escuela porque no había comida en la escuela y no había comida en la casa, J perdió el trabajo, yo también, teníamos muchos problemas con la suegra, me corrieron de donde vivía... no fue horrible, ahí recaí.

Pero sí me di cuenta que podía vivir sin la heroína, y ahorita sé que no va a pasar mucho tiempo para que deje de consumir de nuevo, porque yo soy consciente de que soy adicta de que estoy enferma, pero también estoy consciente de que esa es la vida que yo no quiero llevar, y yo no quiero vivir sin mis hijos pues, y no quiero que ellos vivan sin mí, porque simplemente ellos son mi razón de ser, como te digo soy una persona autodestructiva pero ellos contrarrestan todo eso, todo lo positivo que tengo en mi vida lo dan ellos, entonces no los quiero perder porque sé que ahí se va a acabar todo.” (GF mujeres)

“... ya la he dejado dos veces, yo estuve en un tratamiento. Estuve un año, pero yo estuve sin metadona, me aguanté el mono. Eh... en Girardota, pero sin medicación, así tipo... Terapia de choque. ¡Ah eso fue más duro! pero... (ayudó) Demasiado, me ayudó a conocerme porque le ayudan, le enseñan de los temperamentos y todo eso, entonces ya uno sabe porque es lo que consume, entonces yo estuve parado como dos años.” (GF jóvenes)

“si, hemos buscado por cuenta propia, yo en mi caso Carisma, tratando de solucionar el problema de la adicción con la E.S.E Carisma, he estado en cuatro procesos psiquiátricos” ¿Y qué pasó?” sino que en este último llevaba 12 meses de abstinencia, estaba trabajando en Empresas Públicas ...perdí el trabajo y a los dos meses tuve una recaída fuerte, en la que he venido, mejor dicho de mal en peor.” (GF V ambulantes)



El tratamiento asistido con medicamentos es bien visto por algunas de la PUH pero no por todas. Por un lado consideran que el medicamento es insuficiente para mantener a raya los síntomas de abstinencia y la ansiedad. A ello atribuyen en la mayoría de los casos, las recaídas. Por otro lado, algunos consideran que elevar las dosis de metadona no es una buena práctica, consideran que un buen tratamiento debería significar la reducción progresiva de las dosis hasta su desmonte definitivo.

*“Muy bien estaba, porque como le digo yo, yo tampoco frecuentaba casi el centro, porque a uno le dicen pues que no frecuente sitios de alto riesgo. Entonces... **a uno sí le dan como ansiedades, pero desde que uno tenía la metadona, y la mente tranquila ...**” (GF jóvenes)*

*“Si, el único chévere es Carisma, porque hay unos que hasta le pegan a uno si se quiere ir. Y Carisma si usted quiere se va a o se queda, y le dan la metadona”. “En el San Vicente también. Y SAMEIN. Allá en el San Vicente **lo bueno es que usted dice que tira heroína, y le dan metadona a uno, eso sí después de esperar mucho.**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“No, pues **a lo único que va uno allá es a rogarle a esa gente para que le den a uno tratamiento de rehabilitación, y el tratamiento dura solamente un mes y allá lo único que hacen es volverte adicto a la metadona y engordarte, entonces sale uno de allá otra vez con ganas de consumir a cagarla otra vez. A volverse a enflaquecer porque no aprendió allá nada.**” (GF jóvenes)*

*“Yo por ejemplo estoy en Carisma ...todos al salir, **casi todos, más de un 80% recae porque yo sé, yo me hablé con todos y si tres no recayeron es mucho.** Y lo mismo uno se vuelve adicto a la metadona, y por ejemplo **a mí me mandan metadona y yo soy metadona y letra (heroína), metadona y letra, y ya uno no se puede salir de ahí, y yo les he dicho rebájeme la metadona, y me dicen que no.**”*

*Por eso todos recaen porque saben que en la metadona, osea como en **Carisma les dicen que cambian la droga por el medicamento entonces todos cuando no tienen medicamento recurren a la droga, pero en realidad lo que hace el medicamento es suplir la necesidad.** Es dar una estabilidad, pero en realidad no hay una erradicación del consumo como tal, **hay un cambio entre hábitos y horarios de chutarse a tomarse la pastilla, ahí no hay nada.**” ¿ Entonces a ustedes no les gusta este tratamiento? “Por ejemplo yo, **a mí no me gustaría dejar la heroína para empezar a tomarme una pastilla, si algún día pienso en dejarla la dejaría y no tener que meter nada,** y yo sé que es difícil, pero sí tocaría empezar con metadona, o sea sería lo mismo. **Dejar la metadona es más difícil, mejor hasta uno se chupa el mono del H, si lo va a dejar, ese tratamiento es muy... muy malo... muy... muy a medias.**”*

¿ Que tratamiento les gustaría recibir?

*“Por ejemplo los compañeros de la película que yo grabé, ellos querían internarme, casi obligada, cierto, pero entonces ellos encontraron un sitio donde a vos te llevan a una clínica cuando tienes un síndrome de abstinencia, justo en ese momento vas al hospital, te hace **un proceso de desintoxicación que dura de 1 a 2 semanas sin nada, sin metadona, sólo con suero y atención médica, y ya después de que salís te toca aguantarte el mono,**”*



y ya después salís vos desintoxicado y te mandan a una comunidad terapéutica.” ¿Y eso te gustaría? “La verdad me parece que es una buena forma pero tampoco me parece aguantarse el mono, eso no lo va a hacer nadie. Yo he escuchado de un tratamiento que hacen en Europa, la idea es no sentir ningún tipo de malestar ni de ansiedad, el tratamiento consiste en que te limpian la sangre, como una especie de diálisis y si a vos te limpian la sangre, ya no vas a sentir ni mono ni nada, ese tratamiento dura como un día”. “Ese es el que necesito yo. Que le hagan eso a uno, que le limpien todo y ya uno no sienta ni mono ni nada.” (GF jóvenes)

“Yo le agregaría más tiempo, porque un mes es muy poquito tiempo, para un consumidor de heroína obligarlo a que se rehabilite en un mes. El servicio es bueno, la comida, el acompañamiento es bueno, pero sí le hace falta tiempo, porque están empeñados en metadona y ya. Que le controlen a uno más la ansiedad, porque es que cuando yo salí de allá, no sentía mono, sentía ansiedad, y eso fue lo que me llevo a recaer.” (GF jóvenes)

Otras personas creen que el medicamento como tratamiento es insuficiente, que la metadona produce mayor habituación y que el síndrome de abstinencia es incluso más severo que el de la heroína.

“Es que vea, una necesidad es que, ayuden a dar la metadona pero que la sepan manejar, por ejemplo Carisma es un centro de rehabilitación que ha dado metadona, pero para Carisma ayudar, es decirte a vos: “tomate diez metadonas en un día y vení en un mes a un grupo de apoyo”, pues, eso para mí no es una ayuda, para mí es que me desmontes la metadona, porque es que la idea es desmontar la metadona, porque si no queda uno igualmente cogido porque si no es la heroína, es la metadona. Yo he estado con metadona mucho rato, y yo la he desmontado solo, yo no he estado en centros de rehabilitación.” (GF jóvenes)

“Pero ¿sabe qué?, yo paro la metadona y me da más mono la metadona que la heroína.” (GF jóvenes)

“Osea que una necesidad es que sepan... Que sepan tratarle a uno la metadona, que se la vayan desmontando, pero no, eso lo mandan a usted para la casa con 50 tabletas de metadona, y tómesese diez diarias, y venga en un mes a grupo de apoyo, y por más metadona. No eso no es un tratamiento.” (GF jóvenes)

¿Cómo dirías tú que sería un buen tratamiento?

“No, que sea, que sea un seguimiento, mira vos ya estás bien con una metadona, vamos a bajarte a un cuarto, para ver cómo te sentís, y te evaluamos y miramos cuáles son tus... si te da todavía los mismos síntomas, si ya te da más bajito; bueno estás bien con un medio o un cuarto, bueno vamos a bajarte otro cuartico, ya estás con media metadona. Sí empecé con tres metadonas, y ya estoy en medio ya es un logro para mí, ¿si me entendés?, y después vamos a bajarle otro cuarto, ya estoy en un cuarto, ya después le bajamos el otro cuarto, ya usted está sano, listo vamos a unos grupos de apoyo para que no volvás a recaer, aquello lo otro. Y eso es un buen apoyo, pero...” (GF jóvenes)



*“Y ahí cuando desmonté toda la metadona, porque yo también lo hice. Después el tío mío, me pagó un psicólogo, y me dieron unas... o sea **yo desmonté toda la metadona como lo hizo él, la desmonté yo solo. Entonces ya llegué, ya el cuartico ya me hacía falta para estar bien, pero yo: “no pero es que ya falta un cuartico”, entonces... como tío es bacteriólogo él es amigo de un, de un toxicólogo, él me dijo: “tómese estas pastillas, y dejé de tomar metadona”, y me las tomé, me acuerdo mucho del nombre, se llama Salviar, porque es metadona con tramadol, eh...es acetaminofén con tramadol... esa la dan mucho. Pero es una pastilla que no es heroína, y yo me la tomaba y me sentía bien, o sea ya fuera, la heroína ya la había sacado totalmente, y solo tomaba esa pastilla, salviar. Para mí fue... uy... yo me sentí muy bien en ese tiempo, ya después que estaba con una novia que duré ocho años, me la hizo, y tan, y otra vez recaí.”** (GF jóvenes)*

*“Si yo también estuve con metadona, y me iban a montar más, me estaba tomando una y media, y me dijeron que me tenía que tomar dos enteras. Por ejemplo, si usted sale del tratamiento y recae le aumentan la metadona porque tiene una ansiedad ... **Hay que manejar otras cosas. Un psiquiatra, un psicólogo, no sé. No, y uno en dos meses que está allá no va a borrar diez años de consumo, la habitualidad de estar diez años en las mismas.** Y como le digo el toxicólogo me iba a montar la metadona, me iba a dar dos, y yo: “no pero ¿cómo que dos? Si yo con una y media estoy bien, antes mérmeme un cuartico” (GF jóvenes)*

*¿Cómo les fue en ese tratamiento? “... excelente, uno que es un güevón, en Hogar Arte Vivir; en Carisma antes me hicieron el daño. **En Carisma le dan un suministro para meterle otro ¿si me entiende?, Imagínese el mismo Estado te meten en un estado para dejarlo en ese estado, y cuando ya no hay nada el Estado lo deja a uno paila”**, “Un medicamento que también cuando uno no lo toma le da mono.” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“Se sube.... Le suben a uno la dosis, **le suben la dosis y en vez de desmontarla, eso es lo que yo cambiaría de allá. Porque antes unos compañeros me contaron, me estoy tomando tres metadonas, ¿te parece muy bueno tomarte tres metadonas?** Por ejemplo, ese man al que yo le di la pela, el que yo... el que me hizo consumir a mí, **ese man creo que todavía se toma tres metadonas, lleva años tomando metadona, y sigue.”** (GF Buenos Aires)*

Algunos acceden a la metadona en un intento por obtener algún alivio a la hora de enfrentar escasez de heroína, de esta forma creen que la metadona es un soporte temporal. Se confirma también que circula metadona en la calle.

*“Estamos en tratamiento de Carisma, pues de la metadona. **Con metadona y heroína. Como para medio sobrellevar el consumo, porque a veces no hay dinero entonces se toma la metadona.”** (GF Buenos Aires)*

“Claro él reclama la metadona allá y entonces uno se relaja cuando está mono, y cuando tiene plata va y consume ¿si me entendés?” (GF Buenos Aires)

*No porque cuando yo la vaya a desmontar yo puedo decir: **“quitenme tanto”, y a mí me la quitan, pero como a mí no me conviene decir eso, sino que yo guardo las reservas.”** (GF Buenos Aires)*



“No porque si el parcerero está enmonado yo se la regalo, porque lo pueden decir todos aquí, que yo soy un bobo, porque yo veo al que sea mono y si tengo de una lo desembalo, me bajo de lo mío para ayudarlos ...”(GF LDG-Sn Ignacio)

Ante la pregunta de si se encuentra metadona en el mercado negro *“Si (unísono) ... el que tenga metadona y esté mono, prefiere ir a cambiarla la mayoría pa’ tirar heroína”. ¿Pasa que a mí me de la EPS la metadona y yo la venda? “Si (unísono)”*. (GF LDG-Sn Ignacio)

Y muchas personas que participaron tras ser contactadas en las redes en calle, reconocieron estar en tratamiento pero seguir consumiendo heroína. Así, es común encontrar testimonios en los que se mezclan constantemente la heroína con la metadona.

“Ella se encuentra en tratamiento con mantenimiento con metadona por medio de la EPS xxx en xxx. Sin embargo, ella continúa consumiendo heroína.” (Reporte de recorrido con usuaria de heroína en Sector del Estadio).

¿Y en el trabajo saben que te chutas? “Si, por el momento... pues no, es que yo estoy en tratamiento.” ¿y estás usando metadona? “Sí”, “Yo también” ¿Y usas metadona y heroína el mismo día? “no, no tomo metadona el día que me chuto”, “ No, yo sí... tomo las dos” (GF jóvenes)

En algunos casos se expresa malestar por las barreras de acceso al tratamiento, el tiempo que toma entrar al mismo, las tutelas que deben interponer para gozar de sus derechos al tratamiento por parte de actores del sistema de salud y los costos adicionales que deben pagar para ingresar dependiendo del plan de beneficios y de los niveles de SISBEN en el que están clasificados.

“Dos veces que me interné, una un año. En Carisma, y la otra... también un año. Ante la pregunta de si iría de nuevo “sí” a la otra persona “uf, de una iría” ¿Y qué pasa por qué no van? “Yo no voy porque es un padrino, una persona que me apadrinó. Yo como estoy recién salido tendría que pagar plata, \$350.000 mensuales, entonces realmente mi familia no...”(GF jóvenes)

“¿Sabe cuánto vale un tarro de metadona en este momento en el Neurológico?, \$100.000. Ahora nosotros que nos mantenemos consiguiendo para la vuelta, ¿ahora cómo, cómo, dónde se va a uno a conseguir \$100.000 para comprar un tarro de metadona?”

“Para que la EPS la dé... tiene que poner uno una tutela para que le den el tratamiento gratis. Tiene que poner una tutela, tiene que hacer un proceso. Tiene que demostrar que es estrato cero, o estrato uno, para poder que se la den, porque si no se la cobran a los estrato dos y estrato tres.” (GF Buenos Aires)

“Que no la nieguen. Porque alguien que está en Carisma va y reclama la metadona y le dicen que es que no hay, que venga dentro de 15 días. ¿Entonces el man que va a hacer los 15 días? ... Que están agotadas.” (GF Buenos Aires)



*“En Carisma demasiado bueno, VIP, lo que pasa es que en Carisma **tiene usted que tener EPS, y si tiene SISBEN le toca entutelar...**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

*“vea que no le miento, vengo de hacer dizque las vueltas del SISBEN, **para poder entutelar a Carisma, porque o si no vale un millón de pesos el mes**” (GF V ambulantes)*

*“ Es peor todavía, es peor el mono de metadona que el de heroína, ¿si me entiende? **Llega un momento en que le dicen a uno que el Laboratorio no tiene más metadona, entonces a uno le toca esperarse meses, imagínese hasta dos meses o tres para poder que le entreguen un medicamento.** Entonces uno ¿qué hace? Vuelve y recae, porque ¿dónde va a conseguir las pastillas?” (GF LDG-Sn Ignacio)*

Cuando están con síndrome de abstinencia dicen que: *“(los atienden) sólo en el San Vicente, del General lo mandan a uno pa’l San Vicente. Todos lo mandan pa’l San Vicente ... es que manejan más toxicólogos, por ejemplo en la General también lo manejan pero muy pocos, en cambio el San Vicente como manejan tantos pabellones, hay mucho toxicólogo, psicólogo, eso **tienen mucho personal, entonces lo atienden a uno más rápido.**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

Algunas de las dificultades que expresan para conservarse abstinentes tienen que ver con oportunidades y alternativas de inclusión social:

*“**El tratamiento mío ha sido excelente hasta que salgo acá a la calle.**”. “El tratamiento es bueno, pero ¿qué pasa? Le pasa a uno, a mí personalmente **uno se desespera sin un trabajo, no consigue uno nada para hacer. Sin tener la mente ocupada. Entonces uno sin hacer nada, vuelve otra vez a la rutina.**” (GF V ambulantes)*

*“Por ejemplo yo duré un año y medio internado, y sabe qué, nadie me reconocía. ¿Sabe qué es lo que tiene que hacer uno?, **tratar de ocupar la mente, ocupar la mente y ¿sabe qué? no frecuentar los sitios de consumo donde uno mantenía.**” (GF V ambulantes)*

*“¿Sabe qué hay que ponerle? **Que terminando el proceso salga uno con una oferta de trabajo**” . “Realmente lo que pasa es eso, es que todos duramos cinco, diez meses en un proceso y salimos a la calle a hacer nada, **entonces desocupados volvemos y recaemos.**” (GF V ambulantes)*

De acuerdo con algunos testimonios no hay tratamiento disponible para ellos en la cárcel:

*“No pa’, **allá nos tocó chupar mono físico, allá ¿sabe cuál es la metadona? El ibuprofeno,** “Clozapina”, “Tramadol” (GF León De Greiff)*

Y algunos lo intentan por cuenta propia:

*“Hay pollo débiles como hay mentes, yo llevo un mes en abstinencia solo me he encerrado en mi casa. **Solo, yo mismo me he hecho el tratamiento**” (GF V ambulantes)*

*“Vea es que hay otra cosa, **el síndrome de abstinencia es psicológico,** eso tiene que ver con mucha psicología, porque yo estuve en Bella Vista dos meses sin la metadona, me*



estaba tratando con metadona, yo puedo estar dos meses sin nada ...". "Sino que si usted no mete psicología se lo come lo físico" (GF V ambulantes)

*"...y en este momento estoy tratando de seguir con las metadonas, pero a veces, me las consigo a veces no tengo, entonces como sea me toca consumir el diario, en este momento **estoy tratando de disminuir la dosis pero es muy duro**, porque digamos que uno lleva ocho días consumiendo más poquito, llega el día que uno quiere consumir otra vez y vuelve a caer en lo mismo, y como que todo sigue en la misma rutina y uno no cambia nada." (GF LDG-Sn Ignacio)*

En entrevista con la funcionario de CARISMA se establece que el programa viene en reestructuración dados los limitados resultados que se obtienen con la mayoría de las personas. Señala que apenas un 5% de los usuarios logran una abstinencia total, que en efecto se mezcla la heroína con la metadona, con lo cual se restringe el acceso a la metadona, que ha sido necesario entrar a flexibilizar los estándares de tratamiento y que el tratamiento intenta ser netamente personalizado.

Reconoce que en efecto, muchas de las personas usuarias no comprenden ni aceptan adecuadamente la sustitución como alternativa, no reciben adecuadamente la idea de perpetuar la condición de dependencia a una sustancia, en este caso a la metadona.

De igual modo reconoce que la metadona se ha convertido en una fuente de ingresos para algunos de los usuarios.

Por todo ello, se ha venido ampliando y reforzando el alcance de la atención psicológica para ofrecer un tratamiento más integral y menos centrado en los aspectos médicos y farmacológicos.

*"Hay un 40% en tratamiento ambulatorio que así sigan consumiendo otras SPA permanecen, 10% se retiran porque siguen consumiendo. La metadona se convierte en fuente de ingreso, prefieren seguir con la heroína y vender la metadona... exámenes toxicológicos nos permitieron saber que esto ocurría. **Así, si hay consumo de heroína entonces no hay metadona**, pero con ellos es difícil aunque ha mejorado.*

5% ha logrado abstinencia total. Si no se pierde y asiste el paciente permenece y si hay incumplimiento de las normas, a los 6 meses reingresa.

***El tratamiento en general se orienta hacia la abstinencia total, la prevención de recaída y se trabaja sobre las fases de cambio.** Ellos aprenden a reconocerse cuando se orientan a una autorealización como persona.*

Ellos mismos nos van enseñando, los grupos de apoyo dan giros y son como grupos focales y nos dicen cómo nos debemos mover.

Los grupos de recaída permiten un control para las mismas conductas y hay que mirar con regularidad lo que no les deja avanzar ... y las patologías.



Es necesario que se cambie la mirada (hay profesionales muy cuadrículados) y hay cierto rechazo a la experiencia de Pereira y Cali ...la idea es que vivan pero muchos van hacia la muerte.

Se espera lograr mayor apertura y estamos esperando a ver cómo se podría dar un programa de intercambio de jeringas ...”

¿Qué obstáculos identifica para el logro de la adherencia a tto?

“El enganche que se hace. Las alternativas que se ofrecen no son óptimas para todos. Hay problemas de acceso del sistema. Y el perfil del mismo consumidor.

También el enfoque que le da el funcionario: que todo el tratamiento tenga mucho énfasis en la farmacoterapia ... se busca que sea más integrador. Que todo sea más integral.

Se le dio un giro mas a la entrevistas motivacional, más fuerza. Hay que ver lo psicosocial del paciente, más lo psicológico y no tanto lo médico. Ya ahora miran riesgos de sobredosis, ante lo emocional qué puede pasar. Es ampliar las expectativas terapéuticas, que sean vistos más por psicología, trabajo social y menos por medicina. La psiquiatría más para caracterización a nivel mental, cada mes tienen su control. Si la persona se estabiliza la ve el toxicólogo cada dos meses.”

Encuesta CODAR

Tabla 10. Tratamiento para el consumo de drogas

Alguna vez ha recibido tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas	El 75% (43) de quienes participaron en la encuesta dijeron haber recibido algún tipo de tratamiento, alguna vez en su vida. El 44% de ellas lo recibió en el curso de los últimos 12 meses antes de la medición. Solo 3 de las 58 personas dijeron no haber pensado nunca que necesitaban tratamiento para dejar o controlar su uso de drogas. 39 de estas personas, es decir el 90,7% dijo haber recibido alguna vez tratamiento de sustitución con metadona , 29 (67,5%) han estado en comunidades terapéuticas, 13 (30%) en grupos de autoayuda. El 83% dijo haber estado en alguna oportunidad internado en tratamiento residencial.
Servicios ofrecidos en las instituciones de	El 26% dijo haber recibido condones gratis, el 93% dijo haberse hecho la prueba de VIH, el 78% las pruebas de hepatitis vitrales y el 35% la vacunación contra la hepatitis B.



tratamiento	Aunque el 85% dijo haber recibido consejo acerca de usar siempre equipos estériles, ninguno recibió materiales o jeringas para reducir los riesgos o daños asociados a la práctica.
--------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3.5 Necesidades de las personas que usan heroína y se inyectan drogas

Se identifican diversas necesidades que pasan por: dignificar a las personas que usan heroína, darles un mejor trato, darles oportunidades productivas aun cuando se reconozca que no van a salir o a “rehabilitarse” de forma inmediata, y ofrecer acciones de reducción de daños: un lugar en el que puedan consumir con supervisión y acceso a material higiénico de inyección y a asistencia médica si la requieren.

Se lee en muchos de los testimonios la necesidad de recibir un trato y atención diferencial, consideran que su situación es diferente que la de muchas otras personas que también usan drogas o habitan la calle, pues consideran que están en condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo, incluso vital.

De igual forma consideran que es necesario hacer prevención e informar sobre los riesgos asociados al uso de heroína pues muchas de estas personas dijeron haber llegado al consumo de heroína desconociendo lo básico.

“Yo creo que uno necesita mucha comprensión y mucho apoyo. Porque si no lo comprenden a uno que esto es una enfermedad, pues más de uno le dice a uno: “pues no consume”. Pero si uno no tiene la medicación es muy difícil no consumir, como yo le he dicho hasta a mi mamá, más de una ocasión, que si no la tengo le dan hasta ganas de robar. Me ha tocado hasta robar más de una vez por... por uno aliviarse, porque ese desespero es muy bravo. ... Ya como dijeron ellos, apoyo y facilidades para entrar a las cosas de salud y a los tratamientos, que ellos tengan.” (Entrevista informal Loreto)

“...las personas que tiran (este) vicio de verdad necesitan una ayuda más grande que los que tiran perico, marihuana o ruedas, o alcohol. Son los heroínos los que tienen el problema más grande y el gobierno se preocupa más por los que tiran alcohol, que tiran perico, deberían de preocuparse más por ellos que los demás.” (GF LDG-Sn Ignacio)

“Llevo 18 años consumiendo, lo que me llevó al consumo fue la curiosidad, heroína inmediatamente inyectada, como a muchos, me ha traído circunstancias que uno no se alcanza a imaginar, estoy aquí porque estoy buscando hace mucho tiempo un modo de salir” (GF V ambulantes)

“Necesitamos muchas posibilidades para internarnos, para que nos den la droga.” (GF jóvenes)

En referencia a acciones de reducción de daños:



“Las principales necesidades son un lugar donde hacerlo porque es bueno para uno y para la sociedad, porque así evitamos lo que estábamos hablando hace un rato, que la gente te vea, te lleven la mala, que los niños te vean, si me entiende, evita confrontaciones con la policía que siempre termina uno perdiendo, y lo segundo, el intercambio de jeringa, sería bueno que dieran el kit, yo he escuchado que en otras ciudades dan el kit que tiene el agüita destilada, la jeringa nueva, porque una jeringa nueva todos los días, no hace daño. Y también un lugar donde le atiendan a uno las filtraciones por ejemplo hay cosas, como... erupciones, ronchas, si quieres te puedo mostrar una, que tengo ahora en la cabeza a causa de la heroína, pero cuando tu vas a un hospital y tu dices que es a causa de la heroína, te atienden como un perro sucio, no te atienden bien, así pagues no les importa, entonces no es el mismo trato.” (GF mujeres)

“A mí me gustaría que hubiera un sitio así como hay en otros países de Europa donde le brinden a uno por ejemplo la jeringa, que todo el mundo tenga la oportunidad de usar siempre cosas nuevas. Y es que utilizar esos baños públicos es muy maluco” (GF jóvenes)

“Si porque cuando no lo sacan a uno, el baño está muy cochino, lo joden porque se demora...hay panaderías que ya lo conocen a uno y ya no le prestan el baño porque ya saben que se demora uno mucho o ya saben que va a consumir alguna droga, de pronto no saben en particular de la heroína, pero sí saben que es para alguna droga, a mí la otra vez me sacaron de un baño, dizque está fumando marihuana y yo oigan a este, y el man dizque aquí huele a pura marihuana y yo chutándome ahí con la sangre ahí, dizque marihuana home...” (GF jóvenes)

“Como Holanda donde yo pueda ir, que uno vaya con la dosis”. “Una casa”. “El kit de heroinómanos.”, “Que sea como eso, una clínica o un lugar donde usted vaya con sus dosis, que allá le den su jeringa, su agua y allá se pueda quedar relajado” (GF V ambulantes)

“El kit que necesita el heroinómano, jeringa, agua, y ya, que nos ayudaran pues con eso, allá en Holanda es donde dan la dosis de heroína, la jeringa y allí mismo los inyectan” (GF V ambulantes)

“Que nos carnetizaran no? Para recibir kits de salubridad”, “Y un lugar, un lugar donde uno pudiera irse a chutar tranquilo, pues igual ya lo está haciendo, que se va a ir a exponer a la calle, o a un baño público que hay enfermedades ahí, o que hay mierda en el aire, las partículas de mierda se quedan en el aire, un lugar limpio que uno pudiera llegar y metérselo ahí.” (GF jóvenes)

“Que por ejemplo también le toca cuidarse a uno mucho porque muchas veces lo ven a uno inyectándose en la calle y se está exponiendo a que le den la pela, a que un pillo lo atarbanee a uno porque se esta inyectando por ahí, por ejemplo a mí me han sacado de muchos sitios por eso, uno muchas veces no puede esperar de llegar a la esquina, porque es cuestión de salud, usted se siente muy mal, está enfermo, está vomitando, le dan escalofríos, tiene diarrea usted no va a esperar a llegar a la esquina a que le presten un baño, entonces uno lo hace siempre donde más fácil le dé. Y ahí llegan la señoras a



llamar a la policía y la policía llega y usted se está exponiendo a que le quiten la dosis, o a que le peguen, a muchas cosas” (GF jóvenes)

“.. pero es que no tenemos lugares para hacerlo, o sea uno entra a un baño y nos tocan la puerta, nos sacan, nos abren la puerta, yo no lo puedo hacer en la pieza pero el baño en la residencia queda afuera de la habitación y es lo mismo, me tocan la puerta, que apúrese, que porqué tarda tanto, entonces es un proceso que no es como darse un pase, es un proceso que si uno no lo hace con cuidado la pierde, y cuando uno esta todo desesperado perderla es horrible. Queda uno enfermo y sin plata.” (GF mujeres)

“yo considero que debería haber un lugar específico donde las personas que consumen drogas intravenosas llegaran, llegaran a un lugar, por ejemplo tuvieran esa privacidad de inyectarse, de que si están en su viaje, nadie les diga nada, pero no estoy diciendo que sea una alcahueteria, estoy diciendo que es una forma de prevenir muchas cosas de estas, que uno se inyecte en la calle, que le puede dar una sobredosis en la calle, que llegue a alguien a salvarte, yo agradezco que las veces que me ha pasado, me han revivido, ..., yo agradezco eso, pero uno no siempre va a tener esa oportunidad, casualmente hace 4 meses, una nena se llamaba S, ella era una niña, tenía 14 años, la cuestión es que ella montaba tabla, tenía su estilito punk y lastimosamente a esa nena le mostraron esa droga, y empezó a tirar, no duró ni un mes consumiendo y ya se murió, se la llevo esa heroína así ...” (GF Mujeres)

“Las necesidades, pa’ que vamos a decir mentiras, las necesidades básicas, yo pillé que en Pereira daban dizque un kitsito, que pasa un carrito y da un kitsito, da el amarre, da la cucharita, la bolsa, jeringa, agua esterilizada, eso sería muy bueno que lo trajeran aquí en Medellín. Por qué? Porque aquí el que no tiene la jeringa dice: vení préstame la jeringa, y pa’ que vamos a decir mentiras, le da un sida o una hepatitis, por 500 pesos.” ¿Cuando escuchaste lo de Pereira? **“En las noticias, que allí metían mucha heroína, entonces les daban kits y eso le sirve mucho a los pelaos, en Medellín sería muy bueno, porque es una necesidad muy básica una jeringa. Entonces sería excelentemente.”** (GF LDG-Sn Ignacio)

En referencia a alternativas y oportunidades productivas y de inclusión social:

“Principalmente, que nos colaboren con el desempleo tan verraco que tenemos.”, “Comida, vestido, obviamente los materiales y el chute, ¿cierto?” (GF V ambulantes)

“... es que venga yo le respondo una cosa, en mi caso siento mucha discriminación y muy marginal, entonces debido al consumo de heroína no nos dan trabajo, y necesitamos emplearnos, porque ya con el empleo uno consigue lo demás.”, “no, y principalmente eso es muy importante, porque así no consumiría tanto, estaría uno con la mente ocupada” (GF V ambulantes)

“yo por ejemplo vendí hace tiempos, y tengo una meta yo quiero ayudar a muchos, y muchos creen en mí, lo que pasa es que nosotros no tenemos oportunidades, no tenemos algo como que nos brinden algo, nosotros somos como muy depreciados de todo el mundo, nos sentimos tartariados de todo el mundo ..” (GF V ambulantes)



“Por ejemplo sería bacano que **ofrecieran un servicio para uno conseguir el dinero para la vaina. Que no le toque a uno robar todos los días (risas)**”, “Que a uno como **adicto le den ciertas oportunidades...**” (GF jóvenes)

“... mi familia”, “**un plante para poder trabajar**”; “**un espacio donde todos aprendieran algo, así sea un oficio ... así como aprendimos a fumar bazuca**”, “por ejemplo una especie de Centro, ¿si me entiende?, si se vende **se les da el sustento, ¿si me entiende? Van a aprender, se les va a pagar la obra. Bacano sería, uno montar una especie de taller, donde todo adicto que llegue, uno lo reciba, bueno ¿quiere aprender algo?, le voy a enseñar esto para que se defienda en la vida, ¿si me entiende?, y a medida que va haciendo cosas, se le va dando el crédito por su trabajo hecho.**”

Como un SENA para drogadictos. **Vea tan sencillo como esto, como somos capaz de armar una pipa, ser capaz de hacer un cuadro**” (GF León De Greiff)

En referencia a la prevención, educación en salud y políticas públicas para esta población:

“... más información, más políticas públicas. Prevención. Y por ejemplo que le enseñaran a uno... nosotros ya hemos aprendido pues a la dura, **pero por ejemplo que le enseñaran a uno como inyectarse, pues el proceso bien, como hacer la asepsia.**” (GF jóvenes)

Eso es para personas que ya consumen, pero en materia de **prevención**, por ejemplo yo cuando estudiaba en la Universidad de Antioquia yo entraba, con ojos rojos y me dormía toda la clase, y usted cree que un profesor me decía algo? Aunque eso es de cada uno, si usted quiere usted pierde todo el semestre, pero **si yo soy profesor y veo el joven así, yo, si sé que le está pasando algo, lo mando a bienestar pero usted tiene que ir usted mismo a bienestar cuando a usted le nazca y todo eso, pero los profesores no toman la iniciativa, y que hicieron conmigo en el SENA? Cuando me vieron que me estaba inyectando, no lo podemos echar porque de pronto nos demanda, entonces hagámosle un paro para que se vaya a rehabilitar por allá, no me mandaron digamos a psicología o personas que me pueda brindar el SENA como instituto educativo, no hicieron pues mayor cosa, **solamente me dieron la oportunidad de rehabilitarme y ya...**”**

¿Y tú que decías algo sobre las políticas, podrías ampliar un poco esta idea?

“Políticas informativas, como los riesgos, como el consumo de las drogas, los peligros que trae, pues que informen, porque **hay mucha gente que no sabe en lo que se está metiendo, entonces como dilatar un poco esa parte para uno saber más, antes de tomar la decisión. Y que le enseñen a las personas que la droga lo debe cambiar a uno.**” (GF jóvenes)

“Es que acá las vueltas que hay que pelear es con ese gobernador, que no dejó dar eso, porque eso lo iban a dar acá ...” ¿Por qué creen que no lo dejan dar? “**Porque de pronto no han llegado a las personas, no les han preguntado. No nos hemos preocupado por gestionar eso. No hemos sabido con quién hablar, a quién pedir. Necesitamos una**”



orientación, “Es que a los heroínos como que nunca los han tenido en cuenta...”, “La discriminación, la estigmatización”. (GF LDG-Sn Ignacio)

En referencia al trato digno y a la prestación y acceso a servicios:

Ante la eventualidad de llegar a un hospital: **“Ese montón de tombo mirándolo a uno ... a pregúntale cosas a decirle que vea la plata que debe, son dos palos (millones) por la vida que le salvaron, entonces que hice yo, me abrí y dije que no iba a pagar eso... le ofrecen a uno irse a tratamiento”** (GF LDG-Sn Ignacio)

“fui a un hospital una vez, que tenía una en la mano, y me abrieron eso con bisturí sin anestesia ni nada, me estriparon eso así, y me mandaron a la calle, ni siquiera me cocieron con puntos” (GF mujeres)

“No nosotros no tenemos EPS ni nada, pues SISBEN, pero como en ese tiempo no teníamos cédula ni nada, no nos atienden” (GF mujeres)

“Por ser inmigrante ilegal no tengo aquí donde me atiendan en ningún lado, inclusive tengo un hueso en la muela, tengo como 5 muelas hechas huecos, tengo una cordal que me esta saliendo, y a veces los dolores en la boca son tan horribles que me sangra toda la encía y no puedo ni comer, y pues no hay manera de pagar eso para mi. Todo lo que le pasa a uno toca es automedicarse.” (GF mujeres)

“Lo que estaban diciendo ahora, lo de la metadona, aquí más de uno necesitaría por ejemplo que pudiéramos hacer las vueltas para ir a Carisma, yo le digo que yo no sé dónde ir para hacer las vueltas para entrar en un centro de esos. Yo sí quiero dejar este vicio” (GF LDG-Sn Ignacio)

Encuesta CODAR

En referencia al uso de servicios de salud y al estado de salud de las PUH participantes, la encuesta arrojó los siguientes resultados:

El 60,3% considera que su salud es excelente o buena, mientras que el 39% piensa que es regular o mala.

En el curso de los últimos cuatro años: dos han sido diagnosticados con tuberculosis, cinco con pulmonía o neumonía, siete han sufrido de flebitis o inflamación de las venas, once han tenido infección en los riñones, una mujer dijo haber sido diagnosticada con cáncer cervical. Además de las dos que señalaron haber recibido resultados positivos para VIH en un caso y para HCV en el otro.

En el caso de la tuberculosis las personas dijeron haber recibido tratamiento para esa condición.



Tal como se halló en el estudio de MJD/ODC de 2015 el 68% ha recibido atención de un médico, enfermera o profesional de la salud en los últimos 12 meses y el 16% en los últimos dos años. En un caso de no atención en los últimos dos años, se señala que se ha evitado por “mala atención”.

Tres de las nueve mujeres que fueron encuestadas dijeron no haber acudido a un ginecólogo desde hace más de cuatro años.

Se hallaron 20 reportes de personas que dijeron haber dejado de acudir a algún servicios de salud (física o mental) por temor a la policía u otras autoridades.

En referencia a los servicios disponibles en la actualidad algunos de ellos señalan:

“Si (uso), la Casa Acogida para irme a bañar.” .. “Yo también la Casa Acogida por él, porque él me llevó”. “Centro Día. Lo dejan duchar, puede descansar” (GF León De Greiff)

“Hay otro allí dizque la Acogida, eso allá si es como bueno ... la Acogida sí es el mejor lugar ...” (GF LDG-Sn Ignacio)

En referencia al Centro Día “Lo único bueno es que allá lo ayudan a usted a cualquier cosa hospitalaria... (si se está enfermo) ... ahí sí” (GF LDG-Sn Ignacio)

No obstante, estas son las observaciones frente a algunos de los servicios en tanto que se perciben con necesidades diferenciales:

*“Vea los que estamos acá, **no nos gusta ir a Centro Día a dormir**” ¿A ninguno? “Noo (unísono). Porque no, no sé ... **es que usted duerme abajo en el camarote de los enfermos, tosen, se cagan, y arriba lo roban, le dan zapatazos. Nosotros más bien nos quedamos en la calle juntitos. Es que allá viven los mismos de la calle, entonces si en la calle son así. Cómo será allá que están todos juntos**” (GF LDG-Sn Ignacio)*

Vale preguntarse si las normas de un servicio como el de Centro Día se ajustan a la realidad de las personas dependientes de la heroína. Tal como lo han descrito, hacen cualquier cosa por evitar enfermarse y si están enfermos, cualquier cosa por aliviarse. Así, es altamente probable que las personas prefieran no acudir a servicios con restricciones de horarios para salir ya que pueden percibir que existe un alto riesgo al estar allí. En cualquier lugar en el que se condicione la asistencia o el servicio se eleva el umbral de exigencia y al hacerlo, se limita la adherencia.

“Es más que todo por el horario, porque llegan las 5:30 y hmmm hasta el otro día allá.” , “Si uno entra ese día en la tarde, tiene que permanecer allá, hasta el otro día por la mañana, 5 o 6 de la mañana ... y si no sale de allá a las 6 de la mañana, hasta las 10:30 y si no sale a las 10:30 hasta las 12 y si no sale a las 12, hasta las 5:30 ..” (GF LDG-Sn Ignacio)

*“No hay sino ese centro de atención, Centro Día, **pero no nos dan nada que sirva pa’ el mono pues**” (GF V ambulantes)*



“Ellos pasan diciendo ¿quién quiere ir a Centro Día a bañarse y a organizarse?, ¿quién va ir todo enmonado?” (GF V ambulantes)

Al indagar por el uso de comedores:

“Tampoco vamos ... dan una sopita ahí de nada, yo prefiero ir a una panadería ...” (GF LDG-Sn Ignacio)

Llama la atención el testimonio que agradece que se les haya escuchado:

“En nombre de todos los parceros yo les quiero dar las gracias por haberse interesado en nosotros” (GF León De Greiff)

A juicio de la funcionaria de CARISMA que fue entrevistada, estas personas:

“Requieren más intervención, mejor accesibilidad de los servicios, que se trabaje más el riesgo de salud física (HBV – han tenido hasta 30 reactivos), más educación, más atención médica e implementar el intercambio de jeringas, un trabajo de asistencia en las comunas, ir más al usuario, la gente a veces por miedo a muchas cosas no busca la atención ... estamos esperando a que llegue.”



IV. ANÁLISIS DE NECESIDADES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones generales

Tras la escucha y lectura detenida de los innumerables testimonios obtenidos durante el desarrollo de la *evaluación rápida para la caracterización de las prácticas y las necesidades de las personas que usan heroína y se inyectan drogas en la ciudad de Medellín*, se confirman la mayoría de los hallazgos previamente documentados por otros investigadores.

Esta vez fue posible profundizar en muchos de ellos, aplicando el filtro de identificación de necesidades para el alistamiento de acciones concretas y ello permitió establecer que aunque diverso, se trata de un grupo poblacional que vive un enorme sufrimiento cotidiano al cual contribuyen distintos factores de orden psicológico, emocional, físico y social.

Son múltiples las áreas que podrían considerarse críticas y que de ser intervenidas, podrían minimizar el gran impacto social y sanitario que este fenómeno está teniendo en la ciudad.

Esta sección contiene las principales conclusiones del estudio, que luego de una descripción general, serán expuestas de acuerdo con las áreas críticas identificadas: inseguridad, intolerancia, movilidad, estigma, condiciones de vida, malestar, riesgos para la salud, adherencia a los tratamientos y a los servicios.

Como se verá, todas las áreas críticas se encuentran íntimamente relacionadas entre sí, se alimentan unas a otras e indefectiblemente demandan acciones conjuntas por parte de diversos actores institucionales, sociales y comunitarios.

El fenómeno en Medellín se ha asentado y escala. Lejos ya de ser un fenómeno emergente, cuenta con una extensa historia que ha evolucionado de maneras preocupantes y se asimila cada vez más con fenómenos vividos en la década de los ochenta en países de otras latitudes.

Hay personas en Medellín que completan carreras de consumo de heroína de hasta 18 años. La mayoría lleva más de cuatro años y en promedio diez, lo que es un tiempo extenso de exposición a múltiples riesgos para ellos mismos, para sus redes, sus familias y para la ciudadanía en general.

Se identificaron algunos factores que se consideran fundamentales y que aunque incluyen componentes de la salud pública, los trascienden. Por ello, los hallazgos que se discutirán plantean retos importantes para la actual administración, más aún si se tiene en cuenta la política reciente de la Alcaldía de luchar contra la inseguridad de manera contundente y decidida. De acuerdo con recientes declaraciones del actual Alcalde Federico Gutiérrez en medios de comunicación, la inseguridad tiene raíces

profundas y estructurales y combatirla no es sólo materia de pie de fuerza sino de inversión social y de intervención en las zonas afectadas con medidas integrales.

Estas declaraciones son relevantes porque dan cuenta de la importancia de abordar problemáticas complejas de manera integral y también de la profunda comprensión de que asuntos como la delincuencia y la inseguridad, tienen raíces estructurales que si no se abordan y se intervienen, serán imposibles de controlar.

Los hallazgos indican que el tema de la inseguridad es transversal al fenómeno del consumo de heroína en Medellín. Es un factor que dinamiza el hurto de manera cotidiana y el involucramiento en el delito como un medio expedito para “gestionar” el dinero que se requiere para lograr el “alivio” o para evitar a como dé lugar “estar enfermo”. Una de cada tres personas de las que participaron, estuvo alguna vez privada de la libertad en establecimiento carcelario y el 11% estuvo vinculado en algún momento con el Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente.

Por otro lado, hace que las personas que usan heroína y que se inyectan drogas en la ciudad, sean “blanco” de grupos al margen de la ley que los violentan y los acosan constantemente, pretendiendo con ello ejercer un control territorial y mantener las zonas “limpias”. Esta situación contribuye a marginar aún más a estos grupos y explica la alta movilidad y el porqué el fenómeno permanece “invisible” para cierta porción de la población, ya que se ven obligados a “protegerse”, con lo cual terminan ocultándose, y al hacerlo se exponen a mayores riesgos y daños.

La alta movilidad de estos grupos por distintos puntos de la ciudad, es producto de la presión que sobre ellos ejercen grupos al margen de la ley y del fuerte estigma del que son objeto, pero también de las dinámicas del mercado de la heroína y tiene implicaciones importantes en materia de salud pública. La búsqueda de lugares diferentes, algunos de ellos ocultos, les permite consumir con cierta privacidad y tranquilidad. Se trata de un ritual en el que, de acuerdo con los testimonios, se requiere tiempo, cuidado y concentración. Las interrupciones constantes o las amenazas les provoca sensación de inseguridad por el inminente riesgo de “perder el chute” o la dosis, situación que evitan a toda costa por el trabajo que les cuesta conseguirla y por la premura de encontrar “alivio” a los síntomas de la abstinencia.

De esta forma, lugares como los baños públicos son “ideales” en muchos casos, aunque sean conscientes que con ello se exponen a que, por ejemplo, ante un evento de sobredosis, no puedan ser asistidos oportunamente y mueran.

Esto hace que sean múltiples los lugares expuestos a fluidos potencialmente contaminantes, que aunque invisibles, podrían suponer un riesgo potencial para el resto de habitantes que usan también dichos espacios. Y también lleva a que materiales usados en la práctica de la inyección (jeringas, filtros, bolsas, torniquetes y agua) se desechen sin mayor precaución y ello exponga a otras personas a entrar en contacto con sangre potencialmente contaminada.

El mercado de la heroína en la ciudad, es como se describió en el estudio de 2015 del Ministerio de Justicia y el Observatorio de Drogas de Colombia, cerrado, restringido y compacto, justamente porque se considera altamente peligroso. Muchas



personas han muerto, lo que termina “calentando” las zonas y a los expendedores. Por ello “se cuidan” y no admiten que se les vincule con la heroína.

Esto hace que existan zonas que, de acuerdo con las fuentes, son “prohibidas” y que el mercado se mueva principalmente por vía telefónica. En muy pocos lugares se encuentran “plazas” fijas y cuando existen, el mercado es aún más restringido.

Se confirma también que aunque sean pocas las fuentes de expendio, en Medellín se encuentran heroínas de distintos tipos (café, casi negra, beige, blanca), sin embargo, esta vez se evidenció que independientemente del color y la textura es difícil encontrar heroína de alta pureza o calidad. El asentamiento del mercado ha llevado a que la heroína sea tratada con aditivos y cortes, salvo en algunas zonas como la del Estadio, la percepción general es que la heroína es de baja pureza. La de color *café* es la que prefieren porque se diluye más fácilmente, mientras que la más clara aunque sea más “fuerte” no se diluye con facilidad, lo cual los obliga a calentarla o a usar filtros.

Esta última actividad podría considerarse positiva porque contribuye a reducir riesgos y daños, pero las PUH no lo consideran así y lo evitan. Por un lado, perciben que en los filtros (muchas veces hechos de colillas de cigarrillos nuevas o usadas) se queda parte de la “merca” y se pierde, y por el otro, cuando deben calentarla lo tienen que hacer en una cuchara u otra superficie y el ritual se complica.

La variabilidad de tipos y calidades de heroína disponible, las dificultades para acceder a ella, junto con el constante uso de otros depresores tales como tranquilizantes (71% en los últimos 12 meses) y de opioides como la metadona (86% en los últimos 12 meses), incrementan también los riesgos de sobredosis.

Como se describió ampliamente, muchas de estas redes recurren a hacer “vaca” para reunir el dinero para una “felpa”, dosis que les alcanza para tres o cuatro “chutes”. Esta práctica consiste entonces en diluir con agua el contenido de la bolsa y que cada cual tome su parte con su jeringa o con una única jeringa.

Así, aunque como se verá más adelante, no sea deseable para ellos compartir las jeringas, existe un continuo intercambio indirecto de sangre a través de las distintas jeringas (con frecuencia ya usadas) que llegan a una única bolsa (que también se guarda) con agua y droga que, una vez diluida se divide entre varios.

Los aditivos en ausencia de temperatura o filtros tapan las jeringas y en esos casos es usual que terminen compartiendo la jeringa con otras personas. Dicen que últimamente las jeringas se están “taqueando mucho”.

De otro lado, el uso de heroína de baja calidad y pureza los lleva a requerir un mayor número de dosis al día, ya que el efecto no les dura tanto como quisieran. Así, el efecto de una heroína de alta pureza podría durar hasta seis horas, pero como se evidenció en distintos testimonios, las personas estarían inyectándose más de una vez en el curso de una hora, cada hora o dos horas con lo cual se incrementan los riesgos en materia de lesiones cutáneas y en las venas, exposición a virus y bacterias y búsqueda de recursos para comprarla.



Las bolsas que compran suelen costar entre \$5.000 y \$6.000, otras cantidades se encuentran en \$10.000 y \$12.000 pero algunos señalaron que es posible conseguir dosis más pequeñas por \$3.000 o \$2.000.

Es tal la necesidad de asegurar que se cuenta con “alivio” en algún momento de escasez que “felpas”, filtros y jeringas se guardan para ser usados de nuevo. En el caso de las felpas o bolsas en las que viene la heroína y de los filtros se guardan si quedan con “juagado” es decir con residuos de sustancia. En el caso de las jeringas es muy usual que se reutilicen una y otra vez, durante varios días. Como lo dicen “yo no descompleto mi traba por una jeringa”.

Esto último fue referido por el 98% que dijo haber reutilizado sus jeringas en el curso de los últimos 12 meses antes de la medición y el 75% dijo haber guardado las jeringas para usarlas de nuevo la última vez que se inyectaron (en contraste con el 50% que dijo haberlo hecho en el estudio de 2014). Sólo dos personas dijeron haber usado siempre y en cada episodio una jeringa nueva y estéril. “yo la lavo igual justo después de usarla porque si no la lavas, la sangre que queda ahí y la taponas, entonces toca lavarla para que quede lista para el otro uso”.

A todo eso se agrega la alta disponibilidad de metadona en calle. Además de la habitual mezcla de este medicamento con heroína en muchos casos, incluso en personas que están en tratamiento, como fue el caso de personas contactadas en las redes de calle que dijeron estar en tratamiento y seguir usando heroína. Consideran que la metadona es “para medio sobrellevar el consumo, porque a veces no hay dinero, entonces se toma la metadona”, “él reclama la metadona allá y entonces uno se relaja cuando está mono”, “a mi no me conviene decir eso, sino que yo guardo las reservas”, “si el parcerero está enmonado yo se la regalo”, “el que tenga metadona y esté mono, prefiere ir a cambiarla la mayoría pa’ tirar heroína”.

Todas estas prácticas vinculadas con temas de mercado, se entienden también por aspectos del perfil sociodemográfico de muchas de estas personas.

En este estudio se confirma el perfil ampliamente descrito por otros investigadores. Son principalmente hombres, solteros, desocupados. La edad promedio de este estudio fue de 28,3 años, mientras que la de quienes respondieron la encuesta del CES en 2014 fue de 25,69 años, lo que puede ser indicativo de cierto envejecimiento en las redes de PUH en Medellín.

Se trata de hombres y mujeres cuyas condiciones de vida son altamente precarias, muchos de ellos con hijos pequeños. Si bien varios viven con sus padres, han desertado de sus trabajos y estudios y viven su día a día “gestionando” el dinero para comprar las dosis diarias que consideran necesarias para “no enfermarse”. Se evidencia la distancia con las redes familiares, el 30% huyó o fue expulsado de su casa antes de cumplir los 18 años.

Otros por el contrario, habitan la calle (14%) o carecen de un lugar fijo donde vivir, pagan piezas en residencias o en inquilinatos (16%). Pero la habitabilidad en calle de estas personas no es la misma que la de otros grupos. Se consideran “diferentes” y no se identifican con otras personas que también habitan la calle, con lo cual marcan cierta distancia, se protegen, se alejan. Ello constituye una barrera importante de

acceso a ciertos servicios disponibles como el *Centro Día*, por razones que se explicarán más adelante.

La “gestión” de dinero se lleva a cabo principalmente en la informalidad, la venta en la calle, en los buses, los malabares, el “retaque” son muy comunes, incluso en personas que estudian. Estos fueron referidos por 62% de quienes respondieron la encuesta y el la principal fuente de ingresos para el 53%. Pero, cuando lo que obtienen de estos oficios no les alcanza, terminan cometiendo delitos y muchos de ellos roban para poder financiar su consumo, según ellos, a veces no encuentran alternativas.

La venta de droga también se evidenció en este estudio tanto en los testimonios como en la encuesta, el 11% dijo vivir principalmente de los ingresos derivados de esta actividad aunque un 41% dijo haberlo hecho en algún momento y entre otras actividades, en los últimos 12 meses. De igual modo, aunque un 9% dijo vivir principalmente del hurto, el 43% lo mencionó como una de las fuentes de ingreso. El trabajo sexual es la principal fuente de ingresos en un 7% de los casos, actividad que no fue mencionada en los testimonios, salvo como uno de los riesgos a los cuales se exponen cuando usan heroína.

Llama la atención que en contraste con los resultados de la última exploración hecha en 2014 por parte de la Universidad CES, cuyos resultados se resumen en el estudio de MJD/ODC (2015), la informalidad y las actividades delictivas parecen haberse vuelto más comunes. Para el 2014 el hurto fue registrado en el 4,4% de los casos, la venta de drogas en el 2,5% y el trabajo sexual en el 0,5%. De igual modo el trabajo informal o la venta ambulante fue en ese momento referida por el 40,2% de las personas. Esto puede estar indicando que entre más tiempo pasa hay mayor precarización en las redes de PUH y PID.

Estos resultados indican que los requerimientos de dinero para sostener el consumo de heroína dinamiza parte de la ilegalidad que se vive en las calles de la ciudad y en particular, en la zona centro; al tiempo que los expone a más agresiones, a mayor estigma y discriminación y a ser detenidos y privados de la libertad. En este último caso deben afrontar las dificultades del síndrome de abstinencia en entorno carcelario en el que según testimonios, no se cuenta con tratamiento adecuado: *“No pa’, allá nos tocó chupar mono físico, allá ¿sabe cuál es la metadona? El ibuprofeno”*.

Las carreras de consumo con heroína que inician alrededor de los 18 años en promedio (18,6 años), se dan en medio de un gran desconocimiento, tal como ya se había descrito en trabajos previos. Sin embargo, en este caso llama la atención que muchas personas empezaron incluso desconociendo que lo que estaban usando era heroína. Es muy común que las primeras experiencias se tengan a través de la vía nasal por lo que, de acuerdo con algunos testimonios, pensaron que se trataba de cocaína. Si bien se refiere sorpresa por los efectos, la intensidad de los mismos los lleva a seguir experimentando con ella.

Refieren sorpresa ante los primeros síntomas de abstinencia y cuando vinculan el uso con el “alivio”, entienden. Hubo muchas referencias en torno a que si se hubiera sabido que la heroína “enfermaba” no lo hubieran hecho y que cuando se dieron cuenta “ya era tarde” pues se habían habituado.



La edad promedio de inicio en la inyección fue de 20,21 años, con lo cual se confirma que en muchos casos se experimenta con heroína por otras vías por algún tiempo, antes de llegar a la inyección, aunque en otros casos la inyección sea en efecto, la vía de inicio y se presente en edades tan tempranas como los 11 años.

La curiosidad es de lejos, la principal razón referida para el inicio tanto con heroína como con la inyección. Como se ha podido establecer en este y otros estudios, el inicio ocurre entre amigos, conocidos y parejas sexuales. Las redes se van consolidando y las referencias a la intensidad de los efectos son comunes por lo que aún cuando reconozcan el riesgo y tengan como lo dijeron *“100 espejos al frente que estén todos morados, así todos zombis, uno tiene que experimentar uno mismo”*.

De hecho, el 98% dijo haber ayudado a alguien a inyectarse alguna vez y el 38% dijo haber iniciado a alguien más en la inyección. El 90% de quienes dijeron haber ayudado a alguien que lo hacía por primera vez, lo hicieron en algún momento del año 2016, lo que es indicativo del alto potencial expansivo de la práctica.

Cuando experimentan con la inyección, la práctica se instala rápidamente ya que luego de haberlo hecho, cuando la inhalan o la fuman la experiencia no es igual. De hecho piensan que a través de otras vías es *“como botarla”*. Hay percepción de riesgo y percepción de mayor *“enganche”*, siendo esta experiencia más definitiva: es *“demasiado enganchador”*, *“cool”*. En consecuencia, la inyección es la vía cada vez más preferida para usar heroína al ser mencionada por el 91% de quienes respondieron la encuesta, solo un 4% prefiere inhalarla o fumarla.

A través de los diversos testimonios se refleja un gran sufrimiento, múltiples esfuerzos por controlar el consumo o por dejarlo definitivamente y una constante frustración derivada de las numerosas recaídas y fracasos en los tratamientos. Así mismo, se observa el dolor y el arrepentimiento tras comprobar que el consumo los ha llevado a perder estudios, trabajos y familia: *“... este vicio es peor que todos los otros vicios sinceramente, esto no se lo deseo a nadie, si fuera para uno salir tan rápido uno se saldría, pero muchas veces puede más la necesidad y el dolor que las ganas de dejarlo, pero esto es muy bravo”*, *“esto no se lo desea uno a nadie, porque esto es tener como un cáncer, porque si usted no tiene, roba, roba hasta la mamá, hace de todo”*, *“esto es demasiado adictivo, y pa’ salirse de eso, tiene que ser que esté con la ayuda de Dios, porque uno solo no es capaz”*, *“anteriormente consumíamos por el placer, ¿cierto?, ya es por necesidad”*, *“ya tenemos que consumir pa’ aliviarnos”*, *“para poder sentir placer hay que aliviarnos”*, *“ya es una enfermedad”*.

Insisten entonces en que la heroína es diferente a cualquier otra sustancia y la comparan con otras drogas, incluso con el bazuco, señalando que en este caso la abstinencia se vive de manera más intensa y dolorosa: *“No es como la ansiedad del perico o la marihuana, que si usted no consume, no le pasa nada”*, *“¿Cuál es el médico de uno? la heroína”*.

“... no lo hago por parche, hay momentos que yo digo, que hartera ir a hacer esa plata para comprar heroína, pero me toca ir a hacerla, porque yo se que va a llegar el mono ..., y hacer esa plata enmonado, es también muy desesperante, la gente lo ve a



uno todo fatigado y me empieza el malgenio ... yo solo quiero chutarme, chutarme y ya quiero aliviarme, eso es un cambio inmediato, uno se inyecta y ya, se alivió"

"Es algo muy voltajudo porque si uno no tiene plata pa´ aliviarse, no puede hacer nada", "nosotros compramos una de 10 en la mañana y ahí nos quitamos la enfermedad", "uno sabe que se va a empezar a maluquiar, diarrea, vómito, todo a la vez, todo junto, y que es algo diario, algo para toda la vida. Yo digo que uno debe cortarla de raíz o vivir con ella."

Es interesante el hallazgo que indica que en muchos casos hay consumo activo de bazuco, un 69% dijo haber usado esta droga en los últimos 12 meses y un 14% indicó mezclar siempre o casi siempre la heroína con bazuco. Llama la atención que el promedio en la edad de inicio con bazuco fue de 20 años, lo que podría estar indicando que la heroína puede ser un factor de riesgo para el inicio con bazuco en muchos casos o que la experimentación con bazuco se da en simultánea con la experimentación con la inyección o ser reflejo de la tendencia a la precarización en las condiciones de vida y de la habitabilidad de calle.

Se trata entonces de un panorama complejo por el alto potencial adictivo de ambas sustancias, el fuerte deterioro que conllevan, el impacto en la salud pero también porque sin duda, esto puede estar afectando la adherencia al tratamiento en tanto que lo complejiza y limita el alcance de la metadona como alternativa de apoyo farmacológico.

Esto por supuesto, se vincula a su vez con el estigma y la discriminación. Como ya se explicó antes, estas personas son objeto de humillación y maltrato físico y psicológico por parte de diversos actores sociales y las autoridades. No encuentran un lugar para poder ser y hacer lo que consideran "una necesidad", como dicen:

"... si usted se queda dormido, si no le dan un puntazo (de navaja) le dan un pipisazo (lo orinan encima)", " Y la pela que le dan es horrenda".

Es "una sociedad muy conservadora y somos muy discriminadas, demasiado", "pero lo que la sociedad no termina de entender es que no es solo eso, es todo, el que fuma marihuana, el que huele perico, el mismo papá que se toma una cerveza delante de su hijo es una falta de respeto, y entonces a nosotros nos patean mucho, y eso es lo que a mi me emputa, que a nosotros nos tratan muy horrible y la sociedad no se da cuenta que todo el mundo consume drogas en realidad."

Los rituales de uso dan cuenta de diversos riesgos, algunos de los cuales ya han sido mencionados. Compartir jeringas no está bien visto entre las redes de usuarios, algunos incluso dicen que eso es de "gamines", un imaginario al que se refieren con frecuencia de manera despectiva y que marca la frontera que tienen por ejemplo, con otras personas que habitan la calle.

En el marco de un ritual que pudo ser observado por el equipo de campo se registró cómo unos le reclamaron a otros: *"muchachos, higiene, mire que aquí están los profes"*. A lo largo de los testimonios se evidencia que reconocen que existe un alto riesgo a la hora de compartir jeringas con otras personas, que eso no debería



ocurrir, incluso que sería equivalente a compartir un condón ya usado o la ropa interior.

Pero una cosa es lo que es deseable y otra lo que en efecto ocurre. Algunos llamaron la atención diciendo: *“Yo quiero agregar esto, es muy bonito hablar, ¿sí o qué?, estas personas que tanta mierda hablan son los que más basura consumen, son los que más se meten lo que sea, la jeringa que sea. Y gracias a eso, una parcerá por ahí se fué, y mucha gente no analiza que es que son esas cosas, de que nos estamos volviendo mierda con las mismas jeringas...”*, *“yo me considero muy meticulosa y creo que la mayoría de los que se inyectan son así, todos tienen su ritual, sus juguetes, sus cosas con las que lo hacen y pues por lo menos, yo aconstumbro a recoger en la calle cosas y las voy guardando, entonces cuando lo voy a hacer en la calle, me toca improvisar, y por estar haciendo eso me cogió una infección en la pierna...”*.

El componente cuantitativo confirma en efecto que aunque un 91% dijo no haberse inyectado con una jeringa previamente usada por otra persona en el último evento, y el 60% dijo que “nunca” lo hizo en la últimos seis meses, cerca del 40% lo hizo entre menos de la mitad de las veces o la mitad de las veces. Y el 29% dijo haberse inyectado con una jeringa ajena al menos una vez en los últimos 30 días previos a la medición. De otro lado, el 71% cedió o regaló su jeringa a otra persona y el 16% la cedió a un extraño.

Estos datos contrastan con los indicadores de los estudios previos, en ellos se evidenció un salto del 50% en 2011 al 60% en 2014. En este caso, el porcentaje es menor (40%). Ello podría estar indicando cambios en los rituales de uso o una marcada transición a la reutilización del propio equipo, lo que es positivo para futuras intervenciones porque indicaría que existe flexibilidad en los rituales y da lugar para que integren nuevos hábitos.

En cuanto al resto de elementos de la parafernalia no existe tan marcada percepción de riesgo y ocurre también con mucha frecuencia. Ya se mencionó que es común el uso compartido del recipiente que usan para hacer la mezcla, es decir las “felpas” o bolsas en las que viene la heroína, el agua y la dosis misma de la sustancia cuando ya está mezclada.

Mientras el 16% dijo haber compartido con otras personas algunos elementos de la parafernalia en el último evento de inyección, el 48% dijo haberlo hecho alguna vez en los 30 días previos a la medición y un porcentaje similar, durante los últimos 12 meses. El 56% refirió haber compartido los tubos o pitillos para aspirar alguna sustancia por la nariz con otras personas, en el período de los últimos 12 meses.

Se establece con claridad que a mayor tiempo en el consumo, menores son las precauciones que se toman. Salvo una persona, todos dijeron haberse inyectado la primera vez con una jeringa nueva y estéril.

El estigma y la discriminación, además de la escasez de recursos por las precarias condiciones de vida, inciden de forma importante en el uso compartido de jeringas y otros elementos de la parafernalia, tanto como en su reutilización.



Un 64% de quienes respondieron la encuesta indicaron que la policía les había confiscado los equipos de inyección en alguna oportunidad en los últimos 12 meses. También se evidenció que la policía no cuenta con un protocolo claro para proceder o para minimizar el riesgo de manipular equipos cortopunzantes potencialmente contaminados: *“la policía los ve y les quita las jeringas y les bota el agua y todo lo que usan”* (extracto entrevista encargado baño público Niquitao), *“una vez un policía me requisó y se chuzó con la jeringa mía”*.

De igual forma, en diversos testimonios se registra una clara negativa de muchas farmacias para venderles jeringas. En unas se argumenta que requieren prescripción médica y en otras las venden en paquetes de 10 jeringas, en otras simplemente les dicen que no hay: *“Yo si siempre trato de utilizar una jeringa, eso a veces es un problema porque en las farmacias se la niegan a uno, se hacen los bobos, ah no, no hay”, “ya se dieron cuenta para qué es y ya no se las venden a uno. Antes yo digo que sabiendo para qué es, antes deberían de vendérsela a uno...”, “porque allá en esas zonas medio más burguesas allá no le venden a uno una jeringa”*.

Del reporte de una entrevista informal con un dependiente de farmacia se registra: *“el señor dice que no vende a los consumidores de droga, al preguntarle porqué, él responde con actitud hostil: “porque no nos gustan, usted no ve dónde estamos? Una zona donde están los ladrones, los consumidores y a nosotros no nos gustan.”*

El desecho de los insumos utilizados como ya se ha dicho, ocurre en distintos lugares de la ciudad. En este caso también existe una amplia conciencia del riesgo, les preocupa que alguien se pueda chuzar accidentalmente, algunos incluso han intentado que les reciban las jeringas usadas en las farmacias, sin suerte.

Perciben que la gente que usa heroína es cada vez menos precavida: *“antes no se veían jeringas por ahí tiradas y las personas eran más reservadas”, “me he molestado mucho con gente que agarra la jeringa y la tira ahí en el parque ... mis hijos juegan ahí, y a mi no me gusta que tengan contacto con eso, ni siquiera en donde yo lo hago”*.

Otros acumulan un número importante de jeringas y luego se deshacen de ellas tirándolas a la basura, a las cañadas o quebradas.

En referencia a la sobredosis, en efecto es un evento que les preocupa. Saben de muchos casos de eventos que pudieron ser revertidos exitosamente pero también de personas que murieron. Sienten que en cualquier momento les podría pasar: *“Uno como heroinómano siempre esta al borde de la muerte porque uno nunca sabe la pureza de la mercancía que uno esta comprando”, “... el problema es que la gente que no ha consumido casi, se inyectan demasiado, se quedan dormidos en los baños”, “es mejor estar uno en la calle porque tiene más posibilidad de que lo salven a uno. A usted encerrado no lo pueden salvar”*.

Estos episodios los manejan con golpes, cachetadas y gritos y creen que eso funciona. Se percibe resistencia a llamar una ambulancia o llevar a la persona a un hospital por temor a que los involucren, por eso mismo, en algunos casos si la persona no es muy cercana, se le abandona.



Ante la pregunta de si han llamado ambulancia: *“Noooo, qué calentura”, “No, porque ya nosotros somos expertos en revivirlo. Ya uno sabe que por eso no se muere. Así llamemos la ambulancia, cuando llegue él ya no está”, “... usted lleva un man al hospital por heroína, y le preguntan quién lo chutó? Y si fue usted, a usted le meten ese chulo, porque así es la vuelta ...”*

Aunque existe amplia conciencia de los riesgos que corren cotidianamente, y muchos intentan cuidarse o protegerse, el malestar sobrepasa con frecuencia cualquier otra consideración. Cuidarse implica ahorrar, sacrificar parte de la dosis, gastar en algo diferente a la droga o a la pieza, posponer el “alivio” y muchos simplemente no están dispuestos a ello.

El 79% de quienes fueron encuestados dijeron haber tenido algún tipo de actividad sexual en los últimos seis meses. El 41% tuvo entre 2 y 3 parejas y el 18,6% 4 o más. El 57% no usó condón en sus relaciones sexuales con pareja “principal” en los últimos 12 meses y el 66% no usó con parejas ocasionales. El 58% dijo que no usó condón en el último intercambio sexual principalmente por que no tenían o porque no les gusta. El 56% reconoce haber tenido relaciones sexuales con alguna persona que se inyectaba drogas en algún momento de la vida.

Cinco personas refirieron haber tenido algún síntoma que sugería una infección de transmisión sexual en algún momento de los últimos 12 meses, una de ellas tubo un diagnóstico de herpes y otra de sífilis, en este último caso la persona dice no haber recibido tratamiento en alguna institución de salud.

Es positivo que un 88% de quienes respondieron la encuesta tuvieron acceso a una prueba de detección de VIH en algún momento, que el 90% de ellos recibió el resultado y que el 57% se realizó dicha única o última prueba en un centro de tratamiento para el consumo de drogas.

Esto indica que muchos centros han integrado la búsqueda activa de VIH entre las PID y ello debe ser reforzado. Un único caso reportó haber recibido algún vez un resultado positivo, pero esa persona no está recibiendo tratamiento antiretroviral y 20 de los casos que resultaron negativos hicieron su examen en el curso del año 2016.

El 77,6% dice saber algo de la hepatitis C y 27 de estas personas se han practicado alguna vez una prueba de detección de este virus, 23 de las cuales se realizaron en centros de atención al consumo de drogas, 15 de ellas en el curso del año 2016. En 5 casos se reportó haber recibido un resultado positivo.

Si bien el autoreporte da cuenta de un solo caso de VIH en las redes que fueron contactadas y de cinco de hepatitis C, es necesario recordar que en los estudios de seroprevalencia hechos en 2011 y 2014, la prevalencia de VIH en este grupo pasó de 3,8% a 6,3% y que para la hepatitis C fue del 35,6% en 2014.

Por último, y antes de entrar a analizar el tema de la adherencia a los tratamientos es relevante mencionar los resultados del uso de servicios de salud. En este tema vuelven a tomar relevancia los aspectos del estigma, el maltrato y la humillación, así como el temor al malestar o a sentirse “enfermos” sin posibilidad inmediata de alivio.



De igual modo hay limitantes que tienen que ver con la documentación y otros aspectos administrativos que se tratarán con más detalle en la sección sobre tratamiento: *“Mentiras que ningún heroína va a ningún lado, porque nosotros nos descuidamos y no vamos por miedo al mono. Porque mire yo la herida que tengo y yo no voy a que me hagan nada ahí. Voy a que me hagan la curación, y eso que cada ocho días porque toca, voy a Centro Día. Voy a una farmacia compro tres isodines, vendo dos, con uno me limpio. Compro 2 o 3 gasas pa’ mí y para la chinga. Para colaborarle al parcerito que ese marica mantiene eso lleno de materia y ese chino no compra nada...”*

El 39% de quienes fueron encuestados considera que su salud es regular o mala, en los últimos cuatro años se registran diagnósticos de tuberculosis, neumonía, flebitis o daños en las venas, infección en los riñones, cáncer cervical, además del que fue diagnosticado con VIH y los de la hepatitis C.

Mientras en 2014 el 66% de quienes participaron en el estudio dijeron haber ido a un servicio de salud en el último año, en este caso fue el 68% y el 16% lo hizo en los últimos dos años. Tres de las nueve mujeres encuestadas dijeron no haber ido a un control ginecológico en los últimos cuatro años y 20 (34%) señalaron no haber acudido a servicios de salud por temor a la policía o a otras autoridades, mientras que este porcentaje fue del 14% en 2014.

Así, aunque muchos acuden a servicios, es claro que muchos otros lo evitan por diversos motivos que tienen que ver con miedo o temor a las autoridades.

En referencia a los servicios que actualmente tienen disponibles algunos dicen que en efecto los usan para irse a bañar, a descansar o a que les atienden problemas de salud o los remitan a algún servicio.

Perciben que tienen una mejor atención en la *Casa de Acogida* y aunque hacen uso de los servicios del *Centro Día* en particular cuando tienen algún problema de salud, en general lo evitan porque deben compartir espacio con otras personas habitantes de la calle con quienes no se sienten a gusto, o porque no reciben atención para el síndrome de abstinencia o porque los horarios de ingreso y salida son muy estrictos y eso los expone al síndrome de abstinencia.

“Vea los que estamos acá, no nos gusta ir a Centro Día a dormir” ¿A ninguno? “Noo (unísono). Porque no, no sé ... es que usted duerme abajo en el camarote de los enfermos, tosen, se cagan, y arriba lo roban, le dan zapatazos. Nosotros más bien nos quedamos en la calle juntitos. Es que allá viven los mismos de la calle, entonces si en la calle son así. Cómo será allá que están todos juntos”

“No hay sino ese centro de atención, Centro Día, pero no nos dan nada que sirva pa’ el mono pues”. “Ellos pasan diciendo ¿quién quiere ir a Centro Día a bañarse y a organizarse?, ¿quién va ir todo enmonado?”

“Es más que todo por el horario, porque llegan las 5:30 y hmmm hasta el otro día allá”, “si uno entra ese día en la tarde, tiene que permanecer allá, hasta el otro día por la mañana, 5 o 6 de la mañana ... y si no sale de allá a las 6 de la mañana, hasta las 10:30 y si no sale a las 10:30 hasta las 12 y si no sale a las 12, hasta las 5:30 ..”



“Por ejemplo a mi ya me dio tuberculosis, y fue porque tenía las defensas bajas, y en ese momento pasé por situación de calle, y comía en cualquier lugar, un almuerzo de mil, de mil quinientos. Y eso servido a lo mala gana e iba gente así muy de constumbres malucas, no son totalmente aseados, tocen así encima de la gente”

Al indagar por el uso de comedores: *“Tampoco vamos ... dan una sopita ahí de nada, yo prefiero ir a una panadería ...”*

El umbral de exigencia parece ser alto para ellos y por eso evitan acudir a servicios de los que podrían beneficiarse. Esto y otros aspectos antes revisados, muestran la importancia de abordar a esta población con un enfoque y con servicios diferenciales que les permita sentirse más a gusto y con los que se sientan identificados. De igual modo valdría la pena establecer con mayor claridad las razones por las que la *Casa de Acogida* les parece una mejor alternativa.

El tema del tratamiento es también complejo. En entrevista con uno de los servicios se pudo establecer que en efecto hay dificultades en la adherencia y el éxito del programa no supera el 5%, razón por la cual ese programa en particular ha estado revisando su modelo y sus procedimientos.

El 75% de los encuestados (43/58) dijo haber estado en un centro de tratamiento en algún momento, el 90% de estas personas lo hizo en un programa de sustitución con metadona y el 83% dijo haber estado interno en alguna oportunidad. El 44% lo hizo recientemente (en algún momento de los últimos 12 meses).

Así, la búsqueda de tratamiento es una constante en esta población, pero también lo es la reincidencia en el consumo, en varios casos tras tener que afrontar problemas de la vida cotidiana, dificultades para encontrar en qué ocuparse o la ansiedad. El hecho de que vean a otras personas de su red recaer les da la impresión de que es inevitable y esto hace que haya desesperanza en el tratamiento, lo que se deduce de muchos de los testimonios.

En relación a la metadona hay una relación ambivalente. Son numerosos los testimonios que indican una percepción negativa frente al medicamento, sienten que no hay beneficios en el hecho de “seguir” con una dependencia, que el tratamiento consiste en cambiar una dependencia por otra, que a su vez perciben más intensa y más difícil de superar. En estos casos se evidencia una alta valoración por lograr una vida en total abstinencia y muy limitada valoración por lograr una vida funcional e integrada, a pesar de la dependencia.

No obstante, la metadona es vista como un apoyo importante, como ya se evidenció antes, lo que indica que en efecto les ayuda a controlar los síntomas de la abstinencia en alguna medida. Los protocolos de buenas prácticas indican que es deseable evitar lo que personas como Brennan y Cousins (2005) llama el “infra-tratamiento” del dolor y esto parece cumplirse a cabalidad en los tratamientos que existen en Medellín, dado que no hubo referencia alguna a dificultades con las dosis.

Por eso, en este caso lo paradójico y claramente contraproducente es que los usuarios de metadona “resienten” que se les eleven las dosis, es decir que preferirían

que se les redujeran y desmontaran. Estos son algunos apartes de testimonios indicativos de lo que se ha dicho:

“...más de un 80% recae porque yo sé, yo me hablé con todos y si tres no recayeron es mucho ... por ejemplo a mí me mandan metadona y yo soy metadona y letra (heroína), metadona y letra, y ya uno no se puede salir de ahí, y yo les he dicho rebájeme la metadona, y me dicen que no”

“Por eso todos recaen ... les dicen que cambian la droga por el medicamento entonces todos cuando no tienen medicamento recurren a la droga, pero en realidad lo que hace el medicamento es suplir la necesidad. Es dar una estabilidad, pero en realidad no hay una erradicación del consumo como tal, hay un cambio entre hábitos y horarios de chutarse a tomarse la pastilla, ahí no hay nada.”

“Dejar la metadona es más difícil, mejor hasta uno se chupa el mono del H, si lo va a dejar, ese tratamiento es muy... muy malo... muy... muy a medias.”

“... eso para mí no es una ayuda, para mí ... la idea es desmontar la metadona, porque si no queda uno igualmente cogido porque si no es la heroína, es la metadona”

“¿te parece muy bueno tomarte tres metadonas? Por ejemplo ... ese man creo que todavía se toma tres metadonas, lleva años tomando metadona, y sigue.”

La percepción muy generalizada es que el tratamiento se ha centrado excesivamente en el medicamento, lo cual es insuficiente, que el tiempo de tratamiento es limitado para que alcancen a estabilizarse después de tantos años de consumo y que sería importante reforzar el trabajo interdisciplinario y la atención psicosocial.

“Hay que manejar otras cosas. Un psiquiatra, un psicólogo, no sé. No, y uno en dos meses que está allá no va a borrar diez años de consumo..”

“... la idea es no sentir ningún tipo de malestar ni de ansiedad ...”

“Yo le agregaría más tiempo, porque un mes es muy poquito tiempo ... el servicio es bueno, la comida, el acompañamiento es bueno, pero sí le hace falta tiempo, porque están empeñados en metadona y ya”.

Estas impresiones fueron confirmadas en entrevista con la entidad en la cual se señaló:

“Las alternativas que se ofrecen no son óptimas para todos. Hay problemas de acceso del sistema. Y el perfil del mismo consumidor”, “también el enfoque que le da el funcionario: que todo el tratamiento tenga mucho énfasis en la farmacoterapia ... se busca que sea más integrador. Que todo sea más integral.”

Lo interesante es que se confirmó también que el propósito principal del programa no es el mantenimiento sino el logro de la abstinencia, lo cual lo haría completamente compatible con las expectativas de muchos usuarios. Sin embargo, se sabe que tal propósito es posible en un limitado número de casos, por tanto, la pregunta que surge



es si resulta necesario reforzar la pedagogía con usuarios y familiares y determinar si los propósitos terapéuticos de la institución, están alineados con los de los profesionales que en ella operan, con lo que esperan los usuarios y con lo que indica la evidencia.

Otro factor asociado a la recaída tiene que ver con la no disponibilidad del medicamento cuando se requiere por temas que tienen que ver con lo administrativo. Algunos señalan que en ocasiones el tratamiento con metadona es discontinuo o se interrumpe por falta de disponibilidad. Otros mencionan dificultades para pagar el tratamiento, la necesidad de acudir a una tutela cuando se es beneficiario del SISBEN o el impedimento por no contar con EPS.

Una clave importante surge también con el tema de la inclusión social pues algunos dijeron que aunque el tratamiento sea de calidad, salir sin trabajo y sin nada que hacer los pone en alto riesgo de recaída, piensan que si tienen la mente ocupada podrían mantener los logros alcanzados.

Así, la estabilidad no es solo producto de la ausencia de síntomas y malestar sino de tener la oportunidad de integrarse de nuevo y plenamente a la vida familiar, social y productiva. Cuando ello no ocurre, sobreviene la ansiedad y se reinicia el ciclo de búsqueda de alivio a través de la heroína.

El gran reto está en superar el alto estigma y la discriminación que son la principal barrera de acceso no solo a los servicios, sino a las oportunidades.

Se confirma también en estudio que la inmensa mayoría de estas personas quieren salir del ciclo de sufrimiento en el que se encuentran. Sólo tres personas dijeron que no han pedido ningún tipo de ayuda por su consumo porque no creen necesitarlo. Esto abre un puente con esta población a la que tradicionalmente se le atribuye una constante “negación” o falta de voluntad para cambiar.

Al parecer las dificultades no pertenecen de forma exclusiva al campo de la motivación, muchas tienen que ver con la intensidad de la situación de dependencia física y psicológica por la que atraviesan y otras tienen que ver con las características de los servicios de los que disponen; y otras con la diversidad y especificidad de la oferta de la que se dispone. Es en ese sentido que se llevará a cabo el análisis de necesidades.

4.2 Análisis de necesidades y recomendaciones para la acción

Del análisis de los hallazgos y de las referencias directas a necesidades puntuales se coligen una serie de áreas que son críticas para mitigar el impacto de estas prácticas en la salud, la seguridad y la convivencia de diversas zonas de la ciudad.

- Dignificar, mejorar la calidad de vida y hacer visibles a las personas que usan heroína y que se inyectan drogas en la ciudad.

La lectura transversal de los testimonios dan cuenta de la invisibilidad del fenómeno en la ciudad. Se trata de una práctica altamente estigmatizada y perseguida por actores irregulares, al margen de la ley, pero también por diversos sectores



sociales. Los usuarios y usarias deben ocultarse y camuflarse lo cual resulta más sencillo en zonas de alta marginalidad y vulnerabilidad social. Pero también deben moverse de un lado a otro haciendo que el fenómeno esté disperso.

Esto conlleva desafíos por la importancia de que fenómenos de alto impacto social, estén contenidos para poder ser intervenidos adecuadamente y para minimizar el riesgo de que el impacto también se disperse por la ciudad.

La marginalidad y la habitabilidad de calle afecta a la mayoría de estas personas y es reciente y en muchos casos, es consecuencia directa del consumo de heroína. Así se trata de personas que no están habituadas a vivir en la calle o a compartir espacios con otras personas que llevan más tiempo o que siempre han estado en esta condición. Por ello demandan de manera explícita servicios diferenciales mínimos, que les aseguren sus necesidades básicas y que les permita llevar una vida digna.

Esto también demuestra que el consumo de heroína es un dinamizador importante del fenómeno de la habitabilidad de calle y es un claro factor de riesgo.

Los servicios de asistencia al habitante de calle en la ciudad no se ajustan al perfil y las necesidades específicas de estas personas, razón por la cual los usan eventualmente pero también los evitan. No se sienten identificados con el personal que acude a dichos servicios, no se sienten seguros y no reciben atención para su necesidad más primaria que es evitar o contrarrestar el síndrome de abstinencia. Así muchas de las normas y horarios propios del funcionamiento de estos servicios los expone al malestar derivado de la abstinencia.

Así, algunas de las necesidades identificadas fueron servicios de alimentación, vestido, lavandería y refugio con enfoque diferencial. Necesidades básicas que en la actualidad muchos de ellos y ellas tienen insatisfechas por las razones mencionadas.

Así mismo, las mujeres que tienen hijos muestran preocupación por ellos y los protegen de exponerlos a las dinámicas propias del uso de heroína y de la inyección. Pero es claro que se trata de niños y niñas que requieren especial atención, cuidado y protección. Por razones comprensibles, estas mujeres no acuden con tranquilidad a pedir ayuda porque se exponen a que les quiten la custodia de sus hijos, situación que las hace todavía más vulnerables.

El enfoque diferencial en este caso aseguraría que el fenómeno que afecta a muchas personas, a sus familias e hijos y a las comunidades con las que entran en contacto o a las que pertenecen, se pueda atender de manera adecuada y ajustada a la realidad particular de este grupo de personas.

La característica de los servicios debe ser el bajo umbral. La exigencia, cualquiera que ella sea, es una limitante para la adherencia si los expone de alguna forma a sentir malestar o “enfermedad”. De esta forma, es crucial entender que si se quiere responder a esta necesidad, los servicios deberán flexibilizarse y adaptarse a las dinámicas cotidianas ampliamente descritas por ellos y ellas en este estudio. Esto podría asegurar una mejor adherencia, mínima calidad de vida y que finalmente el impacto se empiece a reducir.

Aunque la inmensa mayoría exprese el deseo y la necesidad de cambiar, ello no significa que estén dispuestos a internarse en comunidades terapéuticas o a iniciar tratamientos de inmediato. Hay que recordar que la norma ha sido el fracaso terapéutico lo que contribuye con el fuerte sentimiento de desesperanza ante las opciones que tienen. De otro lado, la metadona como alternativa, está teñida de una fuerte sombra de duda y escepticismo en estas redes, lo que para muchos es una puerta más que se les cierra.

Se plantea entonces la oportunidad de definir modalidades de atención y servicios que integren la respuesta a múltiples de sus necesidades en un solo lugar, de bajo umbral, con enfoque diferencial.

De acuerdo con los hallazgos de un estudio reciente de la Universidad de Carolina del Norte llevado a cabo con personas en condición de habitabilidad de calle, se pudo concluir que ofrecer refugio y vivienda a estas personas ahorra muchos costos al sector salud con menos visitas a urgencias y menos días de hospitalización, reduce los días que se pasan en la cárcel y se reducen también dramáticamente los arrestos. Estos últimos implican un ahorro importante para las comunidades y aporta de forma considerable a la mejora de la seguridad. Contar con un lugar en donde vivir mejora entre otras cosas, las oportunidades para encontrar una actividad productiva más digna (Thomas et al., 2015).

- Humanizar y reducir el estigma, la discriminación y el maltrato

Son múltiples los actores sociales que violentan de una u otra forma a esta población y ello no es exclusivo de las personas que usan heroína o se inyectan drogas. El consumo de ciertas drogas, incluido el bazuco, es fuertemente censurado cultural y socialmente, lo que da lugar a que estas personas sean “blanco” de agresiones, hostigamientos, desplazamientos forzados, ejecuciones, humillaciones y negativas de venta de insumos que son de acceso libre, como es el caso de las jeringas.

De igual modo, las autoridades de policía que tienen un deber que cumplir y reciben presiones sociales e institucionales por obtener resultados, en ocasiones extralimitan sus funciones y terminan decomisando insumos y dosis de droga, cuyo porte no es ilegal, exponiéndose a su vez a sufrir un accidente de bioseguridad por carecer de protocolos claros de operación en estos casos.

El estigma se extiende también a los servicios de salud y constituye una de las principales barreras de acceso. Estos servicios atiborrados no están acondicionados para atender diferencialmente casi a ningún grupo poblacional, por tanto, las PUH evitan ir porque al hacerlo, se exponen al síndrome de abstinencia por las largas esperas, por temor a la hospitalización, por temor a “calentarse” con las autoridades, por el trato “diferente” y muchas veces despectivo del que son objeto.

Todos estos aspectos profundizan la marginalidad y por ende la vulnerabilidad de este grupo a sufrir más daños, más riesgos o complicar condiciones de salud que deberían tratarse de forma más oportuna e indónea. En una suerte de efecto paradójico, terminan por descuidarse más en su higiene personal y apariencia para que así se les trate con cierto grado de “respeto” o pasar más desapercibidos en

medio de otras personas que habitan la calle, lo cual es a todas luces contraproducente en función de las prácticas de inyección.

De esta forma, se ejerce de muchos lados una fuerte *violencia simbólica*¹ por el hecho de que lo que se hace no es bien visto, no debería ocurrir y por tanto no se reconoce. En efecto, estas personas reclaman no ser reconocidas y ser invisibilizadas con lo cual se les deslegitima y deshumaniza.

Así, estamos ante un acervo cultural hegemónico y dominante que considera que es “natural” rechazar al que usa drogas ilegales (no legales) por el simple hecho de usarlas. Aspecto que se vuelve aún más complejo y violento cuando se trata de condiciones de salud crónicas, pues con ello no solo se vulnera el derecho a pertenecer, a ser y a estar como un ciudadano más en el espacio público, sino el derecho a la libre determinación, a la protección social y a la salud, que al final, afecta la salud y el bienestar de toda la comunidad.

Por supuesto, a este estigma contribuye el que muchas de estas personas recurran en ocasiones a actividades ilegales y al delito para asegurar los recursos que requieren para sus dosis de heroína. Expulsados de casas, instituciones educativas y trabajos y bajo el permanente manto del miedo y la desconfianza que inspiran, así como de la zozobra de una inminente recaída, es muy difícil encontrar oportunidades o alternativas dignas, incluso si han abandonado el consumo.

Hay que reconocer que dar respuesta a esta necesidad no es sencillo, será necesario diseñar alternativas de intervención en las zonas y territorios con base pedagógica y estrategias que ayuden a reducir el alto estigma y transformen los imaginarios en torno a estos grupos que también ocupan y habitan los territorios.

La constitución de un sistema de atención integral deberá incluir como base fundamental herramientas que promuevan la inclusión social de estos grupos y su integración a la vida social, comunitaria y productiva. En ausencia de alternativas y oportunidades es altamente probable que el ciclo de dependencia se intensifique o reactive cuando ha cesado.

- Promover la inclusión social y productiva

La exclusión social y la falta de oportunidades no solo es factor de riesgo para el consumo de drogas, sino que contribuye a que las carreras de consumo se cronifiquen y a que los logros de los tratamientos se resquebrajen.

La desocupación es la constante en estos grupos, la informalidad es la fuente por excelencia de ingresos y la precariedad en las condiciones de vida, la resultante. Estas personas viven para conseguir su dosis de heroína cuando la necesitan, así que trabajan principalmente para no sentir malestar. Cuando la informalidad no les alcanza, muchos terminan recurriendo a actividades delictivas.

¹ Pierre Bourdieu la define como “aquella forma de violencia que se ejerce sobre un agente social con la anuencia de éste. (...) En términos más estrictos, los agentes sociales son agentes conscientes que, aunque estén sometidos a determinismos, contribuyen a producir la eficacia de aquello que los determina, en la medida en que ellos estructuran lo que los determina”



La desocupación también es un factor de vulnerabilidad a la recaída o a la reincidencia en consumos que se han controlado por algún tiempo. Cualquier fuente generadora de ansiedad es un disparador importante del deseo de consumir, incluso en personas que se han deshabitado.

Por tanto, es fundamental que estas personas tengan acceso a formación vocacional y a la posibilidad de desempeñar oficios que consideren dignos en tanto que se ajusten a sus capacidades, habilidades y preferencias. No hay que olvidar que muchas de estas personas cuentan con alta escolaridad, han estado en la universidad o han tenido estudios técnicos, por lo que se trata de gente con capacidad para desempeñarse en muchos oficios.

Esta intervención deberá articularse a las acciones psicosociales y al apoyo farmacológico en casos de personas que ingresan a tratamiento. Pero también es necesario en casos en los que intervenciones de reducción de daños son más aconsejables. En estos últimos, el umbral de exigencia deberá moderarse y flexibilizarse a la realidad cotidiana que viven estas personas.

En uno y otro caso, esta estrategia limitaría el número de personas que terminan acudiendo al hurto o a la venta de drogas para sustentar su consumo, porque tendrían alternativas de ingreso y por tanto se reduciría el impacto negativo en la seguridad.

De igual modo, se podría contener la tendencia, casi inevitable, de terminar habitando la calle.

- Documentación, afiliaciones y RIAS

La invisibilidad se materializa de manera muy clara en la falta de documentos o afiliaciones que habilitaría el ejercicio de ciertos derechos y servicios estatales. En particular el derecho al goce efectivo de la salud.

Los servicios de bajo umbral son por definición de mínimas barreras de acceso para asegurar que cualquier persona que los necesite, los pueda usar sin que se condicione la prestación. Ello por supuesto incluye la no exigencia de documentos o carnés.

Para el caso de otros servicios de mayor umbral, la documentación será necesaria para lo que se requiere asesoría y acompañamiento.

Pese a que existe normatividad que asegura el derecho a la atención del consumo de drogas dentro del POS, muchas administradoras de planes de beneficios o EPS aún niegan los servicios, con lo cual las personas deben entutelar sus derechos. Llama la atención que en el caso de beneficiarios del SISBEN esta parece ser la constante, lo cual no es comprensible.

En consecuencia, es necesario que la autoridad sanitaria revise las *rutas integrales de atención en salud* RIAS correspondientes con las administradoras territoriales y defina en conjunto, y con la participación de organizaciones de base y



ONG, un modelo de atención integral en salud que incluya también la atención en salud mental para esta población.

Sería de gran utilidad que la prestación de los servicios que entran en la categoría de reducción de daños y riesgos, atención primaria en salud y servicios de base comunitaria con alcance extramural, se reforzaran para que sea posible que se haga presencia en los territorios que ocupan y habitan estas personas. En este caso el desafío está en prestar servicios que no contribuyan con la estigmatización, rotulación o señalamiento pues con ello se pondría en riesgo la seguridad de los usuarios y limitaría la demanda. Así, cualquier servicio deberá garantizar la discreción.

La prestación de servicios de salud en dispositivos móviles y de bajo umbral contribuiría a reducir el impacto sanitario de muchas condiciones comunes en este grupo, algunas de ellas de alto impacto para la salud pública, tales como la tuberculosis, el VIH, las hepatitis virales y otras ITSS. Así mismo reduciría el riesgo de incapacidad parcial o permanente por condiciones de salud crónicas no tratadas o en casos de pérdida de miembros por amputación lo que a juzgar por los testimonios, es probable.

Es recomendable ofrecer educación y divulgación en las RIAS, derechos en salud, prestación de servicios y procedimientos, recursos disponibles, para que los usuarios y sus familias puedan ejercer su derecho al goce efectivo de la salud.

- Prevención de transiciones

La prevención de transiciones entre drogas es fundamental en este contexto. El inicio con heroína se da en medio del desconocimiento de los riesgos asociados a esta sustancia, por tanto, en contextos en los que la heroína está disponible es fundamental intervenir para reducir las posibilidades de exposición. El consumo de cocaína, bazuco, tranquilizantes se han visto asociados con el inicio con heroína, entre otros factores presdisponentes (MJD/ODC, 2015), por tanto es importante intervenir tempranamente en las redes de consumidores, para prevenir las transiciones.

El consumo de esta sustancia tiene un alto potencial expansivo por la intensidad de los efectos y porque es altamente “funcional” en condiciones de comorbilidad en salud mental, en particular en casos de depresión y ansiedad, o en situaciones extremas desde el punto de vista emocional. La teoría de la auto-medicación ha sido ampliamente evaluada y tiene sustento (ver por ejemplo Khantzian, 1985 y 2003), por tanto, experimentar con heroína puede ser funcional en el control de estados de ira, disforia, agresividad o ansiedad.

- Educación y promoción de la salud, y reducción de daños

La caracterización de riesgos y los daños documentados en este y otros estudios previamente realizados en Medellín, indica que es muy importante desarrollar estrategias focalizadas de educación en salud y de reducción de riesgos y daños.

El inicio y la transición a la heroína y a la inyección ocurren en las redes de pares o con parejas sexuales. Allí se divulgan las prácticas sin mayor sustento sobre los



riesgos que involucran, la experimentación ocurre “a ciegas” y los hábitos se incorporan e instalan rápidamente. Si bien son concientes de los riesgos, carecen de herramientas e información que les permita transformar sus prácticas para minimizar los riesgos y atenuar los daños.

La evidencia indica que la educación en salud en estos grupos es efectiva, siempre y cuando se dé sin juicios, sin exigencias o condicionamientos e idealmente a través de pares o líderes que sean naturales a sus redes.

Muchas prácticas de alto riesgo podrían transformarse si se cuenta con los insumos. La práctica de la inyección demanda una serie de elementos y sólo es posible reducir los daños y riesgos si se cuenta con material nuevo y estéril cada vez que ocurre una inyección. El material escaso, costoso o difícil de conseguir es el principal motivo para reutilizar y compartir.

Las jeringas se comparten y se reutilizan, los recipientes (felpas, bolsas, cucharas, tapas) se comparten, las dosis previamente mezcladas se dividen en partes iguales y se comparten. Muchos de estos elementos se guardan para ser usados de nuevo.

Las razones ya fueron ampliamente explicadas, fundamentalmente tienen que ver con no contar con material disponible cuando lo necesitan. Las jeringas y el agua destilada resultan ser de alto costo para ellos y este costo compite con el de la droga, dadas las circunstancias, prefieren gastar en la droga antes que en la parafernalia.

Se identifica entonces la necesidad de que, en sus propias palabras: *“todo el mundo tenga la oportunidad de usar siempre cosas nuevas”*. Esto es material higiénico de inyección en cantidad suficiente para suplir los requerimientos, con base en los patrones de uso caracterizados localmente (2-4 inyecciones al día, en el 78,6% de los casos).

Se identifica también la necesidad de iniciar una estrategia de intervención, sensibilización con la red de farmacias de la ciudad y en particular de las zonas en las que el fenómeno se identifica. La negativa a vender jeringas y agua destilada no tiene sustento normativo, son de venta libre, por tanto, las razones de nuevo tienen que ver con estigma y discriminación.

Esto debe ocurrir también con la policía, teniendo en cuenta que rotan permanentemente, es necesario que dicha sensibilización sea continua.

Por último, se identifica la necesidad de asegurar la disposición de guardianes en zonas estratégicas y vigiladas para que las PID puedan desechar adecuadamente el material que utilizan. Los baños públicos son un lugar estratégico, por ejemplo.

- Lugares o zonas para el consumo supervisado

Quienes participaron en el estudio coincidieron en la percepción de no contar con un lugar en el que puedan permanecer y consumir, se han descrito ampliamente las razones para ello.



En medio de zonas poco salubres ocurren prácticas que deberían contar con una mínima higiene no solo en los insumos sino en los entornos y superficies en las que se hace la preparación. El uso de espacios como los baños públicos, asegura privacidad pero también incrementa los riesgos de no poder recibir asistencia cuando se requiere y los expone a ellos y a otros usuarios de los servicios y a quienes los asean y cuidan, a entrar en contacto con sangre y otros materiales potencialmente contaminados, lo cual constituye un problema de salud pública.

De otro lado, muchos testimonios mostraron que los usuarios no solo se arriesgan al consumir en lugares públicos a ser agredidos, sino que no les gusta, se sienten incómodos. El ritual de la inyección no solo requiere cuidado y tiempo, sino que es un acto íntimo, por eso también buscan la mayoría de las veces, hacerlo en lugares ocultos.

Si bien es comprensible que una eventual respuesta a esta necesidad sea controversial, también es cierto que es un tema que se viene explorando incluso jurídicamente en el nivel nacional y en distintos territorios.

Las salas de consumo supervisado podrían definirse en palabras de uno de los participantes como: *“una clínica o un lugar donde usted vaya con sus dosis, que allá le den su jeringa, su agua y allá se pueda quedar relajado”*.

Estas estrategias han sido ampliamente evaluadas y existe evidencia robusta que las sustenta no solo como dispositivos efectivos para reducir el impacto sanitario de la inyección, sino en la seguridad y la convivencia. Contribuyen de manera importante a mejorar el bienestar y la seguridad de las comunidades, reducen las escenas de consumo en lugares públicos, reducen la cantidad de material contaminado y abandonado en sitios públicos, reducen las muertes por sobredosis y permiten regular y reducir el crimen asociado y la violencia.

- Alternativas de tratamiento integral

Dada la situación descrita en torno a la metadona, ésta debe seguir siendo una alternativa de sustitución, pero es necesario entrar a resignificar los imaginarios y representaciones en torno a este medicamento y redefinir las expectativas de usuarios, familiares y profesionales de acuerdo con la realidad que se vive en cada caso.

La cultura social, comunitaria e institucional está fuertemente permeada por la idea de que la abstinencia es la medida del éxito por excelencia. También lo es para los mismos usuarios, incluso en casos en los que se ha intentado reptidamente sin éxito.

Lo importante es comprender que la evidencia indica que aunque el desmonte total y definitivo, incluso de la metadona es posible, no lo es en todos los casos.

La realidad descrita muestra que la metadona se mezcla permanentemente con heroína incluso en dosis altas, lo que no solo incrementa los riesgos a todo nivel, sino que profundiza aún más la idea de que “no sirve” para dejar de lado la heroína. Esto indica que hay fallas en la respuesta terapéutica frente al consumo de heroína en la



ciudad y es positivo que al menos el programa que se revisó en este estudio, uno de los más buscados, esté revisando sus protocolos.

De otro lado, será importante considerar si la sustitución con metadona puede llegar a ser una alternativa para reducir riesgos y daños o si solo es posible en este contexto, como coadyuvante en la desintoxicación y desmonte progresivo con miras a la abstinencia definitiva en todos los casos.

Como lo indica la evidencia, la terapia de sustitución ha mostrado ser efectiva en cuanto reduce sustancialmente el uso de opiáceos ilegales, los comportamientos de riesgo para el VIH, las muertes por sobredosis, la actividad criminal y mejora el desempeño de las personas en diferentes áreas, incluso familiar. Se les ha atribuido también mejora en la adherencia a tratamientos para condiciones crónicas como el VIH (terapia antiretroviral) y en las condiciones de salud física y mental de los usuarios (Kermode et al., 2011; UNAIDS, 2016). Explicar estos beneficios a los usuarios y familiares podría contribuir a cambiar la percepción en torno a la sustitución y al mantenimiento de mediano y largo plazo.

Los tratamientos psicosociales asistidos con medicamentos hacen referencia a programas que combinan medidas farmacológicas con intervenciones psicosociales, con el fin de reducir tanto el uso de drogas ilícitas como los daños asociados al uso de opioides, mejorando con ello la calidad de vida (OMS, 2009).

Por tanto, los programas de mantenimiento con sustitutos opiáceos son la plataforma por excelencia para la atención integral de esta población, siempre y cuando reconozcan que la dependencia es una condición de salud crónica, y como tal, demanda tratamiento continuo y de largo plazo. Las personas afectadas por dicha condición están en riesgo permanente de recaída a lo largo de su vida (UNAIDS, 2016).

Para el año 2014 se calculó en más 3,500 el número de personas que se estarían inyectando drogas y especialmente heroína en la ciudad de Medellín. Es probable que este número en lugar de disminuir, siga aumentando. Por lo tanto, es muy importante que la ciudad implemente lo más pronto posible acciones de reducción de daños con esta población y esperamos que el propósito de este estudio que es aportar insumos para la definición de un plan de respuesta -hasta el momento limitado al tratamiento-, pueda cumplirse y se contribuya con una respuesta más humana, integral y ajustada a las necesidades específicas de este grupo de ciudadanos.

Referencias

Brennan, F & Cousins, M.J. (2005). *El alivio del dolor como un derecho humano*. Rev. Soc. Esp. del Dolor. Vol 12, No. 1, Enero – Febrero 2005.

Fitch, C; Rhodes, T & Stimson, G. *Origins of an epidemic: the methodological and political emergence of rapid assessment*. International Journal of Drug Policy. V:11 (1-2) 2000.

Khantzian, E.J. (1985). *The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence*. American Journal of Psychiatry 142: 1259-1264.

Khantzian, E.J. (2003). *The self-medication hypothesis revisited: the dually-diagnosed patient*. Primary Psychiatry, Sept 1 2013. En: <http://primarypsychiatry.com/the-self-medication-hypothesis-revisited-the-dually-diagnosed-patient/>

Ministerio de Justicia y del derecho, Ministerio de Salud y Protección Social y Observatorio de Drogas de Colombia (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013. Informe final*.

Ministerio de Justicia y del Derecho MJD- Observatorio de Drogas de Colombia ODC (2015). *La heroína en Colombia: producción, uso e impacto en la salud pública, análisis de la evidencia y recomendaciones de política*. Bogotá D.C.: ODC

Organización Panamericana de la Salud OPS (2008). *Encuestas de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo CODAR: herramientas básicas para la vigilancia de segunda generación de la transmisión del VIH y otras ITSS en CODAR. Cuadernos 1, 2 y 3*.

En:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=853%3A2009-encuestas-comportamiento-consumidores-drogas-alto-riesgo-codar&catid=745%3Asurveillance-monitoring-evaluation&lang=es

Thomas, L; Priester, M; Shears, J; Capsadl, M (2015). *Moore place permanent supporting housing, evaluation study final report*. Urban Ministry Center, Carolina HealthCare Foundation, The Duke Endowment, University of North Carolina.

World Health Organization WHO (2003). *RAR-Review: an international review of rapid assessments conducted on drug use, a report from the WHO Drug Injecting Study Phase II*. Fitch, C & Stimson, G.