

# CONSUMO DE HEROÍNA Y OTRAS SUSTANCIAS INYECTABLES EN BOGOTÁ.



**CAMBIE**  
Programa de acceso  
a material higiénico  
**de inyección**

---



---

# CONSUMO INYECTADO DE SPA EN BOGOTÁ

---

Fase diagnóstica

---

Corporación Acción Técnica Social  
Open Society Foundation

---



## ACCIÓN TÉCNICA SOCIAL

Director

Julián Andrés Quintero

## AUTORÍA

Aura Roig Forteza

Andrés Soto Carreño

## COLABORACIÓN

Felipe Cuervo Rojas

Marcela Barbosa Medina

Palma de Mallorca, 12 de Octubre 2014



## ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. PUNTOS DE PARTIDA.....	8
Introducción .....	8
1. El enfoque de Reducción de Daños.....	8
2. Programas de acceso a material higiénico de inyección.....	10
3. Organización de pares como base de los programas.....	13
CAPÍTULO 2. METODOLOGÍA .....	15
Introducción .....	15
1. Metodología MATS .....	15
2. Técnicas de investigación.....	17
2.1. Análisis bibliográfico y documental .....	17
2.2. Cartografías participativas .....	17
2.3. Grupos de discusión .....	18
2.4. Grupos focales .....	18
2.5. Entrevista semiestructurada .....	18
2.6. Observación participante.....	19
2.7. Refrendación de texto.....	19
CAPÍTULO 3. ESTADO DE LA CUESTIÓN .....	20
Introducción .....	20
1. Antecedentes.....	20
2. Estudios existentes .....	22
2.1. Dimensión del consumo inyectado en Bogotá.....	23
2.2. Perfil de la población UDI.....	26
2.3. Prácticas de consumo .....	29
3. Marco institucional .....	32
4. Iniciativas en reducción de daños en el consumo de heroína y otras sustancias inyectables.....	36
4.1. Campaña “Heroína en Colombia” .....	36
4.2. CAMBIE, el primer programa de acceso a material higiénico de inyección en Colombia .....	37



CAPÍTULO 4. COTIDIANIDAD DEL CONSUMO EN BOGOTÁ .....	40
Introducción .....	40
1. Formas de aproximación a la población UDI en Bogotá .....	41
1.1. Observación participante .....	42
1.2. Grupos focales y grupos de discusión .....	43
2. El consumo inyectado en Bogotá.....	45
2.1. Cartografía y dinámicas del consumo en Bogotá.....	45
2.2. Trayectorias de consumo .....	47
2.2.1 Inicio a la inyección y mantenimiento del consumo .....	47
2.2.2 Prácticas de inyección .....	50
2.2.3 Sobredosis .....	53
2.2.4 Tratamientos de desintoxicación .....	55
2.3. Otras problemáticas derivadas del estigma y la criminalización .....	58
3. Apuntes sobre los grupos focales y de discusión.....	59
CAPÍTULO 5. IMPLEMENTACIÓN DE CAMBIE EN BOGOTÁ.....	61
Introducción .....	61
1. Necesidades detectadas .....	61
1.1. Acceso a material higiénico de inyección .....	61
1.2. Prevención y manejo de sobredosis .....	62
1.3. Barreras de acceso .....	64
2. Propuesta de intervención.....	65
2.1. Poner en marcha CAMBIE. Programa de acceso a material higiénico de inyección en Bogotá.....	65
2.2. Apoyar la creación y/o fortalecimiento de redes de población UDI .....	67
BIBLIOGRAFÍA.....	69



## PRESENTACIÓN

CAMBIE es el primer Programa de acceso a material higiénico de inyección que se implementa en Colombia, dirigido a personas Usuarías de Drogas Inyectadas (UDI), con el objetivo de minimizar los riesgos y daños asociados a este tipo de consumo.

En Bogotá se extiende cada día más el consumo por vía inyectada de Sustancias Psicoactivas (SPA) como ketamina entre las personas más jóvenes, además de cocaína y heroína. La población UDI, en gran parte consumidora de heroína, se ha convertido en los últimos años en uno de los grupos más vulnerables ante el VIH y el VHC. Así lo confirman los estudios que han explorado patrones de uso asociados al contagio de estas y otras enfermedades.

Se ha identificado que compartir y reutilizar jeringas, sumado a otras prácticas de inyección de alto riesgo, son una constante entre personas usuarias de drogas por vía inyectada. Hay en el mundo suficiente ilustración que demuestra que suministrar parafernalia limpia de inyección reduce radicalmente el índice de contagio y la prevalencia de VIH y hepatitis, así como otras enfermedades entre la población consumidora.

Más allá de las consecuencias para la salud, estas formas de consumo acarrearán otras situaciones derivadas del estigma y la discriminación que devienen barreras de acceso a servicios de salud y de tratamiento, agravando todavía más la situación de vulnerabilidad a la que se enfrenta la población consumidora. En este sentido, las actividades de CAMBIE van más allá de repartir y recoger material de inyección. Pretende brindar información útil a la población usuaria, potenciar espacios libres para compartir y retroalimentar experiencias, asesorar en recursos existentes y rutas de acceso a derechos sociales y de salud. También formar en inyección higiénica, prevención y manejo de sobredosis, salud sexual y reproductiva, VIH y hepatitis, además de motivar a la prueba rápida con acompañamiento pre y post test. Estos son apenas algunos de los aportes que está en capacidad de ofrecer un Programa de tales características.



La población UDI no es un colectivo homogéneo, ni tiene las mismas problemáticas. Estas varían según la sustancia, la persona y el contexto. Pero, en todo caso, tienen en común que acceder a material higiénico de inyección puede resultarles de vida o muerte. En este sentido es fundamental contar con diversas estrategias dirigidas a mitigar los riesgos y reducir los daños que padece esta población.

Para diseñar cómo implementar CAMBIE en Bogotá antes es fundamental contar con el apoyo de la población usuaria, saber cuáles son sus necesidades y demandas, conocer cuáles son las dinámicas de consumo de Bogotá. Sólo de esta manera pueden ponerse en marcha programas de reducción de daños adecuados y efectivos. Por eso mismo es que se propone ahora este diagnóstico.

En el siguiente capítulo se enuncia qué es la reducción de daños en el consumo de inyectables, cuáles son los diferentes modelos de implementación de programas de acceso a material higiénico de inyección y cuáles son los principios que deben guiarlos. Más adelante se expone la metodología que ha guiado este diagnóstico, para luego desarrollar la información relevante sacada de la revisión bibliográfica y documental, así como la investigación propia del trabajo de campo. De ahí se extraen unas necesidades que serán la base de la propuesta de intervención incluida en el último capítulo de este documento.



## CAPÍTULO 1. PUNTOS DE PARTIDA

---

### INTRODUCCIÓN

Los programas de acceso a material higiénico de inyección son una estrategia de reducción de daños dirigida a población UDI. El consumo de sustancias psicoactivas vía inyectada acarrea una serie de problemáticas y dificultades que más que provenir de las sustancias se derivan de la forma de consumo. Por ello es necesario crear mecanismos dirigidos a paliarlas.

#### 1. El enfoque de Reducción de Daños

La Reducción de Daños (RdD) se define según Harm Reduction International como *aquellas políticas, programas y prácticas que tienen como objetivo principal reducir las consecuencias adversas sobre la salud, sociales y económicas del uso de sustancias psicoactivas legales o ilegales sin necesariamente reducir el consumo. La reducción de daños beneficia a las personas que usan drogas, a sus familias y a su comunidad.*

Se trata entonces de reducir las consecuencias negativas del uso de drogas, aunque agregándose a los otros dos grupos de políticas y estrategias: la reducción de la oferta y la reducción de la demanda. Estos tres grupos de intervenciones tienen distintos objetivos y contextos de aplicación, pero no son necesariamente excluyentes.

Los objetivos de la reducción de daños son: incrementar y mejorar la salud y el bienestar de las personas que consumen drogas; elevar su autoestima y su autonomía; mejorar su situación vital; reducir el aislamiento y el estigma que recae sobre ellas; promover un uso de drogas más seguro; reducir el uso de drogas; e incluso llegar a la abstinencia.

El enfoque de reducción de daños a las drogas se basa en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos. Trata de identificar de una manera realista los riesgos y los daños específicos derivados del consumo, analizar sus causas y actuar sobre ellas de manera efectiva y pragmática. Como premisa parte de que el uso de





drogas trae efectos beneficiosos, neutros y dañinos que pueden ser de cuatro tipos: sobre la salud, física y/o psíquica, sobre las relaciones familiares y sociales próximas, sobre otros aspectos como trabajo, estudios, economía y sobre las relaciones con la ley.

En cuanto a lo que causa el daño, se reconocen tres grupos de prejuicios: derivados de efectos de las drogas, conductas relacionadas con el uso de drogas y las modalidades de uso, y las implicadas con la respuesta social al fenómeno, particularmente las políticas y programas prohibicionistas.

Las primeras actuaciones hechas desde esta perspectiva fueron: programas de sustitución de heroína por metadona, orientación de las acciones represivas hacia el tráfico y no a UDI y los programas de intercambio de jeringuillas. Progresivamente, se articularán otras estrategias a diferentes niveles y entre agencias públicas y privadas, tales como asesoramiento e información, prescripción de drogas incluyendo heroína, servicios de empleo y vivienda que operan en red, servicios de salud y otros servicios sociales.

El resultado de estas políticas consiste en un aumento continuo de UDI en el sistema de salud, que contribuye a más control sobre sus vidas lo que a la vez facilita su integración social. Se reducen los problemas de salud originados del consumo, rebajándose las tasas de VIH-SIDA y de mortalidad, dado que se minimiza el uso compartido de jeringas. En este sentido la experiencia internacional ha mostrado que la existencia de programas de reducción de daños se relaciona con un aumento en la demanda de tratamiento y el abandono del consumo. Todo ello son factores que revierten en la comunidad: aumenta la seguridad pública dado que disminuyen los delitos relacionados con drogas y en consecuencia los gastos policiales y jurídicos.

Siguiendo el lema “Nada sobre nosotros/as sin nosotras/os” los colectivos de personas consumidoras han defendido alrededor del mundo su participación en todos aquellos procesos dirigidos a hacer frente a cuestiones que les atañen. En este sentido se considera fundamental contar con ellas y ellos entre las personas impulsoras de este tipo de iniciativas.



## 2. Programas de acceso a material higiénico de inyección

Los Programas de Intercambio de Jeringas (PIJ), como se han llamado en otros países hispanohablantes, son la herramienta más efectiva para la prevención de VIH y VHC. Su objetivo principal es distribuir material higiénico de inyección para reducir el daño del consumo de heroína y otras sustancias inyectables entre población UDI.

CAMBIE es el primer programa de estas características en Colombia. Se tomó la decisión de hablar de *acceso a material higiénico de inyección* y no de *intercambio de jeringas*, por una parte, para visibilizar que la parafernalia utilizada con la que se debe tener precaución es más que la jeringa. El kit repartido contiene además cazoleta, agua esterilizada, toallita de alcohol, torniquete y curita.

Por otra parte, tal como recomienda Harm Reduction Coalition (HRC), no se trata de intercambiar sino de hacer accesible el material de inyección. La experiencia internacional ha demostrado que condicionar la entrega de kits al intercambio de jeringas usadas resulta mucho menos efectivo en frenar la expansión de VIH y hepatitis entre UDI que entregar el número de kits, según la necesidad de las personas consumidoras, invitando a la devolución más no exigiéndola como requisito. Son muchas las razones que pueden imposibilitar el retorno de material usado. Dada la persecución y estigmatización que padece la población UDI no siempre le es posible conservar el material utilizado, por ello, la obligación de tener que devolverlo puede convertirse no sólo en una importante barrera de acceso al servicio, sino en un factor de riesgo en la contracción de enfermedades de transmisión sanguínea, dado que en algunos casos se buscarán jeringas que han pertenecido a otras personas para poder acceder a material nuevo.

Para este tipo de programas, repartir el kit de inyección es una oportunidad educativa. Cada kit va acompañado de recomendaciones en técnicas de inyección higiénica y prevención y manejo de sobredosis. Hay que recordar que las complicaciones derivadas de las malas prácticas de inyección y las sobredosis son las razones que llevan a más UDI a necesitar atención hospitalaria. Uno de los objetivos, por tanto, es cambiar viejas costumbres e incorporar nuevos hábitos higiénicos de consumo.



El contacto directo y cotidiano implicado en los programas de acceso a material higiénico de inyección contribuye a establecer puentes y forjar relaciones de confianza, con una población usuaria que generalmente es de muy difícil acceso y bastante reacia a acercarse a servicios sociales y de salud, por malas experiencias previas de discriminación y exclusión. Este tipo de programas devienen instrumentos para saltar las barreras de acceso a dichos servicios facilitando derivaciones, acompañamientos, asesoría, trabajando por mejorar las rutas de atención y hacerlas inclusivas a las necesidades de la población UDI.

Precisamente con la meta de mejorar la atención y el conocimiento que se tiene de la población UDI, los programas de acceso a material higiénico de inyección suelen llevar un pormenorizado registro del perfil de las personas que atiende, las prácticas de consumo que detecta, el material de inyección entregado y recogido, las actividades formativas y de seguimiento que se realizan. Esto aporta una información sistemática y fundamental para dar una buena atención.

Para que un programa de acceso a material higiénico de inyección funcione debe tener varias características, entre las cuales, ser de baja exigencia desde condiciones y normativa para acceder y mantenerse en el servicio que sean mínimas, o garantizar la confidencialidad y el anonimato.

Su despliegue puede hacerse de varias maneras o en combinación. Cada tipo de diseño conlleva unas ventajas y unas limitaciones. Contar con un lugar fijo permite ofrecer más servicios ya que se trata de un espacio seguro, protegido del clima y de las miradas ajenas. Contar con tal espacio atañe como limitación un mantenimiento que suele ser muy costoso, fuera de tener poca capacidad de maniobra frente a los cambios y dinámicas del consumo y de la comunidad.

Los dispositivos móviles comportan la ventaja de ser flexibles y adaptables a los cambios; permiten acceso a una población UDI esquiva y son de más fácil aceptación por parte de la comunidad. Tienen la dificultad de que suelen contar con un espacio limitado proporcionado por el servicio en calle, sin poder garantizar demasiada privacidad, necesita además de algún otro espacio para el almacenaje. Esto junto con



el precio del vehículo y su mantenimiento hace que se trate de un servicio costoso, teniendo en cuenta eventuales averías que pueden provocar interrupciones o comenzar a minar la confianza que las personas usuarias depositan en el Programa.

Existen también los programas de acercamiento en los que una o dos personas, a pie, son las encargadas de llevar el material de inyección higiénico allá donde se encuentre la población usuaria. Sencillos de empezar, implican un bajo coste, poco personal y acceso a espacios privados. Aun así son complicados de mantener y de bajo alcance. Además los servicios que se pueden ofertar son muy limitados.

Otra opción, poco recomendable, es la de usar de manera exclusiva hospitales para la distribución del material de inyección. Aunque tiene la ventaja de disponer de amplios horarios, ubicaciones y capacidad de ofrecer discreción y anonimato, son muchas las reticencias que estos servicios presentan al trato con la población UDI que, por esta misma razón, es renuente a asistir a estos establecimientos.

Para que un programa de acceso a material higiénico de inyección sea exitoso es fundamental que se adapte a las necesidades de la población consumidora y se sitúe lo más cerca posible de los lugares en los que se encuentra. Además, una vez se crea la necesidad, no puede existir negligencia, ya que se trata de programas que deben garantizar regularidad y continuidad.

Si bien poner en marcha iniciativas de este tipo parecería caro, hay que tener en cuenta que por cada persona infectada de VIH el costo médico mensual básico desde el sistema de salud público colombiano es de 1.100.000 pesos, en cambio jeringa y demás parafernalia tienen un costo mensual por persona usuaria entre 110.000 y 220.000 pesos.

Sea como sea, los programas de acceso a material higiénico de inyección salvan vidas, mejoran la calidad de vida de las personas usuarias, reducen las situaciones de riesgo a las que se expone la comunidad, provocan un aumento en las demandas de tratamiento. Además ahorran dinero al erario público.



### 3. Organización de pares como base de los programas

Los programas de acceso a material higiénico de inyección ofrecidos a través de pares tienen beneficios a muy diferentes niveles.

Las personas que ejercen como pares en lugar de estar legitimadas por sus credenciales académicas basan su credibilidad en la experiencia. Poseen amplios saberes sobre reducción de daños adquiridos a través de su propio consumo o el de personas cercanas. Saben quiénes se inyectan, dónde y cómo lo hacen. Conocen los códigos de sus normas, prácticas e inquietudes, lo que hace que tengan aceptación entre las personas usuarias, aspecto que influye en su vinculación a un programa.

Partir del liderazgo y la profesionalidad de pares como pivote de un programa puede tener un gran impacto tanto en los y las mismas pares como en el resto del equipo y la comunidad. Para los y las pares es una oportunidad de mejorar su calidad de vida, su salud y su bienestar; además participando en este tipo de programas ganan una experiencia laboral que puede ser muy útil para vincularse a trabajos más permanentes en este campo de la reducción de daños. El resto de profesionales, a través del conocimiento de pares, tienen acceso a una información realista y actualizada sobre las dinámicas del consumo, pudiendo así implementar medidas acordes a cada momento en sus intervenciones. La comunidad ve cuestionados sus prejuicios en relación a la población UDI, lo que atrae una mejora de la convivencia y aceptación de sus derechos.

Algunas personas consumidoras no acceden a los programas de acceso a material de inyección por diversas razones. Ya sea porque no quieren ser reconocidas como personas consumidoras, algunas no pueden por limitaciones laborales, otras no lo desean porque el programa no se adapta a sus demandas. Contar con pares facilita que el servicio pueda expandirse tanto en horario como en perímetro. El personal par deviene un vínculo con estas personas dándoles acceso a material higiénico de inyección, piezas informativas en reducción de daños así como prevención y manejo de sobredosis, entre otros servicios.



Contar con pares que abarquen los diferentes escenarios de consumo, especialmente aquellos/as en los que se interactúa con otras situaciones de vulnerabilidad y/o exclusión como pueden ser la población trans, jóvenes, trabajadores/as sexuales, recién iniciados/as al consumo, entre otras, contribuye a reducir la falta de adecuación de los servicios a sus demandas y necesidades específicas.

Es fundamental que los programas ofrezcan apoyo adecuado a los y las pares: formación, condiciones laborales flexibles y acordes a sus necesidades, acompañamiento y asesoría. Hay que enfatizar que como trabajadores y trabajadoras pares viven situaciones específicas que no afectan a otros/as profesionales. No siempre es fácil combinar el rol como profesional de un servicio sociosanitario y el de persona usuaria.

Contar con pares va más allá de situarlos/as en una posición de suministradores/as de servicios. Se trata de que formen parte estructural del equipo desde el inicio, en todas las fases: diagnóstica, de diseño, implementación y evaluación, partiendo del reconocimiento a su experticia y profesionalidad.



### INTRODUCCIÓN

Este diagnóstico presenta la realidad del consumo inyectado de sustancias psicoactivas en la ciudad de Bogotá, desde la cual sentar las bases para un programa de acceso a material higiénico de inyección efectivo. Para ello es necesario conocer en profundidad las necesidades de la población UDI de la ciudad, sus dinámicas y las dificultades derivadas de su consumo. Así, este proceso exploratorio se orienta a generar un acercamiento a esta población como sujetos particulares, relacionando sus características sociales y culturales, sus imaginarios, sus sentires, entornos y prácticas de riesgo asociadas al consumo, e identificar preocupaciones puntuales de personas usuarias que permitan definir una estrategia de acción concreta y asertiva que robustezca el servicio de acceso a material higiénico de inyección.

En total se ha contado con la experiencia de 57 personas UDI consumidoras de heroína, ketamina y cocaína, entre otras (41 hombres, 14 mujeres y 2 trans) siguiendo un criterio, no de muestra representativa, sino partiendo de la lógica de saturación de contenidos. Se consideran a estas personas no como objetos de estudio sino como sujetos informantes, por lo que no se trata de “investigar a” sino de “investigar con” aprovechando su amplia experiencia en lo que aquí se pretendía indagar (Del Olmo, 2003).

Una realidad tan oculta y estigmatizada como es la de esta población sólo puede abordarse desde una estrategia metodológica compleja que combine varias formas de aproximación a lo que pretende estudiarse.

#### 1. Metodología MATS

La Corporación ATS con el propósito de intervenir de manera sistemática las poblaciones y territorios objeto de sus proyectos, ha logrado integrar bajo la categoría de Metodología para la Acción Técnica Social (MATS) diferentes procedimientos de investigación e intervención multidisciplinares, tales como metodología de



Investigación Acción Participativa (IAP), Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) y Comunicación para el Impacto Conductual (COMBI), con la finalidad de generar procesos que incidan en la población diana y por ende en la comunidad.

**Metodología IAP:** es un método de investigación basado en el análisis crítico con la participación activa de los grupos implicados, orientado a la transformación social. Esta metodología combina dos procesos, el de conocer y el de actuar. Proporciona a las comunidades un método para comprender y analizar mejor su realidad (problemas, necesidades, capacidades, recursos) y les permite planificar acciones para mejorarla. La IAP posee tres componentes fundamentales: primero, la investigación como un proceso reflexivo, sistemático y controlado que tiene por finalidad estudiar determinados aspectos de la realidad; segundo, la acción no entendida como finalidad última de la investigación, sino como una fuente misma de conocimiento; y tercero, la participación como un proceso donde la investigación no sólo proviene de profesionales sino que la comunidad también es gestora de la producción de conocimiento de la realidad para su transformación.

**Aproximación CCC:** es un proceso de consulta basado en la investigación y referido a conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el cambio de comportamiento ante el consumo de sustancias inyectables. Uno de los elementos principales es el suministro de información pertinente y diversos métodos de participación. Esto concretamente se ve reflejado en la transformación de prácticas de inyección, introducción de medidas para la prevención y manejo de sobredosis, hábitos higiénicos, intentando no sólo reducir los riesgos y mitigar los daños sino en definitiva evitar muertes, relacionadas al consumo de sustancias inyectables.

**Estrategia COMBI:** es un proceso de planificación para la comunicación y la movilización social con un enfoque comportamental orientado hacia la prevención y el control de las enfermedades transmisibles. Para este diagnóstico, la estrategia es utilizada con el propósito de reducir los riesgos y mitigar los daños de contagio de VIH, Hepatitis entre la población UDI sujeto de estudio.





## 2. Técnicas de investigación

La investigación empírica ha perseguido varios fines como son la contrastación de los materiales obtenidos en la investigación documental, la ampliación de contenidos, la obtención de casuísticas ilustrativas y la valoración de la importancia de ciertos elementos que han ido surgiendo, todo por medio de la utilización de múltiples herramientas de recolección de información:

### 2.1. Análisis bibliográfico y documental

Este proceso se basa en revisar los estudios anteriores específicos sobre consumo de heroína considerando dos niveles de aproximación: un nivel nacional refiriéndose a estudios relevantes en otras ciudades y un nivel local referido a estudios específicos de consumo en Bogotá. A manera de contexto se revisaron también los últimos dos estudios nacionales sobre consumo de SPA, el estudio latinoamericano de consumo en estudiantes y un estudio local de consumo de SPA en jóvenes en conflicto con la ley. Como antecedente se consideró asimismo la "Estrategia piloto de comunicaciones para la prevención y mitigación del consumo de heroína" articulada con Santander de Quilichao, Manizales, Cúcuta y Bogotá, proceso que entre los años 2011 y 2012 la Corporación Acción Técnica Social-ATS- realizó de forma participativa. Además se ha analizado el borrador del Plan Nacional de Heroína con el objetivo de conocer el contexto y marco legal actual que supone deberá guiar cualquier actuación institucional relativa al consumo de heroína, especialmente inyectada.

### 2.2. Cartografías participativas

Retomando algunos elementos propios de la cartografía social pero sin llevar el análisis a un contexto de planificación y autogestión de territorio, se propuso desarrollar de la mano con la población UDI cartografías de sus territorios de referencia, que pretendían identificar lugares asociados al consumo de inyectables, rutas de movilización y acceso a las sustancias, buscando comprender territorialmente el fenómeno y priorizar zonas para la eventual intervención de un programa de acceso a material higiénico de inyección.



### 2.3. Grupos de discusión

Se definen como espacios de conversación que, de una manera horizontal, son diseñados para obtener información de una realidad definida de interés, dentro de un ambiente de diálogo entre iguales. Para efectos del diagnóstico, se establecieron cuatro grupos de discusión con los cuales el desarrollo del ejercicio se definió bajo ejes temáticos o contenido que orientaron la charla. Se estructuraron alrededor de temas relevantes a trayectoria de consumo, prácticas de inyección, experiencias en tratamientos, sobredosis y otras cuestiones relacionadas al consumo de sustancias inyectables, entre las cuales destaca la estigmatización, problemas legales y barreras de acceso a servicios sociosanitarios. El ejercicio también implicó la generación de esquemas de sistematización y gestión de la información o conclusiones resultantes del proceso.

### 2.4. Grupos focales

Es una técnica de recolección de información de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual se desarrolla a partir de una temática puesta en marcha por el personal investigador. Se establecieron tres grupos focales, cuyo propósito fue generar un espacio de discusión, socialización y construcción a partir de las experiencias individuales y colectivas de las personas UDI asistentes. La actividad partía con un contexto de sí misma, en donde se buscaba poner en relieve la oportunidad de que talleres de inyección higiénica y prevención y manejo de sobredosis brindan para expresar todo lo que se piensa y opina, bajo un pacto de confidencialidad entre asistentes. Se estructuraron alrededor de temas relevantes a trayectoria de consumo, prácticas de inyección, experiencias en tratamientos, sobredosis y otras cuestiones relacionadas al consumo de sustancias inyectables, entre las cuales destaca la estigmatización, problemas legales y barreras de acceso a servicios sociosanitarios.

### 2.5. Entrevista semiestructurada

Es un tipo de entrevista en la que la persona entrevistadora establece una estrategia de indagación diversa, es decir, alterna preguntas que están previamente planeadas



con otras que surgen de la interacción con la persona entrevistada, siguiendo un hilo temático y de análisis previamente estimado. Para este diagnóstico se realizaron dos entrevistas semiestructuradas en profundidad a una informante clave. La primera, con el objetivo de obtener una panorámica inicial sobre las dinámicas del consumo y la posibilidad de entablar contacto con población UDI que pudiera ser potencial beneficiaria de un programa de estas características. La segunda, realizada una vez sistematizados y analizados todos los datos recogidos, tenía como finalidad refrendar la información suscrita en el presente informe.

## 2.6. Observación participante

Puede definirse como un procedimiento de recopilación de datos e información que consiste en utilizar los sentidos para observar hechos y realidades sociales presentes y a la gente en el contexto real en donde desarrollan normalmente sus actividades. Mediante dicha observación se intentan captar aquellos aspectos que son significativos para los objetivos definidos a nivel descriptivo y explicativo, abarca todo el ambiente (físico, social, cultural) en donde las personas desarrollan su vida. Para que la observación tenga validez desde el punto de vista metodológico debe ser sistemática y controlada así como intencionada, en la medida en que se desarrolla con un objetivo determinado y de un modo u otro guiada por un cuerpo de conocimiento. En esa medida, con el objetivo de captar la realidad de personas consumidoras de ketamina, se optó por efectuar una observación participante en entornos de ocio nocturno en los que se conocía de su presencia y actividad. Así se ha llegado a un total de 12 personas, entre las cuales hay dos mujeres.

## 2.7. Refrendación de texto

Se aplicó finalmente la técnica de refrendación de texto con veintiuna personas del total de las 45 participantes de los grupos. La intención de la actividad era socializar los resultados obtenidos, corroborar su veracidad y cerciorar que no faltara información pertinente (García-Borés, 1995).



## CAPÍTULO 3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

---

### INTRODUCCIÓN

El presente apartado propone hacer un repaso a los estudios y documentación institucional más relevantes sobre uso de heroína y otras drogas inyectables en Colombia, poniendo especial atención al contexto de Bogotá y la pertinencia de sus resultados.

Hay que aclarar que la mayoría de los datos expuestos por los estudios generales de SPA y los sistemas de registro de información en salud institucionales son datos ambiguos, muy generales y en muchos casos sucintos en análisis. Aun cuando comienzan a darse algunos reportes de consumo de heroína desde mediados de los 90, no es sino hasta casi una década después que aparecen estudios focalizados, asociados a situaciones de expansión de VIH, hepatitis y otras enfermedades infectocontagiosas.

Por eso, debido a que todavía son muy pocas las investigaciones enfocadas en consumo inyectado de SPA, ha sido necesario recurrir a fuentes alternativas que de manera indirecta aportan información relevante. De la misma manera, se incorporan las cifras que fue posible obtener de sistemas de información distrital como son los reportes SIVIGILA con el fin de exponer el contexto general que se tiene. La revisión también incluyó referentes que dan sustento al marco legal colombiano que pretende guiar la política pública sobre el fenómeno.

Finalmente, se mencionan dos iniciativas pioneras en Colombia sobre reducción de daños en el consumo de heroína y otras sustancias inyectables.

#### 1. Antecedentes

Debido a las evidencias de solicitud de tratamiento para el consumo de heroína y las muertes por sobredosis en Colombia, a partir del 2008 se intensificaron los estudios focalizados sobre el consumo de esta sustancia en el país, dado que no sólo cundía un desconocimiento generalizado sobre el tema, sino que aún los pocos sondeos que



tímidamente abordaban el fenómeno arrojaban datos que resultaban poco relevantes, con metodologías aplicadas que, por lo general, terminaban reflejando una total inadecuación para captar realidades tan ocultas y estigmatizadas como el uso inyectado de drogas.

Sostenía Pérez (2010) que en América Latina la problemática de consumo de heroína era irrelevante a excepción de pequeños focos en Brasil y Argentina, mientras Colombia no había sido tradicionalmente un país con indicadores destacados en términos epidemiológicos de consumo de heroína y opiáceos. El *Informe del Uso de Drogas en las Américas* del 2011 ni siquiera hacía referencia a consumo de SPA inyectables, heroína u opiáceos. Solamente se centraba en alcohol, marihuana, inhalantes, cocaína y sus derivados. Llama la atención que, aun manejando información entre 2002 y 2009, periodos para los cuales en lugares como Colombia, Brasil y República Dominicana ya se estaba empezando a sentir y a medir la dimensión del fenómeno de consumo de inyectables, no se hiciera ninguna referencia a la heroína ni otras sustancias inyectables. La invisibilidad en este tipo de documentos de semejantes dinámicas emergentes y los impactos de salud pública que acarrear resulta preocupante dado que se trata de los insumos utilizados para el desarrollo de programas públicos y de acciones políticas.

La inserción activa de la heroína en el mercado local de SPA tiene una clara correlación con la avanzada y “éxito” de los programas de seguridad y lucha contra las drogas, los cuales logran disminuir el flujo de heroína y cocaína al exterior, pero amplían su disponibilidad interna en los circuitos de uso de otras SPA. El consumo de heroína en Colombia, si bien se presenta como naciente, ya no es tan reciente. Hace ya una década, la Dra. Inés Elvira Mejía y el Dr. Augusto Pérez Gómez, en su artículo “La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente” advertían de la necesidad de atender lo que en ese momento era un consumo emergente entre población universitaria bogotana y ciertos sectores de clase adinerada. Se trataba de un consumo aislado e invisible, pero al que era necesario prestar atención, dado lo que se conocía de la historia de la heroína en otros países, donde después de esta primera etapa de consumo experimental y/o recreativo empiezan a hacerse patentes los problemas



asociados a esta sustancia, especialmente a su consumo inyectado. Las muertes por sobredosis y expansión del VIH y VHB y C serán algunas de sus consecuencias más visibles. En esa medida, la existencia de diferentes estudios alertaban que hacia los 90 ya empezaban a presentarse casos aislados de consumo de heroína en algunas ciudades como Cali, Cartago, Santander de Quilichao y Bogotá. Según lo anotan Pérez y Mejía (2005) durante toda la década de manera muy velada se observa un ligero crecimiento en las tendencias de consumo de esta sustancia y también en el consumo de otras drogas por vía inyectada, especialmente cocaína, la cual aparece como un antecedente para la transición a consumo de heroína inyectada.

Aunque ya para ese momento el fenómeno comienza a dar sus primeros visos, el análisis institucional y su capacidad prospectiva no lo definen como un foco de intervención priorizado y hubo que esperar hasta mucho más adelante que se empezaran a desarrollar estrategias metodológicas para hacer aproximaciones a la población UDI. En esa medida, solamente desde 2009 algunas instituciones de carácter público relacionadas con el tema de consumo de SPA inician relaciones de datos y diagnósticos diferenciales más precisos.

No es sino, tras el aparente incremento de demanda de servicios en zonas específicas del país, tales como Risaralda, Quindío, Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Norte de Santander y Bogotá, que el consumo de heroína ha sido explorado en algunos estudios de corte cualitativo y de naturaleza etnográfica y local.

## 2. Estudios existentes

Desde mediados del 2000 se han venido realizando estudios focalizados sobre población UDI, especialmente de heroína, como elementos exploratorios para averiguar sus características y dinámicas de consumo, capacidad de respuesta institucional e idoneidad de esquemas de acercamiento y tratamiento. Los estudios existentes también se han focalizado desde la relación entre heroína, VIH y hepatitis, ya que es a partir de la identificación del aumento de este tipo de enfermedades, en y a través de personas usuarias de drogas inyectables, que se empieza a dar una verdadera relevancia al avance de este fenómeno.



Según los estudios epidemiológicos de alcance nacional, en Colombia el consumo de heroína ha permanecido con cierta estabilidad y con cifras marginales, aún lejos del 1% de prevalencia, al igual que en el resto del mundo.

En términos generales estos estudios abordan variables referidas a características sociodemográficas de población UDI, edades de inicio de consumo, sustancias de inicio, prácticas de consumo asociadas a factores de riesgo, transición a consumo inyectado, entorno psicosocial. De manera particular en los diferentes estudios se abordan variables como prevalencia VIH – hepatitis, relación con microtráfico, imaginarios asociados y prácticas significativas, instituciones de tratamiento de desintoxicación y deshabituación, sistema de atención, cobertura y capacidad de respuesta técnica y profesional en salud – remisiones de atención, ingresos y atenciones por sobredosis reportados a sistemas locales (municipales) de información.

### 2.1. Dimensión del consumo inyectado en Bogotá

El *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia 2009* no muestra ningún dato referente a heroína o drogas inyectables. Respecto al *II Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, Informe Colombia 2012*, no se presenta ninguna referencia clara frente al uso de SPA inyectados ni de heroína específicamente. Dentro de la nota metodológica para la definición operacional de las variables, se observa que la heroína se encuentra asociada en una variable general denominada “otras drogas”, lo cual implica una aproximación a priori sobre la poca importancia o consideración que merece observar el consumo de esta sustancia de manera específica en el ámbito universitario.

El *Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C. 2009* reporta tan sólo 7 casos de personas que declaran haber consumido heroína alguna vez en la vida, que viene a equivaler una prevalencia de 0.09%, sin registros sobre consumo recientes, lo cual lleva por lo tanto a considerar inconveniente continuar con ningún análisis respecto al comportamiento de tal sustancia. Frente a este dato hay que reconsiderar



que la metodología de captura de información fue la encuesta de hogares, algo que, por sus características genera deficiencia en una captura veraz de datos.

Según Pérez (2010), en los estudios existentes hasta esta fecha se referenciaba el consumo de heroína pero sin especificar la vía de administración. Aunque en diferentes estudios se manifiesta la prevalencia del consumo, sin embargo por deficiencias metodológicas debido a los diferentes esquemas de muestreo, poblaciones focalizadas y metodologías de análisis y creación de indicadores, no era posible hacer comparaciones para inferencias exactas sobre la prevalencia y movilidad del consumo.

Aunque el *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008* respecto al consumo de heroína sugería que era ya un problema socialmente relevante, que no obstante demandaba mayores esfuerzos adicionales de investigación para establecer sus características específicas y su verdadera dimensión, estimó que alrededor de 38.000 personas habían entrado en contacto con la heroína al menos una vez en su vida y entre 3000 (PUM) y 4000 (PUA) lo habían hecho en períodos más recientes, lo que podría sugerir un consumo actual o continuado. De hecho, el Estudio arrojó las siguientes cifras sobre consumo de heroína: 0,2% de las personas encuestadas dijeron haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida; 0,02% reportaron consumo de heroína durante el último año y un porcentaje similar lo hicieron durante el último mes. La mayoría de las más de 3000 personas consumidoras de heroína estimadas en el país eran hombres.

No obstante, es necesario tener en cuenta la falta de idoneidad del instrumento metodológico utilizado en la citada investigación para alcanzar a tener una verdadera dimensión del fenómeno que se pretende abordar, debido a la encuesta de hogares manejada y cómo, frente a las características particulares que tiene el consumo de heroína inyectada, se manifiesta limitada para aportar una análisis acertado. Así se reconoce en el *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia* del 2013:





“Es importante considerar que tanto en heroína como en sustancias inhalables, la metodología que emplea el estudio en población general tiene limitaciones para captar a sus usuarios, por las características de clandestinidad en los primeros y por la pertenencia a grupos en condiciones de alta vulnerabilidad social, en los segundos”.

En dicho Estudio el 0.14% de las personas encuestadas había probado esta sustancia alguna vez en la vida, es decir 31.852 personas en el país; en relación al 2008 donde aumentó el número de personas que la habían consumido en el último año, de 4000 a 7000, mayoritariamente hombres. Por primera vez se preguntó sobre la percepción de acceso a la heroína. Un 15% de los hombres y un 11.5% de las mujeres respondieron que era fácil llegar a esta sustancia.

Respecto a la ketamina, el Estudio llama la atención en el aumento del número de personas consumidoras entre 2008 a 2013 que, a pesar de mantenerse bajo, pasa de un 0.02% a un 0.18%. En referencia a cocaína indica que el 3.2% de la población colombiana de entre 12 y 64 años de edad la ha consumido. En el último año estima que fueron 162.000 personas las que la consumieron, 138.000 hombres y 23.000 mujeres. En ningún caso se discrimina las vías de administración de las sustancias, no aporta datos relevantes que permitan estimar la prevalencia de la inyección.

Las características del consumo de heroína varían dependiendo del territorio del que se trate. Varios estudios señalan que el consumo de heroína se ha extendido por diferentes departamentos del país y que su inyección, si bien sigue siendo una práctica minoritaria entre las personas consumidoras, va en aumento en algunas zonas sobre todo urbanas y semi-urbanas como Medellín, Cali, Bogotá, Pereira, Armenia y Cúcuta, que en algunos casos llega a una prevalencia de hasta el 40%. La vía de consumo más común sigue siendo inhalada en aluminio o en “lata”, popularmente llamada “chino”, o “balazo”, mezclada con tabaco o marihuana (ver por ejemplo: Abadía et al, 2009; Pérez, 2010; CES, 2011; ATS, 2012).

El estudio del CES (2014) *Comportamiento de usuarios de drogas inyectables en tres ciudades de Colombia*, hecho público recientemente, partiendo de una encuesta realizada a una muestra de 193 UDI, estima que en total la población UDI en Bogotá sería de unas 234 personas, de las cuales el 70% hombres. Como se verá, muchos de



sus hallazgos se corroboran en los grupos focales y de discusión. Aun así, se debe señalar que según las personas que asistieron a los grupos, estos resultados pueden presentar un sesgo importante debido a que si bien todas ellas habían participado del estudio, también habían identificado población no inyectora respondiendo los cuestionarios. Sea como sea, este estudio aporta información pertinente y útil para conocer las dinámicas del consumo y las prácticas de riesgo entre la población UDI de la ciudad.

## 2.2. Perfil de la población UDI

Según la investigación de Pérez y Mejía (2005) aproximadamente desde 1996 los estudios nacionales –encuestas DNE– empiezan a registrar casos de posibles personas usuarias de drogas inyectables, específicamente heroína, aunque paralelamente medicamentos derivados del opio con carácter restringido. Pérez (2010) agrega que en estudios posteriores el número de personas usuarias de la sustancia aumenta de 1.1% a 1.3% entre jóvenes menores de 24 años y cómo desde 2005 se empiezan a registrar un aumento significativo de muertes asociadas a sobredosis en ciudades como Medellín, Cúcuta y Bogotá. El mismo estudio refleja una baja significativa del valor de la dosis callejera, lo que dispara el consumo en Santander de Quilichao y en Armenia, como consecuencia de un incremento de la oferta interna del producto.

Puesto que el primer reporte de consumo de heroína en Colombia data de 1992, consignado en el primer estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, en donde el resultado arrojaba prevalencias de vida y anuales que no alcanzaban el uno por mil de la población en general, en el siguiente cuadro se muestra las variaciones de prevalencia en los subsiguientes estudios aplicados en Colombia:

<b>Estudio</b>	<b>Prevalencia</b>
Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 1992.	Prevalencia vida: 0,5 por mil. Prevalencia anual: 0,6 por mil (población general)
Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 1997	Prevalencia anual: 12 por mil (población general)
Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes de 10 a	Prevalencia anual: 6 por mil. Prevalencia vida: 11 por mil



24 años. Colombia, 2001. Programa Rumbos. Presidencia de la República.	(Jóvenes entre los 10 y 24 años)
Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2008. Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes.	Prevalencia de vida: 19 por mil. Prevalencia anual: 2 por mil. Prevalencia mes: 2 por mil. (población general).

Tabla 1 - Prevalencias consumo de heroína Colombia, datos reportados entre 1993 y 2008; Fuente: Cataño y Calderón (2012) "Patrones de consumo de heroína en una muestra de consumidores de Medellín". Revista Bras Epidemiol.

Los estudios concentraron el mayor rango de prevalencia de personas consumidoras entre los 18 y los 25 años, aunque cada estudio manejó rangos etáreos disimiles de población entre 15 y 49 años. En relación a Bogotá, según el estudio del CES (2014), el grupo etario con mayor proporción de UDI tiene entre 19 a 24 años (47,0%), seguido del grupo de 25 a 34 años (43,9%). Sólo un 7,0% tiene más de 35 años. Este mismo estudio estima que el 70,2% son hombres y el 29,8% mujeres.

En términos generales los estudios ubican la edad de inicio en el consumo de SPA entre los 14 y los 17 años, mientras que el inicio en el consumo de heroína oscila entre 17 a 20 años; aunque la proporción de mujeres, que son de más difícil acceso, no es significativa en todos los estudios, sí se resalta que sus rangos de edad para inicio en consumo son más bajos que los de los hombres hasta en dos años.

En general, los estudios efectuados muestran que el consumo de heroína se ha arraigado en algunos grupos de policonsumidores de todo tipo de condiciones socio-demográficas. Así pues, el consumo de heroína se instala como parte de una carrera de experimentación y uso de multiplicidad de sustancias por lo que el patrón más usual es el policonsumo y la mezcla con otras sustancias, principalmente de marihuana, alcohol, basuco y cocaína (a manera de *speedball*, como patrón más reciente). Antes de pedir ayuda, la población consumidora de heroína en Colombia suelen tener carreras de uso de entre cinco y seis años, con una edad media entre los 18 y 26 años y con excepciones por debajo de los 18 años que se concentran de nuevo en municipios como Santander de Quilichao (ver por ejemplo: Abadía et al, 2009; Pérez, 2010; ATS, 2012).

La mayor parte de las personas consumidoras de heroína son hombres, solteros, que están desocupados, son de clase media, transitando a baja, con niveles de escolaridad



medios y algunos universitarios, desertores en su mayoría. Por este motivo, algunos de los estudios realizados mostraron un vínculo importante entre el uso de esta sustancia y el microtráfico de la misma, en un intento por subsidiar las dosis (Pérez, 2010; CES, 2011; ATS, 2012).

Constata Pérez (2010) que el perfil mayoritario de las personas consumidoras es joven, estudiante, hombre con historias de consumo que superaban los 5 años, policonsumidor, donde la heroína fue la última sustancia que incorporó al consumo. La mayoría ya habían pasado por centros de rehabilitación planteando críticas frente a estos por su falta de idoneidad, legalidad, capacidad técnica y diferenciada en los tratamientos. Se indicó también que la relación con el microtráfico por parte de los consumidores es asociado con el estrato socioeconómico y se presenta más en Medellín que en Bogotá. Señala el estudio que la forma de acceder a la sustancia es por teléfono, luego la “olla” y en Medellín en algunas universidades. Sobre el origen de la heroína en Bogotá el consenso es que la traen de Cúcuta.

En cuanto al estrato socioeconómico existen diversas conclusiones, debido a la variedad de muestras y población focalizada en los estudios. En esa medida, los rangos de concentración de individuos en cada estrato oscilan según el estudio y no se podría sacar una conclusión que generalice estos resultados, aunque en la investigación desarrollada por el CES (2011) el estrato bajo y el medio tienen el protagonismo más significativo. Según el CES (2014) en Bogotá al comparar el estrato socioeconómico de la familia con la situación actual de la personas UDI se observa que pasan a pertenecer al estrato bajo del 25,3% a 41,8% respectivamente. Los estudios resaltan el difícil acceso y posibilidad de cuantificación a la población de estratos más altos, ya que sus lógicas de consumo son mucho más privadas y el manejo de los problemas asociados al consumo muchas veces se hace fuera de sus ciudades. En general la población de estrato alto es invisible: no sale a comprar porque se la llevan a domicilio, no entra en contacto con otras personas usuarias, esconde su hábito por miedo a ser identificada y estigmatizada como consumidora.

Frente al nivel educativo los estudios concuerdan en ubicar la mayor concentración de personas usuarias entre los últimos años de secundaria y el inicio de la educación



superior, caracterizando fenómenos de deserción y “rotación” por múltiples carreras e instituciones educativas, asociados a la problematización de sus consumos, lo cual también es relacionado con la transición a vía inyectada. A su vez, se resaltan en los diferentes estudios la presencia de población que asiste o que está formada en niveles técnicos y tecnológicos. En Bogotá, el estudio del CES (2014) detecta que el 70,4% tiene estudios superiores, un 1,4% de la población cursó la primaria y un 28,5% realizó estudios de secundaria.

Respecto a la población perteneciente a estratos bajos y medio bajo, los estudios ubican su actividad económica en el sector informal, como artesanos, chaseros, ayudantes, entre otras actividades. En los rangos subsiguientes se sitúan personas que son estudiantes, profesionales y prestadoras de servicios, así como desempleadas o desocupadas que viven de manutención familiar

### 2.3. Prácticas de consumo

La población UDI, en gran parte consumidora de heroína, se ha convertido en los últimos años en uno de los grupos más vulnerables ante el VIH y otras enfermedades de transmisión sanguínea como el VHB y C. Es necesario relacionar esta información con los preocupantes patrones de uso asociados al contagio de estas y otras enfermedades, explorados en varios estudios, entre esta población. Como se anticipa, el compartir jeringas, por ejemplo, se presenta como una práctica muy habitual.

Al respecto, en Colombia se han adelantado investigaciones referentes al consumo de drogas por vía inyectada y consumo de heroína en relación a riesgos y prevalencias de VIH. Pérez y Mejía (2003) revelan que un porcentaje significativo de la población UDI tiene comportamientos de alto riesgo para VIH, referidos a compartir jeringas (46,8%) y elementos de parafernalia (67%). El estudio del CES (2014) señala que el 33.7% se ha inyectado en los últimos seis meses con agujas o jeringas dadas, regaladas, vendidas o alquiladas por otra persona inyectora. El 60,4% ha compartido jeringas. El 54.4% ha compartido otros elementos para la inyección como filtros, cucharas o agua. El 4,7% de UDI se ha inyectado con alguien que estaba infectado de VIH, el 4,2% lo ha hecho con alguien que tenía hepatitis. El 30% dice que el motivo principal para compartir el



material de inyección es no tener material propio en ese momento, el 26% dice ser cuidadoso de con quién se comparte.

En esa medida, ampliando la temática sobre comportamientos de riesgo, los estudios identifican aspectos que son generales a todas las poblaciones como: compartir jeringas; falta de asepsia en las prácticas de inyección y manipulación de parafernalia; variabilidad en la calidad de la sustancia; uso de adulterantes tóxicos; margen de conocimiento sobre la sustancia que gira en torno a mitos de la calle y otros difundidos por los medios; iniciación de la mayoría de población UDI en el consumo por vía inyectada sin tener conocimiento claro de prácticas higiénicas y hábitos saludables; conocimiento general sobre VIH pero no de las implicaciones y riesgos de contagio relacionados al uso de drogas inyectadas; falta de educación en los riesgos del consumo no supervisado de metadona.

Los estudios realizados por Pérez (2010), CES (2011, 2014) y ATS (2012) que han explorado los patrones de uso y los riesgos asociados al VIH y a otras infecciones de transmisión sanguínea, muestran patrones de uso de alto riesgo y prevalencias de VIH que superan ampliamente la tasas de prevalencia de población general, confirmando también que en Colombia el grupo de personas UDI (principalmente heroína) se cuenta dentro de los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH. De hecho, según el estudio del CES (2011) las prevalencias en general se encuentran aún por debajo del 5% (Medellín 3,8%; Pereira 1,9%), lo cual constituye algo que se ha llamado una “ventana de oportunidad” por cuanto es posible controlar más fácilmente la expansión; sin embargo, y aun cuando está en proceso la realización de algunos cálculos adicionales, la prevalencia de VIH entre UDI habitantes de calle en Cúcuta fue de 9,2% (ATS, 2012). En relación a Bogotá, un 3,0% de las personas que participaron del estudio de CES (2014) viven con VIH y el 7.6% con hepatitis C.

En cuanto a la transición a consumo inyectado, en estos estudios los datos más representativos muestran la preponderancia de la primera inyección acompañada por un/a mejor amigo/a o amistad cercana, seguido de la inyección por sí mismo/a. Otro dato significativo radica en la inyección con la pareja sexual o compañero/a sentimental. Se destaca nuevamente que la mayoría de las personas usuarias



manifiestan haber empezado a inyectarse desconociendo por completo de técnicas higiénicas de inyección.

Siguiendo con estos estudios, la transición hacia consumo inyectado se da principalmente por una posibilidad de amplificación de la sensación y el placer; en un segundo grupo significativo porque rinde más la sustancia; y en tercer lugar por presión del grupo de referencia, con injerencias pocos significativas en general hacia razones tales como crisis emocionales o desconocimiento.

Respecto a las prácticas de consumo, la mayoría de los estudios apunta a una media de 4 inyecciones diarias en el caso de heroína. Lo mismo encuentra el CES (2014) en Bogotá, ya que el 81% de las personas encuestadas se inyecta una media de 4 veces al día. A pesar de que el tema de inyectables se aborda, sólo se examina puntualmente el consumo de heroína por vía inyectada, pero no se problematiza ni analiza dentro del contexto de riesgo epidemiológico el consumo de cocaína por vía inyectada y el emergente consumo de ketamina por la misma vía.

En relación con las sobredosis, según estudio del CES (2014), el 75,3% de UDI reportan haber presenciado alguna persona en sobredosis y alrededor de un 70% ha conocido a alguien que ha muerto por sobredosis. Un 37,7% ha sufrido una sobredosis con heroína u opio hasta el punto de perder la conciencia.

Frente a situaciones de urgencia que han merecido atención médica, de acuerdo con el sistema SIVIGILA en 2013, basado en un universo de 1809 reportes por intoxicaciones debido a consumo de SPA, un total de 16 casos fueron por opiáceos mezcladas con otras sustancias, 11 por heroína; 2 por metadona; 2 por cannabis-perico-heroina-basuco; 2 por heroína-alcohol-etílico-cannabis; 1 por heroína-metadona; 1 por heroína-cocaína; 1 por cannabis-cocaína-heroina-alcohol etílico; 1 por cannabis-metanfetamina-heroina; 1 por cannabis-basuco-heroina.

Estudios como el de Pérez (2010) muestran que los hospitales públicos no hacen un recuento y sistematización de forma específica y adecuada para ingreso de casos asociados a heroína y otras SPA inyectables. Desde luego, la poca información está refundida, es confusa, además de tener poca especificidad. De 12 hospitales sólo 5



reportan atenciones relativas a consumo de SPA, 5 manifiestan tener protocolos de atención para casos por heroína, 4 que no son los mismos anteriores manifiestan tener personal médico entrenado para afrontar sobredosis de heroína, 7 manifiestan que atendida la emergencia, los/as pacientes son valorados/as en interconsulta y remitidos a otra institución.

En cuanto a las demandas de tratamiento por desintoxicación, hay un número muy elevado de pacientes en tratamientos o solicitando tratamiento, según el estudio de Pérez, en ciudades como Armenia, Pereira, Medellín, Cali y Cúcuta, e incluso recientemente en una pequeña localidad de Santander de Quilichao. Agrega que desde el año 2005 aumenta el número de emergencias hospitalarias asociadas a consumo de heroína. A continuación se presenta la relación de estos resultados en las ciudades de Bogotá, Cúcuta, Medellín, Cali, Quindío, Pereira y Risaralda:

	2004	2005	2006
Bogotá	10	4	1
Cúcuta		92	35
Medellín		34	11
Cali		1	
Quindío		26	18
Pereira		8	12
Risaralda			42

Tabla 2 - Número de solicitudes de atención por consumo de heroína [obtenida en Secretarías de Salud y Centros de tratamiento]. Fuente: Pérez (2010).

Frente al sistema de tratamiento a nivel privado los estudios también resaltan cómo estas instituciones no tienen terapias diferenciadas ni claridades respecto a atención de heroínómanos/as y manejan un nivel igual de ambiguo que las instituciones públicas. Así mismo denota preocupación marcada frente a la capacidad técnica de estas instituciones para brindar “soluciones” a población UDI.

### 3. Marco institucional

Cualquier perspectiva que proporcione un alfabeto sobre salud pública, además de reducción de riesgos, mitigación de daños, derechos de personas UDI, consumo





responsable, entre otras nociones, debería activar acciones definidas en la política pública nacional, municipal, local.

Por eso, es importante mencionar que las recientes orientaciones inherentes a las coordinadas de una política pública sobre heroína y otras drogas inyectables hasta ahora se están fraguando en el denominado *Plan Nacional consumo emergente de heroína*, en el marco del Convenio 464, con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM). El Ministerio de Salud y Protección Social definió la construcción de un plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y la atención primaria en salud. La construcción del Plan Nacional es una de las acciones preventivas que se viene adelantando desde el Ministerio en departamentos como Quindío, Caldas, Risaralda, Valle del Cauca, Antioquia, Cauca y Norte de Santander, que tiene entre sus objetivos la implementación de programas de intercambio de jeringas encaminados a frenar infección por VIH, hepatitis y otras enfermedades entre población UDI.

Cabe también referirse a la *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto* del 2007, la cual se construye durante cuatro años como respuesta a la necesidad de lineamientos frente a la demanda del consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias. Teniendo en cuenta la protección social, la garantía de derechos, el desarrollo de capacidades y oportunidades, la lucha contra la inequidad y la falta de integración social. De esta manera, sus principios se encuentran sustentados en enfoques integrales (entre lo formal y lo social) que buscan controlar los riesgos asociados al uso y abuso de SPA, la creación de entornos protectores y favorables, la corresponsabilidad (como cooperación y compromiso compartido entre el Estado, la sociedad, la institucionalidad, la familia y el individuo) y el respeto por los derechos humanos y sociales.

La Política tiene tres objetivos estratégicos, a saber: a) intervenir sobre un mayor número de condiciones y factores macrosociales, microsociales y personales que incrementan la vulnerabilidad al consumo de SPA; b) contar con medios para que personas, hogares y comunidades encuentren respuestas oportunas e integrales a sus necesidades frente al consumo problemático de SPA; c) tener capacidad de



integración, así como de respuesta técnica, institucional y financiera ante las demandas del consumo problemático de SPA.

Gira en torno a tres enfoques, a saber, la protección social, la reducción de la demanda y la promoción de la salud; y a tres ejes operativos, es decir, prevención, mitigación, superación y un eje transversal sobre construcción de capacidad de respuesta:

Prevención: cuya meta principal es evitar/prevenir el inicio y uso indebido de SPA en cualquier etapa del ciclo vital, identificando la necesidad de operar sobre condiciones o variables contextuales, situacionales, familiares e individuales que puedan incrementar el riesgo y la vulnerabilidad del inicio y mantenimiento del uso de SPA lícitas e ilícitas (especialmente aquellas que son más predictoras del riesgo y aquellas que se pueden intervenir con los recursos que se tienen o que es posible potenciar).

Mitigación: tiene como objetivo reducir los riesgos, antes y después de que se materialicen y cuando ya se han convertido en “daños”, interviniendo sobre las condiciones que inciden en la transición a patrones de mayor riesgo o daño con el consumo y proponiendo priorizar en la detección oportuna de casos, fomento de redes e inclusión social.

Superación: pretende aliviar “los choques” cuando ya se han producido, afrontando la situación de consumo y orientando hacia salidas y procesos de tratamiento, rehabilitación e inclusión social. Sugiere el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención, la eficiencia en la prestación de servicios y la sostenibilidad financiera de las IPS públicas.

Construcción de Capacidad de Respuesta: fundamental para el logro de los objetivos anteriores, busca contar con capacidad integradora, respuesta técnica, institucional y financiera ante las demandas del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales.

Dentro de la ampliación del espectro de servicios y derechos reconocidos a la población usuaria de SPA, la ley 1566 de 2012 es un hito significativo en la medida en que reconoce estos derechos y avanza hacia la construcción de garantías plenas para su ejercicio. Lo anterior en virtud de articular explícitamente el tema del consumo de



SPA con la oferta y exigencias hechas al sistema de salud colombiano. Todo con el objetivo de reforzar una visión del consumo de sustancias psicoactivas, problemático o no, como asunto de salud pública. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Significa lo anterior que los y las usuarias de drogas deben ser tratados como “enfermos” y tendrán derecho a ser atendidos en forma integral por las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos que permitan la plena rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud, estas acciones serán incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Para ello el Gobierno Nacional y los entes territoriales garantizarán las respectivas provisiones presupuestales para el acceso a los servicios previstos en este artículo de manera progresiva, dando prioridad a menores de edad y a poblaciones que presenten mayor grado de vulnerabilidad con espera que en el año 2016 se haya ampliado la cobertura a toda la población usuaria de sustancias psicoactivas.

Será necesario que las instituciones y los servicios de atención integral a personas consumidoras de sustancias psicoactivas dispongan de las condiciones de habilitación y auditoria pues de no ser así se harán acreedores a la aplicación de las medidas y sanciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud para tal efecto. En lo que toca a la prevención del consumo en las empresas, el artículo 6º de la ley señala que deberá asegurarse un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo.



#### 4. Iniciativas en reducción de daños en el consumo de heroína y otras sustancias inyectables

Ante la innegable multitud de evidencias sobre el incremento de la presencia de sustancias inyectadas en Colombia, se hacía urgente aportar un replanteamiento a esquemas metodológicos, así como concebir nuevos paradigmas de acción contundentes, que de tal modo resultaran asertivos para incidir efectivamente en el conocimiento y abordaje de las lógicas de consumo y prácticas de inyección de la población UDI.

##### 4.1. Campaña “Heroína en Colombia”

En el año 2011 la Corporación ATS realizó el proyecto piloto “Hacia la prevención, mitigación y atención del consumo de heroína”. La iniciativa, ejecutada con recursos del Ministerio de Salud y Protección Social y contrapartida de los departamentos de Risaralda, Caldas y el municipio de Santander de Quilichao, brindó un panorama actual de la situación del consumo de heroína en el país y presentó una estrategia comunicativa que se construyó de forma participativa para la atención, prevención y mitigación del consumo de heroína. También se incluyó información de Cúcuta, Bogotá y a nivel nacional que daban un panorama de la situación. Es entonces a partir de ese mismo año que, entre otras, como respuesta a semejante vacío teórico-práctico, la Corporación ATS se convierte paulatinamente en la organización de la sociedad civil en Colombia más comprometida con la incorporación de nuevos enfoques para el abordaje del consumo de heroína, que van desde la reducción de riesgos, la mitigación de daños, la comunicación estratégica, los derechos de las personas usuarias.

Entre los años 2007 y 2013 en Colombia estos enfoques propuestos por ATS se relacionaban, se enmarcaban y daban continuidad a las siguientes acciones que desde esta organización se han liderado, participado o impulsado: la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, el Estudio de consumo de heroína y VIH en Cúcuta, la Estrategia de comunicación para la prevención, mitigación y atención del consumo de heroína en Cúcuta y Norte de Santander. En esa medida, la Corporación ATS emprendió un trabajo decidido y



constante mediante el desarrollo de semejantes estudios de consumo de heroína en las ciudades de Santander de Quilichao, Medellín, Cúcuta, Cali y Pereira donde, a excepción de Santander de Quilichao en el que su estudio fue más de carácter cualitativo y descriptivo, en las demás ciudades se comenzaron a implementar herramientas de análisis actualizadas sobre prevalencia de VIH entre las personas usuarias y un cuestionario epidemiológico estandarizado para este tipo de indagaciones, diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), todo lo cual permitió conocer más a fondo sobre aspectos relacionados a comportamientos sexuales, prácticas de consumo, otros tipos de consumos, percepción de riesgo, intercambio de jeringas, entre demás inquietudes.

Para el caso concreto de la ciudad de Pereira y Cúcuta los estudios fueron muy reveladores, ya que en el caso de Cúcuta se encontró en base a la muestra efectuada una prevalencia de 9% de infección de VIH entre las personas usuarias de heroína. Allí mismo ATS empezó las primeras acciones de conformación de redes de personas usuarias, sensibilización comunitaria y asesoría en programas de intercambio de jeringas. Para el caso de Pereira la prevalencia de infección de VIH fue de 2.8%. En esta ciudad, así como en las cuatro ciudades mencionadas, también se inició la estrategia de comunicaciones para la prevención y mitigación de daños en el consumo de heroína que articula personas usuarias, comunidad e instituciones en el manejo del fenómeno.

#### 4.2. CAMBIE, el primer programa de acceso a material higiénico de inyección en Colombia

La decisión de que el primer programa piloto de acceso a material higiénico de inyección se implementara en Risaralda se tomó por varias razones. Gracias al estudio del CES (2011) había conocimiento de la necesidad. Se trataba de un estudio de prevalencia de VIH en 240 UDI de entre 18 y 65 años de la ciudad de Pereira, en el cual se detectaba que 9 de cada 10 UDI se inyectaba 4 veces al día. El 64% reconocía haber compartido jeringas con otras personas usuarias, el 0.9% lo había hecho con personas infectadas de VIH y el 5% con personas con hepatitis.



Además Pereira contaba con las condiciones técnicas y políticas idóneas para el desarrollo de este piloto. Por una parte, la Secretaría de Salud, a través de su secretario Dr. Julián Mauricio Trejos, ha brindado todo su apoyo y ha asumido un rol protagónico. En la práctica y sin recursos específicos que pueda destinar a esta cuestión, emprendió la gestión de los desechos biológicos del Programa, lo ha dotado de una enfermera que de manera puntual da atención a las personas usuarias y se ha convertido en la cara visible ante los medios de comunicación tanto locales como internacionales.

En el plano operativo ATS cuenta con la alianza en terreno de la Fundación Teméride, de amplia experiencia en campo y que ya mantiene una relación estable basada en la confianza con población UDI del territorio. Juntos hacen parte la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS) seccional Colombia. Sin el trabajo conjunto entre ATS y Teméride desde el inicio, pasando por la fase de alistamiento, mapeo y socialización, la puesta en marcha del Programa no hubiera sido factible. Sin la dedicación de Teméride en el día a día de CAMBIE, tampoco hubiera sido posible la buena acogida del Programa por parte tanto de las personas usuarias como de la comunidad.

Para poder lograr todos estos objetivos era necesario primero tener un buen diagnóstico de la realidad sobre la que se iba a intervenir. Además el diseño del Programa debió adaptarse a las necesidades e intereses de la población diana, así como ser útil a la comunidad y a las administraciones locales. Para ello son muchas las decisiones que debieron tomarse: si se trataría de un servicio móvil o fijo, con qué personal tendría que dotarse, cuáles las reglas de entrega y recogida de material de inyección, qué material se distribuiría, cuál era la información a recoger y cómo iba a sistematizarse, son sólo algunos ejemplos.

Evidentemente para resolver todas estas cuestiones, como ya se mencionó antes, es indispensable contar con el conocimiento y la participación de UDI del territorio. Será a partir de la colaboración de personas usuarias, la experiencia de los equipos operadores de campo y el personal político y técnico lo que dará las claves, para



empezar a dar forma a cómo se implementaría el Programa en el territorio de Risaralda, en concreto en las ciudades de Pereira y Dosquebradas.

El 12 de abril de 2014 ATS y Teméride sacan por primera vez el vehículo de CAMBIE a las calles de Pereira. El 1 de mayo se amplió el servicio a Dosquebradas. Desde su inicio hasta el 31 de Agosto ya tenía registradas más de 643 UDI que han asistido al servicio en más de 7100 ocasiones. En total se habían repartido casi 43400 kits higiénicos de inyección y recogido más de 25000 jeringas utilizadas. En cuanto a otras intervenciones 194 personas habían sido derivadas a otros servicios sociales o de salud: 138 a servicios de salud, 13 a Desarrollo Social, 1 a la Registraduría y 42 a grupos de apoyo y/o tratamiento. En cuanto a intervenciones educativas con la población UDI registrada en CAMBIE en 2025 ocasiones se trataron técnicas de inyección higiénica, 1195 veces se habló de prevención y manejo de sobredosis, en 984 situaciones de prevención de VIH y otras ETS, e incluso se abordaron otros temas como el de derechos.

Si bien la situación y las dinámicas del consumo inyectado en Risaralda son diferentes a las de Bogotá, el aprendizaje adquirido a través de esta experiencia ha sido determinante en el proceso que este diagnóstico inaugura en la capital.



## CAPÍTULO 4. COTIDIANIDAD DEL CONSUMO EN BOGOTÁ

---

### INTRODUCCIÓN

Desde que se decidió poner en marcha CAMBIE en Bogotá se ha estado trabajando con población UDI, especialmente de heroína, ketamina y cocaína, para conocer dinámicas de consumo de sustancias inyectables en la ciudad y diseñar el Programa de manera que se adecúe a sus necesidades. Dada la fuerte estigmatización que recae sobre la inyección de drogas, y en concreto de heroína, muchas de las personas usuarias niegan e invisibilizan su consumo. Se hace necesario, por tanto, recurrir a metodologías que permitan superar estas barreras de acercamiento a la población consumidora.

En el caso de inyección de ketamina, esta realidad se hizo evidente sobre todo mediante las intervenciones de Échele Cabeza cuando se de en la cabeza (EC), mientras que la aproximación a personas usuarias de heroína, al ser su consumo inyectado más solitario y oculto, tuvo que realizarse de manera diferente.

Se le presentó la idea de implementar un servicio de acceso a material higiénico de inyección en Bogotá a una consumidora de heroína en activo y no sólo lo valoró como muy necesario sino que además se lo hizo suyo desde el principio. A partir de ese momento empezó a formar parte del equipo de CAMBIE como coordinadora de pares. Ha sido ella la que ha organizado semanalmente grupos focales y de discusión en los que han participado unas 45 personas usuarias de inyectables, especialmente heroína. Si bien al comienzo convocó a gente de su confianza, en poco tiempo corrió la voz y también la contactaban personas que habían visto o recibido los materiales informativos de CAMBIE o hablado con alguien que ya había participado.

La gran mayoría de las personas consumidoras que asistieron a los grupos focales y de discusión adquieren su sustancia en el Barrio Santa Fe y/o en la localidad de Chapinero, aunque unas pocas lo hacen en algún punto del norte y del sur de la ciudad. De manera directa o indirecta se conocen. Si bien esto puede ser fruto del sesgo que implica que la convocatoria empezara a través sólo de la coordinadora de





pares, parece más acertado pensar que en general estas personas se referencian por frecuentar los mismos puntos de expendio y reencontrarse a lo largo de los años.

En la mayoría de los casos la población usuaria contactada se desplaza hasta los lugares de expendio, esto corresponde con aquella a la que se dirige CAMBIE, que es la que no esconde radicalmente su consumo y acudiría a un Programa en el cual por el hecho de entrar será identificado/a como UDI. Sólo dos de las personas abordadas compran a domicilio. En estos casos, si bien se muestran reacias a acudir a un servicio para UDI, pueden verse beneficiadas por el Programa gracias al intercambio secundario, mediante otra persona consumidora registrada en el Programa y a través del material informativo al que puede acceder desde la web [proyectocambie.com](http://proyectocambie.com).

## 1. Formas de aproximación a la población UDI en Bogotá

Las prácticas de consumo de la población usuaria de ketamina inyectada son diferentes a las que se inyecta heroína. Las estrategias de acercamiento, por tanto, también deben ser diferentes. Se debe reconocer que en un inicio CAMBIE no tenía en el punto de mira esta población, fue una realidad que se impuso.

Las intervenciones de Échele Cabeza han sido una oportunidad para ver de primera mano las tendencias en lo que se refiere a consumo de SPA en diversos ambientes, incluyendo las fiestas electrónicas. En una de estas, un chico y una chica que oscilaban 20 años sacaron el frasco de ketamina y una jeringa, ella se inyectó y acto seguido volvió a recargar la jeringa en el mismo frasco, se la pasó al compañero, que procedió a inyectarse con la misma aguja.

Tras observar todo el proceso, una voluntaria del equipo de EC se les acercó, le comentaron que se habían visto obligados a compartir la jeringa dado que en el control de la entrada les habían confiscado el resto de material de inyección que traían. Se les invitó a conocer el proyecto y tener una breve charla sobre los riesgos de la inyección, especialmente aquellos derivados de compartir parafernalia. A partir de ese momento, en las intervenciones de EC se dispone de kits de material higiénico de inyección, siempre que se participa de un evento en el que se estima probable la



presencia de población UDI. En tales ocasiones, un/a profesional especializado/a en la reducción de daños en consumo inyectable es la persona encargada de atender a esta población.

Los grupos focales y de discusión confirmaron la necesidad de intervenir en estos ambientes ya que se hizo evidente que en la actualidad el consumo inyectado de ketamina, así como de cocaína, son una de las principales puertas de entrada al consumo inyectado de heroína.

El consumo inyectado de cocaína es una realidad difícil de situar dado que es muy extensa, los puntos de venta están muy diversificados y se hace difícil encontrar rutas comunes en las que situar puntos de atención. Por esta razón se decidió explorarla a través de las personas asistentes a los grupos focales, que en todos los casos han sido o son policonsumidoras.

### 1.1. Observación participante

Cada vez son más las personas inyectoras de ketamina que recurren al estand de EC en busca de información y de material higiénico de inyección. La entrega del kit, además de ser un objetivo en sí mismo, se convierte en una excusa: por una parte se indaga sobre las prácticas de riesgo extendidas entre este grupo de personas consumidoras; y por otra se ofrecen recomendaciones en prácticas de inyección higiénica, poniendo especial énfasis en la necesidad de que cada persona disponga de su propia parafernalia para el consumo.

Se han realizado 5 intervenciones en las que se ha tratado con consumo inyectado. La primera fue la descrita más atrás y consistió solamente en recoger información sobre el consumo e incidir en la necesidad de que cada persona tenga su propia jeringa y no se comparta el frasco. Este primer contacto con 2 personas usuarias, un hombre y una mujer que rozaban los 20 años, sirvió para dar a conocer el trabajo de Échele Cabeza y romper el hielo para próximos encuentros.

Las dos personas contactadas volvieron al estand de EC junto con 2 chicos más en una intervención posterior, vez en la que fue posible ofrecerles piezas de comunicación



impresas, se les hizo entrega de kits e introdujo a técnicas de inyección higiénica. Informaron que en el control de entrada a la fiesta les habían confiscado las jeringas adicionales que llevaban. Presentaban las venas deterioradas, lo que hace pensar que el suyo es un consumo habitual y que desconocen técnicas de inyección higiénica.

Otras dos intervenciones se realizaron en un club de Chapinero, allí se identificó a una persona usuaria a la que se abordó de manera directa, preguntándole por su consumo. Otras tres se acercaron al stand y pidieron directamente por material de inyección dado que una de ellas ya conocía el proyecto a razón de las dos intervenciones anteriores.

La última intervención se efectuó en un festival organizado por el Distrito durante tres días, en los que se acercaron al stand 8 personas consumidoras, 3 con las cuales ya se había interlocutado en intervenciones anteriores.

En total fueron 12 personas contactadas (10 hombres y 2 mujeres) de las cuales se pudo recoger información muy valiosa que se irá exponiendo de aquí en adelante.

## 1.2. Grupos focales y grupos de discusión

Se realizaron 4 Grupos de Discusión (GD) y 5 Grupos Focales (GF) entre julio y septiembre de 2014, en los que participaron un total de 45 personas consumidoras de heroína. No eran remunerados, el estímulo ofrecido fueron kits de inyección así como los talleres de inyección higiénica y prevención y manejo de sobredosis. La meta era contar solamente con personas realmente interesadas en las premisas del Programa y evitar así que la motivación fuera un pago. No obstante, sin aviso previo, al finalizar las sesiones se les dio un auxilio de transporte de 10.000 pesos.

Del total de participantes, 12 eran mujeres y 2 trans. Teniendo en cuenta que a menudo quedan silenciadas las mujeres dado que son minoría en este fenómeno del consumo de inyectables, se organizó un grupo de discusión sólo para ellas al que finalmente asistieron 3.

La mayoría de la población participante era joven, no más 3 de los hombres pasaban los 35 años, uno tenía 50 y dos 38. Aun así, las trayectorias de consumo de las



personas participantes son bastante largas, llegando a encontrar quien lleva consumiendo más de 17 años. Paradójicamente, aquella de 50 años lleva consumiendo hace sólo 5 meses.

Aunque se pedía que todas las personas participantes fueran inyectoras de heroína, muchas también eran o habían sido consumidoras de otras sustancias. Como sustancia inicial a la inyección muchas señalaban la ketamina. Otras también consumían o habían consumido cocaína. En dos casos también se hacía referencia a la inyección de alcohol. Todas tenían como sustancia de preferencia la heroína.

En tres ocasiones asistieron parejas, dos hombres con sus respectivas compañeras y una mujer con su compañero. La intención sobre todo era conocer qué hacer en caso de sobredosis. Todas ellas esnifaban heroína. Una estaba dudando si probar la vía inyectada, participar en el grupo era una forma de poder tener más elementos para tomar la decisión.

Cabe mencionar que los vaivenes de la escasez, también presentes en dinámicas de oferta y demanda de heroína en Bogotá, se hicieron notar en los grupos focales. En una ocasión no pudo acontecer el grupo porque todas las personas que iban a asistir se encontraban esperando a que se ofreciera un expendio que no llegaba.

Tanto los grupos focales como los de discusión tuvieron una duración de entre dos y cuatro horas. La primera parte consistía en una breve presentación de las personas participantes y sus trayectorias de consumo. La segunda se centraba en sus prácticas de inyección, repasando cada paso de la inyección para luego dar recomendaciones sobre estrategias aplicadas a prácticas de inyección higiénica. La tercera parte trataba las sobredosis, en que después de compartidas las experiencias vividas se ofrecía el taller de cómo identificar e intervenir en estas situaciones. Los grupos terminaban con la elaboración de un mapa en el cual señalaban las zonas estratégicas de la ciudad en las que consideraban debería operar un programa como CAMBIE.



## 2. El consumo inyectado en Bogotá

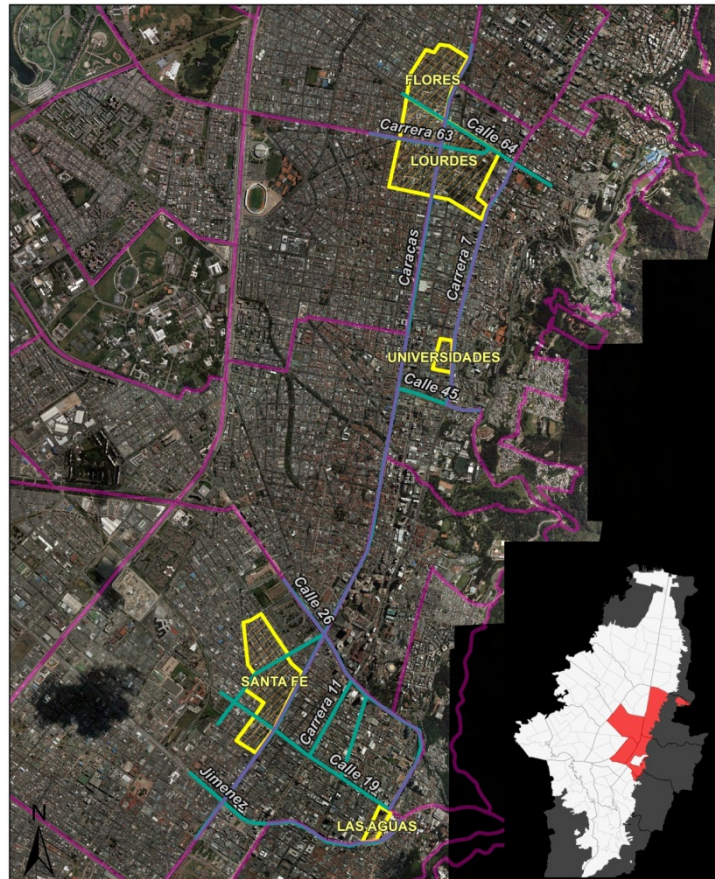
El trabajo de campo aportó información relevante tanto sobre la población UDI como sobre las dinámicas del consumo en la ciudad. Es fundamental conocer los lugares frecuentados y transitados por la población consumidora, sus horarios y sus prácticas para diseñar un programa de acceso a material higiénico de inyección acorde a sus necesidades y por tanto exitoso. [Cartografía y dinámicas del consumo en Bogotá](#)

Los mapas surgidos de los grupos focales sitúan el área de influencia de la población UDI en 3 zonas de la ciudad: la localidad de Chapinero, el barrio de Santa Fe y los alrededores de Las Aguas. En algunos casos se acude directamente al lugar de expendio, aunque en la mayoría de ocasiones se agenda una cita vía telefónica por allí cerca. No es inusual que a veces sean varias las personas compradoras que se encuentran en una esquina esperando horas a que llegue la sustancia. El horario de venta suele ser entre las 9am y las 11pm, las horas pico son de las 12pm a las 6pm. Muchas personas optan por comprar y consumir en la comodidad y privacidad de sus hogares, para evitar así ser identificadas como población UDI, exponerse a los riesgos implicados de comprar en la calle y/o lidiar con la policía.



## MAPA CONTEXTO

UBICACION DE ZONAS DE INFLUENCIA UDI  
LOCALIDADES SANTA FE & CHAPINERO



Las dinámicas de consumo varían mucho según la sustancia. Las más extendidas son heroína, ketamina, cocaína y speedball, siendo heroína la última que se incorpora en las trayectorias de consumo.

Uno de los factores fundamentales para localizar la población usuaria son los lugares y las formas de acceder a la sustancia. En el caso de ketamina, en los últimos años se ha vuelto mucho más complicado comprar directamente a las veterinarias, ya que son muy pocas las que se arriesgan a saltarse los estrictos controles. De lo indagado hasta ahora, sólo se ha identificado una veterinaria como lugar de expendio directo. La reventa suele hacerse en general por las mismas vías que otras sustancias de uso recreativo, ya sea a dealers de confianza o en el propio contexto de ocio. Actualmente se consigue en presentación Imalgene 500 e Imalgene 1000 y su precio ronda los 25.000 y los 50.000 pesos respectivamente.



En el caso de heroína son pocos los lugares de expendio y la reventa que pueda existir no es significativa. Las personas consumidoras o bien van al expendio o bien adquieren la sustancia a domicilio, lo que puede implicar un sobrecargo que puede ser el el precio del transporte o variar dependiendo de la capacidad económica de quién la compra. Hace unos años se podía comprar un punto por 5000 pesos, mientras que actualmente el mínimo a comprar son 10.000 pesos, incluso existen expendios en los que sólo se suministra a partir de 20.000 pesos.

## 2.2. Trayectorias de consumo

Para implementar servicios y programas adecuados a la población UDI es fundamental conocer las trayectorias de consumo, las prácticas de riesgo, los casos de sobredosis y las experiencias de tratamiento en detalle.

### 2.2.1. Inicio a la inyección y mantenimiento del consumo

Tal como señalaban los estudios mencionados en el capítulo anterior, casi todas las personas participantes al taller manifestaron haber aprendido a inyectarse con alguna amistad, aunque también hay algunos casos en que la primera inyección la hacen en solitario. Las razones que las llevan a inyectarse son variadas. En la mayoría de los casos impera la curiosidad:

“Empecé esporádico en las fiestas inyectándome ketamina, a los meses conocí unas amistades que consumían heroína, me dio curiosidad”. (GF1408CM)

Algunas personas optan por la inyección para evitar determinados efectos secundarios de otras formas de consumo:

“Al principio me la inhalaba pero me congestionaba los pulmones, por eso preferí inyectármela”. (GF1408LT)

“Me inyecto la cocaína porque canto y no me cuadra esnifarla”. (GF0609IM)

Tal como ya apuntaban Pérez y Mejía (2005), el trabajo de campo ha confirmado que la inyección de otras sustancias como la cocaína es una puerta de entrada al consumo de heroína inyectada. En algunos casos la heroína se incorpora como forma de rebajar los efectos de la cocaína. No obstante se encontró que para muchas de las personas



contactadas la primera sustancia inyectada fue ketamina. Parece ser que esta práctica cuenta con cierta aceptación en determinados ambientes. Así lo percibía una de las personas consumidoras de heroína que participó en los grupos focales:

“Consumo solo porque muchos amigos se rayan con el mismo hecho de saber que alguien consuma heroína, a pesar de que algunos se inyectan ketamina”.  
(GF11408A)

Esta información contrasta con experiencias como las de CAMBIE en Pereira, donde lo que en general antecede el consumo de heroína inyectada es el consumo de heroína en lata o balazo. En esa ciudad el consumo de heroína también está muy relacionado con el consumo de basuco, mientras que entre las personas que participaron en el taller de Bogotá se habla más de speedball, cocaína o ketamina inyectada.

Varias personas señalan que, una vez se le pierde el miedo a la aguja, no sólo es la sustancia la que provoca adicción:

“Al principio cuando se empieza con esta locura uno no tiene ni idea cómo inyectarse, aprende a los golpes, después le da la locura de inyectarse en todos lados, chutarse lo que sea”. (GF06091M)

“A mí lo que me dio es adicción a la aguja”. (GD2407M)

A pesar del papel de la ketamina en las etapas de inicio del consumo, esta tiende a desaparecer a medida que la heroína va ganando protagonismo. En este sentido parece que la heroína sustituye el consumo de ketamina, lo que por lo general no pasa con el consumo de cocaína, que en muchos casos se complementa. El speedball, mezcla de cocaína y heroína en la misma jeringa, es muy popular entre la población inyectora. En comparación con la heroína, la cocaína es mucho más compulsiva.

En relación al consumo y la dependencia a la heroína, se coincide en que la sensación inicial no se repite, además de generar enganche:

“Ya no disfruto el H, me inyecto para no estar mal y seguir rindiendo”.  
(GF1408A)

“Llega un momento en que se convierte en el centro de tu vida, o le bajas y vives o no puedes trabajar, no puedes hacer nada”. (GD3107GY)





A partir del momento en que existe dependencia, se hace necesario mantener un hábito que resulta bastante costoso. De ahí que se tenga que contar con ingresos fijos. A diferencia de lo que indicaban los estudios consultados para este diagnóstico, en la mayoría de los casos la población consumidora participante estudia y/o tienen empleo formal, lo que les obliga a disimular su hábito:

“Siempre he trabajado, siempre lo he disimulado, nunca he tenido encontrones. Aunque no es una situación sencilla”. (GD3107GY)

“Nunca me he dejado enmonar, así no tenga trabajo estable, siempre he procurado rebuscar los medios económicos para sostener el hábito”. (GF1408A)

Son varias las personas que han perdido sus trabajos porque quien les contrataba había descubierto su consumo. Como ya referenciaban algunos estudios citados anteriormente, un significativo número trabajan por cuenta propia en artesanía, arte callejero o retaqueo. Han sido muy pocas las que dicen recurrir a actividades delictivas para mantener el consumo y las que lo hacen es sólo de manera excepcional, por falta de acceso a otros modos de sustento:

“Intento no hacerlo, pero sí he robado. Sólo cuando me he encontrado muy desesperado”. (GD2108D)

“He llegado a robar con mi hermano para pagarnos la dosis. Lo hicimos varias veces, hasta que una noche le robaron la pensión a mi padre. Desde esa vez no volvimos a hacerlo. Ahora, retacamos o vendemos dulces”. (GD2108P)

La intensidad en el consumo varía según el momento vital, el acceso a la sustancia o las circunstancias:

“Le bajé a esa dosis tan alta por el cansancio de estar todo el día tirado, tocaba trabajar, tenía otros intereses”. (GD3107JA)

“No he tenido épocas de abstinencia total pero cuando estoy en metadona sí he tratado de disminuirle [...] Tuve una recaída dura y me estuve chutando 1,5 gramos al día, 15 o 16 veces al día”. (GF2308A)

Varias personas toman medidas para evitar la compulsividad en el consumo:

“Siempre trato de no hacerlo todos los días porque le tengo terrible terror al mono, he tenido varios monos que no se los deseo a nadie”. (GF0609IM)



“Tengo una rutina de trabajo y estudio que no me permite colgarme ni estar mal”. (GF1408A)

“Me da miedo inyectarme y no quiero aprender a hacerlo sola para no consumir más”. (GD2407A)

Un significativo número de personas que participaron de los grupos focales y de discusión viven con sus familias y/o participan del negocio familiar, algunas tienen parejas no consumidoras de inyectables y con hijas/os a su cargo. En estos casos el consumo suele ser conocido y existen ciertos pactos dirigidos a regular sus dinámicas. En este sentido, la familia se convierte en una red de contingencia y apoyo emocional y económico que evita que el/la UDI se encuentre en situación de calle.

### 2.2.2. Prácticas de inyección

Las prácticas de consumo varían mucho según las personas y la sustancia. En el caso de ketamina se ha detectado que a menudo se trata de un consumo recreativo presente en contextos de ocio. El caso de la heroína es diferente, en general se trata de un consumo en solitario que busca de un ambiente íntimo y tranquilo.

La mayoría de las personas consumidoras de ketamina que se contactaron consumen sólo en el marco de la fiesta. La dosis depende de la cantidad con la que se cuente para la noche y el número de personas con las que se comparta. Tres de las personas con las que se habló reconocieron consumir habitualmente, lo que se hacía evidente al ver el estado de sus venas. Entre las que consumían sólo de vez en cuando y contestaron cuántas veces iban a inyectarse durante ese día, una chica iba a inyectarse una vez, el resto lo hacían entre 2 y 4 veces. Uno respondió que hasta que finalizara el frasco.

En el caso de heroína la cantidad depende de la tolerancia de cada persona y el momento en la trayectoria de consumo en la que se encuentre. En general se oscila entre las 3 y las 5 inyecciones diarias, aunque se encuentran casos en los que se alcanzan las 12 inyecciones al día. Las personas consumidoras de cocaína pueden llegarse a inyectar muchas más veces:

“Yo dejé de chutarme cocaína porque con eso sí que no podía parar. Es un chute tras otro”. (GD2407M)



En lo que se refiere a las técnicas de inyección en general son muy precarias. A diferencia de lo que dicen los estudios, la población que ha participado en los grupos focales si aplicaba prácticas asépticas en sus etapas iniciales de consumo inyectado de heroína, las cuales se pierden a medida que aumenta el consumo. En muchos casos se comenta que al empezar a consumir se usaba agua esterilizada, se limpiaban las manos y la zona donde se iba a realizar la inyección, se utilizaba jeringa nueva en cada ocasión, se usaba cuchara limpia. Con el tiempo, la normalización y el incremento del consumo hacen que se termine por renunciar a estas medidas básicas de higiene. Incluso, hay personas que llegan a utilizar agua del eje ambiental, no hay aseo antes de la inyección, la jeringa se reutiliza hasta en más de 10 ocasiones, la cuchara es considerada de larga duración:

“Yo he llegado a utilizar una jeringa hasta que ya no se le veían los números. Tenía la aguja que parecía un garfio”. (GD2108D)

“He llegado a usar la misma cuchara durante más de un año”. (GD2407M)

Así pues, tanto las personas consumidoras de ketamina como las de heroína reutilizan el material de inyección. Una de las principales razones es el precio de la parafernalia o las dificultades para acceder a ella dado que muchas farmacias se niegan a dispensar jeringas si sospechan que son para consumir:

“Aquí a veces ni siquiera le quieren a uno vender jeringas, teniendo la plata”. (GD2407M)

Alguna de las personas participantes se refería al estigma que recae sobre las personas consumidoras como otra de las razones de no comprar material nuevo para cada inyección:

“Duré con una jeringa mucho tiempo, por el tema de tener que pedirla en la farmacia y que me miren mal”. (GD2407D)

En general, se detecta un amplio desconocimiento en cuanto a las prácticas de consumo higiénico y las técnicas de inyección. No se sabe diferenciar arterias de venas, se inyectan en dirección contraria al flujo sanguíneo, se utiliza siempre la misma vena y el mismo punto de inyección hasta que se tornan inutilizables:



“No sabía cómo hacerlo, lo hacía intramuscular y se me infectaron los brazos. Fue muy mala experiencia”. (GF0609NP)

“A veces me inyecto y no sé si es que se me filtra, me queda la mitad por dentro de la vena y por fuera, se me inflama la mano horriblemente”. (GF0609K)

Las consecuencias de unas malas prácticas y la falta de higiene en la inyección han sido la razón de varias complicaciones médicas. Una de las más habituales son las infecciones, inflamaciones y abscesos, que en más de una ocasión terminan en el hospital:

“Una de las venas en la que acostumbraba a chutarme se me infectó, me la drenaron pero ahora me es imposible cogérmela”. (GD2407M)

En la mayoría de casos se inyectan en los brazos, aunque son varias las personas que no pueden encontrarse esas venas o bien ya no pueden usarlas y se inyectan en otras zonas del cuerpo. La más habitual es en las manos, aunque también hay quien se inyecta en zonas tan delicadas como la yugular o el pene. Muchas optan por lugares poco visibles para evitar ser reconocidas como consumidoras:

“He conocido gente que se inyecta entre los dedos porque no se encuentra más venas o por temor a que los padres se la pillen”. (GF1408J)

“Me chutaba en el cuello. Una vez se filtró líquido y se me infectó el oído”. (GF2308A)

Se hace un mal uso de la parafernalia, como torniquete se usan los cordones de los zapatos, el agua que se utiliza para mezclar las sustancia es de la llave, se usa filtro de cigarrillo para filtrar la sustancia si es que se filtra. Sólo una de las personas participantes del taller afirmaba tomar todas las medidas recomendadas para un consumo higiénico.

Los lugares de consumo también varían, las personas que viven solas manifiestan preferir la privacidad de consumir en casa, también las personas que viven con los padres. Muchas que lo hacen en calle suelen recurrir a baños de bares, restaurantes u otros establecimientos públicos.



Son muy pocas las personas que reconocen compartir la jeringa de manera habitual aunque son numerosas las que lo hacen en circunstancias que consideran muy excepcionales y con alguien con quien tienen mucha confianza. Sí es común compartir otra parafernalia. En el caso de la ketamina se es muy poco consciente de los riesgos de compartir el frasco, al que suele introducirse la jeringa usada de cada una de las personas que acceden a la sustancia.

Gran parte de las personas que participaron en los grupos focales y de discusión habían asistido antes a la investigación del CES donde les realizaban las pruebas de VIH y VHC. Sólo uno de ellos explicó haber sido diagnosticado de VHC, pero desconocía la ruta que debía seguir a partir de ese momento si quería vincularse a un tratamiento. Hubo varios participantes que se quejaron de no haber recibido jamás aquellos resultados.

Más allá de dicha investigación o de los análisis protocolarios al ingresar a un hospital o a un centro de tratamiento, son muy pocas las personas que se testean de manera regular. Un lugar al que acuden para hacerlo es al servicio gratuito que ofrece la Liga Contra el Sida.

### 2.2.3. Sobredosis

Prácticamente todas las personas participantes tanto en los grupos de discusión como en los grupos focales han padecido sobredosis, en muchos casos más de una, incluso una de las personas participantes explica haber estado en sobredosis siete veces. Las causas que aducen son:

- Mezclar sustancias, sobre todo heroína con benzodiazepinas y alcohol. También aparecen metadona y cocaína:

“Me la estaba oliendo, cuando llegué al apartamento me chuté y me dio sobredosis por intoxicación de alcohol”. (GF23080)

“Estaba rumbeando hacía tres días, me había metido crack, cripi, basuco, me chuté cocaína y bebí ron, y me dio la pálida”. (GF2308A)

- Consumir la misma cantidad después de un tiempo de abstinencia y haber perdido tolerancia:



“Fue porque llevaba 3 meses limpio y no me cuidé en inyectarme una dosis más baja”. (GD2108L)

- Haber cambiado de sustancia y encontrarse con una heroína de más pureza:

“Estaba en la plaza de las Cruces, me metí al baño, me chuté una sustancia que no era la habitual y me dio sobredosis”. (GF1408LT)

“El dealer cambió de sustancia y con la misma cantidad me coloqué lo habitual y se me fueron las luces”. (GF1408A)

- No ser él/ella misma quien prepara y se administra la sustancia, desconociendo la cantidad finalmente inyectada:

“Me inyectó una amiga y perdí la conciencia”. (GF2308L)

A pesar de que todas ellas conocen el riesgo de morir en sobredosis si nadie les encuentra continúan consumiendo en solitario. Una de las razones es que necesitan compatibilizar el consumo con sus quehaceres cotidianos. Otra es el miedo al estigma:

“Suele ser una droga muy solitaria, está muy estigmatizada”. (GD2407D)

Existe mucho desconocimiento sobre cómo actuar en caso de tener que intervenir en una sobredosis: baños de agua helada, cachetadas en la cara y golpes en el pecho son las técnicas más habituales. Se desconoce que ninguna de las anteriores está recomendada dado que los baños de agua fría pueden hacer entrar a la persona en estado de shock y los golpes suelen resultar inefectivos:

“Cuando mi amiga me llamó que no sabía qué hacer, hasta llamamos a otro amigo que dijo que le diera golpes en el pecho”. (GD2407D)

“Me metieron en la ducha, me dieron golpes en el pecho y me desperté”. (GF2308L)

La técnica más conocida es el boca a boca, aunque no siempre resulta efectiva dado que aunque se asume de oídas, no se dispone del entrenamiento adecuado para poder efectuarla correctamente:

“Me pasó que un amigo tuvo una sobredosis y le traté de dar respiración boca a boca, pero estaba tan tieso que no le pude abrir la boca”. (GD3107JA)

Son muy pocas las personas que conocen la naloxona, aunque en casos aislados en los que se tiene un contacto en el hospital se utiliza:



“Mi mejor amigo le sacaba naloxona a la mamá que es médica. Me tocó aplicarle una vez. De alguna manera ella la saca de donde trabaja el papá”. (GF1408A)

La mayoría se despierta en el hospital, aunque también existen casos de autorecuperación. Manifiestan el temor de llamar a la ambulancia o acompañar a alguien al hospital por miedo a las represalias de parte de la policía. En algunos casos se han visto en la obligación de huir:

“Me da pánico llamar a la ambulancia, me da miedo que se me muera y la policía me lo cargue”. (GD2407M)

Llamar a un taxi a veces tampoco es una alternativa dado que no paran por temor a meterse en problemas:

“Un amigo estaba en sobredosis. Salimos a llamar a un taxi. Pasaron 4 antes de que ninguno parara. Les da miedo que se les muera en el camino”. (GD2407M)

#### 2.2.4. Tratamientos de desintoxicación

Todas las personas participantes en los talleres han pasado por periodos de abstinencia, muchas lo hacen sin ninguna ayuda, en otros casos recurriendo a apoyo profesional. Los tratamientos mencionados han sido los Programas de Mantenimiento con Metadona (PMM), los Centros de Atención a Drogas (CAD) y las terapias alternativas. No obstante, acceder a tratamiento no siempre es fácil:

“Frecuento un médico porque quiero parar, pero el médico me dice que tiene que remitirme al psicólogo, y le digo que cuándo es el psicólogo, dentro de 20 días, voy al psicólogo y me dice que me tiene que remitir al psiquiátrico dentro de un mes, y voy donde el psiquiátrico y ya, ahí queda uno, porque no hay donde meterlo a uno, toca esperar”. (GD3107AR)

Son varias las personas que han estado o están en tratamiento de metadona y en muchos casos les resulta efectiva, aunque sea durante un tiempo. Las principales dificultades que encuentran son:

- Bajas dosis que no son suficientes para paliar el síndrome de abstinencia:

“La metadona no me hacía efecto hasta que pude acceder a la de 80mg”. (GF1408J)



- Hace falta presentar tutela para poder acceder a dosis adecuadas:

“Para poder acceder a tomar metadona de 40mg fue con guía de la psiquiatra, me tocó entutelar muchas entidades. Me tocó entutelar para que me dieran 3 dosis de metadona hasta 120mg diarias [40mg x 3] porque por lo general lo que dan era de 10mg”. (GD2407M)

- En caso de estar trabajando para alguna empresa, se expresa temor a usar la EPS en busca de tratamiento por miedo al despido:

“No he recurrido a adquirir metadona por cuestiones del trabajo, le ha pasado a compañeros que van a la clínica, le dan tratamiento, cuando la empresa averigua por la incapacitación y le dicen que era consumidor de heroína, lo echaron. Da igual que sea una información privada”. (GF1408J)

Algunas de las personas participantes reconocen tener metadona pero seguir consumiendo heroína, dado que la dosis que reciben no es suficiente, o simplemente porque la combinación de ambas les permite ser más funcionales.

El acceso a metadona en el mercado negro es muy fácil, las barreras de acceso y adhesión a tratamientos con prescripción médica señaladas hacen que se suela comprar en la calle y autoadministrar, con los peligros de sobredosificación que eso conlleva. En esa medida, existe gran desconocimiento sobre los riesgos de consumir metadona, especialmente cuando se mezcla con heroína:

“Cuando tengo síndrome de abstinencia hago ejercicio o tomo una pepa de metadona”. (GF1408J)

Las experiencias en los centros de rehabilitación son variopintas. En muchos casos han probado varios centros de tratamiento. Existe el caso, por ejemplo, de una persona que estuvo hasta en 8 centros de rehabilitación diferentes.

Una de las principales dificultades que se encuentran en algunos de estos centros es que no ofrecen ningún tipo de medicación para paliar el síndrome de abstinencia. En otros casos la queja es que se somete a los y las pacientes a sobremedicación, lo que las anula como personas:

“Las veces que mi mamá venía a verme tenía que arrastrarme en silla de ruedas porque de tantas pepas no podía ni caminar. No consumía pero estaba anulada”. (GD2407M)





“Según la clínica no dan metadona. La clínica Monserrat inyecta rivotril; el hospital San José Infantil miazolan, trazadon, clozapina; te obligan a tomarlas, cada seis horas 8 pepas, nunca dan metadona”. (GD2108G)

Coinciden en afirmar que varían según se trate de CAD habilitados o no. La segunda opción resulta por lo general muy poco adecuada. La falta de control hace que se apliquen dudosas técnicas que a menudo atentan a los derechos y a la salud de las personas atendidas:

“Lo que he visto allí no lo creerías: palizas, violaciones. Es que cualquier basuquero rehabilitado con un garaje y algunas sillas monta un centro. Ese personaje salió incluso en la tele, cuando mi madre lo vio no se lo creía, porque era muy listo y engañaba a los padres diciéndoles que éramos nosotros los que manipulábamos y que si nos sacaban de allí nos moriríamos. Cuando se murió mi mejor amigo él llamó a su madre y le dijo que su hijo se había muerto por su culpa”. (GD2407M)

Los ingresos forzados también han sido una cuestión recurrente en los grupos de discusión y grupos focales, algunas de las personas que participaron relatan que tuvieron que darse a la fuga:

“Me ingresaron en el hospital San José Infantil y con un catéter me metían una sustancia toda paila. No me daban metadona, entonces fue lo más tortuoso que he tenido en mi vida, porque era en una sala de observaciones en una cabina al lado con gente borracha y pepos que se cagaban y uno así abstemio y todo dopado con esa vaina. Fue como un mes, me escapé pero me dio una vaina respiratoria por el destete al meazolam. Ahí sí casi me muero”. (GF1408A)

Aunque, para ciertas personas, la experiencia no resulta tan negativa:

“Tuve una sobredosis y duré 3 meses internada a la fuerza en un centro de rehabilitación, del Hospital Santa Clara me llevaron a otras fundaciones. Me fue bien, ahora estoy limpia. Cuando consumía estuve años siendo habitante de calle”. (GF1408AM)

Se trate de PMM o de CAD, ambas exigen la abstinencia, siendo el consumo una razón de expulsión de los programas. Así lo analiza una de las personas participantes:

“La obsesión por la abstinencia reduce a la persona, o estás limpio o te vuelves mierda así en la calle, no hay punto medio, es blanco o negro, no hay gris. Uno puede llegar a un punto de estar estable, saberlo hacer, cuidarse, que los riesgos



sean mínimos pero acá te enseñan que se debe estar totalmente limpio”.  
(GD240M)

La mayoría de las personas participantes también habían logrado épocas de abstinencia sin necesidad de acudir a tratamiento. Las formas de mantenerse sin consumir y los motivos son variados:

“Me operaron de peritonitis y estaba consumiendo mucha heroína. Me llevaron al hospital, me dieron anestesia, me dieron otras drogas, cuando pude pararme ya no quería consumir, quería dejarla, esa fue mi recuperación de dos años. Estuve en medicina naturista, con gotas de valeriana”. (GF2308E)

“Aprovecho cuando salgo del país para limpiarme, pero vuelvo a Colombia y retomo”. (GF1408CM)

“La primera vez que dejé de inyectarme fue reduciendo la dosis, cada vez más rebajada, paulatinamente, hasta que empalmé de nuevo esnifándola, la cargaba en la billetera, pero más por necesidad psicológica de tenerla, incluso la tuve dos meses guardada sin consumirla”. (GF1408J)

“Mi madre me aconseja bajar el mono fumando marihuana. El problema es que me dan ganas de vomitar cuando la consumo enmonado”. (GF2308A)

“Conozco a un punkero que come mentas y fuma mucho para pilotear el mono, se encierra en el cuarto con roche y trago”. (GF2308E)

### 2.3. Otras problemáticas derivadas del estigma y la criminalización

Más allá de los problemas derivados de las sustancias y de las prácticas de inyección, el consumo inyectado acarrea otras problemáticas, ya sea por el estatus ilegal de la sustancia o por el estigma que recae sobre la población consumidora:

“Me ha costado mucho porque hay gente que te estigmatiza constantemente. Perdí mi novio, perdí al gato, perdí oportunidades también”. (GD2407D)

Son varias las personas que has señalado haber sido expulsadas de sus centros educativos, no por malos resultados académicos sino por persecución, exclusión y estigmatización por parte del personal docente, una vez enterados del consumo.

Consumir heroína implica un contacto con actividades delictivas que hace que las personas consumidoras estén ampliamente expuestas al trato con la policía, algo en muchos casos nada fácil.



Uno de los conflictos más habituales es en relación a la parafernalia. Si bien en algunos casos la policía se limita a requisar el material de inyección, en otros va un poco más allá:

“Hay policías que no entienden ese aspecto, creen que eso es como formarse un hábito. Uno cargaría el kit, pero más de un policía cuando se lo encuentre se la va a montar de drogadicto”. (GF1408AJ)

“Si te requisan y te cogen con parafernalia, te llevan a la UPJ”. (GR1109)

Varias personas denuncian casos de abuso policial:

Una vez que la policía me pilló una jeringa y me amenazaron con llevarme a la UPJ, me tocó darle 50mil pesos”. (GF2308E)

“Hay sitios que ya están muy boleteados, ponen la cita en la misma esquina hace siete años. Y peor cuando se demoran en repartirla. Por eso mucho civil que se hace pasar por policía extorsionando, pero también policía extorsionando a quien anda por ahí”. (GD2407M)

Aunque, se valora positivamente que las medidas policiales y judiciales estén dando un vuelco de la represión hacia el tratamiento de la mano de iniciativas distritales:

“Esto ha cambiado mucho gracias a los CAMAD, a los policías les hicieron unas inducciones. Ahora si te cogen por delito y se es persona consumidora, se te llevan a una clínica” (GF1408J)

El trato recibido por el personal médico cuando han tenido que ser hospitalizadas o tratadas por alguna problemática derivada del consumo también ha salido en más de un grupo focal:

“Se me infectó el brazo y me lo tuvieron que abrir. Me lo hicieron sin anestesia, me dijeron que no me iba a importar porque se notaba que me gustaba el dolor”. (GD2407M)

“La enfermera tuvo que salir un momento y cogió todo lo que había. Como si yo fuera a robárselo”. (GF2308E)

### 3. Apuntes sobre los grupos focales y de discusión

Los grupos de discusión y los grupos focales fueron más que un espacio de recogida de información. Para muchas de las personas que asistieron fue la primera vez en donde podían mostrarse como personas inyectoras sin sentirse juzgadas. Aprovechar este



espacio para hacer talleres sobre prácticas de inyección higiénica así como prevención y manejo de sobredosis fue valorado muy positivamente:

“Este taller qué bacano. Una se vuelve muy cochina con esto”. (GF1408AM)

“Oye, verdad que me diste un poco de vainas que yo no sabía, yo creía que era un verdugo chutándome, no estaba en nada”. (GF0609IM)

“Encontrar un grupo como ustedes, siento que otra vez tengo vida, tengo esperanza, nunca había tenido un trato así”. (GD3107AR)

Estos grupos se convirtieron rápidamente en un espacio de encuentro entre población UDI en donde se compartió información útil, como por ejemplo, qué hacer para acceder a tratamiento de hepatitis, o maneras de presentar una tutela para acceder a tratamiento con metadona.

Estos talleres sirvieron también para que las personas valoraran los elementos que se proponían para el kit de inyección. El torniquete fue uno de los elementos más apreciados ya que muchas de las personas asistentes utilizaban un cordón. La cazoleta también llamó la atención por ser un elemento que consideraban muy útil. La jeringa es la adecuada. Descubrir que el filtro de cigarrillo llevaba fibra de vidrio hizo que se apreciara mucho la perspectiva del algodón. Las bolsas de agua esterilizada, si bien se prefieren al agua de la llave, podrían sustituirse por agua en ampollas, dado que al tener que agujerear la bolsa la aguja ya se desafilan:

“Es como si ya la hubieses usado una vez”. (GD2407M)

Se socializaron los materiales informativos y la página web, en la que se puede encontrar información considerada de interés para la población UDI como son las piezas informativas o los videos de prevención y atención de sobredosis. Se valoró como un instrumento muy útil, especialmente para aquellas personas que no irían a un taller o a un recurso para no ser reconocidas como consumidoras.

Se repartieron más de 500 kits sólo en los días de talleres, sumado a los repartidos a través del intercambio secundario que realizó la coordinadora de pares de CAMBIE. En dos días se recogieron de manera adecuada más de 200 jeringas.



### INTRODUCCIÓN

A lo largo de este diagnóstico se ha hecho evidente que el consumo inyectado de sustancias psicoactivas es una realidad emergente en Bogotá. Aunque varios estudios han centrado la atención en este fenómeno, continúa tratándose de una cuestión bastante invisible y oculta, lo que entre otras ha dificultado el desarrollo de políticas públicas dirigidas a paliar las problemáticas que se le derivan.

A pesar de los intentos de aproximación subsiste un vacío respecto al conocimiento del consumo inyectado, sus dinámicas, el perfil de la población UDI, sus prácticas de consumo y los problemas que tienen que enfrentar debido al estigma y la criminalización que recae sobre ellos y ellas. Existe un amplio consenso en reconocer que son pocas las opciones de tratamiento y muchas las barreras de acceso, aunque tampoco hay datos demasiado concretos.

#### 1. Necesidades detectadas

Se hizo explícito a lo largo de esta investigación que la población UDI tiene unas necesidades específicas, aunque por el momento en la ciudad de Bogotá no existe ninguna iniciativa permanente dirigida a paliarlas.

##### 1.1. Acceso a material higiénico de inyección

Como se ha visto, en general las personas empiezan a inyectarse por curiosidad, o con alguna amistad. Es usual que la heroína sea la última sustancia incorporada al consumo y que anteriormente ya se hubieran inyectado otras sustancias como ketamina y cocaína, que se presentan así como sustancias de transición tanto a la inyección, como a la heroína. La ketamina es una sustancia sobre todo de uso recreativo, su inyección se ha hecho visible en espacios de ocio, sobre todo vinculada a ambientes electrónicos, entre población muy joven. Incidir en estos contextos puede ser una forma de reducir los riesgos de escalada a la inyección y al consumo de heroína.



Sea cual sea la sustancia consumida, hay evidencia de que las técnicas de inyección aplicadas son muy precarias: no se sabe distinguir entre venas y arterias, la inyección se realiza en dirección contraria al corazón y en lugares del cuerpo especialmente riesgosos, además de reutilizarse el material. Especialmente preocupante resulta el desconocimiento sobre los riesgos inherentes a compartir el material de inyección. Aunque por una parte parece que hay cierta conciencia de los riesgos de compartir la jeringa, no así del resto de parafernalia. Compartir la botella de ketamina es un ejemplo flagrante. También se ha observado que existe cierta relajación cuando se trata de compartir material de inyección con alguien de confianza. En este sentido, se hace necesario dar a conocer técnicas higiénicas de inyección con las que se ponga especial énfasis en los riesgos de contagio de VIH, VHC y otras ETS entre población inyectora, sobre todo entre aquella que se encuentra en etapas de inicio de consumo.

Más allá del desconocimiento, prevalecen otras razones que llevan a la población consumidora a reutilizar y compartir material. El costo de la parafernalia es uno de ellos, especialmente en el caso de las personas consumidoras de heroína, quienes como media utilizarían a diario: 4 jeringas, 4 aguas esterilizadas, 4 cazoletas, 4 toallitas de alcohol, 4 curitas y 4 torniquetes, que es lo mínimo necesario para una inyección higiénica. Otro de los motivos aducidos, fuera de la plata, es la imposibilidad de adquirir la parafernalia. Son muchas las farmacias que se niegan a vender jeringas, a pesar de disponer de ellas, si sospechan que se trata de un/a cliente UDI. Es necesario sensibilizar al personal que atiende en estos establecimientos sobre lo inadecuado de esta práctica. Principalmente porque vulnera los derechos de la población UDI, pero además porque resulta una medida del todo inefectiva si lo que se pretende es reducir el consumo.

## 1.2. Prevención y manejo de sobredosis

Uno de los mayores riesgos asociados a la inyección, especialmente de opiáceos, es el de padecer sobredosis. Durante los grupos focales y de discusión ha quedado claro que existe un amplio desconocimiento en lo que se refiere a esta cuestión. Se desatienden factores que aumentan el riesgo de padecer sobredosis, más allá de la pureza de la



sustancia. Además, las posibilidades de recibir ayuda en estas situaciones también son limitadas.

Consumir solo/a es una de las principales causas de muerte por sobredosis. Aun así la mayoría de personas usuarias de heroína que consumen lo hace. La cantidad de inyecciones diarias necesarias, el estigma y la propia idiosincrasia de la sustancia, son factores que influyen en ello. Sea por falta de otra opción o como mecanismo de prevención hay muchas personas que consumen en lugares públicos que ofrecen cierta privacidad como son los baños. Esto, que puede ser muy molesto para los establecimientos, ha salvado la vida a más de uno y a más de una.

La muerte por sobredosis es uno de los riesgos que más padece la población que consume en solitario y en casa, dado que lo más importante en estas situaciones es que haya alguien que pueda intervenir. Esta población es la de más difícil acceso, porque en muchos casos no tiene contacto con otra población usuaria, ni sale a comprar la sustancia, ni se pone en contacto con servicios de atención específicos a población UDI. Por esto necesita ser abordada de tal manera que pueda acceder a la información y servicios sin necesidad de reconocerse como inyector/a.

Mezclar sustancias, sobre todo otros depresores como son alcohol, benzodiazepinas o metadona es una práctica bastante extendida. La pérdida de la tolerancia tras periodos más o menos largos de abstinencia también ha sido una causa de sobredosis mencionada. Con el objetivo de reducir el alto número de sobredosis que se producen durante o a la salida de los tratamientos de desintoxicación, es fundamental que la gente en tratamiento de metadona conozca los riesgos de mezclarla con heroína y que se hable de la pérdida de tolerancia a aquellas personas en tratamientos abstencionistas.

En caso de estar con alguien que padece una sobredosis, no se sabe qué hacer. Baños de agua helada, cachetadas y el boca a boca son las respuestas más recurrentes. En casos muy aislados, y por contacto con personal hospitalario se cuenta con naloxona, pero en general se desconoce la existencia de esta sustancia y se piensa que lo administrado en los hospitales es adrenalina. De vital importancia pues, que tanto las



personas consumidoras como su gente cercana sepa qué hacer en caso de sobredosis y pueda disponer de naloxona.

Recurrir a ayuda externa también es complicado. Existe un miedo generalizado a llamar a la ambulancia y mucho más a llamar a la policía por temor de que les caiga la acusación de intento de homicidio, nada descabellado con la legislación y la actuación policial actual. Es necesario que la intención de auxilio prevalezca sobre los afanes represivos, las personas que asisten a alguien en sobredosis deben tener la seguridad que no serán acusados por la ayuda y el auxilio ofrecidos.

### 1.3. Barreras de acceso

Respecto a las pruebas de VIH y VHC son pocas las personas que conocen donde puede realizarse la prueba. En el caso de la realización de pruebas es necesario dar un acompañamiento adecuado a todas aquellas personas que lo necesiten. Se deben tener claras las rutas de atención y dar apoyo psicológico si la persona testeada lo demandara.

Las rutas para acceder a tratamiento de desintoxicación resultan largas y dificultosas. En general se percibe que los programas son insuficientes y no se adecuan a las necesidades de las poblaciones usuarias. En el caso de la Metadona eso hace que se acabe recurriendo al mercado negro. El caso de las comunidades terapéuticas también es muy grave, existen muchos centros no habilitados que ofrecen tratamiento en los que se vulneran los derechos fundamentales de sus pacientes, llegando incluso a los malos tratos. Se hace necesario que la administración ponga en marcha organismos de control que velen por el bienestar de las personas ingresadas en estos centros. Además, las personas usuarias deberían contar con la posibilidad de denunciar este tipo de situaciones. Las personas afiliadas a una EPS con contrato laboral no se fían de que se respete la confidencialidad, por lo que aunque se tenga derecho a acudir, no se solicita tratamiento por miedo a perder el empleo.

En cuanto a la relación con la policía, si bien han aparecido bastantes denuncias cabe decir que se valoran positivamente las acciones de sensibilización y formación recibidas de la mano del CAMAD. Algunas personas dicen haber notado que después





de acudir, el trato brindado ha sido más respetuoso. Sea como sea, parece claro que son más adecuadas las actuaciones terapéuticas a las represivas, cuando se trata de atender a la población UDI.

## 2. Propuesta de intervención

Son muchas las propuestas que podrían derivarse de todo lo expuesto hasta el momento. A continuación se enuncian las que aparecen como urgentes.

### 2.1. Poner en marcha CAMBIE. Programa de acceso a material higiénico de inyección en Bogotá

La implementación de CAMBIE en Bogotá debe responder a las dinámicas de consumo de la ciudad, para ello es necesario combinar varias estrategias que permitan llegar al máximo de población UDI posible, poniendo especial atención en aquella que es de más difícil acceso. Disponer de un servicio móvil para la entrega y recolección de material higiénico de inyección y combinarlo con otras formas de aproximación a la población UDI como serían la estrategia de pares, la articulación con otros servicios y la coordinación con otros proyectos se presenta como la opción más acertada.

El servicio móvil permite establecer diversos puntos de atención que cubrirán varios sectores de chapinero, la zona de las Aguas y el barrio Santa Fe, donde se entregará el material higiénico de inyección y se recogerán las jeringas utilizadas; se ofrecerá formación en técnicas de inyección higiénica y atención y manejo de sobredosis; se hará seguimiento a la población asistente y se efectuarán derivaciones a otros servicios sociales y de salud cuando se considere oportuno. Este vehículo operará todos los días de la semana en las horas pico, que son de 12:00m a 6:00pm. Disponer de un vehículo permite flexibilizar el horario y las rutas de atención según las fluctuantes rutinas de la población usuaria a la que se pretende llegar con el servicio móvil, que es aquella misma que va a adquirir la sustancia a los lugares de expendio y/o que parcha en zonas concretas de la ciudad.

Un servicio móvil depende necesariamente de un recinto para el parqueo y almacenaje. En este caso disponer de un local fijo que, más allá de cubrir estas



funciones, sea útil también para celebrar reuniones de equipo y organizar otras actividades como talleres formativos sería fundamental, además de consolidarse como espacio activo de articulación que motive la creación, intercambio y difusión de información relevante entre población UDI según sus aspiraciones. Lo más recomendable es que estuviera situado en alguna de las zonas de influencia de esta población, teniendo en cuenta que si cambian las dinámicas de consumo el lugar puede acabar resultando obsoleto.

Cabe recordar que CAMBIE se reconoce como una estrategia de pares, ha contado y espera seguir contando con población UDI tanto en las etapas de diagnóstico, como en el diseño, implementación, seguimiento y evaluación. Implicar de manera estructural a población UDI ayuda a que el servicio se mantenga actualizado frente a dinámicas del consumo, crea confianza con otra población y contribuye a extender el servicio más allá de su horario y sus puntos de atención. Los y las pares serán responsables de socializar el Programa a personas que no recurrirían al servicio móvil. Con especial interés por hacer llegar información a aquella población más recelosa de someter a escrutinio público su consumo, se cuenta también con la web [proyectocambie.com](http://proyectocambie.com). Esta página es un instrumento de capacitación para población usuaria, con información veraz, útil, realista sobre sustancias inyectables, técnicas de consumo higiénico, atención y prevención de sobredosis. Suministra además elementos sobre el Programa, su alcance y eventuales formas de implementación para instituciones, profesionales y demás personas interesadas.

Finalmente CAMBIE deberá articularse con otras estrategias de acercamiento a población usuaria. En concreto y a priori se piensa en dos de ellas. La primera son los CAMAD desde donde se podría extender el trabajo planteado mediante el servicio móvil a aquellas poblaciones UDI con las que tengan contacto. La segunda estrategia es la del proyecto Échele Cabeza cuando se dé en la cabeza que en coordinación con CAMBIE puede ofrecer acceso a material higiénico de inyección y formación en técnicas de inyección in situ en los mismos espacios de ocio que se intervengan.



## 2.2. Apoyar la creación y/o fortalecimiento de redes de población UDI

Como se ha visto, son muchas las vulneraciones de derechos que padece la población UDI. Hasta el momento se la ha tenido en cuenta en muy pocas ocasiones y cuando se ha hecho es prescindiendo de sus experiencias. En parte porque existe en el imaginario social la arraigada idea de que se trata de una población incapaz de saber y decidir lo que le conviene. De otra parte, porque hasta el momento no ha existido ningún colectivo y organización que trabaje por su empoderamiento y reconocimiento. Además, las pocas iniciativas de asociarse entre personas usuarias de drogas existentes en el país tampoco suelen incorporar el consumo inyectado ni la heroína en sus agendas. Desde CAMBIE, siguiendo el mismo lineamiento de pares, se tiene como objetivo articular mecanismos de representación de la población UDI con capacidad de incidencia en las políticas públicas de las que son población diana, con el fin de visibilizar sus necesidades e intereses específicos, teniendo en cuenta su diversidad y capacidad de decisión.

El estigma que recae sobre la población UDI es doble. Por una parte son discriminadas por ser usuarias de SPA, por otra lo son debido al propio entorno consumidor que acota el estigma a la inyección y en algunos casos a la heroína. Ante esta falta de apoyo y la ausencia de referentes, a menudo se vive el consumo de manera muy aislada. La existencia de redes de UDI puede contribuir a la movilización de necesidades e intereses en común, así como facilitar la consolidación de escenarios que favorezcan apoyo mutuo.

De hecho, esta reiterada discriminación sobre la población UDI repercute en gran parte de las barreras de acceso a servicios sociales y de salud a las que se enfrenta esta población, que ve violados sus derechos de manera sistemática y desde una total impunidad. Campañas dirigidas a personal de atención de los hospitales, policía, farmacias deben ser puestas en marcha con urgencia con el objetivo de mejorar su atención. En los casos en los que se identifiquen tratos discriminatorios y/o vejatorios deben existir canales de denuncia efectivos. Lo mismo debería suceder en referencia a los tratamientos, puesto que existen centros de desintoxicación a los que se han acusado de ingresos forzados a personas mayores de edad, lo que judicialmente se



llama secuestros, además de situaciones de malos tratos y explotación. Muchos de estos centros continúan abiertos y sin pasar por controles periódicos. En estos casos deberían articularse veedurías, con participación de UDI, que velen por la adecuación de sus tratamientos.

Por todo lo expuesto, respaldar la creación de redes formales de UDI que redunde en ser ellos y ellas quienes reivindicquen sus necesidades y organicen sus respuestas, de manera más o menos estructurada, se reafirma como la manera más efectiva de trabajar y luchar contra la estigmatización y la exclusión.



## BIBLIOGRAFÍA

---

- Abadía et al. (2009) *Evaluación Rápida de la situación de Consumo de Heroína en el Municipio de Santander de Quilichao, Cauca*. Bogotá. Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional.
- ATS (2012) *El consumo de heroína en Cúcuta. Una realidad visible*. Cúcuta.
- Castaño y Calderón (2010) "Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública" en *Revista Cubana de Salud Pública*, pp. 311-322.
- CES (2011) *Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira*. Universidad CES. Ministerio de Protección Social.
- CES (2014) *Comportamiento de usuarios de drogas inyectables en tres ciudades de Colombia*. Bogotá.
- CICAD (2011) *Informe del Uso de Drogas en las Américas*. Washington D.C.: OEA, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Observatorio Interamericano de Drogas.
- Del Olmo, M. (2003) "La construcción de la confianza en el trabajo de campo. Los límites de la entrevista dirigida" en *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LVIII (1), pp. 191-220.
- García-Borés, J.M. (1995) "Captar lo que se vive: Dos ejemplos de acercamiento: Técnicas de Historia de Vida y de Refrendación de Texto" en *Revista de psicología social aplicada*, ISSN 1131-6225, Nº 1-2, 1995 (Ejemplar dedicado a: Métodos cualitativos en Psicología Social), pp. 57-74.
- ICBF y DNE (2010) *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la Ley en Colombia*. Bogotá.
- Mejía, I. E. y Pérez, A. (2003) *La Inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta. Reporte de resultados locales del Estudio Mundial sobre Uso de Drogas Inyectadas y Riesgos para la Salud Fase II*. OMS, Universidad de los Andes y Presidencia de la República. Bogotá.
- MSPS (2007) *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su impacto. Resumen Ejecutivo*. Bogotá.
- MSPS y DNE (2009) *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia-2008*. Bogotá, Ed. Guadalupe S.A.



- MSPS (2009) *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008*. Ministerio de Justicia y Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia
- MSPS (2014) *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013*. Ministerio de Justicia y Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia
- Pérez, A. y Mejía, I. E. (2005) “La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente” en *Adicciones*, vol. 17, núm. 3, pp. 251-260
- Pérez, A. (2010) *Heroína: consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín*. Nuevos Rumbos MPS/UNODC.
- PRADICAN (2013) *II Estudio Epidemiológico Andino sobre Consumo de Drogas en la Población Universitaria. Informe Regional, 2012*.
- Secretaría de Salud (2010) *Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá D.C. 2009*. UNODC, Dirección Nacional de Estupefacientes, Ministerio de Salud y Protección Social.



**CAMBIE**  
Programa de acceso  
a material higienico  
**de inyección**

[www.proyectocambie.com](http://www.proyectocambie.com)