

LA HEROÍNA EN COLOMBIA

PRODUCCIÓN,
USO E IMPACTO
EN LA SALUD
PÚBLICA



ANÁLISIS DE LA
EVIDENCIA Y
RECOMENDACIONES
DE POLÍTICA

LA HEROÍNA EN COLOMBIA

PRODUCCIÓN, USO E IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE LA EVIDENCIA
Y RECOMENDACIONES DE POLÍTICA

GOBIERNO DE COLOMBIA

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DEL DERECHO

Yesid Reyes Alvarado

Ministro de Justicia y del Derecho

Carlos Medina Ramírez

Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa

Javier Flórez Henao

Director de Política de Drogas y Actividades Relacionadas

Martha Paredes Rosero

Subdirectora de Estrategia y Análisis
Coordinadora Observatorio de Drogas de Colombia

Equipo Técnico

Inés Elvira Mejía Motta, Investigadora principal
Jenny Constanza Fagua Duarte
Andrés López Velazco

Este estudio fue realizado por el Gobierno Nacional de la República de Colombia, a través del Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia.

Citar como:

Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2015), La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política. Bogotá DC.: ODC.

Para obtener la versión digital de este documento consulte la página del Observatorio de Drogas de Colombia www.odc.gov.co

Todas las fotografías utilizadas en esta publicación fueron aportadas por el Centro Internacional de Estudios estratégicos contra el Narcotráfico (CIENA) de la Dirección Antinarcóticos - Policía Nacional.



Calle 53 No. 13 - 27 piso 7
Bogotá D.C., Colombia
PBX (+57) (1) 444 31 00 (ext. 1760)
www.odc.gov.co



Av. El Dorado 82 - 70
Bogotá, D.C., Colombia

Tabla de contenido

Presentación	7
Introducción	9
Resumen Ejecutivo	11
Parte I: historia y generalidades de la heroína	15
1. Breve historia de la heroína	16
2. La llegada a las Américas	20
3. Contexto mundial de producción y tráfico de heroína	22
4. El papel de Colombia en esta historia	23
5. La producción interna de heroína y su impacto en el consumo doméstico	28
6. La heroína	32
6.1 Modos de uso de la heroína y transiciones	36
7. Impacto de la inyección de heroína en la salud	37
7.1 Infecciones transmitidas por sangre	37
7.2 Salud sexual	41
7.3 Sobredosis	41
7.4 Otras infecciones virales, por hongos, bacterias y parásitos	42
7.5 Salud mental, funcionamiento social, violencia y criminalidad	42
8. Factores de riesgo asociados al uso de heroína	43
Parte II: análisis de la situación en Colombia	47
1. Epidemiología del uso de heroína en Colombia	48
1.1 Prevalencia de uso de Heroína	48
1.2 Prevalencia de inyección	54
1.3 Caracterización de las personas que usan heroína y se inyectan en Colombia	58
1.4 Características del comercio de la heroína	65
2. Carreras y características del consumo de heroína e inyectables	67
2.1 Carreras de consumo	67
2.2 Características de la transición a la heroína y a la inyección de drogas	68
2.3 Características del uso de drogas	70
3. Mapa de riesgos que corren las personas que se inyectan drogas en Colombia	73
3.1 Daños físicos y frecuencia de inyección	73
3.2 Circunstancias y lugares en los que ocurre la inyección	75
3.3 Intercambio indirecto de fluidos potencialmente infectantes	76

3.4 Intercambio de equipos de inyección	78
3.5 Sobredosis	81
3.6 Riesgo sexual y uso de condón	81
3.7 Prevalencia de VIH y hepatitis C	83
3.8 Conocimientos frente al VIH	86
3.9 Comorbilidad, tratamiento y uso de servicios de salud	86
Parte III: conclusiones y recomendaciones de política pública	91
Conclusiones	92
Recomendaciones de política pública	104
Referencias	109
Anexo: Reseña del Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína	116

Lista de Tablas y Gráficos

Tabla 1.	Cultivos de amapola en Colombia por departamento, 2005 - 2014 (en hectáreas)	26
Tabla 2.	Listado de estudios objeto de análisis detallado	59
Gráfico 1.	Cultivos Mundiales de Amapola 2004-2014	22
Gráfico 2.	Evolución de la producción mundial de opio 1906-2010	23
Gráfico 3.	Evolución del potencial de producción de heroína en Colombia, 2002-2014	27
Gráfico 4.	Número estimado de personas que usaron heroína alguna vez en la vida (Estudios Nacionales (1992-2013))	50
Gráfico 5.	Número estimado de personas que usaron heroína en el último año y en el último mes (Estudios Nacionales (2008-2013))	50
Gráfico 6.	Comparativo uso reciente de heroína y basuco en población universitaria (PRADICAN, 2012)	51
Gráfico 7.	Heroína como principal motivo de consulta	53
Gráfico 8.	Número de personas que se inyectaban drogas y que fueron contactadas por los estudios	56
Gráfico 9.	Población ponderada de personas que se inyectan por tamaño de red, serie CES 2014	58
Gráfico 10.	Distribución hombre-mujer, series CES 2011-2014 (estimaciones)	60
Gráfico 11.	Distribución de PID por rangos de edad, series CES 2011-2014 (estimaciones)	61
Gráfico 12.	Edad media de las PID en serie CES, 2014	61
Gráfico 13.	Principal fuente de ingresos en los últimos 6 meses serie CES (frecuencias)	62
Gráfico 14.	Estimado de personas que han vendido drogas, jeringas o han cobrado por inyectar, series CES 2011-2014	63
Gráfico 15.	Porcentaje que no vive con sus padres/madres serie CES, 2014 (frecuencias)	65

Gráfico 16.	Régimen de afiliación, serie CES, 2014 (frecuencias)	66
Gráfico 17.	Estimaciones de prevalencia de uso de drogas 30 días antes de inyectarse por primera vez, Serie estudios CES, 2011 y 2014	68
Gráfico 18.	Estimaciones circunstancias en las que se dio el inicio en la inyección, Serie CES 2011-2014	69
Gráfico 19.	Estimaciones lugares en los que se dio el inicio en la inyección, Serie CES 2011-2014	70
Gráfico 20.	Principales razones por las que se inyectó la primera vez, Quintero (2012) y Serie CES, 2011 y 2014 (estimaciones)	70
Gráfico 21.	Drogas que se ha inyectado en los en los últimos 6 meses	71
Gráfico 22.	Drogas que ha usado en los en los últimos 6 meses (no inyectadas)	71
Gráfico 23.	Drogas inyectadas en los últimos seis meses: Serie CES 2014 (frecuencias): Al menos 1 vez por semana / casi diario	72
Gráfico 24.	Drogas inyectadas en los últimos seis meses: Serie CES 2014 (frecuencias): 2 o más veces al día	72
Gráfico 25.	Frecuencia con la que se ha inyectado al mes, en los últimos 6 meses, serie CES 2014	74
Gráfico 26.	Estimaciones de ocurrencia de inyección en “ollas”, serie CES 2014	75
Gráfico 27.	Estimaciones de circunstancias y eventos asociados a la inyección, serie CES 2014	76
Gráfico 28.	Elementos y prácticas de inyección integradas por beneficiarios del programa CAMBIE, Pereira (ATS, 2015)	77
Gráfico 29.	Frecuencias y estimaciones de uso de equipos no estériles, varias ciudades y estudios	78
Gráfico 30.	Estimación de razones para haber usado equipo no estéril, serie CES 2014	79
Gráfico 31.	Estimación de a quién ha cedido equipos previamente usados por usted, serie CES 2014	80
Gráfico 32.	Estimación de disposición final de jeringas usadas, serie CES 2011-2014/Quintero 2012	80
Gráfico 33.	Estimaciones en torno a las sobredosis, serie CES 2011-2014/ Quintero 2012	81
Gráfico 34.	Estimaciones en torno a la evolución de sobredosis, serie CES 2011-2014/ Quintero 2012	82
Gráfico 35.	Estimaciones de eventos sexuales de alto riesgo y uso de condón, serie CES 2011-2014	83
Gráfico 36.	Estimaciones de grupos con los que se ha inyectado alguna vez, serie CES 2011-2014	83
Gráfico 37.	Frecuencias de prevalencia de VIH entre PID, varios estudios	84
Gráfico 38.	Frecuencias de prevalencia de HCV entre PID, Mejía (2003) y serie CES 2014	84
Gráfico 39.	Estimaciones sobre conocimientos en VIH, serie CES 2012 y 2014	86
Gráfico 40.	Estimaciones sobre uso de servicios de salud, serie CES 2012 y 2014	89

Presentación

En 2015 el Consejo Nacional de Estupefacientes, mediante la Resolución No. 007 de 2015, aprobó el “Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo de Spa”. El Plan adopta los enfoques de salud pública y derechos humanos y plantea la promoción de la salud, la prevención del consumo de drogas, la reducción de riesgos y daños y la atención del consumo de drogas, como componentes estratégicos de acción. Una de las prioridades definidas en el Plan es el análisis de la situación del consumo de drogas como insumo para orientar las acciones.

En este marco, la preocupación derivada de la situación del consumo de heroína en algunas ciudades, llevó al gobierno nacional, a universidades, expertos y otros sectores a adelantar diversos esfuerzos investigativos en los últimos años, mediante los cuales ha sido posible confirmar el uso de inyección de ésta y otras drogas, identificar prácticas de alto riesgo, conocer los perfiles de los usuarios, confirmar la presencia de VIH y Hepatitis C entre las redes de usuarios, así como otros problemas sociales. Surge entonces la necesidad de analizar una serie de información fragmentada, desde una visión amplia e integral que parte del estudio de la dinámica del cultivo, la producción y el tráfico, como elementos propiciadores del consumo.

Es por eso que el Ministerio de Justicia y del Derecho, a través del Observatorio de Drogas de Colombia, publica el documento La Heroína en Colombia, Producción, uso e impacto en la salud pública - Análisis de la evidencia y recomendaciones de política, con el objetivo de presentar un panorama completo de la

situación, a partir del análisis crítico de una serie de información y evidencia existente. Como resultado de ello se generan recomendaciones de política pública para el Gobierno Nacional, las entidades territoriales, las organizaciones de la sociedad civil, las comunidades y los usuarios de drogas.

El documento presenta un recorrido por la historia de la heroína, pasando por la situación del cultivo de amapola, la producción de opio y heroína y su tráfico, haciendo un énfasis especial en el análisis del consumo de esta sustancia en el país y su impacto en la salud pública. Los resultados que se presentan señalan una situación crítica y compleja alrededor del consumo de heroína por vía inyectada que afecta especialmente a las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Pereira, Armenia y Cúcuta, con alto impacto en la salud y en la esfera de lo social. El consumo de drogas por vía inyectada tiene un alto impacto en la salud pública, por su relación con infecciones transmitidas por sangre como VIH y Hepatitis B y C, asociación con prácticas sexuales inseguras, la presencia de sobredosis y otras infecciones virales, por hongos, bacterias y parásitos, así como efectos sobre su salud mental, funcionamiento social, violencia y criminalidad.

Los indicadores epidemiológicos que presentamos aquí son contundentes en demostrar una emergencia de salud pública, sin embargo queremos subrayar que más allá de los indicadores, son las personas las que están en el centro de este problema, muchos de ellos jóvenes que están ahora mismo expuestos al inicio del consumo de heroína, muchos de los que ya la están consumiendo están expuestos a la sobre-

dosis y a transitar a vía inyectada, los inyectores están expuestos al contagio de VIH y Hepatitis B y C y los que tienen ya estas condiciones de salud están también expuestos al avance de la enfermedad y a otras complicaciones. En cada momento hay una oportunidad para gestionar el riesgo. Desde la prevención, la reducción de riesgos y la atención, se pueden salvar vidas y contribuir a superar dramas humanos tan profundos como los que viven muchas de las personas afectadas.

Claramente el consumo de heroína plantea enormes retos para el país. En efecto, como parte del componente de reducción de riesgos y daños del “Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, se cuenta con el “Plan Nacional de Respuesta al Consumo emergente de Heroína y otras drogas por vía inyectada”, que tiene como

objetivo reducir la incidencia de nuevos consumos, mitigar su impacto para la salud pública y mejorar la accesibilidad a servicios de prevención, atención sociosanitaria y tratamiento integral.

Si bien, el Plan específico para el consumo emergente de heroína ha favorecido la implementación de estrategias de reducción de riesgos y daños en algunas ciudades, el informe llama la atención sobre la necesidad de mejorar el alcance de estas acciones, extender sus coberturas, garantizar la sostenibilidad, viabilizar acciones y fortalecer las capacidades de los territorios priorizados en el Plan.

Esperamos entonces que este documento sea útil para este fin y aporte elementos que contribuyan a orientar las acciones que configuren una respuesta efectiva por parte de los distintos actores de Gobierno y la sociedad civil.

Ministerio de Justicia y del Derecho

“... ahora ella echa una droga dentro del vaso de vino que él beberá, una droga que le quitará todo el dolor y la cólera, que le traerá olvido de toda pena ...”

Homero, La Odisea

Introducción

La relación del hombre con la heroína es extensa y paradójica. Se trata de una de las sustancias más apetecidas por sus propiedades analgésicas y euforizantes, y por la intensidad del placer de quienes la usan. En sus formas menos perseguidas, ha acompañado el tratamiento del dolor crónico y el malestar, y ha constituido una verdadera alternativa para el tratamiento de diversidad de trastornos de salud para los que no existieron alternativas terapéuticas por siglos. Al tiempo, las condiciones de contexto y la prohibición, la han convertido en una de las sustancias de mayor peligrosidad para la salud, la seguridad y la vida de quienes se han relacionado con ella.

Este documento dividido en tres partes, revisa la historia de esta sustancia desde sus orígenes, hasta su llegada a las calles de las principales ciudades de Colombia y al hacerlo, analiza los aspectos políticos, sociológicos, epidemiológicos y sanitarios en diversos contextos y momentos de la historia.

La primera parte ofrece un recorrido histórico que da marco al resto de desarrollos, permite entender los factores que llevaron a que la heroína se convirtiera en lo que hoy podría considerarse una de las principales amenazas a la salud pública de países que como Colombia, enfrentan desde hace algunos años, su consumo emergente. En este apartado se revisan aspectos de la producción, el tráfico y la transición al consumo interno, las generalidades de los efectos de esta sustancia y el impacto que tienen sus modos de uso en la salud, así como los factores que incrementan la vulnerabilidad al consumo de esta sustancia.

La segunda parte, constituye la parte central del documento, en la cual se presenta la situación

en Colombia y se incluye el análisis epidemiológico del uso de esta sustancia, la caracterización de quienes la consumen en nuestro medio, sus carreras de consumo y la descripción de los riesgos derivados de la inyección como vía de administración. Para ello, se llevó a cabo el análisis de la evidencia existente en nuestro país, documentada en diversidad de fuentes que van desde artículos de prensa, artículos en revistas indexadas, informes de investigaciones cualitativas y cuantitativas y reportes epidemiológicos, existentes desde el año 1992, esto con el fin de aproximarse de la manera más completa posible, al estado de la cuestión.

Si bien la producción de conocimiento y evidencia en torno el tema no es extensa en nuestro medio, se cuenta con un cuerpo importante de información que se viene produciendo desde los años noventa y que constituye un capital esencial a la hora de impulsar decisiones coherentes de política pública en el campo.

Cómo se verá más adelante, el avance de los cultivos de amapola que ocurrió a lo largo de una década, resulta ser un factor de exposición al consumo de heroína. Esa misma preocupación fue expresada por la Organización Mundial de la Salud muy temprano (1997), cuando decidió incluir a Bogotá como una de las 13 ciudades de los 10 países participantes en el Segundo Estudio Multi-centro sobre el uso de drogas inyectables y riesgos para la salud, tiempo en el cual se creía que las personas que se inyectaban en Colombia eran pocas, que la mayoría eran de origen extranjero y que nos protegía la “antipatía” o el “miedo” a las jeringas (Mejía y Pérez, 2005; Mejía, 2003).

Se ha visto que la realidad se ha ido transformando de manera lenta pero contundente y

aunque en el caso del consumo, ha habido alertas que han sido atendidas por el Gobierno Nacional y por algunos gobiernos locales, la respuesta se ha venido quedando corta ante las dimensiones y el impacto potencial de lo que viene ocurriendo.

La intención de este análisis es ofrecer una mirada crítica y analítica a la evidencia existente, reordenar y unir los fragmentos y ofrecer un mapa lo suficientemente completo de lo que viene ocurriendo con el uso de heroína y la práctica de la inyección de ésta y otras drogas. Con ello, será posible ofrecer recomendaciones al Gobierno Nacional, a las organizaciones de la sociedad civil, a las comunidades y a quie-

nes usan drogas, frente a los riesgos propios de estas prácticas y las respuestas necesarias para impedir que en Colombia se presenten escenarios como los vividos en diversos países de Asia y Europa del este.

Para finalizar, la tercera parte ofrece las principales conclusiones derivadas del análisis de la evidencia, así como las recomendaciones que surgen de la “desfragmentación” de la evidencia llevada a cabo para este trabajo y que incluye una serie de recomendaciones que han hecho los distintos investigadores en este campo en nuestro país. Así mismo, se anexa un resumen del Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y Otras Drogas por Vía Inyectada.

Resumen Ejecutivo

La relación del hombre con el opio, principal derivado de la amapola o adormidera, es milenaria y fue ampliamente utilizado en diversas civilizaciones por sus propiedades medicinales, analgésicas y por placer. Su síntesis posterior a morfina y a heroína fue producto de diversos eventos históricos, políticos, sanitarios, sociales y culturales, muchos de ellos atravesados por la prohibición derivada de la expansión de la práctica, el cuidado de intereses económicos y políticos y los pánicos morales. La heroína es hoy en día una de las drogas catalogadas como de mayor peligrosidad y de alto potencial adictivo.

No siendo originaria del continente, la amapola llegó con la inmigración china y se instaló en Norte y Centro América desde comienzos del siglo diecinueve. Desde el primer tercio del siglo pasado se expandió el uso de opio, que siendo prohibido desde muy temprano, fue reemplazado por morfina y posteriormente por heroína, inicialmente usadas para el tratamiento de dolencias diversas, principalmente lesiones de guerra y luego también por placer.

En Colombia las primeras plantaciones de amapola y laboratorios de heroína fueron detectados a principios de la década de los ochenta, y su mayor expansión se presentó a principios de la siguiente década, alcanzado para 1992 el mayor potencial de producción en la historia con 20,000 hectáreas distribuidas en 17 departamentos.

Detectada esta nueva amenaza, se dio inicio a una política de erradicación que para el caso de la amapola tuvo resultados en el corto plazo. No obstante, Colombia llegó a ser un importante proveedor de heroína a los Estados Unidos, junto con México y Guatemala. En la actualidad, el cultivo de amapola no alcanza a las 400 hectáreas, con un potencial de producción de opio 12 toneladas y de heroína de 1,5 toneladas. México es actualmente el mayor proveedor de heroína de los Estados Unidos y la producción se viene expandiendo también en Guatemala.

Por tanto, aunque alguna parte de esta producción aún provea mercados extranjeros, buena parte del mercado se ha asentado ya a nivel doméstico.

Ciudades como Bogotá, Medellín, Cali, Pereira, Armenia, Cúcuta y Santander de Quilichao han visto una expansión lenta pero constante del fenómeno en sus calles. La heroína disponible en Colombia es de diversos orígenes y calidades, sin embargo la caracterización reciente llevada a cabo por el Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia (2015) mostró que en Colombia circula heroína de una pureza en promedio de 62,7% y oscila entre el 90% y el 31%, siendo las ciudades de Bogotá, Armenia y Pereira las que cuentan con heroína de mayor calidad; Cali, Medellín y Cúcuta por debajo del 50% y Santander de Quilichao del 31%. No obstante, los precios han bajado y oscilan entre \$30,000 y \$5,000 en cantidades cercanas al gramo que puede alcanzar, con variaciones, hasta para cuatro dosis para inyección. Se trata de heroína de alta pureza aún comparada con la disponible en mercados como los de España. El mercado de esta droga en el país se caracteriza por ser cerrado, pues es difícil acceder a las redes que la comercializan.

La demanda de servicios por eventos asociados al uso de esta droga y a la práctica de la inyección ha aumentado de forma exponencial en los últimos años y la proyección del número de usuarios de heroína inyectada en Colombia, podría ser cercano a los 15,000. La mayoría son hombres, solteros, con media y alta escolaridad, con tendencia al empobrecimiento, muchos en condiciones de vida precarias, que viven de actividades informales y se involucran con frecuencia en tráfico de pequeñas cantidades de esta droga y en el trabajo sexual.

Las carreras de consumo empiezan temprano en la mayoría de personas que usan heroína, hay una historia de experimentación con múltiples sustancias antes de consumir esta droga,

aunque en algunos casos, esta sea la de inicio. El enganche con heroína no ocurre de inmediato, por lo regular pueden pasar entre uno y tres años de uso; las carreras suelen durar seis años en promedio o más.

Una de cada dos personas que han desarrollado dependencia a la heroína, ha pedido ayuda en algún momento, y una de cada dos de quienes han pedido ayuda, ha desertado del tratamiento y recaído.

De hecho, aunque se halló que estas personas usan los servicios de salud con frecuencia, presentan una percepción negativa frente al trato, la cualificación y la capacidad de los equipos de salud y de las instituciones para su atención. El estigma, la discriminación y el maltrato fueron reportados ampliamente en los estudios de corte cualitativo revisados para este trabajo y constituyen las principales barreras de acceso a los servicios, tanto como la desconfianza en los modelos de atención y el condicionamiento del ejercicio efectivo del derecho a la salud y a paliar el dolor a temas como el logro de la abstinencia o el desmonte progresivo de los sustitutos opiáceos.

La ausencia de guías clínicas y de atención integral han llevado a que las instituciones que prestan los servicios y los profesionales a cargo, apliquen criterios que no necesariamente se ajustan a los estándares internacionales emitidos por la Organización Mundial de la Salud, afrontando con ello, pobres resultados, limitada adherencia y altas tasas de deserción y fracaso en los tratamientos.

Se evidenció en este estudio que los patrones de uso han cambiado a lo largo del tiempo y de las diferentes caracterizaciones. Si bien a principios de la década del 2000 la inyección de heroína era menos frecuente y continuó siéndolo a lo largo de ella, este modo de uso está en plena expansión y hoy es el preferido por la mayoría de las personas que usan heroína. Ciudades como Bogotá y Medellín presentan también inyección de sustancias como cocaína y alcohol. La frecuencia de inyección supera las tres veces al día en la mayoría de ciudades, siendo la más alta en Pereira y la más baja en Bogotá.

Las prácticas de riesgo que se han descrito en diversos países y regiones del mundo y que son responsables de verdaderas crisis de salud pública, también se presentan en Colombia ya desde hace tiempo. El estudio mostró que el 41% de quienes se inyectaron drogas lo hicieron con una jeringa previamente usada por otra persona al menos una vez en los seis meses previos a la indagación. Aunque un 53% dijo haber “limpiado” los equipos antes de hacerlo, sólo un 0,44% de quienes lo hicieron, usaron por ejemplo, hipoclorito. Entre una y dos terceras partes de manera variable por ciudad, guardaron la jeringa del último evento para usarla de nuevo, pero la mayoría la cedió a alguien más, la botó en una caneca o la dejó en el piso del lugar en el que se inyectó.

Las sobredosis al igual que otros indicadores, mostró una clara tendencia al aumento, siendo Medellín la ciudad en la que se presentan los mayores reportes, y ésta, junto con Bogotá y Cúcuta las ciudades en las que se presentaron mayores reportes de muertes conocidas tras un episodio de sobredosis. La mayoría de quienes participaron en los estudios ha presenciado al menos un evento de sobredosis por heroína y sabe de episodios que fueron letales.

En cuanto al riesgo sexual se encontró que las personas que usan heroína y se inyectan drogas tienen actividad sexual e intercambio frecuente con personas de grupos de alta vulnerabilidad al VIH y de reconocida alta prevalencia, tales como hombres que tienen sexo con hombres o personas que ejercen el trabajo sexual. El uso del condón es inconsistente en la mayoría de los casos, la mayoría dijo haber tenido relaciones sexuales con pareja ocasional en los últimos seis meses y cerca de una tercera parte dijo haber usado condón en su último contacto sexual.

Estos patrones de alto riesgo se han descrito ampliamente desde el año 2002 cuando se llevó a cabo el primer estudio de este tipo en Colombia (Pérez y Mejía, 2001; Mejía, 2003; Pérez y Mejía 2005) y se han seguido caracterizando en diversidad de estudios desde el año 2009, la ausencia de acciones consistentes, sistemáticas, continuas y a la escala necesaria, sumado a la consolidación de estas prácticas

en redes cada vez más amplias, han llevado a un claro incremento en las cifras de prevalencia de VIH y a cifras de escala epidémica para el caso de la hepatitis C en personas que se inyectan drogas en Colombia.

En la ciudad de Bogotá se incrementó tres veces la prevalencia desde la medición del año 2002, pero en apenas tres años en Pereira el incremento fue de casi cuatro veces y en Medellín del 65%. En la actualidad todas las ciudades con este fenómeno han superado en promedio el 5% de prevalencia. Se sabe que pasado este margen se puede dar por perdida la “ventana de oportunidad” de revertir la tendencia y de reducir el ritmo de expansión de la epidemia. Si bien las ciudades de Bogotá y Armenia aún cuentan con la posibilidad de mantener por debajo de este margen la prevalencia, Medellín, Cúcuta y Pereira lo superaron ya ampliamente.

Los hallazgos para el caso de la hepatitis C son aún más preocupantes pues las mediciones recientes indican que este virus ha circulado en las redes de consumidores en Bogotá pasando del 1% al casi el 7% y en el resto de ciudades oscilando entre el 21% y el 44%. Es decir que se está muy cerca de que una de cada dos personas que se inyectan en Colombia se haya ya expuesto al virus de hepatitis C.

Colombia cuenta con tres plataformas de acción fundamentales para dinamizar una respuesta integral frente al problema. Las personas que usan heroína y que se inyectan drogas se han priorizado en los planes nacionales de respuesta al VIH/sida y a las hepatitis virales, se cuenta también con un plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada. Todos estos planes han definido líneas de acción basadas en la evidencia.

Aunque es necesario implementar estrategias de reducción de daños en las seis ciudades que

presentan esta problemática, por ahora éstas se vienen llevando a cabo en ciudades como Pereira y Bogotá y ciudades como Medellín, Cali y Cúcuta se han quedado relegadas en la aplicación de acciones de reducción de daños para contener el ritmo de los daños asociados a estas prácticas

Aunque el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social vienen haciendo esfuerzos para promover y apoyar estas iniciativas, la realidad es que la respuesta necesaria está aún lejos de consolidarse, expandirse y sostenerse. La cooperación internacional ha sido fundamental para el impulso de programas de distribución de equipos higiénicos de inyección.

Este estudio tuvo como propósito hacer un análisis crítico y consolidado de la evidencia existente en nuestro medio, determinar el estado de la cuestión actual en el campo de la heroína y la inyección de drogas en Colombia y emitir a partir de ello recomendaciones de política y caminos para la acción para el Gobierno Nacional y las entidades territoriales.

Si bien se ha recorrido un camino importante y se han hecho avances, sin duda, se requiere reforzar el acompañamiento técnico a los territorios, reforzar la capacidad técnica de los equipos a cargo de la atención en salud, movilizar recursos y la voluntad política para que lo que se ha declarado ya como una prioridad en salud pública a nivel nacional tenga su contraparte a nivel territorial y se refleje en acciones concretas ampliamente soportadas por la evidencia y definidas en lineamientos de la OMS/OPS, ONUSIDA y ONUDD.

La agenda de la salud pública y el cumplimiento de las metas en los campos de VIH, hepatitis virales y consumo de drogas en Colombia pueden verse seriamente amenazadas si esta problemática no se logra contener.



Parte

1

**historia y
generalidades
de la heroína**

1. Breve historia de la heroína

Frank Baum, autor de la magnífica historia del Mago de Oz muestra el poder ensoñador de los campos de amapolas en el que caen dormidos el león y resto de buscadores del cuento, luego de comentar su inocente fragilidad y extraordinaria belleza.

Esta alegórica historia recuerda el poder analgésico y narcótico de la amapola y sus derivados: opio, morfina y heroína.

La historia de la relación del hombre con las propiedades de esta planta datan del año 3.300 A.C. cuyas referencias fueron encontradas en escritos Sumerios en la antigua Mesopotamia. Desde ese entonces se hacía referencia a la amapola como la “planta de la dicha”, por lo que esta civilización hacía uso de ella por sus propiedades medicinales, como recreativas (Fernández, 1950/1998). Sin embargo, Martins señala que los vestigios más antiguos conocidos (objetos para quemar opio) datan del año 4.200 A.C. y fueron hallados en una gruta funeraria cerca de Granada, España (2008).

Entre los años 700 y 140 A.C. los secretos del cultivo fueron compartidos con diversos pueblos en los que habitaban sirios y egipcios, hasta llegar a Grecia. Los griegos asociaron la planta con Nox, diosa de la noche y con Morfeo, dios de los sueños. En el año 400 A.C se registra un escrito de Hipócrates describiendo la práctica de prescripción del opio para el tratamiento del insomnio y hacia los años 129 y 199 D.C. el médico griego Galen promovía el uso oral del opio y otras yerbas como parte de sus prácticas “Galénicas”. Lo utilizaban para el tratamiento de mordeduras de serpiente, asma, epilepsia y cólicos (Fernández 1950/1998; Labrousse, 1993).

El modo más común de uso del opio era parte de un elixir que mezclado con agua o vino, ofrecía propiedades euforizantes y ensoñadoras. La referencia a esta mezcla se encuentra incluso en la Biblia (Mateo 27:34) cuando a Jesús le ofrecen una bebida de sabor amargo que se cree, era una mezcla de opio y vino cuyo sabor

es amargo (Fernández, 1950/1998). Martins (2008) hace referencia a Aristóteles quien además de reconocerle propiedades calmantes y somníferas, le atribuía virtudes mágicas y religiosas. Labrousse (1993) agrega que los romanos llegaron a venerarlo a tal grado, que lo acuñaron en sus monedas.

El uso de esta planta se documenta posteriormente en el Oriente Medio y en Oriente en países como India y China y se convirtió en un bien de intercambio para los mercaderes árabes. A China llegó en el siglo VII, y ya en el año 973 D.C. aparecían escritos con referencias a su poder “sanador”.

La historia de la llegada del opio a Oriente se asocia a los Viajes de Marco Polo, libro en el cual describe con detalle sus viajes por los países del Asia y que sirvió de base para la construcción de mapas que inspiraron y permitieron posteriormente a Vasco de Gama y a Cristóbal Colón buscar su ruta hacia las Indias Orientales. De acuerdo con Fernández, el comercio mundial del opio fue establecido gracias las habilidades de navegación de los europeos, inicialmente los portugueses tuvieron el control de este comercio y aprendieron de los mercaderes árabes e indios las rutas para llevar el opio de India a China, pues era de mayor calidad y potencia. La navegación a vela permitió la expansión de este mercado a más puertos y a ello se atribuye el incremento en la adicción al opio entre los años 1500 y 1700 en el Lejano Oriente.

Así mismo, Martins (2008) recuerda que hasta el Siglo XVI el opio en Europa se integraba a las prácticas de hechicería y de fitoterapia y que durante el Renacimiento, Paracelso el gran médico de la época, lo usaba en diversas preparaciones y fue incluido como parte de la farmacopea.

Se atribuye a los portugueses la introducción de la práctica de fumar opio en pipas a China, pues tanto ellos como los españoles, llevaron la práctica de fumar tabaco en pipas a Europa luego de sus periplos por el Nuevo Mundo (Fernández, 1950/1998). Sin embargo, Diköter (2003) recuerda que el hábito de fumar tabaco se expandió en China cuando se vinculó al ritual del té y los cultivos fueron introducidos por mercaderes europeos. La práctica fue

también popular porque se pensaba que protegía de la malaria.

A principios del S XIX el opio se introdujo en una suerte de mezcla con tabaco llamada “madak” y sólo a finales de siglo se redujo el contenido de tabaco, introduciéndose así la práctica de fumar opio. Ello se atribuye a que la calidad del opio importado de India era altamente irritante cuando se fumaba puro, pero la calidad del opio cambió durante la ocupación británica a India haciendo posible una variedad suave al paladar llamada “Patna” (Diköter, 2003).

De acuerdo con Fernández, la introducción de la pipa contribuyó a la expansión de las plantaciones de amapola y del uso de opio fumado en el Lejano Oriente. Según él, los efectos eran de lejos, más potentes que el opio ingerido por vía oral, por lo que pronto se comenzaron a registrar los casos de uso habitual en países como China. Este autor no hace mención alguna a las referencias antes señaladas por Diköter que vinculan el uso del opio con el tabaco y el té.

Continúa Fernández diciendo que holandeses y franceses siguieron los pasos de los portugueses a comienzos del S XVII y posteriormente los ingleses con su incursión en India, dominaron el mercado del Opio hacia China entre 1770 y 1833, momento en que el mercado fue abierto y permitió la participación de comerciantes de diversos orígenes, incluyendo a los norteamericanos que entraron a competir por este rentable negocio. En 1790 el Emperador Chino prohibió toda importación de opio, tras evidenciar el negativo impacto social que tenía esta práctica entre su gente. El Comercio se expandió a tal grado, que la carga de los ingleses aumentó de 15 a 75 toneladas métricas (t¹) entre 1770 y 1773 y llegó a 250 t anuales para el año 1800, pero en 1840 la cifra aumentó a 2,555 t (Fernández, 1950/1998).

Aunque el contrabando y comercialización de opio fue prohibido con pena capital en 1796, la medida no logró mayor eficacia. En 1838 la Corte Imperial de China comisionó un grupo especial para responder al problema con determinación. Con la incautación y lanzamiento al mar de un cargamento de opio, los

ingleses reaccionaron despachando a China tropas con 7,000 hombres distribuidos en una flota de seis naves. Esto dio inicio a la primera de las dos Guerras del Opio entre China y Gran Bretaña con una derrota que China admitió en 1842, siendo forzada a firmar el Tratado de Nankin con el cual cedía Hong Kong a los ingleses y a abrir cinco puertos adicionales para el comercio internacional, además de pagar una cuantiosa indemnización por la pérdida del cargamento destruido (Fernández, 1950/1998).

A pesar de la presión, China siguió con la negativa de legalizar el opio y ello desencadenó el segundo conflicto en el cual participaron también los franceses. China de nuevo tuvo resultados devastadores, aceptando la derrota por segunda vez y siendo forzada a firmar el Tratado de Tlanjian, en el cual debían acceder a la circulación libre de extranjeros al interior del país y a la apertura de nuevos centros de comercio, pero la negativa de China desencadenó el ataque a Pekín y la conflagración que acabó con el palacio de verano del Emperador. En 1860 accedieron entonces a firmar el Tratado de Pekín en el cual refrendaban lo previsto en el anterior y dos años antes, en 1858 se legalizó la importación de opio a China. El número de usuarios de opio tras la legalización, llegó a la cifra de 13,5 millones en 1900 que consumían 39.000 t al año. Según Fernández, en 1906 el 27% de la población adulta de China tenía una dependencia al opio (Fernández, 1950/1998), y aunque Martins (2008) concuerda en que serían entre 13 y 40 millones, si se tiene en cuenta que la población de la época era de alrededor de 400 millones, se estaría ante una importante discrepancia frente a la proporción que menciona Fernández.

Por esta misma época y quizás desde antes, también es cierto que el uso de opio fue símbolo de estatus y las pipas para fumarlo, una suerte de accesorio lujoso y digno de colección. El opio se consumía enmarcado en un ritual con luces bajas y esencias que, a juicio de los más entusiastas, permitía “un viaje a la inmortalidad” (Diköter, 2003).

1 Unidad de peso equivalente a 1,000 kilogramos.

Así, otras miradas del mismo fenómeno existen y señalan que durante las primeras décadas del Siglo XX se expandía un discurso “narcotóxico” sustentado en parte en la visión de una China “esclavizada y empobrecida” por el opio. Para Frank Diköter, China es el equivalente al “paciente cero” y representa una “plaga” que contamina al resto del mundo, un ejemplo de sociedad debilitada y destruida por la droga.

Para este analista, resulta importante desdibujar esta imagen, en primer lugar porque no existe evidencia médica que muestre el impacto negativo que el uso de opio cobra en la salud y tampoco evidencia que indique que el opio genere un uso compulsivo y descontrolado por cuanto es muy raro que se excedan las 15 pipas al día y no desarrolla tolerancia con el consecuente incremento en la dosis.

En la misma China, muchos lo usaban para el tratamiento de la diarrea y otros de manera ocasional, sin excederse de una o dos pipas por ocasión. De acuerdo con el mismo autor, Jean Cocteau (1957, citado por Diköter, 2003) observó que quienes fuman opio nunca incrementan la dosis.

La automedicación fue también un motivo de expansión del uso de opio en China: como analgésico y coadyuvante en el tratamiento de la fiebre, la diarrea y la tos. El opio a bajo costo, permitió que personas con bajos ingresos pudieran acceder a una droga que les aliviaba los síntomas de enfermedades como la disentería, el cólera, la malaria así como a paliar el hambre, el cansancio y el frío, en momentos en los que el acceso a tratamiento médico no era común y los problemas de salud por enfermedades endémicas eran altamente prevalentes entre la población china. De hecho en 1935, uno de los pocos estudios existentes, mostró que el 90% de los 1,000 pacientes de los que se tenía registro para el tratamiento de la adicción, dijeron haber usado opio o heroína para tratar algún síntoma físico. Las enfermedades endémicas fueron características del período tardío de la China Imperial, como ejemplo, las devastadoras epidemias de cólera que coincidieron con la llegada del opio en la segunda y tercera década de los años 1800.

Concluye su análisis Diköter, señalando cómo el opio fue convertido en “chivo expiatorio” en una época en la que la medicina tuvo su plena expansión en Europa y Estados Unidos, en la que se quiso monopolizar el acceso a medicamentos y en la que se creó todo un nuevo mundo de desarrollo en torno a las “adicciones”. Por su parte en China, muchas personas en tratamiento y desintoxicación murieron en efecto, a juicio de este analista, por la ausencia de tratamientos eficaces para las enfermedades que los llevó a tomar opio en primer lugar o por malas prácticas a la hora de proveer un efectiva desintoxicación (Diköter, 2003).

Diköter considera que existe una negativa a aceptar que el uso de opio en Europa, el Medio Oriente y Asia fue siempre “suave y moderado”, y que aceptar este hecho hubiera echado por la borda los esfuerzos por prohibir los cultivos de amapola y hubiera amenazado el discurso médico según el cual, el incremento en la dosis es inevitable y la adicción irreversible (ver también Musto, 1993).

De otro lado, el opio es una sustancia de calidad y potencia muy variables. La mayor parte del opio importado de India y producido en China tenía poco contenido de morfina (3-4%) en tanto que el importado de Turquía a Inglaterra, podía tener entre 10-15% de morfina. Aunque el uso de opio por vía fumada puede suponer una mayor sensación de euforia, la realidad es que entre el 80 y 90% del componente activo se pierde al quemarlo.

El mismo autor pone la perspectiva sobre otros factores que invitan a trascender la discusión en torno a las propiedades farmacológicas de esta droga. Las condiciones de contexto en la época imperial se caracterizaban por un marcada movilidad y diferencia entre clases sociales en donde ciertos grupos sociales buscaban marcar su estatus y riqueza frecuentando las “casas de opio” y adquiriendo la maestría en el “arte de fumar”.

La disponibilidad de opio de menor calidad llevó a que esta práctica penetrara también en otros grupos sociales a mediados del Siglo XIX. El opio se convirtió en símbolo de hospitalidad, de uso colectivo y enmarcado en rituales

sociales y culturales junto con las “casas de té” y los lugares en donde se vendía licor; juntos jugaron un papel importante ofreciendo espacios de esparcimiento e intercambio social en un momento de gran represión.

El opio, a diferencia del alcohol, permitía conservar la compostura y fue un importante “lubricante social” en la época. Todo ello contrasta con la imagen ampliamente expandida de la casas de opio como lugares de “perdición y vicio”; muchas de éstas sirvieron como refugio y hogar temporal para inmigrantes pobres, ofreciéndoles techo, comida y baño. Un ejemplo de ello es la casa de opio más grande del mundo, el Heng Lak Hung en Bangkok que en los años cincuenta del Siglo XX, albergó 5,000 personas de forma permanente en un ambiente en el que se ofrecía opio, acomodación y comida a bajo precio. Las casas de opio en el Siglo XIX sirvieron de refugio para el flujo masivo de trabajadores que llegaban a los puertos y centros de comercio, así como a los inmigrantes internos que salían del campo por la crisis en la economía rural, o por la diversidad de desastres naturales y rebeliones.

La prohibición que tuvo lugar entre 1906 y 1949 no sólo dejó a muchas personas sin techo, sino que fue un remedio peor que la enfermedad. De hecho impulsó el mercado de opiáceos semi-sintéticos como la morfina y la heroína, fenómeno detectado en 1929 por las mismas autoridades chinas. La heroína se expandió como alternativa frente al alto costo del opio en el mercado negro, especialmente entre las clases pobres. Dada la familiaridad de la sociedad china con las agujas (acupuntura), las jeringas artesanales se convirtieron en una alternativa para el uso, pues era más fácil de ocultar dada la ausencia de humo y se usaban de forma masiva sin ningún tipo de limpieza o desinfección, transmitiendo sífilis y convirtiendo a la septicemia, el hambre y la desatención en las mayores causas de muerte entre adictos en ese país (Diköter, 2003).

El Partido Comunista tomó el poder en 1949 y a pesar de haberse lucrado del mercado ilegal de opio durante su lucha, les tomó tres años terminar con las sustancias ilícitas, poniendo en marcha una política represiva y de persecu-

ción que incluyó ejecuciones masivas, juicios públicos y envío de muchos, a campos de trabajo forzado por el resto de sus vidas.

El único lugar en el que el opio siguió siendo una alternativa más costo-efectiva que los opiáceos semi-sintéticos fue Hong Kong, donde se conservó el monopolio por parte de las autoridades británicas. Pero este panorama cambió, cuando les fue imposible contrarrestar la presión ejercida por los Estados Unidos frente al mercado global de opio y disuelto el monopolio estatal, bastó una década para que los usuarios transitaran a la heroína (Diköter, 2003).

Durante esos años se descubrió la penicilina (1940) y se convirtió en una verdadera alternativa para el tratamiento de enfermedades que antes sólo podían ser tratadas con opio. Desde 1930 el estatus social del opio venía en franca decadencia y ya no era visto como símbolo de clase o modernidad; el cigarrillo llegó pronto en su reemplazo e hizo de China a finales del S XX el mayor productor de tabaco en el mundo .

Historias similares se vivieron en Tailandia, Vietnam, Birmania, Laos y otros países para los que la prohibición dinamizó fenómenos de altísimo costo socio-sanitario (ver también Pérez, 2009).

La Conferencia de Shangai que tuvo lugar en 1909 y la Convención Internacional del Opio en 1912 en La Haya, dieron origen al sistema internacional de control y fiscalización de sustancias ilícitas con 13 países signatarios en la época, entre los que encontraban China, Estados Unidos y Reino Unido. De allí los países se comprometieron a hacer esfuerzos por controlar la fabricación, importación, exportación y venta de sustancias como morfina y cocaína, así como sus derivados y fue, a juicio de la UNODC (2008), el primer esfuerzo internacional por controlar un problema con dimensiones globales. En 1915, algunos países la integraron a su legislación interna y en 1919 se globalizó el alcance como parte del Tratado de Versalles. Este fue el origen de la prohibición del comercio y uso de sustancias consideradas ilícitas y su restricción para usos medicinales.

No obstante, según UNODC (2008), la Declaración de Shangai no fue un instrumento del todo vinculante y la construcción de un cuerpo legal que lidiara con el problema mundial de las drogas, tuvo que esperar el desarrollo de docenas de acuerdos y declaraciones que se dieron a lo largo de gran parte de los siguientes 100 años. Después de la Primera Guerra Mundial la Liga de Naciones lideró el esfuerzo y emitió convenciones en 1925, 1931 y 1936 que no tuvieron mayor alcance pues algunos países clave no hacían parte de este colectivo. Pasada la Segunda Guerra Mundial, las Naciones Unidas asumieron el liderazgo promoviendo los protocolos del opio entre 1946 y 1953. La Convención Única de drogas ilícitas de 1961 cambió la manera como el mundo entró a responder frente al tema.

El comercio de drogas ilícitas evolucionó al tiempo con las convenciones, mientras la morfina y la heroína desplazaron al opio en las dinámicas de consumo, la cocaína surgió en el panorama geopolítico y la marihuana fue incluida en la lista de sustancias controladas en 1925. La Convención de 1961 no incluyó las sustancias sintéticas (a excepción de los opiáceos sintéticos) y dada la proliferación de estas sustancias durante la década, fue necesaria la convención de 1971 para sustancias psicotrópicas. En 1988 se consolidó el sistema de control en una convención que incluía tanto las sustancias narcóticas como las psicotrópicas (UNODC, 2008).

De esta forma, Diköter termina su reflexión señalando que la visión de una China “esclava” fomentó el discurso prohibicionista, y que éste a su vez “dinamizó el crimen, llenó las cárceles, alimentó la corrupción, puso en riesgo la salud pública, restringió el acceso al manejo efectivo del dolor crónico y produjo exclusión social” (p.23). A su juicio, la mejor manera de ganar la “guerra contra las drogas” es abandonándola.

UNODC (2008) por su parte, se pregunta qué hubiera ocurrido si no se hubiera intervenido como se hizo, lo que denomina una de las mayores crisis humanitarias de nuestro tiempo.

2. La llegada a las Américas

Las condiciones de miseria reinantes en China a mediados del siglo XIX, así como la búsqueda de mano de obra barata por parte de potencias como los Estados Unidos (en particular para el tendido de los ferrocarriles y la conquista de algunos de sus territorios), contribuyeron a activar la masiva inmigración china a las Américas. A ello se atribuye en parte a la introducción de la amapola, el opio y su uso en el continente.

De hecho, la historia de países como México en torno a la heroína, se remonta a finales del siglo XIX, tiempo en el que se encuentran registros de cultivos en la zona noroeste por parte de inmigrantes chinos que la producían para su propio consumo. De acuerdo con Astorga, investigador de la Universidad Autónoma de México (citado por Najar, 2013), la situación cambió en la Segunda Guerra Mundial cuando las fuentes de abastecimiento asiáticas se cortaron y Estados Unidos fomentó su producción en México por tratarse de un producto esencial para el tratamiento de las tropas heridas en combate. Se hizo uso de esta fuente para acceder a la base de la morfina también durante la guerra de Corea y la primera parte de la guerra de Vietnam. Ello desplazó cultivos tradicionales como manzana, maíz o tomate en la zona conocida como “Triángulo de Oro” en donde se cruzan los estados de Sinoaloa, Durango y Chihuahua (ver también Palacios y Serrano, s.f).

Stimson et. al, (1998) recuerdan también que los Estados Unidos tiene una de las más largas tradiciones de automedicación a través de la inyección, tradición que empezó mucho antes de que sustancias como la cocaína o la heroína fueran declaradas ilegales.

Con la invención de la aguja hipodérmica, a comienzos del siglo XIX y la síntesis de la morfina, muchos soldados de la Guerra Civil se auto-administraban morfina para el tratamiento de sus lesiones, en lo que llegó a llamarse “la enfermedad del ejército” (Terry y Pellens, 1970, cit. por Stimson et.al, 1998). En 1898 se

introdujo la heroína como jarabe para la tos y a partir de allí tuvo una rápida expansión por sus propiedades medicinales y por placer.

Entre 1910 y 1920 era común la inhalación de heroína en ciudades como Nueva York, entre 1915 y 1925 se empezó a administrar por vía subcutánea y hacia 1920 los usuarios empezaron a experimentar el efecto de la heroína inyectada en las venas. De acuerdo con estos autores, la popularidad de la heroína pudo haber sido impulsada por la prohibición del opio fumado en 1909 y los controles en el ingreso de cocaína poco tiempo después. Para 1932 la inyección de heroína se presentaba en casi todas las ciudades de Estados Unidos, convirtiéndose en la primera droga de elección por los usuarios en 1940. Helpers (1934, cit. por Stimson et. al, 1998) recuerda que el primer brote de infecciones transmitidas por jeringas (malaria) data de 1932 en Nueva York.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, el 40% de los usuarios de heroína se inyectaban, porcentaje que ascendió al 70-90% en 1950 (O'Donnell y Jones, 1970; cit por Stimson et. al, 1998).

El opio provenía principalmente de Turquía entre los años cuarenta y sesenta, y temprano en los setenta llegaba a través de la "French Connection". Cuando Turquía redujo sus cultivos de opio a cantidades permitidas por ley, entró México a llenar el vacío en la oferta, tal como se viene mencionando en este escrito y luego el opio del Sudeste Asiático la complementó (Stimson et. al, 1998).

Tras la declaratoria de guerra frontal contra las drogas y su uso, por parte del Presidente Richard Nixon en 1971, la flor de amapola desapareció virtualmente de México (a excepción de ciertas zonas montañosas que han permanecido bajo control de las organizaciones criminales), tras una serie de operaciones militares entre las que se destaca la Operación Cóndor. Era común encontrar esta planta creciendo de manera silvestre en ciudades como Ciudad de México y estaba para la venta en los mercados de abarrotes locales (Najar, 2013).

El uso de heroína en el continente latinoamericano estuvo limitado por años a países como

Estados Unidos, México y Canadá (CICAD, 2015). De acuerdo con Tokatlián (1993), Estados Unidos mostró una escalada en el uso de esta droga pasando de 50,000 consumidores en la década de los sesenta a 560,000 en 1972, a 631,000 en 1978, estabilizándose por debajo de los 500,000 en los ochenta y llegando a un estimado de usuarios de 900,000 en 1991.

En 1993, Estados Unidos concentraba el 6% del total del uso mundial de opiáceos, en contraste con el 18% de Europa, mientras éste último mercado era abastecido principalmente por países asiáticos, el primero se convirtió en fuente de expansión de organizaciones de narcotráfico colombianas (Tokatlián, 1993).

En 1998 Stimson y colaboradores, señalaban que de acuerdo con fuentes oficiales y con un claro sub-registro, el número de usuarios en Estados Unidos era 300,000, y de acuerdo con investigadores locales tales como Don Des Jerais eran 1,3 millones. Sólo en Nueva York, el número sería de 200,000. En países como Canadá para 1998 se calculaban entre 50,000 y 100,000 las personas que se inyectaban.

El mercado de heroína estadounidense mostró cambios importantes a lo largo de la década de los ochenta dinamizados por factores de acceso, calidad y preferencias de los consumidores; por ejemplo, en 1983 las fuentes fueron tan diversas como el sudoeste asiático (48%), México y Guatemala (33%) y sudeste asiático (19%). Para 1987 el 42% de la heroína provenía de México y Guatemala y en 1990 el 56% era del sudeste asiático, disminuyendo al 23% la participación de los países centroamericanos (Tokatlián, 1993).

De acuerdo con el Informe sobre uso de drogas en las Américas de la CICAD 2015, países como Colombia, República Dominicana y Venezuela registran incrementos en la demanda de tratamiento por uso de opiáceos como heroína. Lo que a juicio de este organismo, es indicativo de un cambio en los patrones de uso en la región.

No obstante, Stimson et. al (1998) reportaban previamente el uso a baja escala de heroína inyectada en Honduras, Puerto Rico y República Dominicana.

El informe de la CICAD (2015) continúa señalando que el origen del uso de esta sustancia parece ser distinto. En Colombia y Venezuela se cultiva la amapola, mientras que en República Dominicana la mayoría de quienes reportan uso de esta sustancia, dijo haberse iniciado en Estados Unidos o en otro país.

No es la primera vez que se describe este patrón de expansión, lo que explica la preocupación de organismos como la CICAD en el sentido de alertar por una posible introducción de la sustancia a otros países de la región.

En América del Sur, la historia muestra dos patrones de uso claramente diferenciados. En países como Brasil, Argentina, Paraguay y Uruguay, la inyección de cocaína ha sido común, un fenómeno poco documentado hasta la llegada del sida, al que se le atribuye al menos un cuarto de los casos en el Cono Sur, y cuyos primeros registros se dieron en Brasil 1986 y en Argentina 1987. De otro lado, los países andinos han tenido una amplia tradición de uso de coca y sus derivados por vías distintas a la inyección (Stimson et. al, 1998).

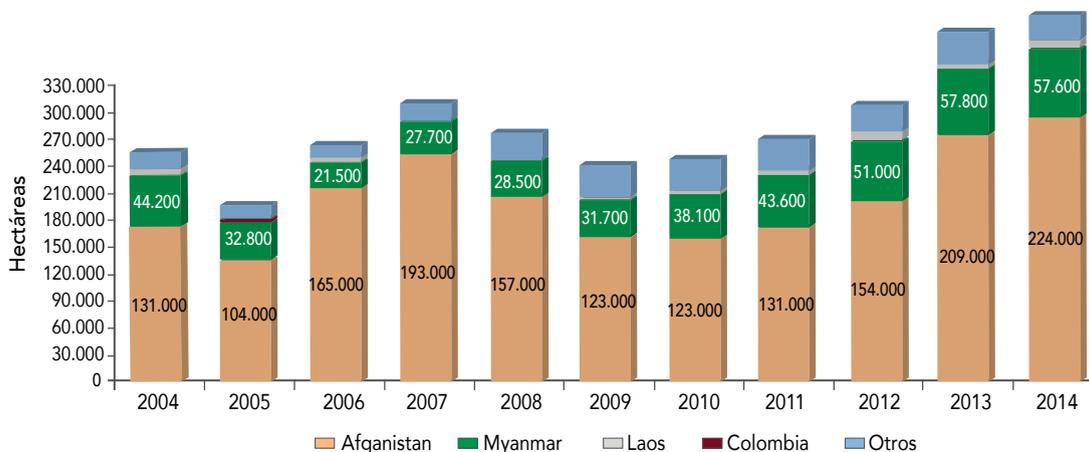
Llama la atención que en su recuento histórico, Stimson y colaboradores dicen “los usuarios de cocaína en Colombia, parecen no tener preferencia, e incluso sienten antipatía, hacia la inyección” (p. 10).

A finales de los años ochenta, de acuerdo con Stimson y colaboradores, algunos carteles de cocaína colombianos, introdujeron el cultivo de amapola y dieron inicio a la síntesis de heroína contando con la asesoría de expertos del Sudeste Asiático. En 1994 estos autores citan referencias de Tim Rhodes quien señalaba la presencia de usuarios de heroína inyectada en Bogotá y Cali y que habiendo probado este modo de uso con heroína, transitaron a la inyección de cocaína, por lo que desde ese momento, llamaban la atención frente al riesgo de la expansión de la práctica en Colombia.

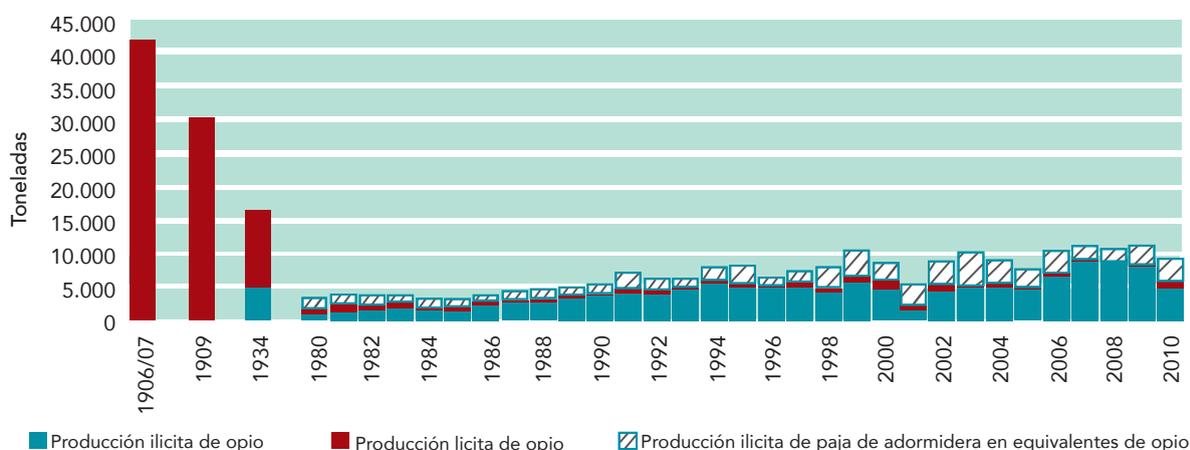
3. Contexto mundial de producción y tráfico de heroína

Según el Informe Mundial sobre las Drogas (UNODC, 2015), en el año 2000 los cultivos de amapola en el mundo ascendían a 221,952 hectáreas sembradas que producían alrededor de 4.700 toneladas de opio seco; México y Colombia participaban con el 4% por ciento de los cultivos mundiales y el 3% por ciento de la producción mundial de opio. Después de una década (2010) los cultivos mundiales se estimaban en 190,662 hectáreas que produjeron alrededor de 4,730 toneladas de opio seco y alrededor de 383 toneladas de heroína. Para

Gráfico 1. Cultivos Mundiales de Amapola 2004-2014



Fuente: Informe Mundial de Drogas (UNODC, 2015)

Gráfico 2. Evolución de la producción mundial de opio 1906-2010

Fuente: World Drug Report (UNODC, 2012)

2014 los cultivos se incrementaron a 310,891 hectáreas que produjeron 7,554 toneladas de opio seco y alrededor de 526 toneladas de heroína. En la actualidad el incremento en los cultivos y producción de heroína se focaliza principalmente en Afganistán (85%) y le sigue en importancia Birmania (9%).

La India es el único país proveedor lícito de opio para fines médicos y científicos en el mundo, con una producción de 413 toneladas en el 2013; el resto de la demanda de materias primas para la elaboración de medicamentos, se abastece de paja de amapola² siendo Australia, Turquía, España y Francia los principales productores.

A pesar de la disminución registrada a comienzos del siglo XX en la producción mundial de opio tras la implementación de las medidas internacionales de control, actualmente la producción para uso ilícito supera veinte veces la producción destinada a fines médicos y científicos (gráfico 2).

La mayor caída de producción de opio en Afganistán ocurrió en el año 2001 (año que coincide con la incursión de los Estados Unidos y la coalición internacional en su territorio), y con ella la producción mundial cayó a 1,630 toneladas. Para 2010 algunos reportes aisla-

dos registraron escasez de heroína de alta calidad en algunos países europeos, fenómeno que no afectó en mayor medida el mercado en calle. La producción mundial ha fluctuado entre 4,500 y 7,500 toneladas, siendo Europa el mayor mercado consumidor de heroína de Afganistán.

De acuerdo con estudios recientes, en países como Rusia y Ucrania que han implementado fuertes medidas represivas frente al tráfico y consumo de drogas, donde la heroína es costosa o poco disponible, han visto emerger la desomorfinina, un sustituto de la heroína mucho más económico, altamente peligroso y de fabricación casera, conocido también como krokodil (Grunda et al., 2013; Amorin et al., 2015).

4. El papel de Colombia en esta historia

Las primeras plantaciones de amapola fueron detectadas en el departamento de Tolima en el año 1983 y posteriormente en el Meta. Los primeros laboratorios de producción de base de morfina fueron detectados en Bogotá y Barranquilla, la heroína incautada para la época era de

² Según la Convención Única de 1961 sobre drogas ilícitas, corresponde a todas las partes (excepto las semillas) de la planta de amapola después de cortada.

baja calidad (Tokatlián, 1993). El diario *El Tiempo* (1992) registraba laboratorios detectados en Villavicencio en 1985; así como en Bogotá y Barranquilla en 1988, donde fueron encontrados 1,800 gramos de base de morfina. La proliferación de laboratorios clandestinos de heroína en departamentos como Huila y Cundinamarca se dio en 1991. Sin embargo, el diario señala que según la DEA, los laboratorios se ubicaron en zonas urbanas y no en zonas de cultivo y eran trasladados con frecuencia para evitar ser detectados. Para ese momento algunas muestras analizadas alcanzaban el 90% de pureza.

Juan Gabriel Tokatlián en 1993 alertaba sobre el fenómeno emergente de producción de heroína en Colombia. Buscaba advertir sobre los riesgos y costos futuros a la hora de abordar el fenómeno emergente y así evitar lo que a su juicio, fueron errores cometidos en los intentos por controlar sustancias como la marihuana o la cocaína. Proponía una actitud proactiva y propositiva y adoptar una política “propia, audaz y creativa” con el fin de evitar que Colombia se convirtiera en una amenaza internacional.

Tras la consolidación de los cultivos en los años noventa cuando las autoridades en Colombia reportaron 20,000 hectáreas, el máximo registrado en la historia del país, el Consejo Nacional de Estupefacientes autorizó en 1992 la aspersión aérea con glifosato.

De acuerdo con Tokatlián (1993) las 20,000 hectáreas registradas en ese año, distribuidas en 17 departamentos llegaron a representar ya no el 1,1% del total de área cultivada de amapola en el mundo, sino el 8.8%, con lo cual superaba la producción de México y Guatemala en conjunto y la llevaba a ocupar el primer lugar en la región (Tokatlián, 1993).

Por la misma época se registró la incautación de más de 36 kilos de heroína, 9 kilos de morfina y 107 de pasta de opio, la desmantelación de laboratorios en Pereira y Bogotá, la captura de más de 200 personas involucradas en la red y la expulsión del país de extranjeros de procedencia mexicana, pakistaní, afgana y de otros países del sudeste asiático, que vinieron a asesorar el negocio, de acuerdo con *El Tiempo* (1992), desde mediados de los años ochenta.

De hecho, el mismo periódico dice que en 1986 dos traficantes mexicanos detenidos, confesaron haber sido contactados por narcotraficantes colombianos y haber sido llevados a dos lugares distintos en el departamento del Cauca, donde asesoraron el desarrollo de un cultivo de cinco hectáreas. Al año siguiente, otros narcotraficantes también de origen mexicano, fueron detenidos y dijeron haber cooperado con cultivos de entre 100 y 200 hectáreas en Norte de Santander.

Aunque la historia mostró que los resultados de las políticas de control tuvieron un efecto contundente en el caso de la amapola, dada la reducción en los cultivos, a juicio de Tokatlián esto respondió a una política antidrogas que fue “contra” partes del negocio, en vía contraria a una estrategia que permitiera reducir daños y mayores costos, eligiendo de acuerdo con este analista, el principio de vigoros enforcement por encima del de harm minimization. Ya para ese momento Tokatlián citaba a Peter Reuter, para quien la consecuencia de la coacción no era la disminución del negocio, sino el recrudescimiento de la violencia, el aumento de las fuentes de corrupción, mayores ingresos para las mafias y el aumento en los riesgos de salud para las personas usuarias de drogas.

El surgimiento del problema de la amapola en el país, según este analista, parecía haber crecido sin que nadie se diera cuenta. Sus hipótesis pasan por la intención de las organizaciones de narcotráfico (especialmente de Medellín y Cali) de expandir el negocio y diversificarlo, dado que el precio de la heroína superaba entre 6 y 10 veces el de la cocaína, hasta la integración de las redes colombianas con grupos organizados de Europa. Igualmente analizaba que la caída interna y externa de productos básicos como el café, arroz y algodón, los ajustes económicos inspirados en una lógica neoliberal que afectaron la agricultura, pudieron llevar a muchos campesinos e indígenas a sustituir sus cultivos por los de amapola. De otro lado, señala la vinculación activa de grupos como las FARC y el ELN en la cadena productiva de la amapola, que junto con impuestos por seguridad, llevaron a proliferar aún más los cultivos y la producción.

La agenda interna estaba marcada por la presión de Estados Unidos por controlar la producción de cocaína, fenómeno que absorbió recursos de todo tipo. Menciona también el desinterés de los medios por cerca de una década frente a esta realidad, la ausencia de investigaciones en el tema, la capacidad del negocio como fuente de corrupción e intimidación, la ausencia o debilidad estatal en amplias zonas del país y la falta de motivación para abrir un debate frente al tema en el legislativo, como factores que contribuyeron al crecimiento del fenómeno (Tokatlián, 1993).

De otro lado, el mercado estadounidense de heroína se ha caracterizado por ser un entramado complejo y diverso, han hecho parte de él, la Cosa Nostra y las "tríadas" chinas a cargo de la distribución en la costa este del país. Los grupos mexicanos y chicanos que controlaban la heroína latinoamericana y los de origen paquistaní, indio, libanés y albano que administraban la droga proveniente de Asia, con lo cual proveían el mercado del centro y del oeste. El mercado callejero estaba a cargo de grupos del caribe, afro-descendientes, latinos, entre otros y los "correos humanos" que comúnmente provenían de África (Tokatlián, 1993).

Las organizaciones que hacían parte de la red internacional se caracterizaban por ser cerradas y extremadamente violentas y Tokatlián señalaba que algunos estudios recientes (para el momento del artículo), registraban la vinculación de redes de narcotráfico colombianas con este entramado.

En 1991 se producían un total de 3,819 toneladas de heroína en el mundo. México y Guatemala eran los mayores productores en América Latina; el primero con 41 t y el segundo con 17, en contraste con las 570 que producía Afganistán, el mayor productor mundial hasta hoy. Como se verá, Colombia desplazó muy rápidamente a México y a Guatemala en producción por esos años.

En Octubre de 1992, el periódico El Tiempo publicaba las principales conclusiones de un estudio hecho por la DEA y mostraba que el negocio lejos de estar bajo el control de las organizaciones de Medellín y Cali, estaba en

manos de pequeñas organizaciones independientes que inicialmente canjeaban cocaína por heroína con las mafias europeas, para asegurar un lugar en el mercado, y luego explotaron la producción interna para hacerse a la distribución directa en Estados Unidos. A juicio de la DEA, existía el peligro de que en el curso de 2 a 5 años los traficantes colombianos empezaran a ocupar un lugar importante en el comercio global de esta sustancia (ver también Mejía et.al, 2002).

Lo interesante, según este diario, es que la DEA observó que las incisiones hechas a las bellotas de la planta eran más propias del sudeste y sudoeste asiático, y que las variedades de la heroína colombiana correspondían en su mayoría a las del sudeste asiático y en menor escala a las de México (café oscuro y negro) y otras de origen desconocido. Lo que halló la DEA es que en Colombia se utilizaron semillas provenientes de México, Tailandia, Pakistán e Irán y que además de asesorarse con extranjeros, los colombianos buscaron la ayuda de estudiantes y profesores universitarios de química para montar los laboratorios de procesamiento de heroína.

Esta aseveración parece confirmarse con los hallazgos en estudios en campo realizados en Colombia y en ciudades como Medellín, en las que los usuarios pueden hallar heroína de color marrón, blanca y negra. Parece haber mayor disponibilidad de heroína marrón comúnmente usada para fumar, pero es utilizada en Colombia por distintas vías. La blanca suele ser más costosa ya que es de mayor pureza, pero también es la que suele ser más adulterada. Todos estos tipos son colombianos pues no hay evidencia que indique que provengan de Asia o de México (Castaño y Calderón, 2010).

La calidad de la heroína colombiana se desconoció por mucho tiempo por lo que inicialmente fue difícil la apertura del mercado para este narcótico, pero la producción a gran escala y la llegada de heroína de alta pureza a las calles de Estados Unidos, aseguraron un lugar en el mercado. Desde 1988 se decomisaron muestras que llegaban hasta el 97% de pureza y cuya procedencia era de Medellín y Cali (El Tiempo, 1992).

Esto contrasta con lo señalado por Rocha (2011) pues a su juicio la incursión en el cultivo de amapola y en la exportación de heroína, no fue exitosa, debido a lo que llamó “las adversas condiciones locales”, aspecto que se retomará más adelante y que podría explicar porqué no se presentó en Colombia lo que Tokatlián temía que podría ocurrir.

El mismo autor recuerda que en el período comprendido entre 1995 y 2009 el área cultivada de amapola pasó de 5,226 hectáreas a 335, en contraste con las 181,000 a nivel global. Por su parte UNODC decía que el cultivo de amapola en Colombia emergió con posterioridad, entre 1995 y 2000, y que para el año 2007 con 3,950 hectáreas cultivadas, el país se había convertido en el primer proveedor del mercado estadounidense. En este informe se afirma que en corto tiempo los cultivos de coca y amapola se habían convertido en factores de colonización descontrolada en la Amazonía, en la región del Macizo Colombiano, Catatumbo, Urabá, Sierra Nevada de Santa Marta y las selvas de Chocó y Nariño (UNODC, 2007).

Según informes la UNODC y del INCSR citados por Paéz (s.f), para el año 2012, Colombia llegó a ser el cuarto productor de heroína en el mundo y aunque su producción es baja si se compara con países como Afganistán, Pakistán, Laos o Myanmar, junto con México, ha sido uno de los principales proveedores del mercado en Estados Unidos.

La producción potencial de heroína en Colombia para el año 2009 era según autoridades estadounidenses de 2,1 t., reduciéndose a menos de la mitad de la proyectada tres años atrás (4,6 t.) y a las 11 t. del año 2001. En 2012 según la UNODC la capacidad de producción en Colombia era de menos de una tonelada métrica (Insight Crime, 2013).

De acuerdo con Insight Crime OSF (2013), la dinámica de la producción y exportación de la heroína colombiana es muy variable y los datos muestran discrepancias. Mientras en la década de los noventa la heroína proveniente de nuestro país representaba hasta el 65% de la heroína disponible en Estados Unidos, haciendo de Colombia el primer productor de esta droga en la región, en los últimos años, México lo ha venido desplazando pues ha entrado a competir con calidad y pureza.

Colombia no cuenta con un sistema de monitoreo que permita conocer a ciencia cierta las tendencias y dinámicas, por tanto, la información sobre cultivos, producción y estructuras organizacionales presenta vacíos. La principal fuente de información sobre cultivos de amapola es la Dirección Antinarcoóticos de la Policía Nacional, producto de la inspección visual en reconocimientos aéreos.

Los cultivos de amapola se caracterizan por implementarse en lotes pequeños o minifundios, en un rango de 1,700 a 3,000 m.s.n.m.,

Tabla 1. Cultivos de amapola en Colombia por departamento, 2005 - 2014 (en hectáreas)

Departamento	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nariño	475	316	204	24	238	234	229	205	73	159
Cauca	538	448	280	126	100	92	102	102	219	208
Huila	320	114	45	45	11	12	5	4	4	10
Tolima	265	90	170	170	3	3	2	2	2	5
Cesar	152	3	7	18	2,5	-	-	-	-	5
Valle del Cauca	-	-	-	-	1,5	-	-	-	-	-
La Guajira	68	-	2	4	-	-	-	-	-	-
Caquetá	132	52	7	7	-	-	-	-	-	-
Putumayo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.4
Total	1.950	1.023	715	394	356	341	338	313	298	387,4

Fuente: Policía Nacional - Dirección de Antinarcoóticos. Percepción de reconocimientos aéreos.

se cultivan principalmente en las laderas de las montañas, especialmente en los departamentos de Huila, Tolima, Cauca y Nariño y en cantidades menores en Cesar y La Guajira.

De acuerdo con la Policía Antinarcóticos se ha registrado una notable reducción de los cultivos, pasando de 6,500 hectáreas (ha.) en el año 2000, a 4,273 ha. en 2001 y a cerca de 400 ha. en 2014, concentradas principalmente en los departamentos de Cauca y Nariño. Lo que supone una disminución del 93% respecto al registro inicial. No obstante, en el mismo año la UNODC reportó la erradicación manual de 540 ha. de amapola en Nariño y Putumayo (UNODC, 2014b).

En referencia al potencial de producción, el país no dispone de estimaciones actualizadas sobre la producción potencial de heroína; los datos con que se cuenta provienen de estudios de productividad realizados por el gobierno de los Estados Unidos, que realizan cálculos del potencial de producción de heroína según las hectáreas detectadas por la Policía Nacional. Se estima que en Colombia entre 2013 y 2014 se produjeron entre 1 y 1,5 toneladas de heroína³, mientras que la producción mundial de heroína (con pureza desconocida) se calcula en 560 t.⁴, lo que determina que el país partici-

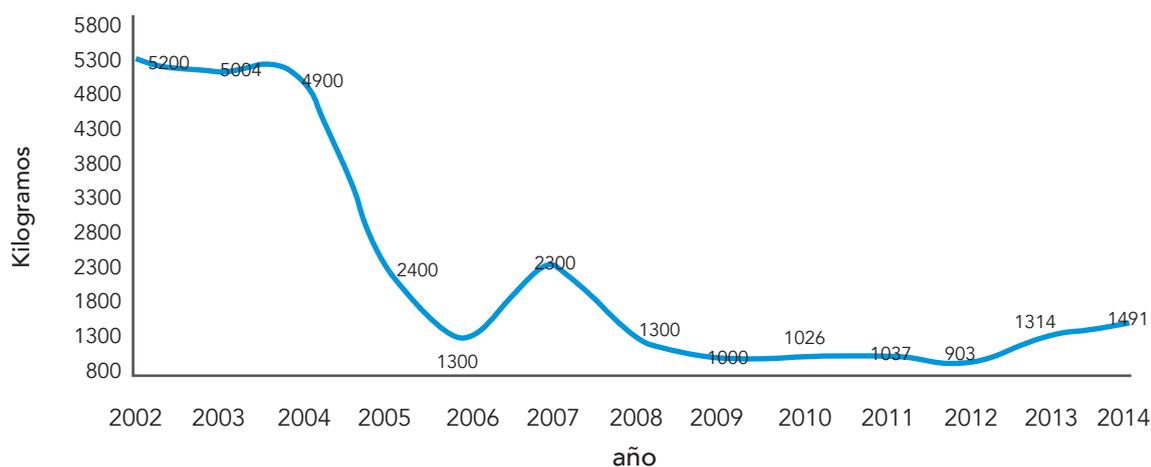
paría solamente con el 0.2% de la oferta global de este alcaloide.

En Colombia a diferencia de los demás países productores no se obtiene opio seco como material de partida para producir la heroína, sino el denominado "látex de amapola". Se reporta que en el proceso de transformación se requieren 24 kilogramos de látex de amapola (equivalentes a ocho kilogramos de opio secado al horno) para producir 1 kg de heroína pura y se presentan dos cosechas al año a excepción de Nariño que registra solo una al año.

Para 2014 se estimaba que en Colombia se producían alrededor de 12 t. de opio con un potencial de producción de heroína de 1,5 t. Por su parte, las incautaciones de heroína reportadas por la Fuerza Pública fueron de 403 kg en 2013 y de 349 kg en 2014 con pureza desconocida; también se reportaron incautaciones de látex y morfina. Anualmente se desmantelan entre uno y dos laboratorios (gráfico 3).

Según reporte de UNODC/SIMCI y la Policía Antinarcóticos, en 2014 los precios del látex de amapola habían disminuido en un 32,5% frente al año 2013. Los precios de la heroína se ubicaron en \$15.059.700/kg (US\$7.528/kg) disminuyendo el 13,3%, un comportamiento histórico que alta volatilidad.

Gráfico 3. Evolución del potencial de producción de heroína en Colombia, 2002-2014



Fuente: cálculos propios a partir de cifras de la Policía Nacional y estudios de productividad del gobierno estadounidense

3 Las estimaciones de producción potencial de heroína se realizaron teniendo como referencia las 298 hectáreas detectadas por la Policía Nacional en 2013 y los rendimientos por hectárea de opio secado al horno reportados por el Gobierno de Estados Unidos. Para mayor detalle, remitirse al Informe de Monitoreo de Cultivos de Coca 2013, página 68.

4 Según las estimaciones reportadas en el Informe Mundial de Drogas, 2014 (UNODC).

De acuerdo con Insight Crime (OSF, 2013), dos factores han incidido en el desplazamiento de la fuente primaria de heroína a los Estados Unidos de Colombia a México. Uno ha sido la creciente demanda de opiáceos en el país del norte y otro, la búsqueda de alternativas de ingresos a través del reemplazo de los cultivos de marihuana por amapola, por parte los carteles de Sinaloa, dada la caída del 75% en el precio interno de la marihuana en los últimos años en los Estados Unidos.

El primer fenómeno registrado se explica por el endurecimiento de los controles para el acceso a analgésicos prescritos en Estados Unidos (en su mayoría opiáceos sintéticos como la hidrocodona y la oxicodona), y el segundo por las iniciativas de legalización y regulación del uso de la marihuana para fines medicinales y recreativos en distintos estados (The Washington Post, citado por Insight Crime OSF, 2013).

En años recientes se habla de una nueva epidemia de uso de heroína en Estados Unidos, similar a la registrada en los años setenta. Desde el año 2007 hasta el 2012, el consumo se incrementó en un 75%, al igual que las muertes por sobredosis, generando una nueva crisis de salud pública en ese país. En 2013 se calculaba en 30,000 el número de usuarios de heroína en el país y el número de muertes asociadas llegó a 8,300 (CDC, 2015).

Para 2014, el diario Portafolio indicaba que el menor acceso a opiáceos recetados, los ha elevado de precio y ello ha hecho que la heroína vuelva a ser una alternativa viable y más económica, por tanto, se concluía que se eliminó la oferta y no se intervino la demanda, por lo que la gente transitó de nuevo a la sustancia ilegal.

Para el año 2013 UNODC en el Informe Mundial de Drogas señalaba que México superaba la capacidad de producción de Colombia en casi 30 veces, seguido de Guatemala.

Se trata de un panorama algo confuso que llevó a la misma UNODC a reconocer que los datos no contribuían a clarificar las dinámicas del mercado de la heroína en la región y por tanto, no eran definitivos.

Mientras el Departamento de Estado de los Estados Unidos en 2011 mostró las cifras evolutivas antes mencionadas, en el mismo año la UNODC en su Informe Mundial de Drogas decía que mientras México registraba 12 mil hectáreas cultivadas de amapola, en Colombia la cifra era de 341 (tres veces menos que la cifra reportada por Estados Unidos), lo cual para el caso de México, significaba un incremento de más del 180% en un período de 13 años, convirtiéndolo en el mayor productor de heroína de la región.

En la actualidad, de acuerdo con la página del Observatorio de Drogas de Colombia y tal como se dijo previamente, el número de hectáreas cultivadas de amapola no supera las 400 y vale retomar los argumentos que esta misma entidad cita en su sitio web: la producción de amapola no ha tenido las ventajas comparativas de la producción de cocaína en Colombia, las zonas de cultivo de coca se han caracterizado por mayor marginalidad y aislamiento, mientras que la zona andina, en la que presenta mejores condiciones socio-económicas, mayor presencia institucional, condiciones ambientales adversas y mejores resultados en los esfuerzos de aspersión y erradicación manual (Rocha, 2011, citado por página del ODC).

Sea cual sea el panorama exacto, la realidad es que ha habido un descenso importante, hecho que el Departamento de Estado también atribuye a los esfuerzos del Gobierno de Colombia en sus políticas de erradicación (D.E. EEUU, 2011; Insight Crime OSF, 2013).

5. La producción interna de heroína y su impacto en el consumo doméstico

Santana (2004) en su libro "El Narcotráfico en América Latina" muestra cómo el tráfico de drogas ha sido un negocio regulado y controlado por grupos de monopolio que abastecen el mercado. Se trata de empresas diversas que se articulan para "irrigar" servicios y mercancías ilegales a "las plazas de consumo" y actúan al margen de los canales lícitos.

A juicio de Santana, el consumo y la demanda de drogas alienta la producción y el tráfico o a la inversa, el narcotráfico tiene la misión de responder a la demanda, siempre y cuando asegure ganancias. Por tanto, responde plenamente a la lógica capitalista que ofrece productos, bienes y servicios con el fin de producir riqueza. No es por azar que el país con más bajo consumo en la región continúe siendo Cuba y que sea casi imperceptible en ciertos sectores de la sociedad.

Para el caso de las drogas, el sistema ofrece una relación muy estrecha entre la oferta y la demanda y las ha llevado a ser “mercancías universales” (Santana, 2004).

Pero Santana va más allá y recuerda el hecho histórico de que el uso de drogas ha estado presente en todas las civilizaciones humanas, con el fin de conseguir la ebriedad tanto terapéutica como “festiva”. La sociedad capitalista no podría haber sido ajena a esta tendencia. Por tanto, ha sido una constante que parece responder a una necesidad humana. Dichas necesidades, sin embargo, cuentan hoy con la presión de las sociedades modernas y con las dinámicas urbanas.

La época moderna ha estado caracterizada por diversos conflictos ideológicos, sociales, políticos y económicos y en especial por una lógica consumista en la que las drogas vinieron a jugar también su papel. La demanda de drogas originó un alza en su producción y venta para cubrir con ellas necesidades terapéuticas o de búsqueda de placer (Santana, 2004), esta vez por fuera de escenarios ritualizados y regulados, característicos de las sociedades tradicionales.

Este fenómeno llega tardíamente a América Latina y se detecta desde los años sesenta. En el pasado, el uso de drogas no tradicional, se concentraba principalmente en países desarrollados y con altos niveles de ingreso per cápita. Y fue en la década de los noventa cuando países en transición, empezaron a mostrar patrones de uso significativos (Santana, 2004).

Para el caso latinoamericano, Santana señala que el uso de drogas en la región se asocia con

la producción y el tránsito de drogas con miras a otros destinos, especialmente a los Estados Unidos. La sobre-producción deja excedentes y ello ocurre porque se produce más que lo que el mercado de destino puede absorber. Bajo estas circunstancias, el precio de la droga baja, tanto en los países de origen como de tránsito y esto abre la puerta para nuevos consumidores. Así mismo, para este autor es claro que en el “largo y complejo” camino a los mercados de destino, un volumen de la droga queda para abastecer el mercado interno.

Al respecto, en el año 2010 el diario El País de Cali mostraba que en dicha ciudad, a finales de 2008 un gramo de heroína podía costar \$70,000, en 2009 el precio bajó a \$30,000 y en diciembre de ese mismo año era posible conseguirlo a \$8,000. En agosto de 2010 se podía ya encontrar en \$4,000. De acuerdo con una fuente del grupo de microtráfico de la Sijín, consultada por este diario, los mexicanos entraron a competir en producción de heroína y el mercado de Afganistán se fortaleció, con lo cual hubo una sobreproducción de heroína en Colombia.

A ello hay que agregar la precarización en las condiciones de vida de grandes sectores de población en los países de América Latina que promueven el aumento en la vulnerabilidad al uso de drogas en nuestros entornos (Santana, 2004).

Rocha (2011) por su parte, aporta elementos a este análisis, en tanto que recuerda que la supervivencia de cultivos de marihuana en Colombia, luego del auge exportador de los años ochenta, se explica por la demanda interna. Si bien no hace referencia a los cultivos de amapola, esta tesis podría perfectamente aplicar, pues el número de hectáreas cultivadas se ha mantenido relativamente estable desde el año 2011 y su supervivencia podría estar sustentada en la creciente demanda interna de los derivados de la planta.

En la misma línea, Stimson et. al (1998) explicaban que las razones de la expansión de prácticas como la inyección son complejas y múltiples, más allá de las ventajas comparativas que ofrece este modo de uso a los usua-

rios y de las cuales se hablará más adelante, los patrones de intercambio de información y tecnologías de uso, así como la producción y el tráfico de drogas inyectables en entornos locales, aceleró la expansión de la práctica en el sudeste asiático, así como en África occidental y la isla Mauricio. Un caso similar podría ser el de Colombia con lo ocurrido en distintas ciudades, pero particularmente en Santander de Quilichao.

Otros factores señalados por Stimson et. al son los cambios sociales, económicos y políticos que podrían explicar la expansión de la práctica en los Nuevos Estados Independientes y en países de Europa central y oriental a inicios de la década de los noventa, tiempo en el cual se dieron grandes transformaciones en sus sociedades, siendo quizás la más importante, el ingreso a la dinámica capitalista.

La interconexión de factores como los mencionados, junto con la movilidad de grupos a zonas de consumo y el retorno a sus lugares de origen, explica por ejemplo el surgimiento de fenómenos de expansión de la inyección de heroína en países como Estados Unidos y Australia (Stimson et. al, 1998).

Los mismos autores recuerdan cómo grupos anti-insurgentes y tribales en el sudeste asiático involucrados en la producción y tráfico de heroína, fueron apoyados por Estados Unidos (ver también Tokatlián, 1993). Estos eventos históricos influyeron notablemente en la creciente producción de heroína en países como Myanmar (actual Birmania), así como en la posterior expansión del uso inyectado y fumado de heroína. Así mismo, la escasez de analgésicos en Vietnam del norte durante la guerra incentivó el uso de opio y heroína por vía inyectada para paliar el dolor de las tropas heridas en guerra.

Se ha documentado que los mayores niveles de consumo se encuentran en las zonas que han sido rutas de tráfico y que se encuentran próximas a Afganistán (Natgeo, 2008; UNODC, 2009 citados por Abadía et al., 2009).

Otro ejemplo interesante del impacto del entorno en las prácticas de uso y abstinencia, es lo ocurrido durante la Guerra de Vietnam y

más aún lo ocurrido al regreso de las tropas. Se calcula que al menos el 45% de los combatientes en Vietnam entraron en contacto con la heroína durante su permanencia en ese país y que al menos el 20% desarrollaron una adicción. Peele (2004) y Musto (1993) recuerdan la preocupación de las autoridades estadounidenses frente al retorno de cientos de excombatientes “adictos” y la respuesta prevista para afrontar la situación. Se implementó un sistema de detección de orina para determinar si el retorno podía darse sin interferencia o si la persona debía ser enviada a desintoxicación y tratamiento. Sólo el 2% de los excombatientes en esta situación, recibieron tratamiento, uno de cada ocho (12%) continuó con su dependencia o retornó al uso en los siguientes tres años después de su regreso. La explicación del mayor uso para ambos autores fue la amplia disponibilidad de heroína en Vietnam del sur. Quienes tuvieron una historia de “desviación” previa a su llegada a Vietnam presentaron un mayor riesgo, quienes no, pudieron dejar atrás su adicción tras el cambio de entorno y condiciones de vida (Peele, 2004).

Como se ha visto, la producción de amapola y la ubicación de los laboratorios de procesamiento de heroína en Colombia coinciden con las zonas en las que se viene detectado su uso. A excepción de Nariño, Huila y Atlántico, se han mencionado el Cauca, Norte de Santander, Cali, Medellín, Norte de Santander, Pereira y Bogotá.

Mejía y colaboradores en su estudio sobre el fenómeno de “Las Mulas del Eje Cafetero” mostraban cómo Pereira se había convertido en el centro del tráfico de la heroína a otros países. Allí surgió y se expendió esta modalidad de tráfico internacional y fue ésta la primera ciudad en “advertir” al Gobierno Nacional y en particular al Ministerio de Protección Social en 2008 del crecimiento en la demanda interna de servicios por parte de personas usuarias de heroína. Dicen Mejía y colaboradores que posteriormente, Quindío y Caldas dieron impulso a esta modalidad de tráfico, así como Cali y Medellín con la inmigración de actores ilegales del narcotráfico provenientes de los carteles “fracturados” en dichas ciudades (2002).

Para los años 1998-2000 las capturas de “correos humanos” en el Aeropuerto El Dorado de Bogotá mostraban un mayor número de personas provenientes de Bogotá, seguidos de Pereira (152), Cali (102), Medellín (60), Manizales (29), Armenia y Quindío (26), Ibagué (16). Los investigadores analizan que la razón de la mayor participación de personas de Bogotá respondía a que cuenta con el aeropuerto internacional más grande del país, además de la existencia de redes de “empresarios de drogas ilegales” y la preferencia por reclutar personas de la ciudad para evitar detecciones en puertos previos a la salida definitiva del país (Mejía et. al. 2002).

El diario El Tiempo, por su parte informaba que en 2009 se habían decomisado 731 kilos de heroína provenientes de Ipiales, Nariño, Cúcuta y en los aeropuertos de Cali, Medellín y Bogotá desde donde salía la mayor parte de esta droga con destino a puertos en países de Centroamérica.

El diario El País en 2010 indicaba que la producción de heroína tenía su cuna en el Macizo Colombiano en donde se conoce como “Vaca verde” y que se cultivaba desde el sur del Valle del Cauca, hasta Corinto, sin embargo la mayor producción se concentraba en el Cauca (Totoro, Caldono y Caloto).

En el año 2014, la revista Semana publicaba un artículo en torno al fenómeno en el Eje Cafetero y al respecto de la disponibilidad local, explicaba que debido a la sobreoferta de heroína, las bandas lideradas por la “Cordillera”⁵ logran que los usuarios de otras sustancias la prueben y luego los inducen a inyectársela, el testimonio de un joven de 23 años citado por este medio es indicativo de lo que se viene exponiendo: “Llevo consumiendo casi nueve años. En ese tiempo ya la Cordillera mandaba la parada, y como se movían en mi barrio muy chiquito. Probé, ¡y listo!”.

De esta forma, es claro que en la mayoría de las regiones en las que existió una historia importante de producción, tráfico o tránsito de esta sustancia durante la década de los noventa y

principios del siglo XXI, se asentó un uso local. Valdría la pena establecer la razón por la que ciudades como Manizales, Ibagué, Barranquilla, Pasto, no fueron centro de expansión de la práctica, al menos de formas tan visibles como en las otras, así como las razones por las que ciudades que presentaron en algunos estudios prevalencias altas de uso de heroína, desaparecieron del mapa de consumo en tiempos recientes (Yopal, San José del Guaviare, entre otras).

Resulta interesante, como ya se mencionó antes, que en 1998, Stimson y colaboradores llamaban la atención sobre el riesgo de expansión de la práctica de la inyección en Colombia. Explicaban que la preferencia por drogas como la cocaína era clara, dada su amplia disponibilidad en el mercado local, y que aunque podría existir resistencia e incluso cierta “antipatía” de los usuarios de esta droga por la inyección (ver también Castaño, 2002), la introducción de cultivos de amapola y la producción local de heroína podría ampliar la disponibilidad de este opiáceo en los mercados locales.

En el mismo sentido, Pérez (2009) cita los estudios de Wagner y Anthony (2002) quienes dicen que la exposición a oportunidades para usar las drogas es un factor de riesgo importante para la transición de unas sustancias a otras. Es claro que el aumento en la disponibilidad local o la aparición de nuevas sustancias en el mercado, incrementa la exposición a las mismas y por tanto a oportunidades para usarlas.

Vale recordar también, como lo hacen Calafat y Becoña (2005), que la heroína en sí misma tiene una “capacidad epidémica”, al igual que la inyección como práctica. Muchas ciudades de América del Norte y Europa han vivido incrementos epidémicos en el uso en períodos cortos de tiempo, un ejemplo de ello es la ciudad de Wirral en Inglaterra que a principios de los ochenta, pasó de no tener una sola persona que usara a esta droga a tener 4,000 en apenas seis años. Por supuesto, lo contrario también se ha documentado.

5 De acuerdo con la revista Semana, se trata de una banda criminal que opera en Pereira y controla la red de distribución de heroína en la ciudad, limitando la penetración en el mercado de drogas por parte de otras bandas, incluso de otras ciudades.

6. La heroína

El opio es producto del exudado lechoso de la bellota de la planta *Papaver Somniferum*, llamada también adormidera o amapola. El origen de la palabra opio en griego es “jugo” y cuando este jugo se seca al aire, crea una masa o goma de color café. La morfina es el principal alcaloide natural del opio, corresponde al 10% de su peso y es de ella que derivan sus propiedades analgésicas y euforizantes (Suárez, 1989).

Cada bellota contiene bajas cantidades de opio y se calcula que se requieren cerca de tres mil plantas para obtener un kilo y medio de opio (Gainza et. al, 2003). La planta produce en promedio dos cosechas al año (Fernández, 1950/1998).

La heroína o diacetilmorfina, es una droga producida a partir de la morfina que a su vez se extrae del opio proveniente de la amapola. Mientras que la morfina es un alcaloide natural de la amapola, junto con la codeína y la tebaína, la heroína se obtiene a través de un sencillo proceso químico que utiliza el anhídrido acético como precursor fundamental, por lo cual la heroína se considera una droga semisintética. El opio, la morfina, la codeína y la heroína son consideradas drogas opiáceas por tener origen directo del opio.

La heroína es entre dos y cinco veces más potente que la morfina, fue sintetizada por primera vez en 1874 por el químico Charles Romley Alder del Hospital St. Mary de Londres y comercializada veinte años más tarde por laboratorios Bayer en 1897 tras la síntesis que hizo Felix Hoffman en sus intentos por producir codeína; esto ocurrió de manera casi simultánea con la creación de la aspirina, y fue promocionada como jarabe para la tos y como alternativa a la codeína bajo el supuesto de que era “menos adictiva”.

Un año después del lanzamiento al mercado, la heroína se volvió muy popular a pesar de ser distribuida a través de los médicos. Muy pronto

se empezaron a comercializar presentaciones como jarabes, tabletas, elixir mezclado con glicerina y sales solubles en agua.

El opio, la morfina y la codeína por sus propiedades analgésicas tienen usos médicos aprobados en prácticamente todos los países del mundo. Como insumos industriales que se usan en la producción de otros analgésicos semisintéticos tales como la oxicodona, hidromorfona, dihidrocodeína, entre otros. Su producción, comercio, distribución y uso son legales, aunque están fiscalizados a partir de la Convención Única de 1961 sobre Drogas Ilícitas.

La heroína se sintetiza a partir de la morfina en un proceso de acetilación. Cuando ingresa al organismo, la heroína se hidroliza convirtiéndose en monoacetilmorfina (MAM) y esta a su vez, se hidroliza en morfina de nuevo. La heroína y la MAM son liposolubles, lo que facilita la entrada al cerebro a través de la barrera hematoencefálica (Suárez, 1989).

En su ingreso al cerebro la heroína convertida en morfina, se adhiere a los receptores opiáceos que se encuentran en distintas áreas del cerebro y del resto del cuerpo, en particular en aquellas encargadas de la sensación de dolor, placer y gratificación. Hay receptores opiáceos también en el tallo cerebral, zona a cargo de procesos autónomos fundamentales para la supervivencia tales como la presión arterial, la respiración y la excitación, razón por la cual, ante una sobredosis se inhibe la respiración y la persona puede morir (NIDA, 2014).

Los receptores sobre los que actúan los opiáceos en el cerebro son los mismos en los que actúan los opiáceos endógenos tales como las endorfinas, dinorfinas y encefalinas. La interacción con las familias de receptores tipo mu y kappa produce miosis (compresión de las pupilas), analgesia, euforia, depresión respiratoria y sedación. Sobre los mismos receptores actúan los agonistas⁶ y antagonistas⁷ (Gainza, et al., 2003).

Suárez (1989) describe los efectos de esta droga así: además de la analgesia (sin pérdida

6 Agonistas, sustancias con la misma acción: morfina, heroína, codeína, metadona, LAAM, fentanilo. La buprenorfina es un agonista parcial.

7 Antagonistas, sustancias que anulan el efecto bloqueando los receptores opiáceos; naloxona y naltrexona.

de conciencia) hay somnolencia, cambios en el estado de ánimo y obnubilación mental. Hay sensación de pesadez en las extremidades, sequedad en la boca, sensación de calor en el cuerpo, comezón en la cara y especialmente en la nariz (liberación de histamina), desvanecimiento de la tensión, sensación de euforia y en condiciones favorables induce sueño.

Gainza y colaboradores (2003) explican también que la analgesia producida no afecta el tacto, la visión o el oído y que si bien no alteran el umbral de las terminales nerviosas ante estímulos nocivos, actúan sobre los sistemas a cargo de las respuestas afectivas a estímulos dolorosos, por lo que la persona presenta mayor tolerancia al dolor emocional y afectivo, aun cuando lo siga percibiendo. Es decir que se presenta cierta "indiferencia" al dolor emocional y a las situaciones que provocan ansiedad.

Dado que los opiáceos reducen la liberación de hormonas gonadotropas, alteran el deseo sexual y en las mujeres la función reproductora. Disminuyen además el tránsito intestinal provocando estreñimiento (Gainza et al., 2003).

La heroína se puede absorber por vía digestiva, nasal, bronquial, subcutánea, intramuscular e intravenosa. La vía oral es la que produce menor efecto. Una vez la morfina deja la sangre se posa en órganos como el riñón, pulmón, hígado y bazo y después de 24 horas, la concentración en los tejidos se reduce a lo mínimo (Suárez, 1989).

Los opiáceos a pesar de compartir propiedades farmacológicas, tienen diferencias químicas que hacen que la absorción, metabolización y excreción sean variables. Así por ejemplo, la heroína y la morfina se metabolizan principalmente en el hígado cuando se administran por vía oral, pero si se inyectan atraviesan rápidamente la barrera hematoencefálica (Gainza et al., 2003).

La vida media de la morfina, heroína, codeína, meperidina e hidromorfona es entre 2 y 5 horas. La metadona por vía oral se sintetiza más lentamente en el hígado y su vida media puede tardar entre 24 y 36 horas, por lo que su efecto es acumulativo (Gainza et al., 2003).

Entre treinta y sesenta segundos después de la inyección de heroína, quien la usa, siente un calor que emana de la espina dorsal, "patada" o "rush" (por su expresión en inglés), seguido de una sensación de bienestar. El efecto máximo de la heroína intravenosa ocurre entre los dos y 15 minutos después de la aplicación.

Muchos autores coinciden en señalar que es la búsqueda de esa sensación de bienestar y placer inicial, la que lleva a muchas personas a vivir incesantemente la experiencia, a pesar de los riesgos múltiples que se corren al usar heroína, muchos de los cuales son más producto de las leyes que la prohíben, que de los efectos que la sustancia produce en el cuerpo y mente de quien la usa (Fernández, 1950/1998).

Los efectos negativos o colaterales del uso de opiáceos como la heroína en el corto plazo son: náuseas, vómitos, mareos, disforia, estreñimiento, prurito (Suárez, 1989).

Los efectos de largo plazo del uso continuado de la heroína son tolerancia y dependencia física y psicológica y uso compulsivo en muchos casos. De acuerdo con el NIDA (2014) se estima que el 23% de quienes usan esta droga, desarrollan una dependencia. No obstante, es claro que aunque la heroína no es la sustancia de mayor potencial adictivo, pues por encima de ella están la nicotina, la metanfetamina fumada, el crack, la metanfetamina inyectada, el valium, la metacualona, el secobarbital y el alcohol, sí es la sustancia de mayor peligrosidad, seguida por la cocaína, los barbitúricos, la metadona, el alcohol, la ketamina y las benzodicepinas (lasdrogas.info, 2009).

La tolerancia se produce de acuerdo con Suárez, cuando el uso repetido de una droga a una determinada dosis, disminuye su efecto por lo que la persona debe incrementar la dosis para obtener un efecto similar al inicial. El desarrollo de este fenómeno depende del tipo de droga, la frecuencia de uso, la vía de administración y la cantidad usada.

En la tolerancia a los opiáceos, ocurre una disminución de la duración de la acción, así como reducción en la intensidad del efecto analgésico, sedante y euforizante, que coinci-

de con un aumento en la dosis letal media⁸. De acuerdo con Suárez, la tolerancia a la heroína “no es infinita”, es decir que la necesidad de incrementar la dosis inicial, termina. Ocurre entre dos a cinco años de uso continuo y ello depende de la cantidad y la calidad de la heroína que se usa. La dosis se estabiliza por la saturación de los receptores opiáceos, es variable en tiempo y entre individuos.

La dependencia se hace evidente ante la presencia de síntomas provocados por la privación de la droga, comúnmente conocidos como síndrome de abstinencia. Este cuadro es producto de factores como, haber utilizado la droga de forma repetida y el tiempo suficiente para desarrollar dependencia, la frecuencia de uso y la cantidad utilizada. El fenómeno de dependencia cruzada también se presenta con los opiáceos, es decir que otra droga de características similares puede inhibir el síndrome de abstinencia o mantener el estado de dependencia ya desarrollado por un opiáceo diferente (Suárez, 1989).

Cuando ello ocurre, los usuarios experimentan la necesidad de usar la droga ya no para obtener una sensación de placer o bienestar, sino para evitar la sintomatología que sobreviene a la privación. Algunos estudios de acuerdo con el NIDA (2014) indican que el uso continuado de esta sustancia puede afectar la habilidad de tomar decisiones, de auto-regularse y de responder apropiadamente a situaciones generadoras de estrés.

Las características y severidad del síndrome de abstinencia son variables y dependen de factores como la dosis diaria, la duración del uso, la personalidad y estado de salud del individuo. Este aumenta a medida que transcurren las horas después de suspender la droga y se caracteriza por: bostezos, lagrimeo, flujo nasal, estornudos, sudoración intensa, pilo-ercción, dilatación de las pupilas, temblores, espasmos y dolores musculares, cólico, pérdida de apetito, náuseas, vómito, diarrea, pérdida intensa de peso, insomnio, ansiedad, temblores, eyaculación espontánea, orgasmos, hiper-excitabili-

dad, fiebre, aumento en la frecuencia cardiaca y respiratoria. Es un cuadro intenso y durable (entre 5 y 10 días) que aunque no pone en peligro la vida de quien lo padece, se busca evitar a toda costa. Los dolores, el insomnio y la ansiedad son los síntomas más preponderantes (Suárez, 1989; NIDA, 2014).

Al respecto vale la pena retomar lo que Suárez señala en torno al dolor. Es un sistema de alerta que cumple funciones esenciales en la conservación de la vida, pero quebranta e interfiere de forma importante en el funcionamiento “normal”. Si bien es una sensación, involucra componentes emocionales fuertes que modifican y movilizan la conducta. El dolor es manejable con la interrupción de las “vías” o con el uso de analgésicos entre ellos los de origen narcótico.

Tras la desintoxicación física y el fin del síndrome de abstinencia, se pierde la tolerancia adquirida durante el tiempo de uso. Si se desconoce este mecanismo, la persona que después de deshabituarse, reincide en el uso con la dosis habitual, está en alto riesgo de sufrir una sobredosis.

De otro lado, la condición ilícita de la heroína y su consecución en mercados no regulados, hace que esta droga al igual que muchas otras sustancias ilícitas, sean adulteradas o “cortadas” a lo largo de la cadena de distribución, hasta llegar al usuario final. Salvo en la introducción de un nuevo producto al mercado y con el fin de posicionarlo, tal como se revisó previamente, es virtualmente imposible conseguir heroína de alta pureza en las calles. El uso de adulterantes y “cortes” con el fin de aumentar la cantidad y las ganancias, es común en el mercado de la heroína en todo el mundo. Quina, talco, almidón, leche en polvo, lactosa, son los más comunes (Fernández, (1950/1998). Más recientemente organizaciones como Energy Control (2007), encontraron piracetam, paracetamol, cafeína, metamizol (antihistamínico) en muestras enviadas a su servicio de análisis de sustancias.

8 Definida como la dosis en la cual una sustancia causa el 50% de mortalidad en los animales de prueba, bajo condiciones experimentales similares. Se expresa en miligramos o gramos por kilogramo de peso corporal. Cuando más bajo sea el valor DL50 más mortal es el producto.

En Europa y Estados Unidos existe un monitoreo permanente del precio y pureza de la heroína. Estas regiones han incorporado el análisis del mercado de las drogas con base en indicadores compuestos que tienen en cuenta el precio y la pureza. En España por ejemplo, la pureza de la heroína incautada está alrededor de 42% en cantidad de un kilogramo y se reduce al 31% y hasta el 22% en cantidades más pequeñas. La UNODC en su informe anual de 2013 señalaba que la pureza en Europa Central y del Este no superaba el 35%.

Un estudio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses llevado a cabo por Gandur (2009) encontró que la cafeína es la sustancia más usada como adulterante, seguida de fenacetina, levamisol, aminopirina, diltiazem y terftalato.

Más recientemente el Observatorio de Drogas de Colombia del Ministerio de Justicia y del Derecho llevó a cabo un estudio para caracterizar la heroína en siete ciudades del país, de 136 muestras sólidas pulverizadas, 117 se identificaron como clorhidrato de heroína, y las restantes nueve contenían trazas de heroína, seis eran basuco, una morfina y otras contenían mezclas de sustancias diversas.

Este estudio pudo determinar que en Colombia circula una heroína con 62,7% de pureza, no obstante, se halló una gran variabilidad en la calidad de la droga disponible en calle entre las ciudades: cuatro de cada diez muestras presentaron pureza entre el 31% y 50% y otras cuatro de cada diez entre 71% y 90%. La ciudad que registró la mayor pureza fue Bogotá (85,9%), seguida de Armenia (79,2%), Pereira (70,1%), Cali y Medellín (47,2% respectivamente). Las ciudades de Cúcuta (43,7%) y Santander de Quilichao (31,2%) fueron las que menor pureza registraron (MJD y ODC, 2015).

Los adulterantes más comunes en estas muestras fueron cafeína en un 69% de los casos y el diltiazem⁹ en el 50%. Se detectó también acetaminofén, levamisol¹⁰ y lidocaína y en cinco de las muestras se trataba de mezcla

de heroína y cocaína (comúnmente conocida como speedball cuando se inyecta como parte de la misma dosis).

Esto confirma que en efecto, en Colombia se consigue heroína de alta pureza si se compara con la disponible en las calles de ciudades europeas, es del doble.

Igualmente es claro que en Colombia circula una variedad de tipos de heroína, producto de lo que se señaló anteriormente y es el origen de las semillas en los cultivos de diferentes partes del país. Así es común encontrar heroínas de diferentes colores y texturas, incluso en diferentes zonas de una misma ciudad.

El uso de ciertos adulterantes supone un gran riesgo para las personas, en particular cuando la heroína se inyecta. El talco por ejemplo, no se disuelve por lo que pequeñas partículas entran al torrente sanguíneo y generan bloqueos en la venas. El uso del fentanil o acetil fentanilo¹¹ ha sido asociado también a epidemias de sobredosis en ciudades como Nueva York (Fernández, 1950/1998).

Más recientemente, la epidemia de sobredosis en varias ciudades de los Estados Unidos, especialmente de la costa este, ha causado la muerte de cientos de personas, entre ellas el actor estadounidense Phillip Seymour Hoffman y los eventos han sido asociados a la mezcla de heroína con fentanil y al fentanil puro. De acuerdo con Mandal (2014) los traficantes usan este fármaco para “mejorar” la potencia y calidad de la heroína que se vende en calle.

Esta es una realidad cotidiana con la que tienen que vivir los usuarios de heroína en el mercado negro. No es posible saber qué calidad de producto es el que compran y suelen orientar su decisión con base en lo que otros usuarios les dicen. Paradójicamente un “mal producto” es aquel que está con demasiados adulterantes y produce poco efecto, mientras que un “buen producto” es “potente” y se asocia con frecuencia a eventos de sobredosis (Fernández, 1950/1998).

9 Medicamento comúnmente usado para el control de la hipertensión.

10 Medicamento antiparasitario retirado del mercado para uso humano en los EEUU y Canadá desde hace más de una década por los efectos secundarios. Actualmente es de uso veterinario.

11 Analgésico y anestésico cientos de veces más potente que la morfina.

6.1 Modos de uso de la heroína y transiciones

La heroína, al igual que la cocaína, se puede presentar en forma de sal (clorhidrato). El clorhidrato es soluble en agua y con pH ligeramente ácido, con lo cual resulta adecuada para uso a través de la inyección o inhalación, mientras que en su forma básica es insoluble en agua y por ser volátil, se utiliza para fumar.

La heroína se suele usar por vía nasal, aspirando sus vapores o por vía inyectada. Cuando se usa por vía nasal a manera de polvo que se aspira (o esnifa) o a través de la boca, aspirando los vapores que emanan de calentar la sustancia a través de una lata o papel aluminio, la droga entra en el torrente sanguíneo a través de los capilares de los pulmones. Por vía inyectada puede usarse subcutánea, intramuscular o directamente en las venas.

El uso intravenoso de heroína ofrece la vía más potente, rápida y costo-efectiva. Mientras el uso por inhalación o por aspiración de vapores es también rápido, los efectos son menos potentes. Ello también depende de la calidad, concentración y pureza de la heroína disponible.

Cuando la heroína es de alta pureza y concentración, el potencial adictivo es mayor, pero el “esnifado” puede ser suficiente para obtener los efectos deseados. Su uso se ha popularizado entre algunas redes de personas que usan heroína, por el estigma asociado a la práctica¹² de la inyección y por el temor al VIH y al sida, y suele ser promovido como parte de las intervenciones en reducción de daños, que buscan que las personas transiten a modos de uso de menor riesgo y daño (ver también Pérez, 2009).

Esto concuerda con lo subrayado por Castaño y Calderón (2010) en tanto que el tipo de heroína que circula en la calle influye también en el cambio en las vías de uso, citan a Elzo y colaboradores quienes afirman que la heroína marrón es menos soluble que la heroína blanca, siendo esta última la más adecuada para

la inyección. A mayor calidad, se obtiene un efecto más prolongado y disminuye entonces la frecuencia de uso. Los usuarios que inhalan o aspiran, consumen un mayor número de dosis al día y con mayor frecuencia.

No obstante, Pérez (2009) retoma los estudios de Oviedo y colaboradores (2005) para quienes el uso por vía pulmonar no es óbice para transitar a la vía inyectada y señalan algunos factores que pueden también influir en el cambio de vía, entre ellos: marginalidad, tiempo de uso, pérdida de control del consumo, presión social, tener una pareja que se inyecta, influencias del mercado o cambio de hábitos. Castaño y Calderón (2010) citan a Cerdá y colaboradores quienes mencionan exactamente las mismas razones.

Los diversos estudios revisados para este ejercicio, concuerdan en afirmar que una gran variedad de heroínas circulan en el mercado en Colombia, una de ellas es la de color marrón, difícil de diluir y de pobre absorción cuando se usa por vía nasal. Como ya se mencionó, ésta es la más común en ciudades como Medellín (ver Castaño y Calderón, 2010), lo que podría en todo caso, promover la búsqueda de modos de uso más costo-efectivos pero con mayor potencial de riesgos y daños para los usuarios. No obstante, la revisión de los estudios que se citarán con mayor especificidad más adelante, indican de acuerdo con los usuarios de heroína, que aunque el color de la heroína sea variable, este no incide en el efecto.

Pérez (2009) por su parte, retoma lo señalado por Stimson (1992) para quien la conciencia del cuidado de la salud por parte de las personas que usan drogas, influye en las decisiones de continuar o no usando ciertas drogas o de elegir una u otra vía de administración. Esto concuerda con lo señalado por Castaño y Calderón al encontrar que los usuarios de heroína entrevistados en Medellín, dijeron preferir otras vías antes que la inyección pues son de menor riesgo frente al VIH y las sobredosis (2010).

¹² En inglés suele llamarse a las personas que se inyectan drogas “junkies” derivado de la palabra “junk” que significa basura.

De acuerdo con Fernández, la mayor parte de usuarios siguen un patrón, empiezan inhalando o fumando la heroína y transitan tarde o temprano a la inyección. Esto según este autor, se explica por el fenómeno de tolerancia que les lleva a incrementar la dosis y porque rápidamente saben que la inyección ofrece una mayor sensación de euforia (ver también Mejía, 2003; Pérez, 2009).

Pero existen otras razones mencionadas por distintos investigadores que tienen que ver con economía, dado que la dosis para inyectar se aprovecha en su totalidad, mientras que la que se fuma se pierde en parte en el proceso de quemado. De hecho Pérez (2009; 2010) afirma que con la misma cantidad de heroína requerida para una dosis fumada, se pueden obtener entre 5 y 10 dosis para inyección.

Se trata además de un medio más discreto que fumar, e involucra un ritual altamente complejo que empieza a adquirir valor cultural y social entre las redes de usuarios (ver por ejemplo, Stimson et al, 1998; Rhodes y Hartnoll, 1996).

7. Impacto de la inyección de heroína en la salud

Aunque todo uso de drogas lícitas e ilícitas conlleva riesgos para la salud física y mental de las personas que las usan, la inyección de sustancias ilícitas es de lejos, la práctica de mayor riesgo e impacto en salud.

Varios factores influyen en que esto sea así, por un lado, la conducta de introducir una droga directamente al torrente sanguíneo a través de una aguja y jeringa hipodérmica implica lesionar la piel y abrir una herida que queda en contacto con agentes externos potencialmente peligrosos. Implica también introducir al cuerpo un agente farmacológico y potencialmente tóxico, a través de uno de los sistemas más esenciales en la supervivencia de los seres humanos como es el sistema circulatorio.

Con ese simple práctica, la persona se expone a riesgos de todo tipo que se potencian cuando esta práctica se da de manera repetida y en condiciones de higiene precaria, en entornos

en los que las drogas son ilegales o donde el uso es ampliamente perseguido, cuestionado o ilegal, cuando las personas tienen condiciones de salud y nutrición poco óptimas, pobre acceso a servicios de salud y a implementos para la inyección, son objeto de estigma y discriminación y cuando el uso se da en circunstancias bajo las que es imposible conocer la calidad o potencia de las drogas que se adquieren. Esta es la realidad de muchas de las personas que se inyectan heroína, en la mayor parte del mundo (UNAIDS, 2014).

7.1 Infecciones transmitidas por sangre

Está ampliamente documentada la contribución de la práctica de la inyección a la carga global de enfermedad (Donoghoe y Wodak, 1998; Rhodes y Hartnoll, 1998, WHO, 2007; Dutta et. al, 2013; UNAIDS, 2014; UNODC, 2015).

De los 246 millones de personas que usaron alguna droga ilícita en 2013, entre 12 y 13 millones lo hacía por vía inyectada, se estima que 1,2 millones de ellas, vive con VIH (UNODC, 2015). Este grupo concentra el 30% del total de infecciones por VIH cuando se excluye África Subsahariana y el 10% del total mundial. En países de Europa del Este y de Asia Central alrededor del 80% de las infecciones se dan en este grupo de población (ONUSIDA, 2013; Strathdee et al., 2010).

De acuerdo con el informe mundial de drogas 2014, la práctica de la inyección se concentra mayoritariamente en la regiones de Asia sudoccidental y Europa oriental y suroriental, en ellas la prevalencia de VIH entre consumidores de drogas es del 28,8% y 23% respectivamente (UNODC, 2014).

Para Harm Reduction International (Asociación Internacional de Reducción de daños), la cifra de personas que se inyectan, es difícil de determinar y podría oscilar entre 8,9 y 22,4 millones en el año 2014. De igual forma, señala que el número de personas que se inyectan drogas y viven con VIH puede ser entre 0,9 y 4,8 millones (HRI, 2014).

En el año 2010, The Lancet emitió un informe de edición especial en el que se expresaba

con preocupación la escasez de acciones para prevenir el VIH entre personas que se inyectan drogas (PID), siendo éste uno de los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH y al sida (Wolfe et al., 2010). Por su parte, el Banco Mundial en el año 2013 presentó los resultados del estudio mundial sobre epidemiología del VIH entre personas que se inyectan drogas (Dutta et al, 2013).

Un total de 148 países registraban prácticas de inyección en usuarios de drogas para el año 2008, muchos, de ingresos medios y bajos, la cifra en 2014 alcanzaba los 158 países. Países de Europa del Este, Asia Central y del Sur hacen parte de este grupo y en muchos de ellos la incidencia de VIH está en aumento, mientras que en el resto del mundo está en descenso (Dutta et al, 2013; IHR, 2014).

En 2015 ONUSIDA (2011) esperaba un descenso del 50% en los casos de VIH, frente a lo cual la IHR muestra que si bien se ha dado una reducción en las tasas de incidencia de VIH, pasando de 110,000 en 2010 a 98,000 en 2013, la reducción ha sido de apenas el 10%, por lo cual este organismo concluye que las acciones en reducción de daños han sido insuficientes. En consecuencia, no será posible alcanzar la meta de una generación sin VIH, mientras no se atienda adecuadamente a este grupo de población.

De los 158 países que registran inyección de drogas, 91 integran la reducción de daños en sus documentos de política pública, 90 desarrollan programas de distribución de equipos higiénicos de inyección, 80 programas de sustitución con opiáceos y la provisión de estos servicios en entornos de alto riesgo como las cárceles, viene decreciendo desde el año 2012 (IHR, 2014). ONUSIDA indica que entre el 56 y el 90% de las personas que se inyectan drogas ha estado en prisión en algún momento de su vida (UNAIDS, 2015).

El riesgo empieza con el inicio temprano de las carreras de uso y de inyección, desde 2009, 45 países han registrado prevalencias de hasta 5,2% en jóvenes que se inyectan drogas y que están por debajo de los 25 años (UNAIDS, 2015).

La historia de esta práctica se encuentra asociada a verdaderas crisis de salud pública en distintos países del mundo, no sólo la expansión de la práctica puede ser rápida, como se ha visto hasta ahora, sino que cuando el VIH se introduce en las redes de personas que se inyectan drogas, el resultado puede ser el de epidemias explosivas.

El sudeste asiático es la región que ha mostrado la más rápida expansión llegando a prevalencias de hasta el 40% en un plazo de 12 meses. Por ejemplo, en Bangkok en 1987 la prevalencia era de 1% y en 1988 llegó a ser de 32% en agosto y de 43% en septiembre. En Tailandia se pasó de 1% en 1988 al 61% en 1989. En Ruili, China, se pasó del 13% en 1989 al 58% en 1990. En 1989 Manipur del 0% al 56% en apenas seis meses. En Myanmar se pasó de 0% a 96% entre 1989 y 1993 (Stimson y Chopanya, 1998).

Panoramas similares de incidencias expansivas se han presentado en países como Rusia y en ciudades de los nuevos estados independientes de la antigua Unión Soviética tales como San Petersburgo o Ucrania.

De acuerdo con el informe de The Lancet (2008, citado por Strathdee y Stockman, 2010), las cifras de prevalencia de VIH entre PID de diferentes países en el mundo, incluyendo algunos del Cono Sur eran: Rusia (37.2%), España (39.7%), Camboya (22.8%), Vietnam (33.9%), Libia (22.0%), Estonia (72.1%), Ucrania (41.8%), Birmania (42.6%), Indonesia (42.5%), Tailandia (42.5%), Nepal (41.4%), Argentina (49.7%), Brasil (48.0%), y Kenia (42.9%). Epidemias crecientes se han detectado también en África Subsahariana, en algunos países tras su integración a las rutas de tránsito de cocaína y heroína hacia Europa, y otros como Nigeria, Kenia, Tanzania, Sudáfrica y Mauricio que presentan epidemias bien establecidas desde hace algunos años.

Los usuarios de drogas no inyectables vienen presentando también cifras de incidencia y prevalencia más altas que la población general, situación que estas investigadoras explican por el alto grado de intercambio (especialmente sexual) que existe entre grupos de personas que se inyectan con personas que no se inyec-

tan, a través del cual se transmite el VIH. Un ejemplo ha sido la alta prevalencia detectada en las parejas de las personas que se inyectan en Manipur, India y en Brasil.

De hecho Strathdee y colaboradores (2010) mencionan la importancia del rol de las redes sociales y personales en las conductas de riesgo para el VIH en quienes se inyectan y que pueden generar “puentes de transmisión” a otros grupos, por ejemplo hombres que se inyectan drogas que tienen sexo desprotegido con otros hombres, o personas que se inyectan drogas que tienen sexo con mujeres u hombres trabajadores sexuales.

La explicación de ello es la alta carga viral que incluso en condiciones de baja exposición, puede ser altamente infectante, además de que la transmisión sexual hombre-hombre u hombre-mujer suelen ser las más eficientes. Otras razones para una mayor prevalencia en grupos de personas que no se inyectan, es el intercambio de elementos de la parafernalia para usar drogas por vía nasal (pipas), vinculados además a la transmisión de hepatitis C (Strathdee y Stockman, 2010; Strathdee et al., 2010).

El riesgo de transmisión o exposición al VIH se ha analizado como producto de la interacción de factores del entorno, llevando a concluir que el riesgo también es producido socialmente. Esto es, que los riesgos derivados del uso de drogas son producto de factores exógenos al sujeto, las prácticas de riesgo (uso compartido de jeringas, sexo desprotegido) y las características del patógeno (subtipos de VIH, resistencia a los medicamentos). Los factores exógenos de corte macroambiental son variables, incluyen las políticas y leyes (políticos), los aspectos económicos (gastos en políticas criminales), sociales (inequidad de género) y físicos (tráfico de drogas y mercados). Estos interactúan con los factores microsociales tales como: lugares en los que ocurre la inyección (físicos), trabajo sexual (económicos), dinámicas relacionales (sociales) y la existencia de programas de reducción de daños (políticos). Todos estos factores interactúan de manera

sinérgica e influyen en la incidencia de VIH en estas poblaciones, creando entornos de riesgo.

Strathdee y colaboradores realizaron una serie de estudios de caso para modelar las epidemias de VIH en Odessa, Ucrania y Karachi, Pakistán y analizaron los factores macro-ambientales y micro-ambientales existentes en tales contextos. A través de ello pudieron concluir que hay una serie de factores ambientales que son determinantes en el riesgo de VIH y la vulnerabilidad. Así mismo, los resultados apoyan la importancia de escalar la cobertura de los programas de prevención de VIH entre PID (programas de sustitución, acceso a material estéril de inyección y tratamiento antiretroviral) para obtener los mejores resultados en contener e incluso revertir las epidemias asociadas.

Concluyen que es crucial cambiar el foco de los individuos a los entornos sociales y políticos en los que se encuentran y entender que muchas instituciones por acción u omisión tienen responsabilidad y provocan muchos de estos daños. Las inequidades y el sufrimiento social están detrás de estas dinámicas, y es justo este el sentido de insistir en que la prevención del VIH entre personas que se inyectan drogas, debe darse en el marco de la promoción de la salud y de los derechos humanos (Strathdee et al., 2010).

Se calcula que la inversión en acciones de reducción de daños es de apenas el 7% de lo requerido para llevarlas a la escala necesaria y así mitigar el impacto de la práctica en la salud pública (IHR, 2014). De hecho, la International Harm Reduction señala que la reducción de daños viene afrontando una crisis de financiamiento importante que afecta especialmente a los países de ingresos medios y bajos, dado que la principal fuente de recursos proviene de la cooperación¹³, en especial del Fondo Mundial del lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Los cambios en los mecanismos de financiamiento y en los criterios de elegibilidad de países, dejan por fuera a muchos de los que enfrentan el fenómeno (Colombia es uno de ellos).

13 90% para el año 2010 de acuerdo con IHRA, 2010.

Para el año 2010 la IHRA (actual IHR) indicaba que de acuerdo con ONUSIDA se requería un inversión global de 3,2 billones de dólares en 2010, esto era 256 dólares por año por persona que se inyecta, mientras que la inversión anual para el momento era de apenas 12,8 dólares por persona. Ello no incluye los gastos derivados del tratamiento antirretroviral para el VIH, ni el resto de servicios en salud que requiere esta población.

Estas brechas en el financiamiento muestran que quienes financian en mayor medida los insumos básicos para la inyección son los mismos usuarios. En países de ingresos bajos y medios, la parafernalia para la inyección y el tratamiento necesario, dependen del bolsillo de las personas que se inyectan drogas, lo que a juicio de la IHRA constituye una situación inadmisibles en cualquier otro campo de la medicina o la salud pública y es una carga injusta para una población que en general carece de recursos.

Existe una evidencia robusta que muestra que las acciones de reducción de daños son eficaces y que el VIH y el resto de daños asociados a la inyección de drogas son prevenibles, este ha sido el caso de Europa, Australia y Norte América. Prevenir el VIH cuesta menos que tratarlo. Se calcula que un paquete comprensivo de acciones de reducción de daños puede costar 39 dólares por cada año ajustado de vida salvado por discapacidad (AVASD), mientras que el tratamiento antirretroviral cuesta 2,000 por cada AVASD, lo que muestra el bajo costo y el alto impacto de estas intervenciones (IHRA, 2010).

Pero el impacto de la inyección de drogas no se limita al VIH y al sida. La transmisión de hepatitis virales es aún más común y prevalente en redes de personas que se inyectan drogas. La hepatitis B (HBV) no sólo se transmite por vía sanguínea, también se puede adquirir por vía

sexual y de madre a hijo y su condición crónica puede producir cirrosis y cáncer de hígado. Sólo el 10% de quienes se inyectan drogas y que entran en contacto con este virus, presenta episodios agudos de infección, aumentando el riesgo de daño hepático. La comorbilidad con VIH puede aumentar el riesgo de un episodio de infección aguda (Donoghoe y Wodak, 1998).

La vacuna contra la hepatitis B protege también de la hepatitis D, ya que esta requiere de la presencia de la primera para su réplica. Es segura y económica mientras que el tratamiento con Interferón es costoso y efectivo en pocos casos.

Por su parte, la prevalencia de hepatitis C (HCV) en las redes de personas que se inyectan drogas, puede alcanzar el 60 u 80%. Se trata de un virus altamente infeccioso y resistente que no sólo se puede transmitir a través del uso compartido de jeringas, sino del resto de implementos necesarios para la inyección, a lo que se ha llamado, intercambio indirecto¹⁴. No hay evidencia concluyente en torno a la transmisión por vía sexual. La infección puede permanecer asintomática hasta por 20 años, tiempo en el cual el daño hepático puede haberse presentado (Donoghoe, y Wodak, 1998). El tratamiento para la HCV es también de alto costo y en muchos casos requiere incluso un trasplante.

De acuerdo con la OMS, se puede presentar infección aguda y crónica. La aguda puede ser asintomática, en el 15-45% de los casos el virus se elimina en seis meses y rara vez desencadena en una enfermedad potencialmente mortal. Para el 55-85% de los casos restantes se desarrolla una infección crónica y en el 15-30% de ellos, se corre el riesgo de desarrollar cirrosis en el plazo de 20 años.

En la historia, tal como se comentó previamente, ha habido casos de transmisión de malaria y sífilis a través de esta práctica.

14 Koester (1998) desarrolló un trabajo de etnografía en torno a la inyección e identificó al menos nueve prácticas de "intercambio indirecto" potencialmente infectantes en el ritual de preparación de la dosis: 1) enjuagar una jeringa previamente usada en un recipiente con agua, 2) extraer agua del recipiente con la jeringa para preparar la mezcla, 3) usar el plástico interno del émbolo de la jeringa para hacer la mezcla, 4) usar una jeringa con toda la mezcla y luego distribuirla en otras jeringas por la parte de adelante o de atrás de las otras jeringas o en un recipiente para cada participante (back-loading o front-loading), 5) usar un solo filtro de algodón para todos los que participan, 6) retornar parte de la mezcla a un recipiente común o a otra jeringa si la distribución es desigual, 7) pasar parte de la mezcla de una jeringa a otra para dar una probada, 8) tratar de exprimir del filtro ya utilizado por otros cualquier remanente de droga, 9) enjuagar una jeringa en el agua que otros han usado para enjuagar las suyas o para mezclar la droga.

7.2 Salud sexual

A pesar de lo que indican algunos estudios en torno al efecto de los opiáceos en la actividad sexual, muchos otros muestran que las personas que se inyectan drogas son sexualmente activas. Y este hecho explica el incremento de la prevalencia general de VIH en zonas en las que la prevalencia es alta en redes de PID. La transmisión sexual ocurre en ausencia de medidas de protección en este grupo, tanto como en población general; no obstante, en este es común el intercambio de sexo por drogas o por dinero, el uso inconsistente del condón, el intercambio sexual bajo efectos de ésta y otras sustancias y el contacto con parejas ocasionales (Donoghoe y Wodak, 1998; Strathdee et al., 2010; Castaño y Calderón, 2010c).

El intercambio sexual de grupos con prácticas de alto riesgo para el VIH con grupos que no las tienen, constituye un dinamizador de epidemias a otras poblaciones. Por lo general, los grupos de alta vulnerabilidad al VIH no se limitan a tener contacto sexual con personas de sus redes y este el caso de las personas que se inyectan drogas.

El término epidemias concentradas significa que el VIH se ha expandido rápidamente en determinados grupos de población, superando el 5% de prevalencia, mientras que se ha mantenido por debajo del 1% en población general, por ejemplo en Colombia. En tales casos, es necesario evitar que la epidemia se generalice, es decir que afecte en menor o igual medida a la población general y por ello se focalizan las acciones en grupos de mayor vulnerabilidad al VIH.

7.3 Sobredosis

Después del VIH, la sobredosis es la segunda causa de muerte en personas que se inyectan drogas. Se estima que en el mundo, mueren anualmente 69,000 personas por esta causa, en 2010 más de 16,500 personas murieron en los Estados Unidos por sobredosis (WHO, 2014).

Tal como se indicó en la sección sobre la heroína, la sobredosis se produce por el uso de una dosis

mayor a la que el cuerpo puede tolerar, induciendo coma y paro respiratorio. Las sobredosis no fatales pueden producir daño cerebral por hipoxia y falla en algunos órganos. La sobredosis se caracteriza por miosis (pupila puntiforme), depresión respiratoria y estupor (WHO, 2014).

Diversos factores pueden contribuir a una sobredosis, entre ellas la calidad y concentración de la droga que se usa, la presencia de adulterantes, la combinación con otras sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central (alcohol, benzodicepinas, barbitúricos u otros opioides/opiáceos), la combinación con cocaína cuya mezcla es conocida como “speedball”, la tolerancia variable o la pérdida de tolerancia por desintoxicación o deshabitación¹⁵. La muerte puede sobrevenir por isquemia cardíaca, hipertensión y arritmias, también comunes en usuarios crónicos de cocaína (Donoghoe y Wodak, 1998).

Si bien la sobredosis regularmente es accidental, algunos estudios han indicado que en pocos casos puede tratarse de suicidios consumados (Donoghoe y Wodak, 1998; ver también Castaño y Calderón, 2010c).

De acuerdo con la OMS (2014) las personas con dependencia a opiáceos y opioides son el grupo más expuesto a sobredosis. La incidencia anual de sobredosis letales entre personas con dependencia, asciende a 0,65%. Las sobredosis no letales son más comunes que las letales.

La práctica de la inyección incrementa el riesgo de sobredosis, especialmente cuando ocurre por primera vez. También se aumenta el riesgo en presencia de condiciones como el VIH, depresión, enfermedad hepática, renal o pulmonar y uso de otros opioides/opiáceos (OMS, 2014; WHO, 2014).

Recientemente la OMS (WHO, 2014) emitió los lineamientos para el manejo de la sobredosis en ámbito comunitario. Esta guía pretende promover el acceso a la naloxona¹⁶ a quienes suelen ser testigos de sobredosis en su entorno: usuarios de heroína, familiares, autorida-

¹⁵ Común tras la interrupción de tratamientos centrados en la abstinencia, desintoxicación, privación de libertad u hospitalización.

¹⁶ Medicamento que actúa como antídoto y es esencial para revertir la sobredosis letal.

des, personas que frecuentan o habitan zonas de venta y uso de opiáceos, entre otros.

Las sobredosis pueden ser revertidas a través del soporte vital básico¹⁷ o la administración oportuna Naloxona. Este medicamento ha sido usado por cerca de cuatro décadas sin mayores efectos colaterales más allá de inducir síndrome de abstinencia. Se trata de un antagonista opiáceo afín a los receptores opiáceos que cuando entra al organismo, desplaza a los opiáceos ya presentes y revierte rápidamente los signos clínicos de sobredosis. Se administra por vía intravenosa, intramuscular, subcutánea e intranasal. No es un medicamento con potencial de abuso pues no tiene efectos psicoactivos, y permite que la persona sobreviva mientras llega el soporte vital básico y puede ser remitida a una institución hospitalaria (WHO, 2014).

En Colombia, al igual que en otros países, la Naloxona es de uso intrahospitalario, por tanto es de uso exclusivo de médicos de urgencias y de instituciones de alto nivel de complejidad. No se encuentra disponible en unidades de cuidado pre-hospitalario ni en ambulancias de cuidado básico, por lo que el acceso a este medicamento en nuestro medio, presenta grandes barreras de acceso.

En entrevistas realizadas a expertos en toxicología en Colombia¹⁸ (2014) se encontró que la Naloxona se aplica generalmente por vía intravenosa, en dosis altas y como parte de los protocolos de desintoxicación de las instituciones de salud. No existe ninguna normatividad en Colombia que impida que la Naloxona pueda estar disponible en ambulancias de cuidado básico o incluso en la comunidad para ser administrada por personas con la debida formación en primeros auxilios.

El Ministerio de Salud ha mostrado interés en revisar la manera como la Naloxona podría estar disponible a manera de antídoto, pues tal como lo indica la evidencia revisada por la OMS (WHO, 2014), la aplicación intramuscular de este medicamento es perfectamente segura y eficaz.

7.4 Otras infecciones virales, por hongos, bacterias y parásitos

La inyección de drogas conlleva otros riesgos potencialmente letales, además de los descritos hasta ahora, entre ellos: endocarditis, tuberculosis, neumonía y abscesos. Gran parte de las admisiones a salas de emergencia por parte de quienes se inyectan, se deben a diversas complicaciones asociadas a la práctica de inyección en condiciones poco seguras.

Las infecciones bacterianas suelen ocurrir en las zonas del cuerpo en las que las personas hacen las punciones, sin preparar la piel apropiadamente para ello. Las consecuencias son abscesos y tromboflebitis¹⁹, pero pueden provocarse abscesos también en órganos como el cerebro o los pulmones. El ingreso de hongos y bacterias puede infectar las válvulas del corazón, causando endocarditis, lo que es común en personas que además viven con VIH.

La punción constante produce daños en los tejidos y cicatrices, provoca que las venas se profundicen haciendo difícil su localización, por lo que la inyección más profunda incrementa el daño en los tejidos o lleva a buscar sitios alternativos. El uso de las venas femorales puede provocar daño en el nervio femoral y riesgo de trombosis venosa, embolia pulmonar y gangrena. La inyección en arterias se asocia también con gangrena, lo que puede terminar en amputaciones. La fibrosis pulmonar puede producirse por la inyección de drogas adulteradas con talco, por ejemplo (Donoghoe y Wodak, 1998).

7.5 Salud mental, funcionamiento social, violencia y criminalidad

Existe una amplia evidencia que muestra comorbilidad psiquiátrica en usuarios de opiáceos, en especial, depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno de personalidad antisocial y límite (Donoghoe y Wodak, 1998; Mateu et al., 2005; González et al., 2011). De acuerdo con Mateu y colaboradores, la comorbilidad está presente entre el 47% y 93% de los casos.

17 Provisión de oxígeno y reanimación o masaje cardiopulmonar.

18 Entrevistas realizadas a petición de Open Society Foundations para explorar alternativas de acceso a Naloxona en Colombia por parte de actores comunitarios y usuarios de heroína.

19 Obstrucción de las venas.

El impacto de esta realidad tiene implicaciones en aspectos como la adherencia a tratamientos y en el funcionamiento social, temas como el empleo, las relaciones afectivas, la crianza, la vida familiar, el desempeño académico, se ven afectados en usuarios de opiáceos, y es común el involucramiento en delitos, el encarcelamiento, la marginalidad y la vida en condiciones de precariedad económica (Donoghoe y Wodak, 1998).

8. Factores de riesgo asociados al uso de heroína

En 2015 los centros para la prevención y el control de enfermedades (CDC por su siglas en inglés) publicaron el resumen de los hallazgos de una serie de investigaciones que exploraron los factores de riesgo asociados al uso de heroína. Este análisis fue producto del estudio de las tendencias de consumo en grupos demográficos trianuales desde el año 2002 al año 2013 y las características se identificaron a partir de un análisis de regresión logística multivariada (CDC, 2015).

Los principales resultados indican que: la mayoría de las personas que usan heroína también usaron otras drogas el año inmediatamente anterior (96%) y el 61% dijo haber usado al menos otras tres drogas. Las personas con mayor riesgo son blancos (no hispanos), hombres, personas entre los 18 y 25 años, con ingresos anuales bajos y sin aseguramiento en salud. Las mujeres entran a engrosar las estadísticas a pesar de haber presentado históricamente, un consumo bajo, lo mismo ocurre con personas con seguros médicos privados y de ingresos altos.

Se pudo también cuantificar el incremento en el riesgo de quienes tienen dependencia a otras sustancias, de la siguiente forma:

- **analgésicos opiáceos:** 40 veces más probabilidad de desarrollar dependencia a la heroína

- **cocaína:** 5 veces más probabilidad de desarrollar dependencia a la heroína
- **marihuana:** 3 veces más probabilidad de desarrollar dependencia a la heroína
- **alcohol:** 2 veces más probabilidad

Es claro que la dependencia a la heroína al igual que la dependencia a otras drogas, es producto de una combinación de factores, entre ellos se han identificado variables genéticas, físicas y medioambientales. Algunos factores de riesgo particulares como se verá, incluyen: ser hombre, presión social, presentar algún trastorno psicológico o enfermedad mental, debilidad o ausencia de involucramiento familiar, uso de drogas con alto potencial adictivo y desórdenes de conducta en la infancia.

El consumo de heroína se caracteriza por ser tardío en la mayor parte de países en los que se ha registrado. En España por ejemplo, la edad media de inicio es de 20 años y en Colombia aproximadamente de 18 años. Esto conlleva retos para los programas preventivos tradicionales que se dirigen a población cautiva (principalmente escolares) y de menor edad (Calafat y Becoña, 2005).

De otro lado, y tal como lo afirman Calafat y Becoña (2005), las personas proclives al uso de heroína llegan a ella luego de carreras de consumo extensas, es decir que está precedido de uso y abuso de otras sustancias legales e ilegales por varios años, con lo cual es previsible cierta tendencia a la desviación y al alejamiento de los ámbitos en los que se ofrecen por lo general, las intervenciones en prevención.

El factor de riesgo más preeminente es el potencial adictivo de la sustancia. En 1994 Anthony y colaboradores llevaron a cabo un análisis comparativo de diversas sustancias para determinar cuántas personas de las que las probaban, terminaban desarrollando una dependencia. Los resultados mostraron que para el tabaco era 32%, para heroína el 23%, para cocaína 17%, para alcohol 15% y para cannabis 9%. Si bien estas cifras podrían variar de un contexto a otro y entre poblaciones, dan una idea del potencial adictivo de la heroína y la importancia de reducir la exposición a esta

sustancia, dado que lo que esto indica es que una de cada cuatro personas que la prueba, puede terminar enganchada (citados por Calafat y Becoña, 2005).

Al respecto vale la pena señalar que la acción de la heroína sobre el Sistema Nervioso Central lleva a la liberación de sustancias endógenas asociadas con el placer, si existe deficiencia a este nivel, el uso de heroína y otros opiáceos podría entrar a suplir esta carencia (Rebound, s.f).

Algunos análisis en torno al fenómeno antes descrito de los soldados en Vietnam, indicaron que el entorno y las condiciones de estrés fueron más determinantes en el uso que la heroína misma. Dado que el 95% de quienes desarrollaron una dependencia, pudieron dejar la droga con el cambio de circunstancias de vida, también se ha dicho que la heroína cumplió un papel adaptativo tal como lo hizo el alcohol en conflictos previos. Algunas miradas alternativas en torno a ello, sugieren que el uso no inyectable de la heroína podría haber explicado la “baja dependencia” a la sustancia, que el uso de esta sustancia en Vietnam generó problemas de disciplina al interior de las tropas especialmente al final del conflicto y que las comparaciones entre usuarios de heroína en Vietnam con otros usuarios en circunstancias similares, no arrojaron diferencias significativas (Calafat y Becoña, 2005).

Esto mismos autores retoman algunos estudios de marcadores genéticos que sugieren que el uso de todas las sustancias psicoactivas (a excepción de las psicodélicas), está influido por la genética y es la heroína la que presenta la mayor carga genética específica (Calafat y becoña, 2005). Si bien no toda persona que desarrolla una dependencia tiene antecedentes familiares de dependencia a ésta u otras drogas, quienes tienen familiares en primer grado que presentan dependencia corren mayor riesgo de desarrollar ellos mismos uso, abuso o dependencia (Rebound, s.f).

En relación a la percepción social, Calafat y Becoña (2005) también subrayan que la vinculación inicial de la heroína con grupos de la alta burguesía pudo haber influido en la expansión

inicial, la asociación más reciente con consecuencias negativas, puede hacer que muchos jóvenes no se interesen en ella. Si bien, la percepción de riesgo frente a esta drogas suele ser alta, como se verá en relación con el estudio del SIDEC en escolares, la percepción de riesgo puede cambiar y el uso ocasional puede no ser visto tan negativo. Tendencias similares se han identificado en España.

Grupos de especial riesgo se han identificado e incluyen: personas privadas de la libertad, hijos de personas usuarias de heroína y/o metadona y usuarios de medicamentos opioides prescritos. Así mismo las mujeres, como se ha visto, suelen estar en riesgo y tal como se ha identificado también en Colombia, la edad media de inicio es más temprana que la de los hombres (en 2001 en España, dos años y medio antes) y es usual que se inicien en el consumo a través de una pareja masculina, habiéndose identificado que en ciudades como Baltimore en Estados Unidos, existía el doble de probabilidad de que hubieran iniciado el uso en el marco de una relación, que de cualquier otra forma.

Los mismos analistas muestran que en el año 2003 en la Unión Europea se identificó cierto aumento en el uso de esta sustancia y que algunos estudios han registrado el uso recreativo de esta sustancia los fines de semana y como parte de los patrones de policonsumo y experimentación con otras sustancias, así como medio para conciliar el sueño luego del uso de sustancias estimulantes. Por supuesto, el peligro radica en que esta droga se empiece a valorar de formas distintas y pierda la connotación negativa que suele acompañarla.

Calafat y Becoña, retoman los resultados de un estudio hecho en Suecia con más de 50.000 personas en el que se halló que la variable más relevante para el uso de drogas inyectables era haberse ido de casa, así como haber tenido problemas con la policía. También identificaron en aquellos que usaron drogas ilegales, el mal control emocional, desajuste social, uso de solventes volátiles y problemas con las autoridades. El uso de alcohol, tabaco y solventes incrementó la probabilidad de uso de marihuana y de sustancias por vía inyectada. Para el riesgo moderado se encontró vinculación con

uso de alcohol en padre y padres divorciados. Otro estudio también en Suecia, indicó que el alto consumo de alcohol, trastornos psiquiátricos (especialmente neuróticos y de personalidad) y ser de clase social baja se vinculaban positivamente con la inyección de drogas. La mala conducta previa se asoció positivamente con el uso de heroína por vía inyectada en otro estudio citado por los mismos investigadores.

Por último, algunos estudios han explorado la auto-medicación con heroína como adyuvante en el control de síntomas psicóticos y antidepresivos. Hay cierta evidencia que soporta esta hipótesis (ver por ejemplo, McKenna, 1982 y Khantzian, 1985; 2003).

Khantzian muestra que aunque los opiáceos han sido usados para lidiar con el estrés, la disforia y el dolor, estas sustancias han sido ampliamente usadas también por sus efectos en el control de sentimientos como la ira y la agresividad hacia otros. Del análisis de más de 200 casos de dependientes a la heroína, concluyó que la mayoría de ellos tuvieron una historia de violencia y maltrato en sus entornos familiares y sociales. En las conversaciones con estas personas era común encontrar

testimonios en los que se atribuía a la heroína la capacidad de hacerlos sentir en calma y relajados y haber descubierto los efectos en medio de sentimientos violentos, en algunos casos provocados por el uso de cocaína u otros estimulantes, sentimientos que buscaron también aliviar con alcohol o tranquilizantes.

De esta forma, este investigador clínico concluye que más que buscar escape, euforia o auto-destrucción, muchos usuarios de heroína intentan medicarse a sí mismos para manejar una serie de dificultades psicológicas y males-tares emocionales, y aunque las consecuencias en el mediano y largo plazo provoquen nuevas fuentes de estrés y malestar, el objetivo primario es gestionar estados de malestar subjetivos y situaciones externas que de otra forma serían vividas como agobiantes e intolerables (Khantzian, 1985). Tras la revisión de su teoría en 2003, este investigador también encontró que la existencia de un determinado trastorno mental o emocional tendría relación con el tipo de droga usada, y en particular los opiáceos como la heroína tendrían un papel clave en trastornos como el de estrés postraumático, así como en estados disfóricos y bipolares (Khantzian, 2003).



Parte 2

análisis de la situación en Colombia

1. Epidemiología del uso de heroína en Colombia

1.1 Prevalencia de uso de Heroína

El informe mundial de drogas 2015, muestra que aunque la información disponible es limitada, la prevalencia global del uso de opioides (sintéticos no derivados de la planta de amapola) es de 0,7% en población adulta, lo que equivale a 32,4 millones de personas y la de uso de opiáceos es de 0,4% o 16,5 millones de personas. Esta última cifra ha permanecido estable a pesar de que el cultivo mundial de amapola llegó a ser el más alto desde la década de los treinta. Rusia y diversos países asiáticos, así como Estados Unidos y Oceanía son las regiones con mayores indicadores de consumo de opiáceos.

Por su parte el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías indica que en este continente se registran tendencias a la reducción del consumo de esta sustancia (OEDT, 2015).

De acuerdo con Castaño (2002), en Colombia los registros iniciales de uso de heroína se encuentran en el Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1993 y mostraban una prevalencia de 6 personas por 10.000, en su mayoría hombres entre los 16 y 19 años, de zona urbana. Este mismo autor señalaba que para 1997, el mismo estudio arrojaba una prevalencia anual de 1,2% lo que a su juicio, implicaba un incremento de proporciones epidémicas (Ministerio de Salud, 1994/1997 citados por Castaño, 2002).

Los informes de los estudios nacionales sobre consumo de sustancias psicoactivas realizados en 1992 y 1996 por la DNE y la Fundación Santafé, mostraban para el primero una prevalencia de vida sólo en hombres de 0,1% y 0,05% en el país, estimado en 5,200 el número de personas que habrían usado heroína en Colombia. El segundo estudio, no presentó frecuencias, pero calculó en 12,566 el número de personas que habían entrado en contacto con heroína alguna

vez en la vida. Por su parte, Scoppetta (2010) explicaba que los primeros estudios nacionales de población general, no contaron con un número suficiente de usuarios de heroína, lo que impidió llevar a cabo una estimación con un margen de error aceptable.

Aunque es claro que las encuestas domiciliarias presentan limitaciones a la hora de estimar patrones de uso de sustancias como la heroína, para ese momento, el número de personas en contacto con esta sustancia tendía a aumentar en más del 200%, el estimativo llegó a 37,900 personas en el año 2008 (Scoppetta, 2010) y aunque bajó a 31,900 en 2013, las prevalencias de uso reciente mostraron incrementos en el número de personas, tal como se verá más adelante (Minjusticia et al, 2013).

Entre los años 2003 y 2008 entidades como la ESE Carisma de Medellín, venían observando un incremento en el número de consultas por uso de heroína en esa ciudad. Se registró un aumento de 1 a 26 usuarios del servicio en el período descrito (Álvarez et al., 2009). Algo similar es reportado por el diario El Tiempo en 2010, al señalar que los Registros del Hospital Mental de Quindío mostraban que siete años atrás, uno de cada 100 pacientes llegaban por heroína y que en 2007 la proporción ascendió a 34 de cada 100. Por la misma época el diario El País informaba de 20 casos de sobredosis en la ciudad de Cali en 2009, y de 14 en 2010, cinco de los cuales fueron mortales (Elpais.com.co, 2010).

En 1998 la Unidad Coordinadora de Prevención Integral UCPI en Bogotá realizó un estudio de uso de drogas en población escolar de tres localidades de la ciudad, en él se registró una prevalencia de vida de 3,3% y de 2,5% en el último año, solo para la localidad de Usaquén.

Entre 1999 y 2000 el Programa Presidencial Rumbos llevó a cabo una encuesta nacional de consumo de drogas en población adolescente y joven, en el cual la heroína ya registraba una prevalencia de vida para el país de 0,8%, siendo 1,2% en hombres y 0,4% en mujeres y una prevalencia de uso en el último mes de 0,4% (2001).

Castaño (2002) ofrecía un análisis de los resultados de la aplicación del VESPA²⁰ universitario entre 1998 y 1999. Las prevalencias registradas en Medellín fueron bajas y presentadas en cifras por mil habitantes (prevalencia de vida 34; último año 31; último mes 22; última semana 17 y último día 7).

Sin embargo, este mismo investigador retomó las cifras del Sondeo Nacional sobre consumo de drogas en jóvenes 1999 en el cual se registraron prevalencias verdaderamente altas en ciudades como Yopal (2,8% PV, 1,6% UM), Puerto Carreño (2,1% PV, 0,7% UM), Ibagué y Medellín (1,1 PV, 0,5% UM respectivamente) y San José del Guaviare (1,3% PV, 0,5% UM) (Rumbos, 1999). Castaño señala que en efecto las altas prevalencias registradas en estas zonas podrían explicarse por la presencia de cultivos de amapola y de laboratorios de procesamiento de heroína en ellas, reiterando la disponibilidad de la sustancia como factor de riesgo para el uso local (2002).

El Ministerio de Salud y Protección Social llevó a cabo en 2004 el diagnóstico situacional de los centros de tratamiento en el país, en éste se entrevistó un total de 1,116 personas que aceptaron voluntariamente participar. De estas, ocho dijeron haber iniciado su carrera de uso de sustancias ilícitas con heroína, con otros opiáceos o con heroína mezclada con otras drogas. El 14,8% (165) del total, dijo haber entrado en contacto con heroína, morfina o con heroína mezclada con otras sustancias al menos una vez en la vida, con una edad media de inicio de 18 años. Para el 1,5% de los entrevistados (26) y el 15,75% de quienes dijeron haberla usado, la heroína fue el principal motivo de ingreso a tratamiento (Mejía et al., 2004).

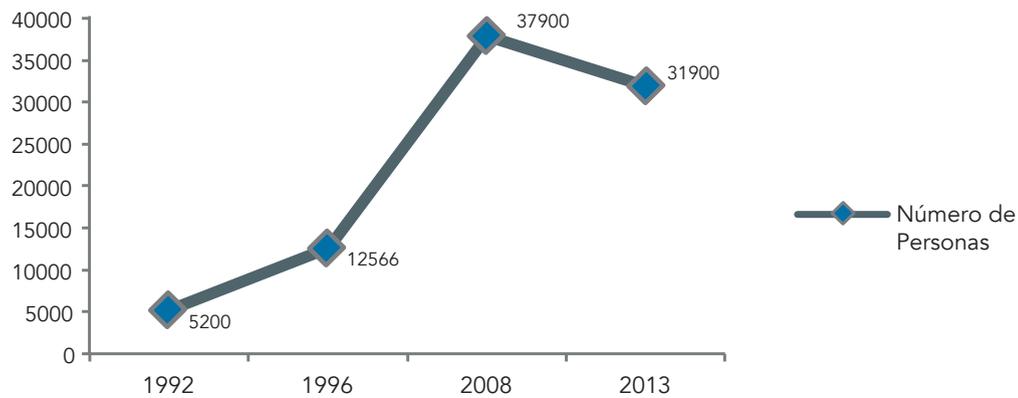
Hacia el año 2008 y en el marco de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (2007), el país se compromete en el desarrollo de series periódicas de estudios epidemiológicos nacionales en población general y en poblaciones específicas (escolares y universitarios). Esto permitiría contar con información comparable y monitorear con mayor precisión las tendencias de uso en el tiempo.

El estudio nacional en población general del mismo año, por primera vez dedica un capítulo específico a la heroína, dejando así de estar encapsulada en la categoría "otras drogas". En el informe se justificó dicha inclusión ya que aunque se trataba de una droga de aparición reciente y menos conocida, venía siendo "reportada por expertos y en especial, por entidades hospitalarias y de tratamiento en las que se han registrado numerosos casos de abuso y dependencia" (p.102). También explicaba que, en contraste con estudios previos en los que no se halló registro o su aparición fue insignificante, este estudio arrojaba cifras que "confirmaban" que el uso de esta droga era una realidad y "un problema social en el país" (Ministerio de Protección Social et al, 2008).

Aunque la prevalencia de vida registrada para el momento, era baja (0,19%), se estimaba que al menos 37,900 personas habrían entrado en contacto con esta droga al menos una vez en la vida, 4,417 lo habrían hecho en el último año y 3,082 en el último mes, con la pertinente aclaración de que se trataba del número "mínimo" de consumidores actuales en el país. De acuerdo con Medina-Pérez y Rubio (2012) la comparación de los estudios nacionales 1996 y 2008 muestra un incremento de uso de heroína de 400%, lo que contrasta con el cálculo hecho para este trabajo, pues como ya se dijo, el incremento parecía ser de un poco más del 200%. Entre los años 2005 y 2009 este incremento fue de 90% sólo en el Departamento del Quindío (Piernagorda y Rengifo, 2009, citados por Medina-Pérez y Rubio, 2012).

El estudio no dio cuenta de variables sociodemográficas por el limitado número de personas que respondieron afirmativamente frente al indicador, no obstante para el momento era claro que se trataba de un consumo "altamente clandestino e individualizado" por lo que la realidad registrada podría no estar reflejando la dimensión real del fenómeno (Ministerio de Protección Social et al, 2008). Esto mismo es confirmado por la ONUDD (2007) al señalar que la auto-notificación, propia de las encuestas de hogares, como estrategia para medir la magnitud del consumo de drogas, plantea serias limitaciones. Por ello países como Estados Unidos, Reino Unido, Italia, Alemania,

Gráfico 4. Número estimado de personas que usaron heroína alguna vez en la vida (Estudios Nacionales (1992-2013))



entre otros, han explorado medidas alternativas como es el análisis de aguas residuales.

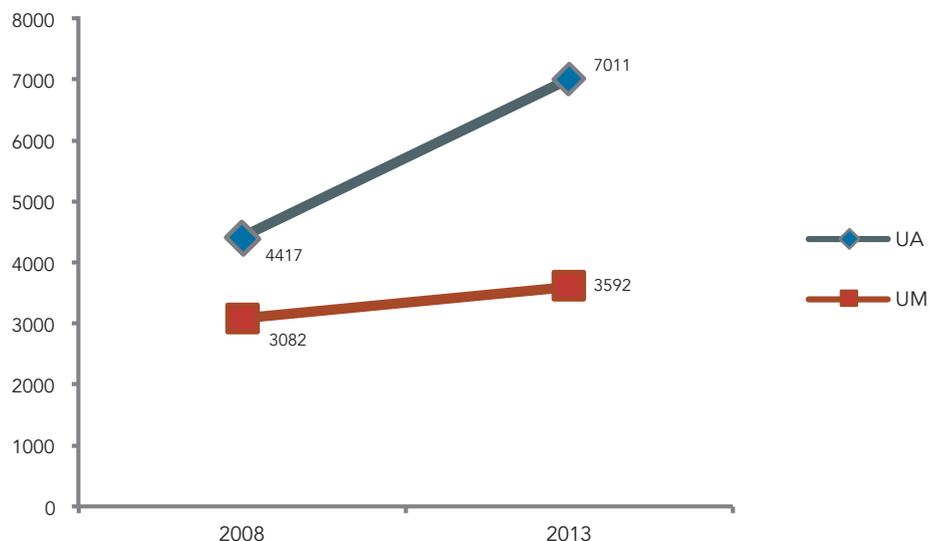
En 2013 se publica el segundo Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas y en este se detecta una prevalencia de vida ligeramente menor que la de 2008 (0,14%), calculando en 31,900 el número de personas que habrían usado esta droga al menos una vez, pero registró un incremento en el número de personas que lo habrían hecho en el último año (7,011) y también en el número de personas que lo habrían hecho en el último mes (3,592) (Minjusticia et al., 2013). En este caso, tam-

co se presentó análisis de distribución por variables demográficas arguyendo las mismas razones que en 2008.

El gráfico 4 muestra la evolución en el número estimado de personas que entraron en contacto con la heroína al menos una vez en la vida. El gráfico 5 muestra la evolución de la prevalencia de último año y último mes en los dos años en los que el dato estuvo disponible.

En el año 2011 se hizo el segundo Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en población escolar en Colombia, luego del primero realizado en 2004, del cual no se

Gráfico 5. Número estimado de personas que usaron heroína en el último año y en el último mes (Estudios Nacionales (2008-2013))



cuenta con datos publicados. En este estudio, la prevalencia de vida fue de 0,51%, la del último año de 0,36% y la del último mes de 0,19%; si se tiene en cuenta que la prevalencia de último año para una sustancia como el éxtasis fue de 0,79% equivalente a cerca de 26,900 estudiantes, el número de usuarios de heroína en el último año para esta población podría estar cercano a los 12,000, un número poco despreciable. De hecho, llama la atención que el 5% de los estudiantes entrevistados (uno de cada veinte), considera que le sería fácil conseguir heroína (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2011).

El Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en población universitaria 2009, arrojó una prevalencia de vida de 0,2% (Unión Europea y Comunidad Andina, 2009).

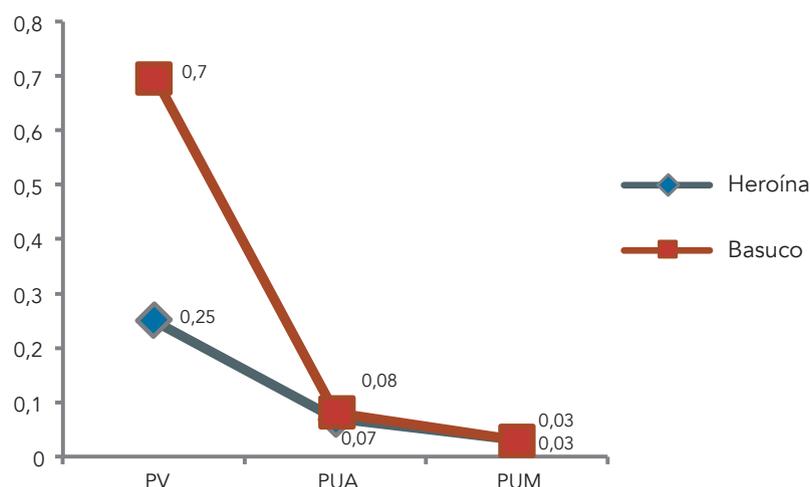
El II Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en esta misma población (2012) mostró un ligero incremento siendo el uso de heroína de 0,25% al menos una vez en la vida, 0,07% en el último año y 0,03% en el último mes. Prevalencias muy inferiores a las registradas para sustancias como el LSD, los poppers, el Dick y en general los estimulantes

tipo anfetamínicos. Pero muy similares a las registradas para basuco en el último año y el último mes (0,08% y 0,03% respectivamente) (gráfico 6) (PRADICAN, 2012).

Para el año 2012 el Sistema de Vigilancia del Abuso de Sustancias Psicoactivas VESPA en Bogotá²¹ reportó cuatro casos en los que la sustancia de inicio fue heroína correspondiente al 0,1% de 4,131 registros (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012). Entre los años 2008-2009 este sistema reportó un promedio de 90 usuarios de heroína al año, siendo el 2011 cuando se registró un mayor número (110). Es de anotar que no se encuentran reportes de este sistema posteriores al año 2012.

En el mismo año Medina-Pérez y Rubio publican los resultados de un estudio descriptivo basados también en las fichas VESPA de 333 consumidores adolescentes de SPA (14-18 años), que ingresaron a una institución de rehabilitación del Quindío en el período 2006-2009. 81 de estos adolescentes (24%) reportaron haber usado heroína alguna vez y 43 de ellos dijeron haberlo hecho diariamente (53%). La edad media de inicio con heroína fue de 15 años.

Gráfico 6. Comparativo uso reciente de heroína y basuco en población universitaria (PRADICAN, 2012)



²¹ Los casos corresponden a vigilancia centinela cuyas unidades fueron los centros de atención al consumo de drogas públicos y privados de la ciudad, centros de resocialización de niños, niñas y adolescentes y centros de atención en salud mental que reportaban al subsistema VESPA.

Cali, por su parte realizó el análisis de 543 fichas VESPA recopiladas entre los años 2009-2011 en centros de atención al uso de drogas. De 100 casos que presentaron una situación crítica, definida como eventos que indican alta vulnerabilidad y la necesidad de hacer seguimiento cuidadoso, el 10% registró uso actual de heroína (Secretaría de Salud Cali, 2011). Infortunadamente el informe no reporta datos adicionales.

Entre los años 2008 y 2013 el 11% de quienes buscaron tratamiento en el Valle del Cauca dijeron haber usado heroína alguna vez en la vida (Gobernación del Valle del Cauca, 2014).

De acuerdo con el Ministerio de Justicia y del Derecho, en 2010 la ESE Carisma de Medellín, habría recibido 110 solicitudes de tratamiento para la dependencia a la heroína (2013; ver también El Tiempo, 2010).

Para el caso de Cali, el mismo diario mostraba que en el Hospital Universitario del Valle, había cerca de 200 usuarios de heroína esperando un cupo para ingreso a desintoxicación (El Tiempo, 2010). En el Valle del Cauca, entre el año 2008 y 2013 se presentaron 115 intoxicaciones por opiáceos y en el 74% se asociaron directamente a heroína, el 87,8% de ellas en Cali (Gobernación del Valle del Cauca, 2014).

Entre noviembre de 2011 y abril de 2013, Fundar Colombia registraba el ingreso de 59 usuarios de heroína en la modalidad de centro día (Fundar Colombia, 2015).

En 2011 en el marco del estudio sobre caracterización de la vulnerabilidad al VIH en consumidores de drogas de alto riesgo CODAR, Carisma explicaba que la proporción de personas hospitalizadas por uso de heroína, había pasado de un 15% a un 30 o 40% y que habían pasado de tener 40 usuarios en el servicio de metadona a 80, en su mayoría de Medellín (Pérez et al., 2011).

En 2012 el diario El Mundo de España, en su versión virtual, publicaba un artículo sobre la situación del consumo de heroína en Santander de Quilichao en el cual se indicaba que se tenían censadas 300 personas usuarias de esta droga en el municipio, pero que “la cifra real”

podría ser superior a 1,200. Por su parte, el diario El Tiempo dos años antes, señalaba que de acuerdo con el Alcalde de este municipio, por cada joven o adolescente que se detectaba, había al menos otros cinco usando heroína. Para ese momento, se habían identificado alrededor 200 jóvenes y adolescentes en esta situación. De 183 registrados en la ESE Quilisalud, sólo 40 estaban siendo atendidos (El Tiempo, 2010).

Para 2014, la revista Semana publicaba otro artículo, esta vez de Pereira y Dosquebradas. En él se indicaba que para algunos expertos el número de casos de personas que solicitan servicios sería de 600 por año, y en entrevista con un referente del Hospital Mental de Risaralda, éste aseguraba que “el aumento ha sido progresivo cada año, pero es difícil tener datos exactos”. Según el viceministro de Salud, Fernando Ruíz, citado por este medio, la heroína se había convertido en la segunda causa de consulta en urgencias en hospitales como el San Jorge. Entre el 25% y el 40% de quienes se encontraban internos en el Hospital Mental, había ingresado por asuntos relacionados con el uso de drogas, pero principalmente por heroína.

El Sistema Único de Indicadores en SPA aplicado en los centros de atención (CAD) - SUICAD- empezó a operar en el año 2012; para 2014 contaba con 9,733 registros de los cuales 389 mostraban la heroína como una de las sustancias de mayor frecuencia, por encima del éxtasis, los poppers, el LSD y el “dick” (cloruro de metileno), los hongos, las anfetaminas y las metanfetaminas, equivalente al 4% de los reportes y al 26% que la mencionó como la sustancia que motivó la búsqueda de ayuda (Scoppetta, 2014).

Isaza y colaboradores (2013) afirman que aunque el uso de heroína en Colombia es reciente y menos conocido que otros consumos, las implicaciones de su existencia no son comparables con las de otras sustancias, por cuanto una persona se inicia en esta práctica puede escalar al abuso y luego a la dependencia de manera más rápida e intensa que con cualquier otra sustancia ilícita. De acuerdo con estos investigadores, y tal como ya se dijo, se estima que una de cada cuatro personas que

prueban la sustancia puede terminar desarrollando una adicción y que la mortalidad asociada es 10-20 veces más alta que las personas que no la usan y 12 veces más alta que en la población general (cuando se analiza por edad y género).

Los hallazgos de los estudios y reportes revisados indican que en efecto los estudios epidemiológicos muestran sólo una pequeña parte de lo que está ocurriendo con el uso de heroína en Colombia. Pero los datos son indicativos de la caracterización que se ha logrado identificar y que serán descritos con más detalle en breve.

La población que muestra la mayor prevalencia de uso de esta sustancia es la población escolar, lo que concuerda con la media de edad de inicio identificada en algunos estudios (15 años en 2011), esta prevalencia está muy por encima de la de población general y muy por encima de la prevalencia global.

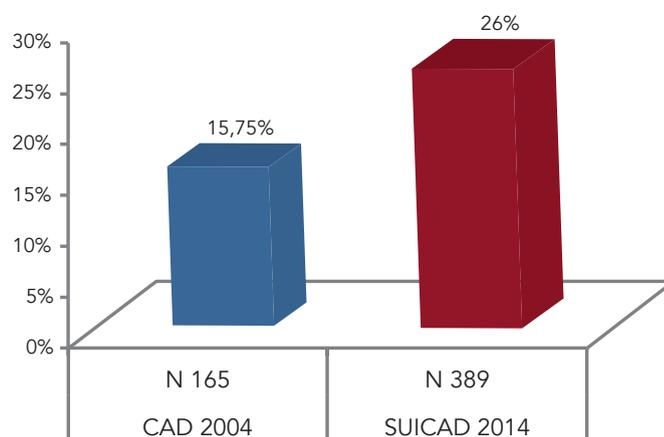
La proporción de universitarios que refiere haber usado esta sustancia es más baja que la de población escolar, pero es más alta que la de la población general (0,2% y 0,25% en 2009 y 2012 respectivamente). Esto último podría estar reflejando la tendencia a la deserción y a la educación incompleta que se detectó en diversos estudios analizados y que se detallarán más adelante.

Así mismo, las bajas prevalencias detectadas en estudios de hogares a nivel nacional, más allá de las limitaciones propias ya señaladas, podría estar reflejando la tendencia a abandonar el hogar que es también común como hallazgo en los estudios analizados.

De otro lado, se va haciendo evidente el impacto de este tipo de consumo en la demanda de tratamiento y en la sobrecarga de los servicios. Desde el año 2010 aproximadamente, podría decirse que entre el 30% y el 40% de las consultas en las instituciones de tratamiento especializadas y en los centros de desintoxicación, se vinculan directamente a complicaciones derivadas del uso de heroína. Las cifras de Quindío, Cali, la ESE Carisma en Medellín, Pereira y Dosquebradas y el reporte del SUICAD entre 2012 y 2014 así lo indican. En el Valle del Cauca, hasta el 2013, el 58% de quienes usaron heroína buscaron tratamiento por esta sustancia (54/93).

El incremento es exponencial si se tiene en cuenta que para el año 2004 en el marco del Censo Nacional de centros de tratamiento apenas el 1,5% consultaba por esta sustancia, mientras que para el año 2014 el SUICAD refería una cifra del 4%. Así mismo, entre quienes dijeron haberla consumido, en 2004 el 15,7% y en 2014 el 26% dijo estar en tratamiento

Gráfico 7. Heroína como principal motivo de consulta



Fuente: Censo Nacional de Centros de Tratamiento 2004 y Suicad 2014.

principalmente por esta sustancia, es decir que apenas en 10 años, la demanda de servicios pudo haberse incrementado en más del 247% y la solicitud de ayuda entre quienes han entrado en contacto con la droga, muestra un incremento del 65% (gráfico 7).

Es necesario recordar que esta realidad sigue siendo parcial pues no todos los centros de atención reportan de forma sistemática a los sistemas de vigilancia y porque no se cuenta con informes sistemáticos para todos los años, todas las variables y todas las ciudades. A nivel global se ha estimado que una de cada diez personas que lo requerirían, busca ayuda por su consumo, por tanto, cada una de las cifras mencionadas y halladas en centros de tratamiento, podría multiplicarse por diez y ello podría indicar el número de personas que permanecen sin registrar y sin contacto con servicios de información o atención, a pesar de llevar a cabo prácticas de consumo de alto riesgo. Se subraya entonces que el sub-registro es importante, por lo que los datos provenientes de centros de tratamiento, siempre serán considerados indicadores indirectos del consumo de drogas (ONUDD, 2007).

1.2 Prevalencia de inyección

No se cuenta con información derivada de los estudios epidemiológicos en población general y en población escolar en cuanto a vía de administración, sin embargo Castaño (2002), luego de hacer un análisis parcial de las bases de datos del estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas 1997, dijo haber encontrado que 169 personas habían usado heroína en el último año y el 10% de ellas lo había hecho por vía inyectada. Así mismo, retomó los datos de un estudio realizado en población carcelaria a través de la aplicación del VESPA en 1999, en el que se registró consumo de heroína por vía inyectada en 0,2% de los casos.

Entre 1997 y 1998 se realizó el primer estudio en el país explorando la inyección de drogas, fue realizado por la Secretaría de Salud de Bogotá y se trató de una aproximación etnográfica a 90 personas en situación de y en calle y otros grupos en condiciones de vulnerabilidad. Este estudio encontró que en 80 de las 90 personas

participantes, se había presentado inyección de alcohol, el 60% tenía entre 21 y 30 años, el 35% lo hacía una vez por semana y la heroína ya aparecía como parte de las mezclas inyectadas con alcohol. La prevalencia de VIH reportada fue del 16%. De manera simultánea Timothy Ross investigador etnográfico que ha trabajado con población en alta vulnerabilidad por algunos años, especialmente en Bogotá, venía detectando casos de inyección de heroína en ciudades como Cartagena y Bogotá (citado por Castaño, 2002; y por Mejía, 2003).

Entre los años 2001 y 2002 se llevó a cabo el primer estudio sobre uso de drogas inyectadas y riesgos para la salud en Bogotá, estudio que hizo parte del II Estudio Multi-Centro de la OMS en el que participaron 13 ciudades del mundo y se llevó a cabo en dos fases: evaluación y respuesta rápida y encuesta de comportamientos de riesgo y prevalencia de VIH y HCV entre personas que se inyectaban drogas en la ciudad. Un total de 382 personas fueron contactadas en las dos fases, 301 en la encuesta de las cuales 237 se inyectaban al momento de la medición y 64 lo habían dejado de hacer. Cerca del 72% reportó inyección de heroína en la primera fase y el 20% en la segunda fase, pues fue más común la inyección de cocaína y alcohol (Pérez y Mejía, 2001; Mejía, 2003; Pérez y Mejía, 2005).

El estudio realizado por la ESE Carisma mostró que entre 2003 y 2008 de los 73 usuarios del servicio el 65,8% usaba la heroína por vía inyectada, el 34,2% por vía inhalada y el 2,7% restante, lo hacía por vía fumada (Álvarez et al., 2009).

En el marco del diagnóstico situacional en centros de tratamiento, en 2004 se encontró que sólo 92 de las 1,116 personas entrevistadas, dijeron haberse inyectado una droga alguna vez en su vida (8,2%), de ellas el 60,9% inició la práctica con heroína u otros opiáceos y el 17,4% con cocaína. Catorce de estas personas dijeron haberse inyectado heroína en los seis meses previos a la indagación, de los 19 que dijeron haberse inyectado alguna sustancia en el mismo período. El 36% había probado la sustancia por otras vías antes de inyectársela, pero el 64% había experimentado por primera vez con la droga a través de la inyección. El

promedio de edad de inicio en la práctica fue de 18 años (min. 9 y max. 49) y llamó la atención que el 6,5% dijo haberse inyectado por primera vez antes de cumplir 12 años, el 33,7% lo hizo entre los 15 y 17 años y el 24% a los 18 años o más (Mejía et al., 2004).

Es de anotar que el único sistema que empezó a explorar de manera sistemática la vía de administración fue el Sistema de Vigilancia en Sustancias Psicoactivas VESPA, aplicado en algunos departamentos y distritos, en diversos ámbitos, desde la década de los noventa, hasta que se dio la transición al Sistema Único de Indicadores de sustancias psicoactivas SUISPA y Sistema Único de Indicadores en Centros de Atención SUICAD.

En 1999 Medellín analizó los datos del VESPA en personas habitantes de calle, encontrando también algunos casos de uso inyectable de drogas en la ciudad (Castaño, 2002).

La Dirección Nacional de Estupefacientes publicó en el año 2000 un informe general del VESPA en centros de tratamiento, con el agregado de datos de doce entidades territoriales entre ciudades capitales y departamentos, algunos de ellos fueron Bogotá, Armenia, Antioquia y Valle del Cauca. De un total de 6,524 registros analizados entre 1999 y 2000, y bajo la salvedad de que los datos reportados no eran del todo confiables dada la ausencia de claridad en torno a las drogas inyectadas²², se encontraron 93 en 1999 y 150 en 2000 (3,7%), mostrando un incremento del 61% en apenas un año.

Así mismo, el único estudio epidemiológico que reportó la inyección como práctica, fue el Estudio Epidemiológico Andino sobre uso de drogas sintéticas en población universitaria (2009). En él se encontró que la prevalencia de vida de esta práctica fue de 0,33%, siendo la morfina la más reportada con un 0,20%, seguida de heroína (0,05%), cocaína y anfetaminas (0,03% respectivamente) y alcohol (0,02%) (Unión Europea y Comunidad Andina, 2009). Si bien, el segundo estudio epidemiológico andino en la misma población incluyó también la variable en el instrumento, el informe no registra los resultados (PRADICAN, 2012).

En el período de 1998 a 2000 el VESPA en Bogotá, indicó que 165 personas habían usado la inyección como vía de administración de alguna sustancia, al menos una vez en la vida y 84 de ellas se encontraban en tratamiento por esa misma razón (Pérez y Mejía, 2001).

Castaño y Calderón (2010) en un estudio cualitativo realizado con 42 usuarios frecuentes de heroína en Medellín, hallaron que mientras la mayoría usaba vías alternas a la inyección, el 23% lo hacía por esta vía, lo que podría estar asociado al tipo de heroína que circula con mayor frecuencia en esta ciudad, que es como se ha indicado, la de color marrón.

El centro de tratamiento Fundar Colombia en Cali, informó que de los 59 usuarios de heroína que ingresaron a su centro día en el período 2011-2013, el 30,5% la usaba por vía inyectada. Para el caso de la línea de base levantada por esta misma institución en sectores de alta vulnerabilidad de Cali, se halló que de 66 personas encuestadas (27 de ellas en condición de calle), el 9% usaba la vía inyectada (Fundar Colombia, 2015).

En el marco del estudio realizado en Armenia en 2011, a juicio de uno de los profesionales, habría entre 400 y 500 personas que se inyectaban drogas en dicha ciudad (Pérez et al., 2011).

En el año 2012 el Observatorio de Drogas del Eje Cafetero realizó un análisis de fichas VESPA recabadas en los centros de tratamiento del departamento de Risaralda entre 2010 y 2012, para alimentar el sistema SUISPA. En este análisis se encontró que 65 casos reportaron el uso de drogas por vía inyectada (30,7% N=212), especialmente heroína, en 2010. De acuerdo con esta entidad, el uso inyectable de heroína venía en aumento pues de acuerdo con el registro de caracterización de usuarios del servicio CADRI en Pereira, se pasó de un caso en 2007 a 59 en 2010. La relación hombre - mujer para ese momento era de 5 a 1.

El mismo informe mostró que en 2011 entre 190 registros del VESPA en el CADRI se halló un 62,6% (21 mujeres, 98 hombres) que reportó

²² Drogas que incluían opio, morfina, heroína, LSD, tranquilizantes, alcohol y un número importante de fichas "sin dato"

uso de heroína por vía inyectada, además de tres casos de uso de cocaína por la misma vía en otros centros de atención. Para este año, el incremento de casos con registro de inyección fue de 87,7%. En el año 2012 de 105 casos registrados, el 32,3% reportó inyección (ODEC, 2012).

La misma fuente hacía evidente que la inyección de drogas en Risaralda podría presentarse en edades tan tempranas como 12-16 años (12,3% en 2010; 17-21: 47,7%; 22 o más años: 40%). En 2012 la mayor proporción de usuarios tenía entre 18 y 24 años (67,6%), seguidos de 25-34 años (23,5%) y 12-17 años (8,9%) (ODEC, 2012).

Estas cifras un tanto dispersas, muestran que en todo caso la inyección como vía de uso de sustancias como la heroína es cada vez más común en redes de usuarios de sustancias, si bien los porcentajes oscilan entre el 9% y el 66%, la mayor parte de registros y los más recientes, coinciden en que entre una y dos terceras partes de quienes consumen heroína en Colombia lo hacen por vía inyectada. El uso por vía inhalada es el más poco usado hoy en día y en zonas como Santander de Quilichao, y en algunos reportes de Medellín y Cali (referidos a personas que no están en contacto con servicios de tratamiento) el uso más común es fumada tanto en mezcla con marihuana o basuco como en "lata", modo también conoci-

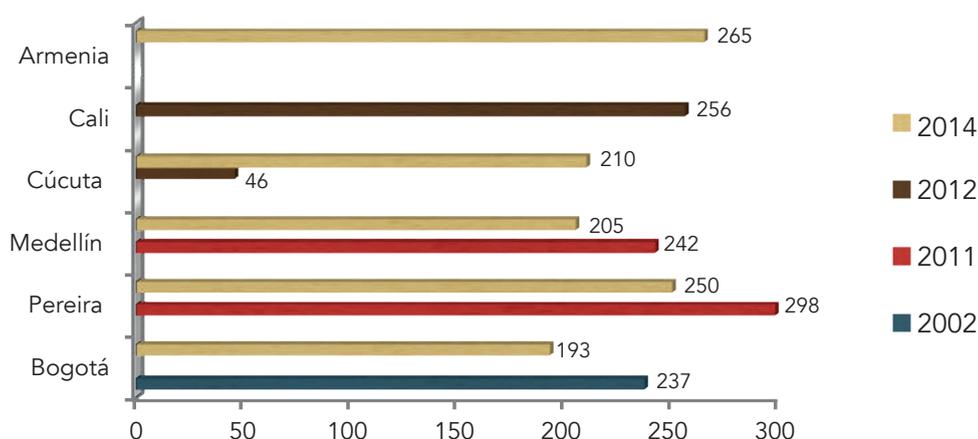
do como "chino" o "balazo". En ciudades como Pereira, Cúcuta, Armenia y Bogotá la inyección es la vía más común.

El gráfico 8 muestra que un total de 2,202 personas que se inyectaban drogas al momento de la medición, fueron alcanzadas por los estudios entre el año 2002 y 2014, estos incluyen el estudio de Bogotá del año 2002, el de Cúcuta de 2011 y la serie de estudios de la Universidad CES entre el 2011 y el 2014.

Tal como se explicó para el caso del consumo de heroína, hay importantes vacíos de información y una diversidad de metodologías y formas de reporte que impiden tener una idea precisa de lo que está ocurriendo con esta práctica en el país. Sin embargo, los datos aquí descritos sugieren que, aunque el uso de heroína y la inyección como vía de uso no son las más comunes, ocurren en un número nada despreciable de casos, en distintas ciudades y los registros tienden a aumentar.

Aunque incipientes desde el punto de vista estadístico y en contraste con otros consumos, un número importante de personas en el país ha entrado en contacto con esta droga y la inyección es una práctica en expansión en ciertas zonas en las que la heroína, se ha ido asentando como parte de la diversidad de sustancias que se usan.

Gráfico 8. Número de personas que se inyectaban drogas y que fueron contactadas por los estudios



Aunque en general, las cifras disponibles en Colombia muestran una prevalencia inferior a la reportada a nivel mundial (0,4%), es importante señalar que esta realidad global podría ser también considerada incipiente o marginal dado que está lejos de alcanzar un punto porcentual. No obstante, la revisión hecha hasta el momento permitiría decir que la consideración de frecuencia relativa en este caso, pierde relevancia a la hora de medir el impacto que este uso tiene sobre la salud pública, en las zonas en las que se presenta.

En 2010 el SIDEC exploró la percepción de uso de ciertas sustancias entre jóvenes y llama la atención que la heroína fue mencionada por el 89,5% de las personas entrevistadas, por encima de sustancias como el éxtasis o la marihuana tipo cripi o cripa. Para los investigadores era claro que tanto en la encuesta como en los grupos focales, se reflejaba un cambio en la percepción de uso, haciendo parte integral de los imaginarios y las representaciones de jóvenes que además de expresar que la heroína está en el mercado y se usa, parecían estar familiarizados con los rituales de uso y con las sensaciones que derivan de la inyección. De hecho el 73% también dijo conocer de la existencia de inyección de cocaína y heroína mezcladas, así como el 77% de la población entrevistada en cárceles y centros de atención en drogas (CAD) (UNODC et al., 2010).

Hasta el año 2013 Colombia no había llevado a cabo esfuerzos investigativos que permitieran estimar la prevalencia de la práctica de la inyección. Este indicador es fundamental para determinar el tamaño de la población y con base en ello, tener una idea de las necesidades de la misma, así como del alcance y la magnitud de la respuesta requerida. A partir de este indicador, es posible también dimensionar el potencial impacto de la práctica en la salud pública.

Al respecto, es importante señalar que tal como lo indicaban los estudios nacionales de 2008 y 2013, y como lo han planteado diversos investigadores, la población de usuarios de drogas por vía inyectada es por definición “oculta y difícil de alcanzar”, y lo es principalmente por el hecho de tener una práctica considerada ilícita o ilegal y por el estigma asociado (ver por

ejemplo, Rodhes y Hartnoll, 1996; Magnani et al., 2005).

El acceso a grupos difíciles de alcanzar, plantea desafíos y el primero es la posibilidad de lograr muestras “representativas” con el propósito de hacer mediciones y vigilancia en temas de salud pública. En estos casos, no se cuenta con un marco muestral conocido y por la naturaleza ilícita de la práctica, con frecuencia los consumidores son renuentes a participar en estudios y encuestas. Por tanto, es necesario acudir a metodologías de muestreo que sean viables y capaces de producir estimativos con el mínimo de sesgos.

Estas estrategias han sido fundamentales para el avance de la vigilancia de segunda generación en VIH, accediendo con ellas a poblaciones clave (ver por ejemplo, Bravo, Mejía y Barrio, 2008). Una de las más usadas en años recientes es el respondent-driven sampling (RDS por sus siglas en inglés) o muestreo guiado por respondientes. Va un paso más allá del método de “bola de nieve” ya que el método de reclutamiento permite calcular la probabilidad de selección, con lo cual se considera un método de muestreo probabilístico (Magnani et al., 2005).

La Universidad CES ha sido la entidad responsable de desarrollar una serie de ocho estudios en redes de personas que se inyectan drogas desde el año 2011 a partir del RDS, los resultados serán objeto de análisis en este informe más adelante. En el año 2013 se realizó una de las series de estudios que incluyó el método de captura y recaptura, para aproximarse al universo de personas que se inyectan drogas, es decir, la prevalencia de la práctica, en cinco de las principales ciudades en las que se ha evidenciado el fenómeno: Armenia, Bogotá, Medellín, Pereira y Cúcuta.

El método infortunadamente no arrojó resultados confiables. Los datos reportados por la Universidad CES sugieren que las redes son aproximadamente una cuarta parte más grandes que el número que efectivamente se contactó a través del RDS. Esto está por fuera de la realidad si se tiene en cuenta que por ejemplo, en Armenia en 2014 el método calculó

310 personas de una red efectivamente contactada de 265, según se registra en el informe y el tamaño de las semillas.

Si bien no se cuenta con el dato del método captura y recaptura para Pereira, en esta ciudad las semillas llegaron a 250 personas, mientras que el programa CAMBIE de distribución higiénica de equipos de inyección, ha registrado entre Pereira y Dosquebradas, un total de 855 usuarios en su servicio (Cambie/ATS, 2015). Por tal motivo, no es posible decir nada concluyente frente a este esfuerzo.

Dadas las limitaciones descritas, se solicitó a la Universidad un ejercicio adicional y propuso los factores de expansión que constituyen una técnica de la estadística inferencial basada en el cálculo de expansores o ponderadores con los cuales se pretende reconstruir la población de referencia de donde fue obtenida la muestra. Estos factores para el caso del muestreo RDS, se calcularon con base en las probabilidades de hacer parte de una red social en cada ciudad.

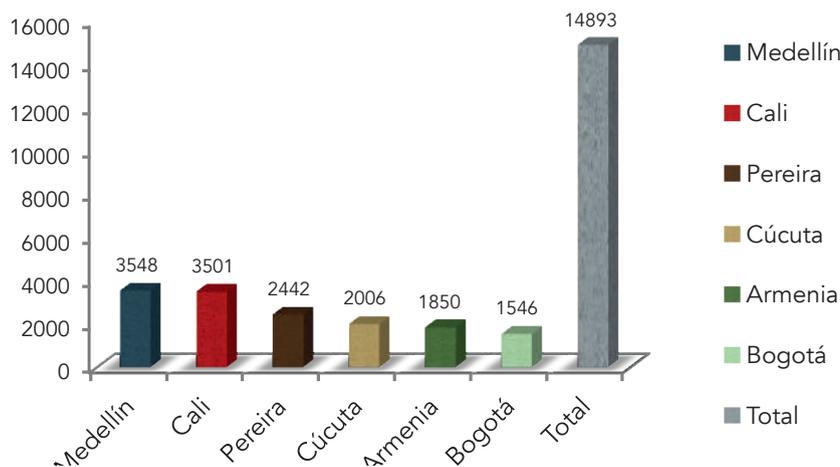
Para ello, la Universidad analizó un formato que se diligenciaba durante el proceso de selección y trabajo de campo, en el que las personas reportaban: tamaño de la red, número de personas conocidas, y número de personas que lograría identificar en un tiempo determinado. Los resultados de este análisis son los que se presentan en el gráfico 9.

Con base en la población de cada ciudad, se estableció que la prevalencia total estimada de la práctica es de 0,10%, lo que arrojaría un aproximado de 14,893 personas que se estarían inyectando en estas cinco ciudades en el año 2014, siendo Medellín y Cali las que tendrían las redes más extensas y Bogotá, las menos extensas.

1.3 Caracterización de las personas que usan heroína y se inyectan en Colombia

La serie de análisis que se presenta a continuación es producto de la revisión de una serie de estudios de corte cualitativo, etnográfico y multi-método, así como estudios realizados con la metodología RDS en distintas ciudades del país a lo largo de los últimos años. La tabla 2 detalla los estudios que serán objeto de un análisis más específico, aunque algunos de ellos ya hayan sido citados previamente. Así mismo, se hará referencia al estudio realizado en Medellín por Castaño y Calderón (2010) cuyos hallazgos es posible encontrar en tres artículos diferentes de revistas indexadas, el informe de Fundar Colombia que contiene los datos de análisis de historias clínicas y del levantamiento de línea de base para la evaluación de la modalidad del Centro Día (Cali), así como del estudio exploratorio realizado por la ONG

Gráfico 9. Población ponderada de personas que se inyectan por tamaño de red, serie CES 2014



ATS en la ciudad de Bogotá como parte de la ambientación del Programa CAMBIE en dicha ciudad y a otras fuentes complementarias.

Es necesario aclarar que cuando se hace referencia a la serie de estudios de la Universidad

CES se indicará el año de la medición y si los datos analizados corresponden a estimaciones aportadas en los informes respectivos o a frecuencias absolutas solicitadas como análisis complementarios para este trabajo en particular.

Tabla 2. Listado de estudios objeto de análisis detallado

Año	Ciudades	Metodología	Autores	Entidad Ejecutora	Entidad contratante	Título
2001-2003	Bogotá	ERR + Seroprev VIH/HCV	Mejía / Pérez	Uniandes/ PP Rumbos	Organización Mundial de la Salud	La inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta
2009	Santander de Quilichao	ERR	Abadía y cols.	Universidad Nacional	Ministerio de Protección Social	Evaluación rápida de situación del consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca
2010	Medellín	Multimétodo	Pérez	Nuevos Rumbos	Ministerio de Protección Social	Heroína: consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín
	Bogotá					
2010	Medellín	RDS + Seroprev VIH	Berbesí y cols.	Universidad CES	Ministerio de Protección Social/UNODC	Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira
	Pereira					
2011	Medellín	ERR	Pérez y cols.	Nuevos Rumbos	Ministerio de Protección Social /UNFPA	Contexto de vulnerabilidad al VIH/sida en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo CODAR en las ciudades de Medellín y Armenia, evaluación y respuesta rápida, caracterización e identificación
	Armenia					
2012	Cúcuta	RDS + Seroprev VIH-multimétodo	Quintero	ATS	Ministerio de Protección Social/ Gobernación de N. De Stder	El consumo de heroína en Cúcuta y Pamplona: una realidad visible
2012	Cali	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesí y cols.	Universidad CES	Ministerio de Protección Social/Alcaldía de Cali	Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Cali
2013-2014	Medellín	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesí y cols.	Universidad CES	Ministerio de Salud y PS / OPS	Comportamiento de usuarios de drogas inyectables en dos ciudades de Colombia
	Pereira	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesí y cols.	Universidad CES	Ministerio de Salud y PS / OPS	
2013-2014	Armenia	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesí y cols.	Universidad CES	Ministerio de Justicia y del Derecho	Comportamiento de usuarios de drogas inyectadas en tres ciudades de Colombia
	Bogotá	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesí y cols.	Universidad CES	Ministerio de Justicia y del Derecho	
	Cúcuta	RDS + Seroprev VIH/HCV	Berbesí y cols.	Universidad CES	Ministerio de Justicia y del Derecho	

Los análisis que se presentan, buscan identificar ciertas tendencias y concordancias; sólo es posible realizar comparaciones entre los estudios de la Universidad CES que conservaron la misma metodología a lo largo de la serie y comparaciones parciales con los estudios de Bogotá (2001-2002) y Cúcuta (2012) por cuanto utilizaron el mismo instrumento de recolección, pero tuvieron variaciones en las metodologías de reclutamiento y en los objetivos. Si bien los del CES conservaron los objetivos del de Bogotá, este último se llevó a cabo con la metodología de bola de nieve, mientras que la serie del CES usó RDS. Así mismo, el estudio de Cúcuta hizo énfasis en uso de heroína, mientras que las series CES y el de Bogotá, lo hicieron en uso de drogas por vía inyectada independientemente de si se trataba de heroína o no.

1.3.1 Género

Teniendo en cuenta estas limitaciones, es posible resumir la caracterización de los usuarios de heroína en el país. La mayoría de los estudios concuerdan en afirmar que el consumo de heroína se concentra principalmente en hombres, superando el 80% en casi todos los casos. En general la relación hombre-mujer es de 5 a 1 o 2. El informe del SUICAD registra que el 14,3% de quienes reportaron uso de esta droga entre 2012 y 2014 en Colombia, fueron mujeres y el 2,8% se declaró gay, lesbiana o bisexual (Gobernación del Valle del Cauca, 2014).

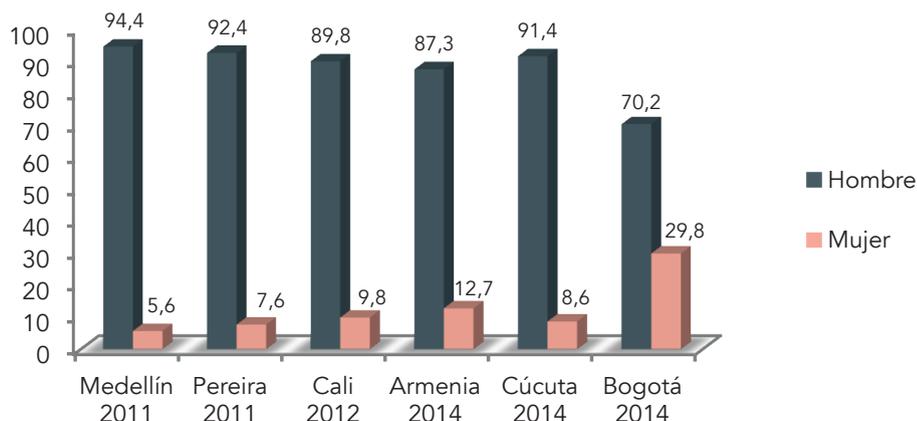
El gráfico 10 muestra la distribución de hombres y mujeres en la serie de estudios realizada para explorar la inyección de drogas en varias ciudades y sugiere cierto aumento en la participación de mujeres en la práctica de la inyección en el país, entendiendo que el método ofrece estimaciones que permiten decir que son representativas de las redes existentes en cada ciudad. A estos datos se agregan los de Medellín y Pereira del 2014, cuyo informe aún no se socializa, aunque fue posible acceder a algunos de sus resultados. El porcentaje de hombres en la primera fue de 87,4% y el de la segunda de 85,3%.

1.3.2 Edad

En cuanto a la edad, existen algunos registros de edades de inicio incluso antes de los 12 años, así como a los 15 años, pero el uso se concentra en su mayoría entre los 17 y los 26 años. La edad media de inicio con heroína está entre los 17 y 19 años. De acuerdo con el informe nacional del SUICAD el 58% de quienes dijeron usar heroína tiene entre 18 y 26 años (Gobernación del Valle del Cauca, 2015). El municipio que muestra inicio más temprano es Santander de Quilichao, pero incluso allí la edad media de uso reciente es 26 años.

Este patrón ya se había identificado desde el año 2003, pues el estudio de Bogotá registró una edad media de 27 años en la primera fase y de 24 años en la segunda y se confirma

Gráfico 10. Distribución hombre-mujer, series CES 2011-2014 (estimaciones)



ampliamente en la serie de estudios del CES (gráfico 11), en Armenia se presentó una mayor proporción de personas que tenía 25 años o más (48%) y algo similar ocurrió en Medellín en la misma serie de 2014 (49,3%), lo que indicaría que en estas ciudades las personas que se inyectan tienden a ser mayores o a tener carreras de uso más largas en el tiempo.

El gráfico 12 muestra el resumen de la edad media de personas que se inyectan drogas en la serie de estudios CES para los años 2013-2014, lo que concuerda con los resultados obtenidos por el resto de estudios analizados. Llama la

atención que la práctica se concentra en usuarios más jóvenes en las ciudades de Medellín, Pereira y Cúcuta.

1.3.3 Nivel educativo

En la mayoría de los estudios también se describe que quienes usan heroína en Colombia, en su mayoría cuentan con un nivel de estudios medio o universitario, es muy común la deserción escolar y universitaria por lo que la categoría estudios "incompletos" es característica de esta población. De acuerdo con el SUICAD, el 74% de quienes reportaron uso de

Gráfico 11. Distribución de PID por rangos de edad, series CES 2011-2014 (estimaciones)

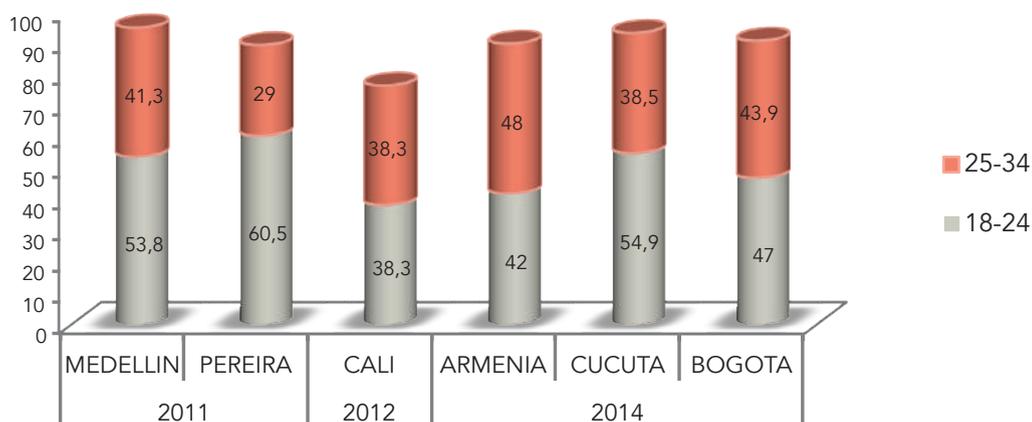
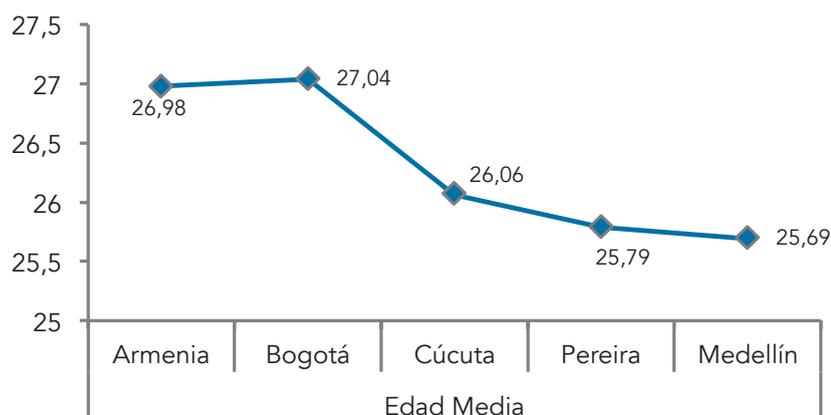


Gráfico 12. Edad media de las PID en serie CES, 2014



heroína no estudia aunque más de la mitad, se encuentre en edad para hacerlo (18-26 años) (Gobernación del Valle del Cauca, 2015).

La serie de estudios del CES muestra algunas variaciones interesantes en cuanto al perfil educativo de las personas que se inyectan drogas. Mientras en Medellín y Pereira en 2011, el 80,5% tenía estudios secundarios, apenas el 5,8% había iniciado educación superior, realidad que cambió sustancialmente para el caso de Medellín en 2014 ya que el 33,2% dijo tener estudios universitarios. En Cali en 2012, el 8,3% había iniciado estudios superiores. En el caso de Armenia en 2014, el 75,8% tenía secundaria, frente al 12,4% que había iniciado estudios universitarios; en Cúcuta el 25,5% había iniciado estudios superiores, mientras que la mayoría sólo contaba con primaria (71,6%). El perfil para Bogotá es justamente el contrario pues el 70,4% dijo haber iniciado estudios superiores y el 28,5% tenía secundaria.

Esto indica que en ciudades como Bogotá, Medellín y Cúcuta el uso de drogas por vía inyectada afecta en mayor medida a personas con mayores niveles de escolaridad, en tanto

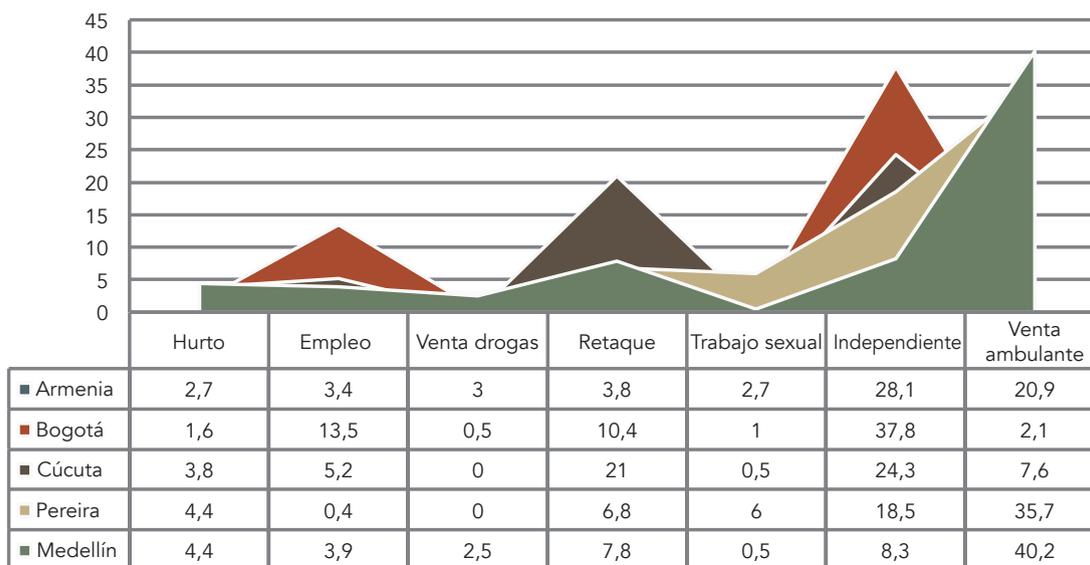
que en Pereira, Cali y Armenia, las personas que practican la inyección tienen menores niveles educativos.

1.3.4 Situación laboral, fuente de ingresos y vinculación al delito

También es común que se trate de personas desocupadas o desempleadas y el involucramiento en el delito, especialmente por hurto o por microtráfico fue descrito por varios de los estudios revisados. Si bien existen personas en situación de calle y otras personas cuyo sustento deriva de trabajos formales, se trata de la minoría.

En referencia a la vinculación al delito, la mayoría se explica por la necesidad de asegurar la disponibilidad de las dosis, en unos casos se acude al hurto en los hogares o a personas cercanas, en otros, a hurtos simples en calle. En el caso de las mujeres y algunos hombres, es común el intercambio de sexo por dinero o por heroína. Pero el involucramiento paulatino en las redes de distribución y venta de heroína se describió en Medellín, Armenia, Bogotá, Cúcuta, Pereira como algo muy común. En ciudades como Cúcuta, Santander de Quilichao y Mede-

Gráfico 13. Principal fuente de ingresos en los últimos 6 meses serie CES (frecuencias %)



llín, este fenómeno se asocia con asesinatos selectivos y se reconoce como una práctica de alto riesgo, además de ser poco rentable, pues las personas terminan por “descuidar” el negocio ante la urgencia de consumir.

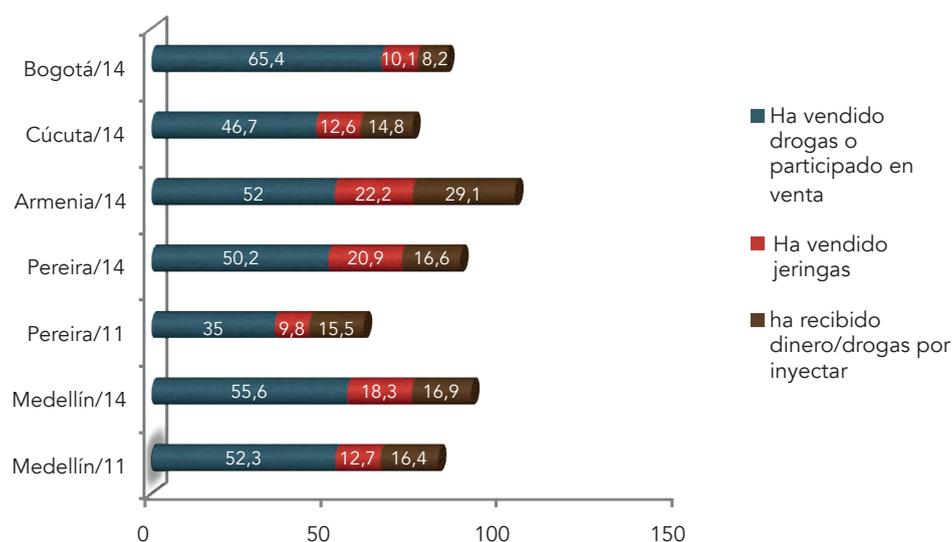
En la misma línea, se identifica en esta práctica como una fuente de “cortes” para hacer rendir la sustancia, lo que a la larga incide de manera negativa en la calidad de la droga que circula en calle y en el aumento de riesgo de sobredosis y daño en tejidos y venas. Sólo por dar un ejemplo, el estudio de Abadía y colaboradores (2009) mostró que todos los expendedores de heroína contactados eran también consumidores de esta sustancia. Este aspecto se profundizará más adelante.

La serie de estudios del CES 2013-2014 muestra una alta proporción de personas que dice vivir de “actividades independientes”, “venta ambulante” y del “retaque o limosna”. Si bien el porcentaje de quienes dijeron vivir del hurto y de la venta de drogas fue bajo, tiende a confirmar lo que los estudios cualitativos ya habían mostrado, siendo muy común en Armenia y Medellín, en particular en hombres (ver Pérez

et al, 2011). Aunque el dato de desempleo no se muestra en el gráfico 13, es importante indicar que la mayor tasa se registró en Pereira con un 14,5%. En general, lo que es claro es que la informalidad es fuente característica de ingresos en esta población.

Es interesante el hallazgo que contrasta con estos datos, ya que cuando se pregunta por la principal fuente de ingreso, los porcentajes de venta de drogas son muy pequeños, pero cuando se pregunta directamente si han participado en una operación de venta de drogas, han vendido drogas, jeringas o han cobrado por inyectar a otra persona en los últimos seis meses, los resultados en efecto confirman ampliamente lo detectado en las aproximaciones cualitativas. Es posible que esta actividad sea eventual o esporádica y en efecto no constituya la principal fuente de ingresos, lo que explicaría los resultados del gráfico 13. El gráfico 14 muestra los hallazgos en este sentido y muestra que Armenia es la ciudad en la que ocurren más estos eventos, seguida de Pereira. Y que esta práctica ha tendido a aumentar en el tiempo al menos en Medellín y Pereira.

Gráfico 14. Estimado de personas que han vendido drogas, jeringas o han cobrado por inyectar, series CES 2011-2014



1.3.5 Movilidad social negativa y estrato socio-económico

Pérez et al. (2011), Quintero (2012) y la serie del CES 2011-2014 muestran de manera sistemática que la movilidad social negativa cuando hay consumo de heroína e inyección, es muy común en nuestro país. Muchas personas cuyas familias pertenecen a los estratos medios terminan perteneciendo a los estratos bajos e incluso considerándose a sí mismos en situación de calle. Esta tendencia se había ya identificado en el diagnóstico situacional de los CAD en 2004, y no parece exclusiva de quienes usan heroína, pues se encontró que el 1,2% dijo provenir de una familia “sin techo” frente a un 15% que refirió estar en esta situación, al momento de la indagación.

Los hallazgos de movilidad social entre personas que se inyectan drogas muestran que en Pereira en 2011 el 3,8% pasó al estrato socio-económico bajo, mientras que en Medellín el 12,7% se empobreció. Para el año 2014, en Medellín se presentó la mayor movilidad de estrato alto a medio o bajo registrado en el 37% de los casos. En el mismo año en Armenia no se presentó mayor movilidad salvo en estratos altos siendo 0,9% el que dejó de estar en esta condición. En Cúcuta se registró movilidad en el 7,4% pasando a estrato bajo desde los estratos medios y altos en sus familias de origen. Bogotá en 2014 fue la ciudad que registró una mayor movilidad hacia el estrato bajo en el 16,5% y el 2,8% dejó de estar en estrato alto. Pero la movilidad social negativa más notoria se presentó en Cali en 2012, ciudad en la que el 36% pasó al estrato bajo, es decir que el 7,2% dejó de estar en estrato alto y el 28,8% dejó de estar en estrato medio. La ciudad que menor movilidad social registró en 2014 fue Pereira pues apenas un 2,6% pasó a estrato bajo, resultado similar al del año 2011. Así, la mayor precarización social se presenta en ciudades como Cali, Medellín y Bogotá, mientras que en Pereira y Armenia la práctica no necesariamente lleva al empobrecimiento.

Es de anotar, sin embargo, que de forma reiterativa los estudios expresaron limitaciones a la hora de acceder a las redes de perso-

nas usuarias de heroína de estratos altos. La mayoría de las referencias fueron indirectas por parte de otros usuarios quienes indicaron que por ejemplo, en Santander de Quilichao, Medellín, Bogotá, Pamplona, el consumo de estratos altos es una realidad, pero permanece oculta pues ocurre en escenarios más privados y porque las familias suelen hacer uso de tratamientos privados de alto costo y por fuera de las ciudades. De hecho, podría decirse que quienes usan los servicios de tratamiento especializados son en su mayoría de estratos medios y medio-bajos.

Esta situación ya había sido identificada en Mejía y Pérez (2001; 2003) y se analizaba que si bien, este escenario en que personas de estrato alto se inyectan drogas en lugares privados, podría mitigar los riesgos asociados al uso de la inyección en condiciones de higiene precarias por falta de disponibilidad de equipos y otros insumos, implicaría mayores riesgos a la hora de enfrentar eventos como las sobredosis.

1.3.6 Estado civil

La mayor parte de quienes usan heroína en Colombia, son solteros/as, algunos con hijos/as. Para el caso de las mujeres, se detectó un escenario muy común y fue el inicio en el uso de heroína y de la inyección, en medio de relaciones con parejas consumidoras, lo que podría explicar el inicio más temprano en mujeres, tal como antes se describió.

En el marco de los estudios del CES para las ciudades de Medellín y Pereira en el año 2011, ocho de cada 10 personas que se inyectaban eran solteras, frente a una de cada 10 que eran casadas. En 2012 en Cali, el 79,4% eran solteras y en 2014 quienes dijeron estar en esta situación en Armenia correspondieron al 76,2%, en Cúcuta al 82,7% y en Bogotá al 80,5%.

1.3.7 Dinámica familiar y lugar de vivienda

Se pudieron establecer también coincidencias en la descripción de las relaciones familiares, parece existir una tendencia al distanciamiento familiar en muchos casos, que lleva incluso a la expulsión del hogar. En otros, por el contrario, y

esto fue descrito en varias ciudades, se presenta cierta sobre-protección del consumidor por la intensidad de la dependencia y el malestar o por razones de seguridad para el usuario, en escenarios en los que la violencia es común entre las redes de tráfico y uso en las ciudades. En los dos casos, es claro que se presenta disfuncionalidad, algunos estudios describen estos fenómenos como co-dependencia de las familias, en la medida en que admiten el uso en el hogar e incluso proveen ellos mismos los medios para que la persona adquiera las dosis. Estos reportes se encuentran también de manera anecdótica en artículos de prensa en ciudades como Santander de Quilichao y Pereira (El Tiempo, 2010; Semana 2014).

El gráfico 15 muestra la proporción de personas que dijeron no vivir con sus padres/madres en la serie reciente de los estudios del CES, siendo las ciudades de Pereira, Bogotá y Medellín las que presentan un mayor número de personas viviendo por fuera de sus hogares. En las dos últimas ciudades, el 29% y el 23,9% respectivamente dijeron vivir con otros familiares adultos distintos a parejas sexuales. Y el 32,8% de quienes participaron en Pereira dijeron vivir solos/as.

Hay un patrón de mono-parentalidad en las familias, mayor presencia de la figura materna, figura paterna distanciada o ausente, consumo de sustancias lícitas e ilícitas en miembros de

la familiar nuclear o extensa (los tíos son referidos en más de un estudio), conflicto, violencia y maltrato. Igualmente es común que las personas que usan heroína, hayan tenido antecedentes de problemas de comportamiento desde la infancia y el déficit de atención y la hiperactividad, se refieren también en algunos de los estudios.

1.3.8 Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud

En referencia al régimen de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, la serie de estudios del CES muestra diversidad de acuerdo con las ciudades para las cuales se contó con el dato (gráfico 16). La mayor proporción de personas sin afiliación al sistema de seguridad social en salud están en Bogotá y Cúcuta, ciudades en las que el trabajo independiente y el “retaque” fueron registrados como principales fuentes de ingreso.

1.4 Características del comercio de la heroína

A la heroína se llega en la mayoría de las ciudades, cuando se logra entrar en alguna de las redes que la comercializa. De forma reiterativa los estudios muestran que las redes de tráfico de esta sustancia son “cerradas”, es decir que no cualquier persona puede conseguir heroína

Gráfico 15. Porcentaje que no vive con sus padres/madres serie CES, 2014 (frecuencias)

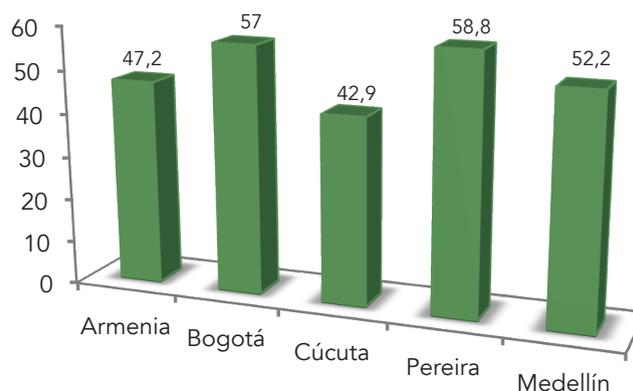
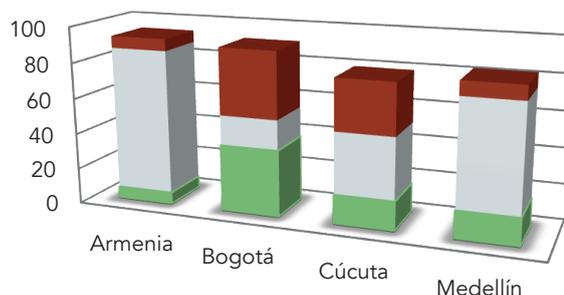


Gráfico 16. Régimen de afiliación, serie CES, 2014 (frecuencias)



	Armenia	Bogotá	Cúcuta	Medellín
■ No afiliado	6,6	37,2	28,6	7,9
■ Susubiado	80,5	16,8	34,5	59,4
■ Contributivo	6,6	37,2	16,3	15,3

en cualquier lugar y fácilmente, a no ser que ya haya sido introducida por personas conocidas o recomendadas por conocidos de quienes expenden la sustancia. La razón parece ser que las redes de expendedores saben que se trata de una sustancia de alta peligrosidad y perciben que pueden llegar a tener más problemas por ello.

El negocio en general depende de redes muy compactas y en parte monopolizadas por algunos grupos. En ciudades como Pereira, Santander de Quilichao y Cúcuta hay referencias muy explícitas a traficantes y redes de tráfico que dependen de una o dos personas y que expanden el negocio, pero mantienen el control. Esta realidad contrasta con la diversidad de testimonios que como se dijo antes, concuerdan en que los usuarios pueden verse involucrados fácilmente como parte de las redes de venta y distribución, lo que a la larga termina por “atomizar” el negocio (Abadía et al., 2009). Contrasta también con algunos temas ya revisados, en los que se hacía referencia a la percepción de facilidad de acceso a la heroína, por ejemplo, por parte de escolares.

La mayor parte de la venta de esta droga se lleva a cabo a través del teléfono y a domicilio o con la definición de citas para encontrarse en determinados lugares que son casi siempre variables y “neutros”, esto se refirió también en los estudios realizados en Bogotá y Medellín.

A pesar de ello, es también común encontrar referencias a calidades variables de heroína, así como a diversidad de precios. En general se describe que el precio de la heroína ha bajado en los últimos años, si bien no es posible establecer con exactitud la relación cantidad-precio, se sugiere que lo que se adquiere son bolsas de aproximadamente un gramo, que alcanzan para un promedio de cuatro dosis (para inyección), que es la media de consumo al día para la generalidad de consumidores de heroína en nuestro medio.

En el estudio reciente del Ministerio de Justicia y del Derecho se encontró en efecto una altísima variación entre ciudades en cuanto a dosis de comercialización y precios. Los investigadores realizaron el ajuste teniendo en cuenta la pureza y tamaño de las dosis. Así, los precios por gramo de heroína 100% pura serían: Armenia: \$60.469 el gramo; Bogotá \$55.965 g; Cali \$39.725 COP g; Cúcuta \$41.833 g; Medellín \$208.736 g; Pereira \$124.431 g y Santander de Quilichao \$138.613 g (MJD y ODC, 2015).

A principios de la década del 2000 era común conseguir heroína en ciudades como Bogotá en no menos de \$70,000 el “dedo” cantidad que contenía un número indeterminado de gramos y que venía empacada en dedos de guantes de látex (ver por ejemplo, Pérez y Mejía, 2001; Mejía, 2003). Esta modalidad es hoy en día menos común, pues no hubo sino una referen-

cia a ello por parte de un consumidor entrevistado en el estudio de Pérez (2010). Lo común es entonces conseguir bolsas cuyo precio oscila entre \$5,000, \$10,000, \$25,000 y \$30,000.

En los estudios en los que se encontró referencia a este tema, parece que se trata de un precio común y poco variable en la mayoría de las ciudades. Sin embargo, Abadía y colaboradores (2009) señalan que en Santander de Quilichao a pesar de estar cercano a las zonas de producción, lo que se consume no es heroína pura, sino una mezcla conocida como “mixto” y que contiene una combinación de heroína y de residuos del procesamiento de cocaína. Esto, además de concordar con los resultados del estudio de caracterización de la heroína antes referenciado, parece característico de este municipio pues no se hallaron referencias adicionales en otras ciudades y podría explicar los altos índices de dependencia y la baja proclividad a la inyección como modo de uso, en esta zona del país.

Llama la atención la referencia que hace una de las personas entrevistadas por Pérez en 2010, cuando señala que si se tiene “un buen contacto” es posible conseguir un gramo por \$10,000 que luego se puede vender en \$30,000. Sin duda se trata de un dinamizador del mercado en calle y confirma la alta rentabilidad del negocio pues de acuerdo con algunos testimonios obtenidos en la misma fuente referida, se pueden llegar a ganar hasta un millón de pesos diariamente. Abadía y colaboradores también señalaban que cuando los usuarios integran las redes de distribución se les paga muchas veces en “especie”.

Si bien la tentación de “re-venta” de las dosis es muy alta para los consumidores consuetudinarios y se confirma en varias ciudades y estudios, también es cierto que muchos expendedores no consumen, pues tienen claro que es peligroso: “terminan metiendo más o todo”, porque ven que las personas se ponen “muy mal” (Pérez, 2010) e incluso intentan evitar venderle a menores de 14 años (Quintero, 2012).

Por último, resalta la referencia que hace Abadía y colaboradores en su estudio de

Santander de Quilichao, en el cual a partir de entrevistas con autoridades de policía, se identificó cierta “impotencia” por lo que describen como una gran complejidad en los procesos de judicialización y la frecuencia con la que los expendedores quedan en libertad, así como el peligro que implica para ellos ejercer su labor; uno de ellos incluso dijo que había al menos un policía muerto por mes en ese municipio para el momento del estudio.

2. Carreras y características del consumo de heroína e inyectables

2.1 Carreras de consumo

Las carreras de consumo suelen ser de al menos seis años, pero superan fácilmente los diez años, en particular en hombres, y se caracterizan por uso activo de múltiples sustancias. Marihuana, cocaína, basuco, benzodiazepinas, sustancias recreativas (éxtasis y poppers), alcohol y tabaco son las drogas más comunes en los usos previos a la experimentación con esta sustancia y la heroína con frecuencia es la última sustancia usada antes de ingresar a tratamiento. Al menos la mitad de los usuarios de heroína empezaron su consumo de sustancias ilícitas con marihuana (ver por ejemplo Álvarez et al., 2009) y el inicio se dio entre los 13 y 15 años, cerca de una quinta parte sigue consumiendo la sustancia con la que empezó su carrera de consumo (Castaño y Calderón, 2010).

El gráfico 17 presenta las estimaciones de prevalencia de uso de drogas en los 30 días previos al inicio de la inyección en cinco ciudades en 2011 y 2014 que confirman lo descrito en los otros estudios. La marihuana es de lejos la sustancia más usada antes de la transición, seguida de heroína pura, cocaína pura y alcohol. Heroína mezclada con otras drogas, basuco y benzodiazepinas también resaltan en los patrones de uso previo.

La solicitud de ayuda por consumo de heroína ocurre entre los 3,5 a 6 años después del primer uso. Hay concordancias en tanto que esta droga puede ser entrada al uso de sustancias ilícitas en algunos pocos casos, pero en la mayoría, esta sustancia se usa como parte de la experimentación, luego de haber consumido otras drogas por varios años. El enganche con esta sustancia no ocurre de inmediato y cuando ocurre luego de dos o tres años de experimentación, se suelen dejar de lado el resto de sustancias (especialmente alcohol) y se presenta aislamiento de la red social. No obstante, el uso de marihuana es muy común entre los usuarios de heroína en Colombia.

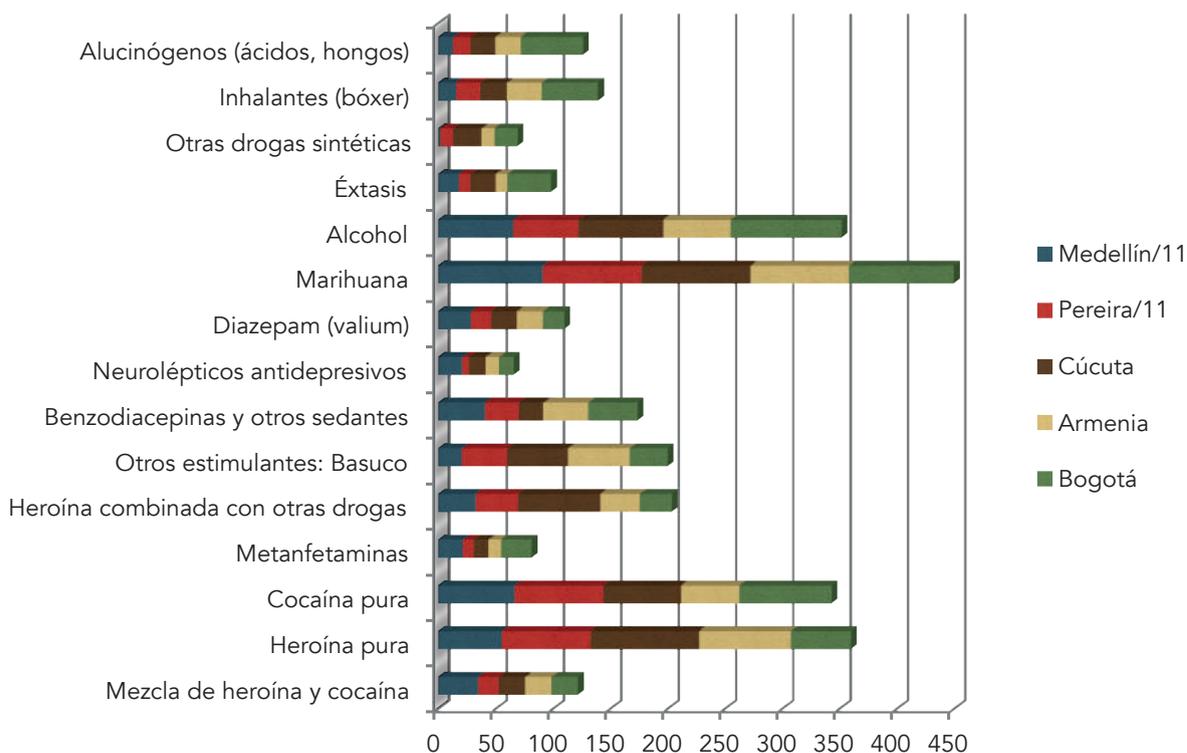
Llama la atención que en Santander de Quilichao, se detectó con claridad que las carreras de consumo de heroína de las mujeres, suelen ser más extensas que las de los hombres. Y que las mujeres suelen empezar con esta droga más temprano que los hombres (ver también, Pérez, 2010 y 2011). Esto concuerda con lo señalado por Castaño y Calderón (2010) en tanto que el uso de heroína por vía pulmonar

suele asociarse a usuarios más jóvenes y es la vía de uso más común por ejemplo, en Santander de Quilichao (Abadía et al., 2009).

Si bien se describía como patrón, el inicio a través de vías pulmonares y nasales, lo cual de acuerdo con Castaño y Calderón (2010) y Álvarez et al. (2009) confirmaría la teoría de la escalada propuesta por Kandel, y aunque sigue siendo común en muchos casos, también se evidencia que varias personas inician con heroína a través de la inyección sin transiciones, y que es una práctica cada vez más popular entre las redes de usuarios en Colombia. Es interesante en todo caso, que existe una experimentación con la heroína sin que necesariamente se desarrolle un hábito de forma inmediata (Castaño y Calderón, 2010b).

Tal como se indicó en la sección sobre características sociodemográficas, el consumo de heroína se inicia alrededor de los 18 años. En las circunstancias de inicio se detecta una marcada influencia de pares, amigos y parejas (especialmente en mujeres). Igualmente se

Gráfico 17. Estimaciones de prevalencia de uso de drogas 30 días antes de inyectarse por primera vez, Serie estudios CES, 2011 y 2014



refiere la distribución de muestras o la instigación al consumo, especialmente en niños, niñas y adolescentes en edad escolar para crear mercado entre estudiantes (ver por ejemplo Abadía et al., 2009; Pérez, 2011).

2.2 Características de la transición a la heroína y a la inyección de drogas

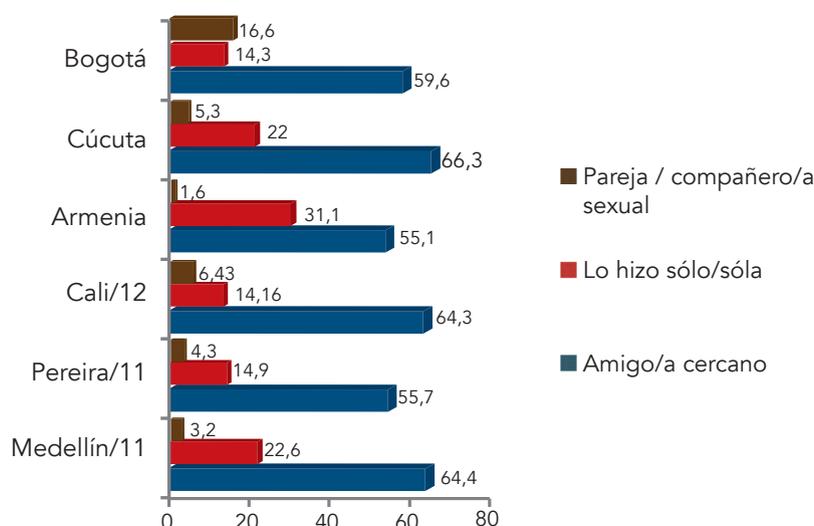
El gráfico 18 muestra las circunstancias en las que ocurrió la primera inyección y en efecto en este caso, hubo también un peso importante en la participación de amigos o amigas cercanas. Si bien las cifras de quienes se iniciaron con ayuda de parejas sexuales son bajas podría explicarse por la participación minoritaria de las mujeres en estos estudios (de hecho en Bogotá la red de mujeres fue más amplia) y respaldaría entonces los testimonios en los que se hizo evidente el peso de parejas consumidoras a la hora de iniciarse en la heroína tanto como en la inyección. Este mismo patrón ya se había identificado en el estudio de Bogotá de 2002 según el cual, el 66% de quienes participaron en la segunda fase dijeron haber sido asistidos por amigo/a cercano y el 4,7% por la pareja sexual, mientras el 8,3% lo hizo por su propia cuenta.

Los lugares de inicio registrados ya son indicativos de potenciales riesgos en la práctica, tal como se observa en el gráfico 19. Si bien se observan cambios en los lugares de inicio a lo largo del tiempo, los lugares públicos y la calle son los escenarios de inicio por excelencia, salvo en Bogotá en donde se da más comúnmente en casas de amigos, conocidos o parejas, lo cual concuerda con los patrones de uso en recintos privados (ATS, 2014). La “olla” o sitio de expendio y uso de sustancias resalta en Armenia y Cali, mientras que en Medellín y Bogotá estos lugares no parecen propicios para esta práctica.

Las razones de inicio en el uso de heroína concuerdan en la búsqueda de placer, sensaciones más intensas y curiosidad. Pero en el caso de las mujeres y en particular en Santander de Quilichao, se identificó una razón estética y es adelgazar, de hecho según los investigadores, se le conoce como “mixto-succión”. Así mismo, Pérez (2010) señalaba que al inicio hay un fuerte desconocimiento de lo que es la heroína y los riesgos asociados.

Los estudios llevados a cabo en Cúcuta y la serie CES exploraron las razones que llevaron a experimentar con la inyección. Los resultados que se presentan en el gráfico 20 sugieren que

Gráfico 18. Estimaciones circunstancias en las que se dio el inicio en la inyección, Serie CES 2011-2014



la curiosidad es la principal razón para iniciarse en la práctica, seguida de la búsqueda de mejores sensaciones. Resalta el hecho de que en Cali, el patrón es completamente diferente pues la razón principal era estar deprimido o deprimida y no se hallaron registros en el informe para el caso de "búsqueda de mejores efectos". Las cifras para Medellín y Pereira en la

última serie son muy similares, siendo la curiosidad la principal razón con 40,6% y 47,6% respectivamente.

2.3 Características del uso de drogas

En referencia al uso de drogas en los últimos seis meses antes de la medición, las cifras indi-

Gráfico 19. Estimaciones lugares en los que se dio el inicio en la inyección, Serie CES 2011-2014

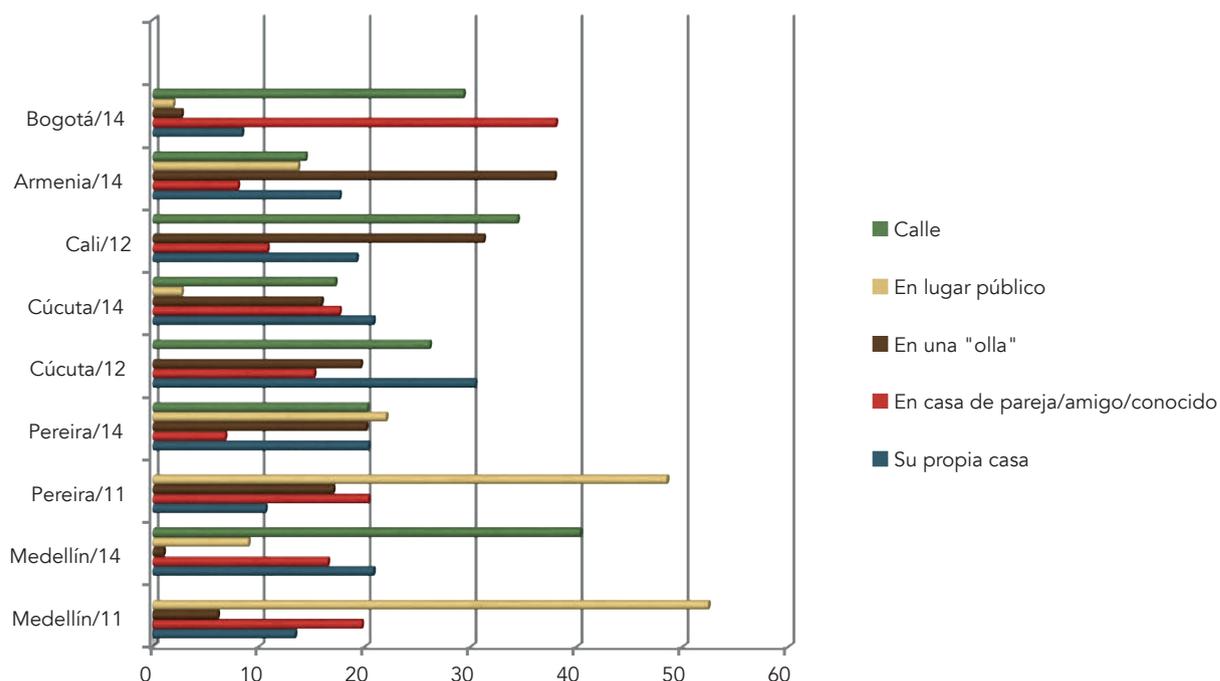
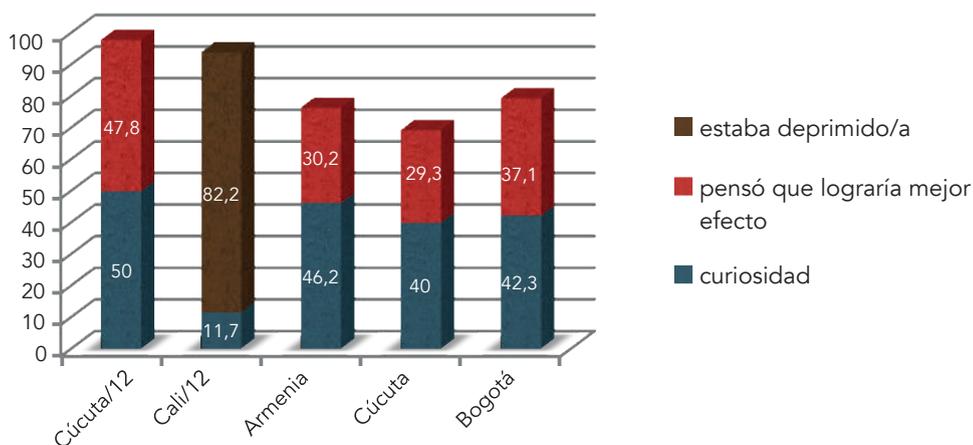


Gráfico 20. Principales razones por las que se inyectó la primera vez, Quintero (2012) y Serie CES, 2011 y 2014 (estimaciones)



can que en general, la heroína pura es la sustancia más usada por las personas que se inyectan drogas en las cinco ciudades de la serie CES 2014 (gráfico 21), seguida de la inyección de cocaína. No es inusual la inyección de heroína mezclada con cocaína y con otras drogas. La inyección de alcohol ocurre principalmente en Bogotá. Por vía no inyectada se usa con mayor frecuencia marihuana y basuco, seguidas de alcohol y cocaína (gráfico 22).

Bogotá, la inyección de cocaína es frecuente, siendo muy similares los patrones de uso de estas dos ciudades. En Cúcuta, Armenia y Pereira la inyección involucra principalmente heroína.

Cuando la frecuencia de uso es diaria el patrón es más estable y es principalmente de heroína, con excepción de Medellín, ciudad en la que se observa alta frecuencia de uso de cocaína inyectada. Estos hallazgos son interesantes pues sugieren que cuando el uso no es constante, se integra a la experimentación y al poli-

El discriminado por ciudades (gráficos 23 y 24), en Medellín y en menor medida en

Gráfico 21. Drogas que se ha inyectado en los últimos 6 meses

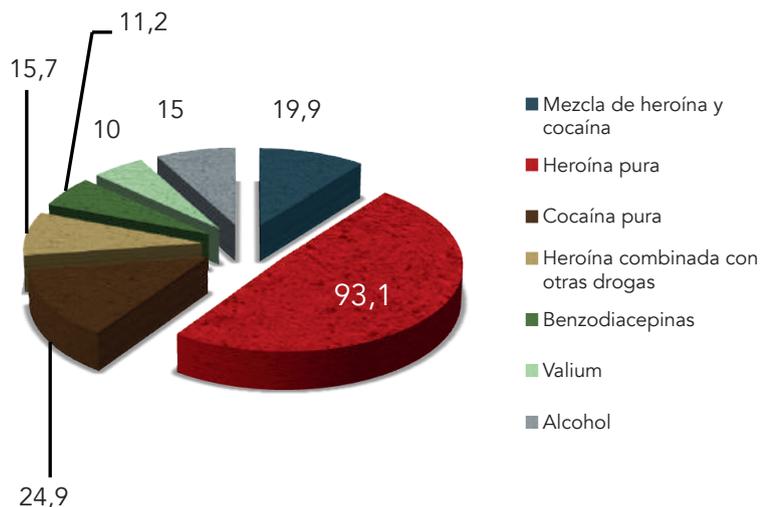
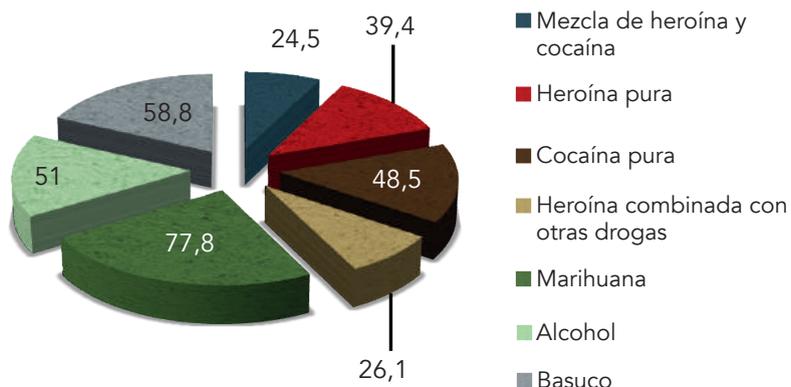


Gráfico 22. Drogas que ha usado en los últimos 6 meses (no inyectadas)



consumo, mientras que cuando se hace habitual, diario y varias veces al día, las personas en efecto tienden a engancharse principalmente con heroína pura. Aunque el dato no se muestra, en Bogotá la inyección de alcohol fue reportada como frecuente en el 3,1 % de los casos (CES, 2014).

Este hallazgo concuerda con Fernández (1950/1998) cuando dice que la heroína puede ser opción de segunda droga para contrarrestar el insomnio y la ansiedad provocados por el uso de cocaína y derivados. Este puede ser el caso de quienes usan heroína a través de diferentes vías y de manera intermitente.

En cuanto a la transformación de las redes sociales de quienes ingresan en el mundo de la inyección de drogas, los resultados hallados por la serie CES indican que a pesar de que el enganche con heroína ocurra más tarde en el tiempo, en muchos casos las dinámicas de vinculación de quienes se inyectan empiezan a cambiar después del mes o dos meses en que se dio la primera experiencia. Así, de las 1,119 personas que respondieron a la pregunta en las cinco ciudades de la medición en 2014, sólo un poco más de la tercera parte continuó viendo a sus amigos de antes, el 82,6% empezó a tener más amigos consumidores que antes, el 90,3%

Gráfico 23. Drogas inyectadas en los últimos seis meses: Serie CES 2014 (frecuencias): Al menos 1 vez por semana / casi diario

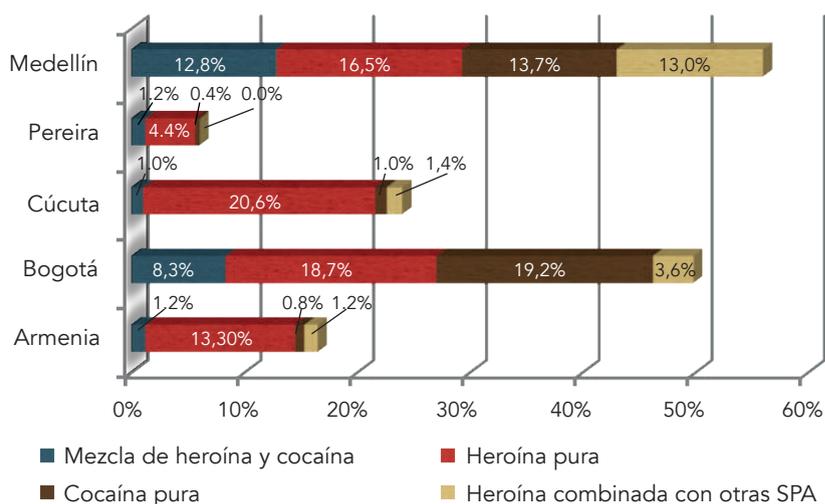
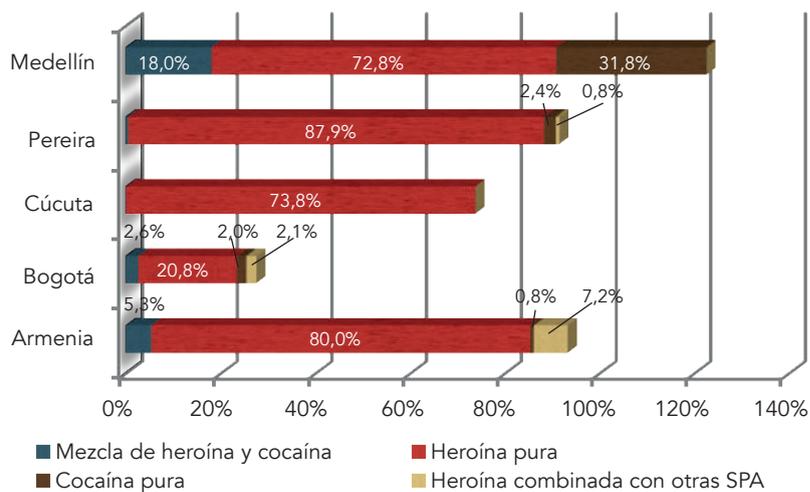


Gráfico 24. Drogas inyectadas en los últimos seis meses: Serie CES 2014 (frecuencias): 2 o más veces al día



empezó a ver más gente que se inyectaba que antes, y el 82,5% conoció nuevos amigos que habían iniciado la práctica con anterioridad.

Por último, es importante anotar que la recaída es común en todos los consumos de drogas pero es aún más común en el caso de la dependencia a opiáceos. De acuerdo con Pérez (2010; 2011) la mayoría de consumidores de heroína han estado anteriormente en tratamiento y han recaído o desertado. Algunos testimonios recabados por Pérez (2010) indican que se recaen por el recuerdo del placer que obtienen al usar heroína y porque saben que se puede “sobrevivir” al síndrome de abstinencia. Si bien no se cuenta con datos específicos para el tema en heroína, el diagnóstico situacional de los CAD en 2004, indicaba que el 55% de quienes estaban en tratamiento para ese momento ya habían tenido un tratamiento previo, cerca de la mitad de ellos en comunidades terapéuticas, y el 21,5% ya había estado en la misma institución en la que se encontraba en el momento de la medición (Mejía et al., 2004), en la sección sobre tratamiento se profundizará un poco más este aspecto.

3. Mapa de riesgos que corren las personas que se inyectan drogas en Colombia

Tal como se describió en el apartado sobre impacto en la salud pública asociado al uso de sustancias por vía inyectada, son múltiples los factores que influyen en la exposición a riesgos y en la potenciación de los daños derivados de esta práctica. Unos tienen que ver con la práctica misma de inyectarse en términos de frecuencia, calidad de la sustancia y calidad de la parafernalia que se usa. Otros, tienen que ver con las circunstancias en las que se lleva a cabo la práctica, lugares, implementos disponibles, intercambio de equipos previamente utilizados y uso compartido de otros elementos de la parafernalia. Otros se relacionan con las prácticas de riesgo sexuales y por último están los riesgos asociados a las dosis, las mezclas y

la concentración de las drogas que se usan. Si bien hay otras fuentes de riesgos y daños que fueron descritas en dicho apartado, el análisis se centrará en estos aspectos.

3.1 Daños físicos y frecuencia de inyección

El análisis conjunto de los estudios cualitativos muestra que en Colombia se presentan todos y cada uno de los riesgos descritos y son cada vez más comunes. Álvarez y otros, ya mostraban en 2009 que el 8,2% de las consultas en un hospital de Medellín, eran motivadas por flebitis ocasionadas por múltiples punciones en las venas. Uno de los testimonios extraídos de Pérez y colaboradores (2011) muestra esta realidad y sus implicaciones “...o a veces que se le taponan a uno la jeringa y entonces le tocaba a uno irse con la jeringa y echarla a la cuchara otra vez o irse con la cuchara a la farmacia disimuladamente a pedir otra jeringa porque se dañan tanto por la calidad tan mala”. “Cuando yo tenía muy dañadas las venas recurría a la intramuscular, buscar la forma es muy fácil ... No, es que cuando usted está encaprichado y quiere meterse el chute lo hace por donde sea, hasta aquí en la yugular”.

A mayor frecuencia de inyección, mayor riesgo de daño en tejidos e infecciones subsecuentes. La frecuencia de inyección oscila entre tres, cuatro y hasta siete veces al día según los estudios con fases cualitativas. El gráfico 25 muestra las frecuencias arrojadas para la pregunta número de veces en que se ha inyectado al mes durante los últimos seis meses en la serie del CES 2014. Los datos que se muestran inicialmente corresponden al discriminado de frecuencias por ciudad, el análisis posterior corresponde al agregado de las estimaciones con unos rangos de frecuencia diferentes y ello explica las variaciones en los porcentajes.

Como se observa en el gráfico 25, en Colombia lo más común es que las personas se inyecten entre 2 y 3 veces casi a diario, aunque una proporción importante (35,7%) lo hace 4 o más veces al día. Las mayores frecuencias se encuentran en Pereira y en el resto de ciudades, hay un patrón relativamente similar. Llama

la atención Bogotá, pues en esta ciudad el 27% dijo inyectarse entre 1 y 3 veces al mes y el 19,1% pocas veces por semana, lo que es indicativo de una práctica esporádica y que resulta interesante si se tiene en cuenta que es la ciudad en la que la heroína es la de mayor pureza tal como ya se mencionó. Ello puede incrementar los riesgos en tanto que, si bien la exposición al VIH y a las hepatitis virales puede ser menor, la falta de rituales y la intermitencia de la práctica supondría menor planeación, baja disposición de equipos y resto de parafernalia requerida y mayor exposición a sustancias de alta concentración y mezclas de efectos entre sustancias, pues el policonsumo es común. Este patrón ya se había identificado claramente en el estudio del año 2002 en esta ciudad y parece que sigue siendo una peculiaridad.

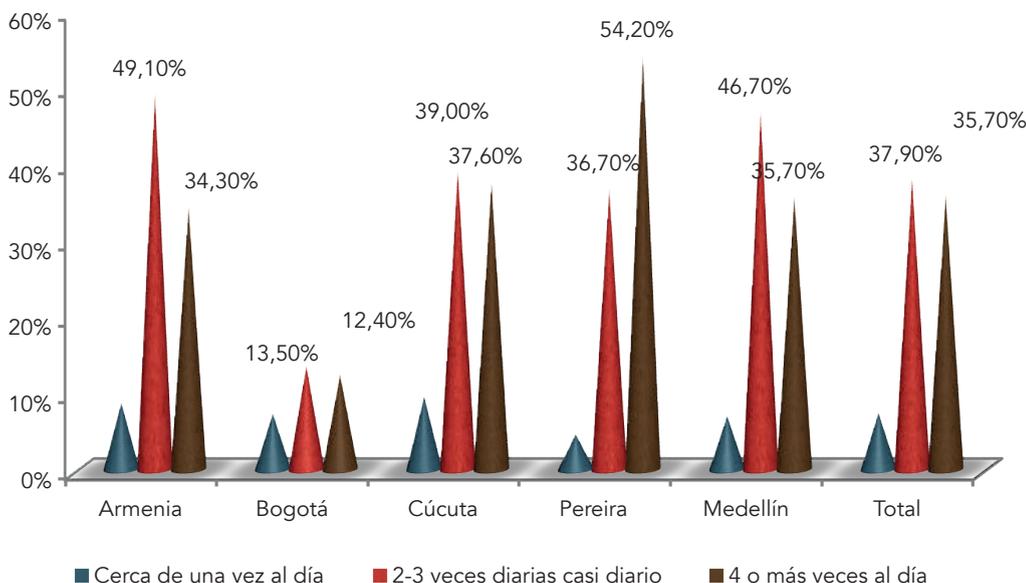
En términos de estimaciones a partir del RDS, y con conglomerados de frecuencias menos detallados, la serie del CES muestra un patrón relativamente similar en Medellín y Bogotá, siendo el 79,1% y el 81% el que lo hace entre 1 y 4 veces al día respectivamente, les siguen Armenia y Pereira en donde el 64,2% y el 66,6% lo hace en el mismo rango de frecuencia. Un patrón similar se detectó en Cali en 2012 en donde el 83,7% lo hacía 1 a 4 veces al día.

Resalta de manera importante la frecuencia de inyección detectada en Cúcuta pues el 82,5% dijo hacerlo entre 5 y 9 veces al día, seguida de Pereira en la que el 33,3% reportó la misma frecuencia en los últimos seis meses.

De ello se puede concluir que las ciudades en las que se presenta mayor frecuencia de inyección son en las que la heroína es la principal sustancia inyectada. Por el contrario, las ciudades de Medellín y Bogotá que registraron inyección de cocaína, aunque presentan frecuencias importantes de inyección diaria, no es tan amplia como se podría esperar. En general, la inyección de cocaína suele ser más frecuente que la de heroína ya que hay mayor compulsividad en el uso, lo cual es un patrón peculiar en nuestras redes de usuarios, pero es también un aspecto que sería importante monitorear porque podría cambiar.

En relación a la calidad de la parafernalia fue común encontrar referencias en los estudios de Pérez (2010 y 2011) y Quintero (2012) que las jeringas se guardan y se reutilizan, cuando ello ocurre, el filo de la aguja se desgasta y lesiona más los tejidos y las venas. Esto mismo, se confirma en los resultados de las series CES 2011-2014 tal como se observa en el gráfico 32

Gráfico 25. Frecuencia con la que se ha inyectado al mes, en los últimos 6 meses, serie CES 2014



más adelante. El testimonio antes presentado, indica también que la presencia de aditivos dificulta la dilución de la droga lo que deja partículas que taponan las agujas de las jeringas y los lleva a perder la dosis o a buscar rescatarla de cualquier forma.

3.2 Circunstancias y lugares en los que ocurre la inyección

En relación a las circunstancias de uso, el gráfico 19 de la sección anterior, mostraba los lugares en los que es común iniciarse en la inyección de drogas y aparecían las "ollas" o sitios a los que la gente va a comprar y a consumir drogas, los sitios públicos y la calle, como los lugares más comunes. La serie CES 2014 exploró si alguna vez se había inyectado a alguien más en una "olla" y si la persona se había inyectado ella misma en un lugar de expendio y consumo, los resultados se muestran en el gráfico 26 y en efecto, la mayoría de quienes se inyectan lo han hecho alguna vez en este escenario, siendo más frecuente en Pereira, Armenia y Cúcuta y menos frecuente en Medellín y Bogotá.

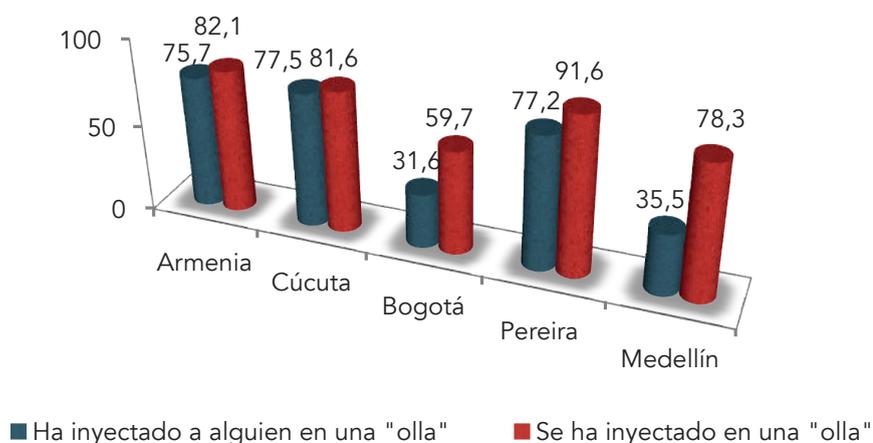
También muestran que el ritual involucra a otros en la mayoría de casos, siendo muy altos los porcentajes en Pereira, Armenia y Cúcuta y menos frecuentes en Medellín y Bogotá. Para la serie de Pereira y Medellín de 2011, se

encontraron estimaciones menores que en 2014, el 60% y el 56% se había inyectado en estos lugares respectivamente, lo que sugiere que esta práctica se ha ido integrando y expandiendo cada vez más con el tiempo, en estas dos ciudades. Para el caso de Cali en 2012 se observa un patrón similar al de Armenia, siendo el 83,7% el que dijo haberse inyectado en una "olla" y el 71,7% haber inyectado a otra persona en ese lugar.

Son múltiples los riesgos que se corren en un sitio de expendio y consumo, pero los más sobresalientes serían el contacto con todo tipo de consumidores y no sólo los de la red más cercana y conocida, las condiciones de seguridad e higiene que con certeza, son precarias en la mayor parte de estos recintos, la imposibilidad de tener control sobre todos los elementos que se involucran en el ritual de la inyección, por mencionar unos pocos.

Los hallazgos de los estudios cualitativos muestran plena concordancia con lo descrito. Así se encontró que en las ciudades de Cúcuta, Pereira y Armenia es común que la inyección de drogas se dé en escenarios de calle, en baños públicos, en "ollas" y en parajes urbanos en los que las condiciones de higiene son verdaderamente precarias y las fuentes de agua potable escasas.

Gráfico 26. Estimaciones de ocurrencia de inyección en "ollas", serie CES 2014



3.3 Intercambio indirecto de fluidos potencialmente infectantes

Como se mencionó con anterioridad, existen una serie de circunstancias que ocurren durante los rituales de inyección que aunque no impliquen uso compartido de jeringas, sí conllevan intercambio indirecto de sangre. El riesgo del intercambio indirecto es alto para VIH, pero lo es más para las hepatitis virales y en particular para la hepatitis C. El gráfico 27 muestra las estimaciones de una serie de prácticas que potenciarían tales riesgos.

En él se evidencia el uso compartido de elementos de la parafernalia es el más común, siendo en Pereira más alto que en el resto de las ciudades, seguido de Medellín y Bogotá. La división de las dosis a partir de una mezcla de droga común, es el segundo comportamiento de riesgo identificado, siendo en Bogotá más frecuente y luego en Pereira. El siguiente evento que preocupa es que cerca de una tercera parte de quienes se inyectan en todas las ciudades, reportaron venta de jeringas con dosis premezcladas y listas para inyectarse. Menos comunes son el uso de jeringas "hechizas" o caseras y el pago por el "servicio" de inyección.

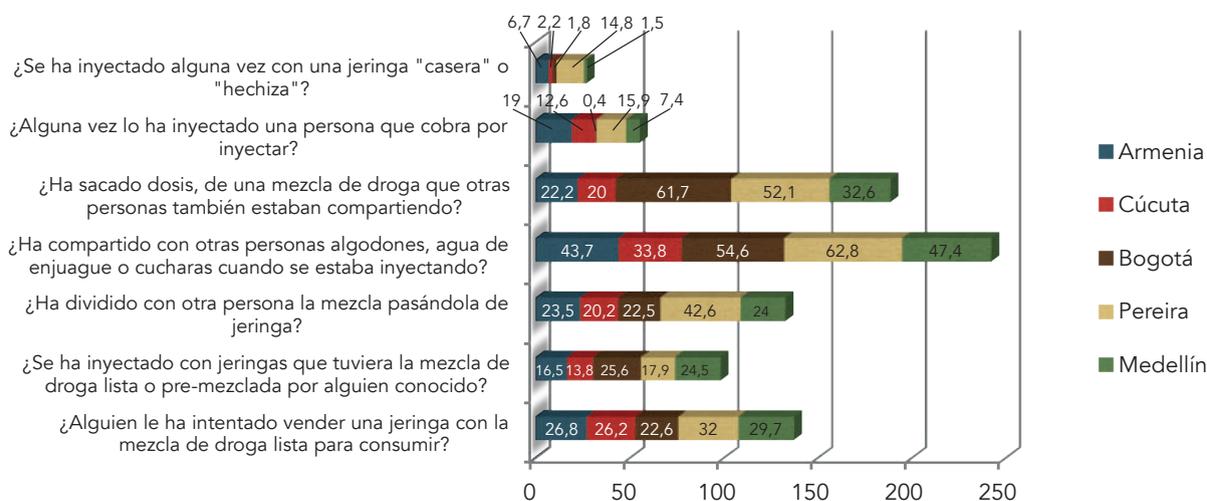
El hecho de que Pereira sea la ciudad en la que se presenta con mayor frecuencia el intercambio indirecto, concuerda con ser la ciudad con

los índices de hepatitis C más altos de las cinco ciudades, tal como se verá más adelante.

Un indicativo del cambio progresivo de estas prácticas de riesgo se encuentra en la comparación de estos resultados con los hallados en el estudio de Bogotá del año 2002. Allí por ejemplo, se decía que la división de la solución entre jeringas no era común en nuestro medio, mientras que era usual en otros contextos, siendo reportado por el 2,1% de quienes respondieron. En 2014 alrededor de una de cada cuatro personas lo reportaron y más de una de cada tres en Pereira.

Muchos testimonios recogidos en los estudios cualitativos indican que ante la urgencia de preparar la dosis se acude a cualquier fuente de jeringas, filtros, agua o líquido (pues hasta gaseosa, agua de charcos y orina fueron registrados) para hacer la mezcla (ver Quintero et al, 2012; Pérez et al, 2010; Pérez et al., 2011). Los siguientes testimonios extractados del último informe de la referencia, dan cuenta de ello: "Muchas veces el torque, el síndrome de abstinencia es tan bravo que si no tiene jeringa entonces encuentran una usada con tal de aliviarse. El torque es escalofrío, dolor de huesos, desespero, mucho desespero, muchas veces da vómito y diarrea". "Pues allá la mayoría tienen novio, las niñas más lindas que van allá el novio es un reciclador, loco, es un ser

Gráfico 27. Estimaciones de circunstancias y eventos asociados a la inyección, serie CES 2014



loco porque están mal de la cabeza para inyectarse con esa agua cochina, eso no es estar uno en sus cinco cabales". "Cuando yo compraba material muy malo no tenía algodón, entonces había que filtrarlo, cualquier cusca (colilla) que veía por ahí le cogía el pedacito (...) para poderla sacar, pues no había como higiene, para uno aliviarse no le importa nada". "Yo llegué a tener esa vena como podrida ... y así uno todo aporreado se sigue inyectando en el mismo sitio, por ejemplo se me caía la jeringa y cogerla así o en un baño se le caía a uno y uno la limpiaba como con los dientes ...".

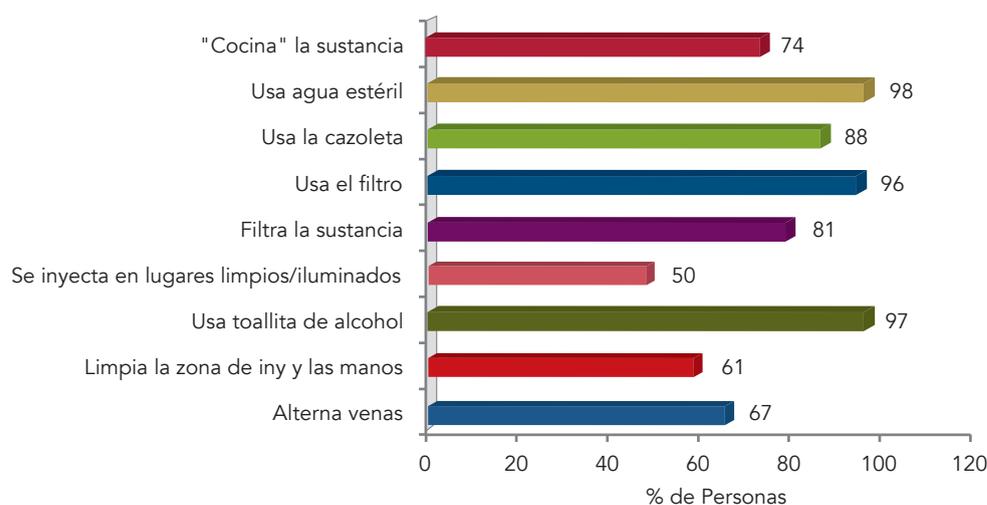
Haciendo referencia a los "cortes" o aditivos de las drogas disponibles en calle, es relevante uno de los testimonios recogidos por Castaño y Calderón en 2010: "Les voy a explicar esto: el algodón es para filtrar la droga y que no surja ningún pelo o ninguna otra bacteria y todo lo que uno se inyecta sea lo más puro; hay veces que uno se inyectaba puede ser hasta un pedacito de tierra o un pelo y eso entrar en las venas y le causa a uno muchos escalofríos y un descontrol de fiebre. Uno no puede controlar eso, y ahí es cuando uno sabe que uno se inyectó algo fuera de lo común".

Resulta muy relevante traer a colación los resultados de la primera evaluación hecha al programa CAMBIE en Pereira, entre de abril y diciembre de 2014, pocos meses después de que se llevara a cabo el trabajo de campo de la

investigación del CES en esa ciudad. Los resultados son interesantes pues como se observó, justo en Pereira se presentó la mayor estimación de prácticas de alto riesgo. Una intervención de reducción de daños que provee insumos básicos para inyectarse puede incidir de forma importante en la ocurrencia de cada uno de los eventos descritos y reducir los riesgos asociados. El gráfico 28 muestra los resultados más relevantes de la evaluación para el caso del intercambio indirecto, de la higiene y del cuidado de las zonas de inyección en el cuerpo, así como de los lugares en los que ocurre la práctica.

Como se observa, la mayoría de los usuarios del programa de distribución de material higiénico de inyección, limitaron los riesgos de cortes filtrando y cocinando la sustancia; limitaron el riesgo de infecciones bacterianas limpiando sus manos y las zonas del cuerpo en las que se hacen la punción, así como inyectándose en lugares iluminados y limpios; limitaron el riesgo de daños en tejidos y venas, alternando las zonas en las que se inyectan y limitaron el riesgo de intercambio indirecto usando sus propias cazoletas para preparar la mezcla. Así mismo, limitaron el uso compartido de jeringas aunque se presentó en el 34% de los casos en contraste con el 70% de quienes dijeron haberlo hecho en el estudio del mismo año. Sin embargo, llama la atención la diferencia en los porcentajes de quienes dijeron haber integrado los elementos

Gráfico 28. Elementos y prácticas de inyección integradas por beneficiarios del programa CAMBIE, Pereira (ATS, 2015)



del kit a su práctica y quienes dijeron hacer lo que permiten dichos elementos.

Esto sugiere que aunque los elementos se utilicen, quizás las prácticas de alto riesgo requieren de intervenciones más extensas en el tiempo y la exploración de variables que podrían estar impidiendo el cambio de ciertos patrones de uso, a pesar de contar con los implementos necesarios. Los lugares en los que ocurre la inyección, la higiene de las zonas del cuerpo y el uso alternado de venas muestran al parecer, mayor resistencia al cambio.

Un factor importante para el cual sólo se cuenta con datos parciales, es el reporte de equipos de inyección confiscados por la policía. El estudio de Quintero (2012) en Cúcuta lo menciona como parte de los testimonios recogidos durante el trabajo de campo, y en la serie CES sólo se analizan los datos para el 2011 y 2012 en Medellín, Pereira y Cali. En estas ciudades se registró este evento en el 70%, 41,3% y 57,9% respectivamente.

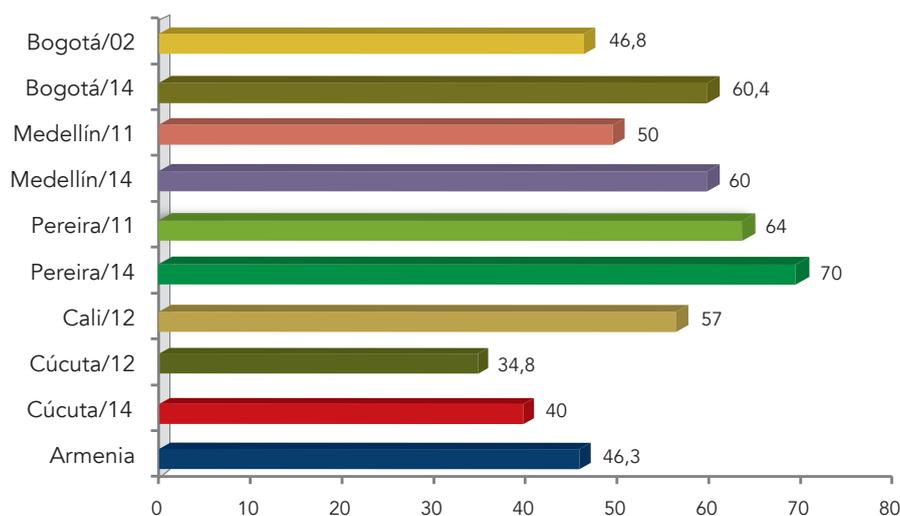
3.4 Intercambio de equipos de inyección

En cuanto al uso compartido de jeringas, el gráfico 29 muestra los resultados de los estudios realizados desde el año 2002 con tendencias que llaman la atención. En las ciudades en las que hubo dos mediciones en diferentes

momentos, se identifica incremento en el uso de jeringas previamente utilizadas por otras personas, siendo muy similar el patrón actual en Bogotá y Medellín y el más alto en Pereira. En Cúcuta y en Armenia parece ser menos frecuente esta práctica lo cual es llamativo frente a las cifras de infección por VIH y HCV. El análisis de frecuencias para la serie CES 2014 indicaría que alrededor del 41% (454/1,119) de quienes participaron en estos estudios, usó al menos una jeringa dada, regalada, vendida o alquilada por otra persona en los seis meses previos a la indagación.

El aporte de los estudios cualitativos muestra que el intercambio de equipos de inyección usados responde al inminente malestar producto del síndrome de abstinencia o a la “confianza” en la red en la que se produce el intercambio. En otros casos, el intercambio sencillamente ocurre como parte del ritual de uso y de los efectos de las múltiples sustancias que se consumen de manera simultánea. En el estudio de Castaño en 2010, se muestra que el intercambio era sinónimo de descuido, incluso se percibía para ese momento como una práctica de “gamines” porque a juicio de los entrevistados reflejaba poco interés por la “higiene”. De hecho en dicho estudio apenas el 14% dijo haber compartido jeringas, una minoría que concuerda con los hallazgos de Pérez en 2010 en Medellín y Bogotá.

Gráfico 29. Frecuencias y estimaciones de uso de equipos no estériles, varias ciudades y estudios



Pero esta realidad viene cambiando, como ya lo indicaba el mismo Pérez en 2011 y lo muestra la serie de estudios de la Universidad CES, el informe de Fundar Colombia (2015) en el cual el 50,5% de quienes se inyectaban habían compartido jeringas y en el de Quintero (2012) en Cúcuta en el que por ejemplo, el 83% de quienes vivían con VIH también lo había hecho.

El instrumento utilizado en la serie de estudios que se comparan, explora haber limpiado las jeringas previamente usadas, antes de inyectarse con ellas. Por supuesto, esta práctica no reduce del todo los riesgos de exposición a virus, pero es indicativo de cierto interés por minimizarlos. En la serie de 2014 el 53% (238/449) de quienes dijeron haber usado equipos no estériles, "siempre" limpió las jeringas antes de inyectarse con ellas. Pero solamente dos personas (0,44%) usaron hipoclorito y el 12% alcohol.

Al explorar las razones por las que compartieron equipos ya usados en los últimos seis meses (gráfico 30), la serie CES 2014 muestra que la principal es no disponer de equipo en el momento en el que se requiere, pero también la confianza en con quien se comparte (más notorio en Medellín y Bogotá) y la idea de que limpiándolos se protegerían. En Pereira resalta más que en ninguna otra ciudad, el costo de los equipos. Tendencias similares se hallaron

en los estudios de Bogotá 2002 en donde el 67,7% dijo no tener equipo disponible, y en Cali (2012) y Pereira (2011) en donde esta razón fue mencionada por el 76% y el 80% respectivamente. Parecería por los porcentajes que las disponibilidad de equipos ha mejorado con el tiempo, pero la razón de las diferencias se atribuye a la manera como aparecen registrados los datos en los informes respectivos, mientras en las primeras exploraciones los porcentajes no son acumulativos (pregunta de respuesta múltiple), en la serie CES 2014 se presentan como estimaciones proporcionales de la población, sin alcanzar el 100% en ningún caso.

La medición para el último evento de inyección muestra que las ciudades en las que un mayor número de personas usó una jeringa previamente utilizada por otra persona en 2014, fueron Bogotá y Armenia con 16,3% y 9,4% respectivamente, seguidas de Medellín con 7,8% y por Pereira y Cúcuta con 3,7% y 3,2% respectivamente. En el año 2012 en Cali, esta proporción fue de 22,5% y en Cúcuta de 2,1%.

La serie CES 2014 muestra que es muy frecuente que se cedan los equipos a otras personas después de haberse inyectado, especialmente a amigos cercanos, pero también a desconocidos. En Cúcuta y Armenia estas tendencias parecen ser menos frecuentes (gráfico 31).

Gráfico 30. Estimación de razones para haber usado equipo no estéril, serie CES 2014

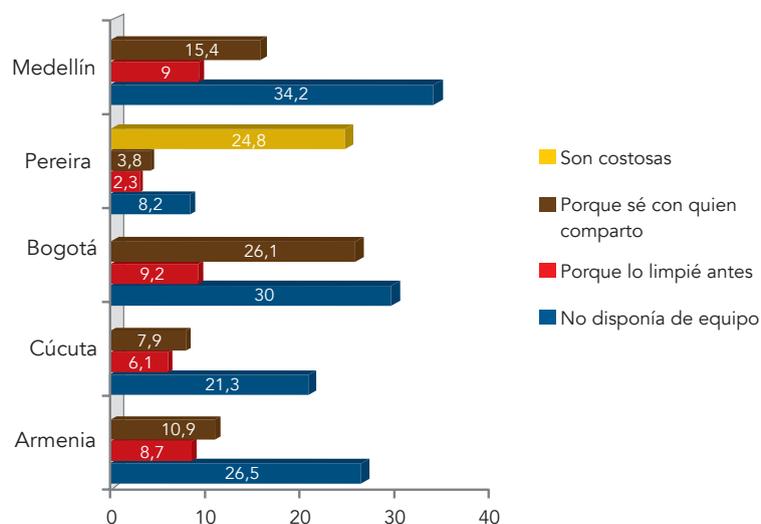
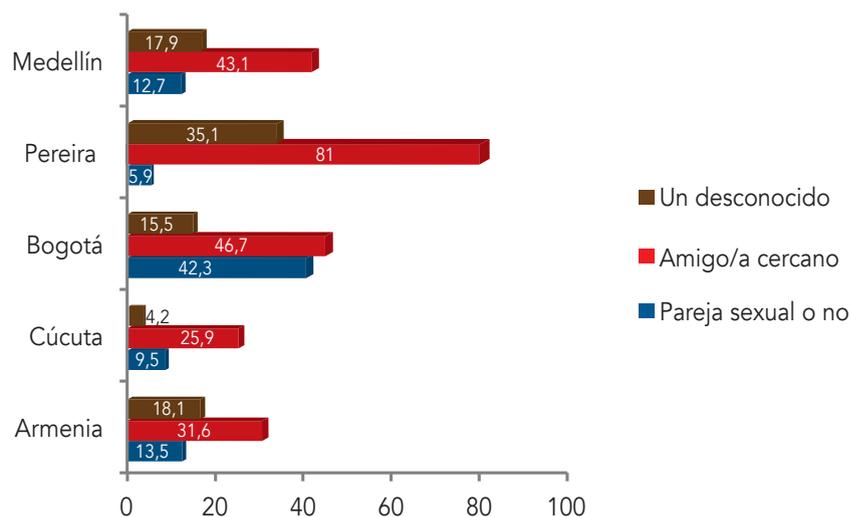


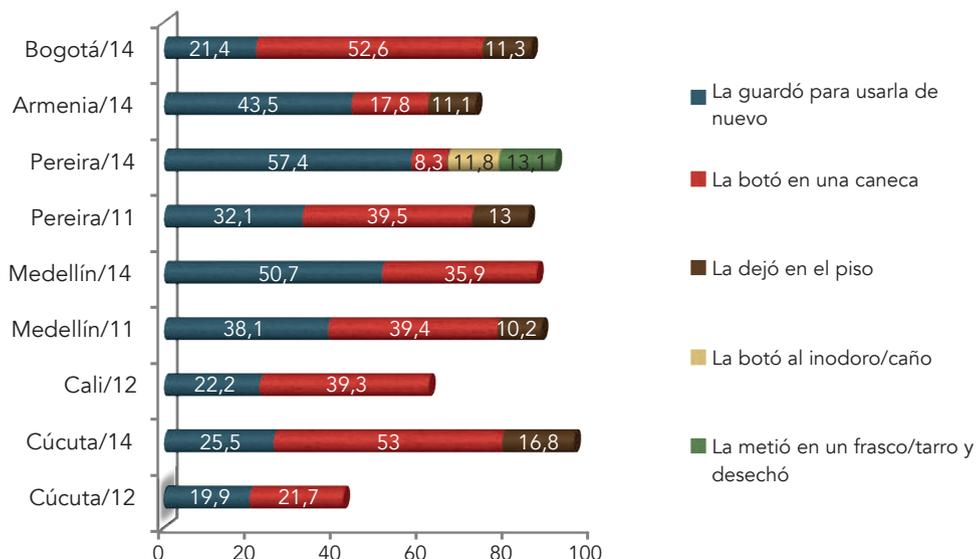
Gráfico 31. Estimación de a quién ha cedido equipos previamente usados por usted, serie CES 2014



En estos estudios se exploró también el manejo o disposición final de los equipos luego de su uso. En 2002 el 30% sencillamente botó la jeringa en la basura, mientras que el 7% la botó en el piso. En las serie de estudios CES 2011-2014 se observa una tendencia interesante que sugiere que en tiempos recientes las personas que se inyectan tienden a guardar las jeringas con el fin de reutilizarlas, con mayor frecuen-

cia que antes. También es usual desechar las jeringas en la basura sin tomar precaución de destruirlas o meterlas en frascos o latas que impedirían que quienes manipulan la basura se pinchen accidentalmente. Esto último fue una práctica registrada en Pereira. Es preocupante la cantidad de personas que dijeron haber dejado la jeringa en el piso, lugar en el que cualquier persona puede tener acceso a ellas (gráfico 32).

Gráfico 32. Estimación de disposición final de jeringas usadas, serie CES 2011-2014/Quintero 2012



Por último, es importante resaltar que en los estudios de Pérez (2010) y Quintero (2012), tal como ya se había detectado en 2002 en Bogotá (Mejía, 2003), se hizo mención al decomiso de equipos de inyección por parte de la policía, así como a la negativa de ciertas farmacias a vender jeringas.

Hasta acá, es evidente que las personas que se inyectan drogas en Colombia corren altísimos riesgos de exposición a virus como el VIH y las hepatitis virales, así como a riesgos de lesiones e infecciones bacterianas. No es inusual que la inyección ocurra en lugares que difícilmente ofrecen las mínimas condiciones de limpieza y seguridad para los usuarios y que las jeringas se cedan o no se desechen con precaución. La falta de acceso a parafernalia limpia, así como la baja percepción de riesgo frente a compartir los equipos con personas cercanas y conocidas son factores que incrementan la vulnerabilidad de estas personas a ver seriamente afectada su salud.

3.5 Sobredosis

En cuanto a la sobredosis, Castaño y Calderón en 2010 mencionaban que el 44% de las personas entrevistadas en Medellín, dijeron haber

sufrido al menos una sobredosis de heroína y esta situación se vio asociada principalmente a la administración de la droga por vía parenteral. La mezcla, el exceso en la dosis y heroína "cortada" fueron razones mencionadas por quienes participaron en este estudio.

Este evento de alto riesgo fue explorado también en los estudios con componente cuantitativo, ya en 2002 en Bogotá un 27,5% de quienes participaron en la segunda fase dijeron haber vivido ellos mismos una sobredosis tras inyectarse una droga, el 80,3% dijo haber conocer de algún caso de sobredosis letal en algún conocido, y el 53% haber presenciado una sobredosis.

El gráfico 34 muestra la evolución del evento de manera más detallada para las tres ciudades con las que se cuenta con dos mediciones comparables. Y se observa que aunque en Cúcuta el reporte de sobredosis bajó, en Medellín y Pereira tendió a aumentar y en la primera, el incremento fue del 64%.

3.6 Riesgo sexual y uso de condón

En relación al riesgo sexual, el aporte de los estudios cualitativos indica que quienes usan

Gráfico 33. Estimaciones en torno a las sobredosis, serie CES 2011-2014/ Quintero 2012

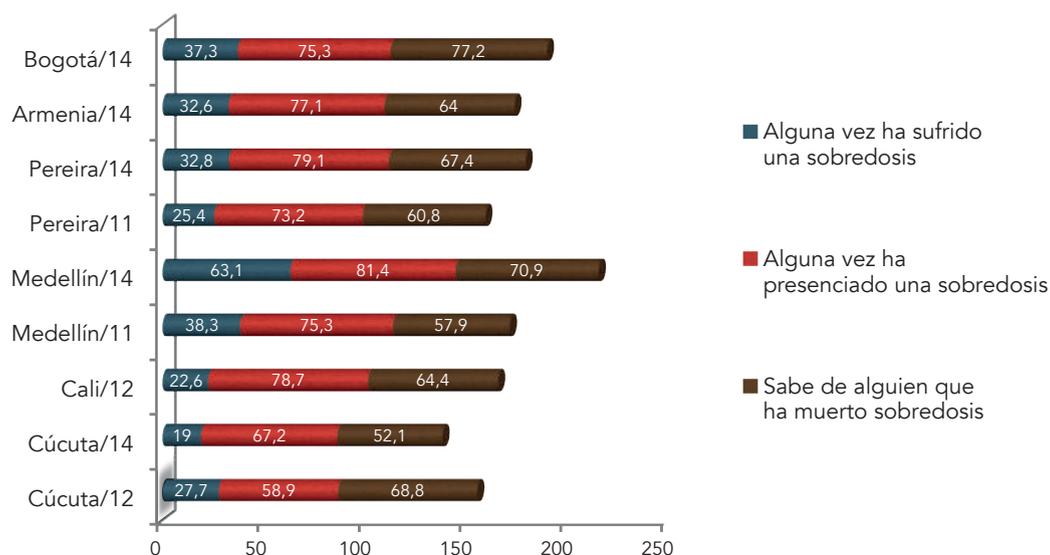
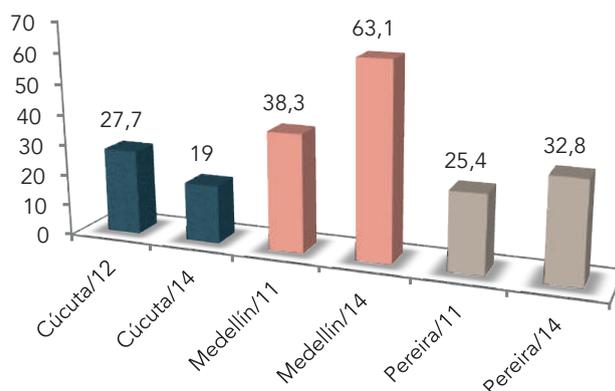


Gráfico 34. Estimaciones en torno a la evolución de sobredosis, serie CES 2011-2014/ Quintero 2012



heroína llevan una vida sexual activa y que al contrario de lo que podría pensarse, la heroína permite tener “más control” en la experiencia sexual, retraso en la eyaculación y al tiempo, mayor actividad. Adquiere entonces un papel importante en la vida sexual y puede incluso hacerse indispensable, tal como se evidencia en el siguiente testimonio: “la verdad es que yo sin heroína ya no tenía relaciones sexuales” (Castaño y Calderón, 2010).

La presencia de testimonios en los distintos estudios que indican que la heroína es común entre parejas y que es en el marco de las relaciones de pareja que se induce el uso para muchas mujeres, podría también explicarse por el rol que adquiere la heroína en los encuentros sexuales e íntimos (Pérez et al, 2011).

Frente a esta realidad se exploraron los riesgos durante los encuentros sexuales y se encontró que el uso del condón es inconsistente en la mayoría de los casos y se reporta ampliamente en la totalidad de los estudios y reportes revisados. No se ofrece en ninguna institución de atención a usuarios de esta droga y tampoco se instruye ni se promueve su uso. El testimonio de una joven de 19 años de Armenia así lo muestra: “pues la verdad nadie le da esa información a uno ... nadie nos regaló condones algún día ... pues obvio uno sabe cómo se usan pero porque ha visto en las novelas o en alguna propaganda”, por otro lado, un hombre de 45 años dijo “ a uno le explican que uno no debe tener sexo sin el preservativo, pero en el caso mío es todo lo contrario, cuando estoy bajo el

efecto de las drogas no le paro bolas al condón, es una locura, lo hago sin condón, no toma uno como en serio esas medidas de prevención ...” (Pérez et al., 2011).

La serie de estudios con componente cuantitativo exploró varios aspectos del riesgo sexual, se muestran acá los de mayor relevancia.

El gráfico 35 muestra los resultados de diversas variables que son indicativas del alto riesgo de exposición al que se someten las personas que se inyectan drogas en Colombia. En este caso no se presentan todos los datos pues los reportes varían a lo largo de los informes y de hecho para la variable uso de condón en último intercambio de sexo por dinero, no se cuenta con los datos para tres de los casos. La ciudad que presenta un mayor riesgo es Cúcuta, seguida de Medellín y Bogotá y resalta el alto porcentaje de personas que dijeron haber recibido drogas o dinero por sexo en todas las ciudades, siendo la de menor proporción Pereira en todas las variables expuestas, lo que podría concordar con el hecho de que es la ciudad en la que hay mayor uso de heroína pura y menor proporción de mezclas con otras sustancias, con lo cual se explicaría la menor actividad sexual, en contraste con las otras ciudades.

A estos hallazgos es necesario agregar que en Medellín y Pereira en el año 2011 se registraron hombres que dijeron tener sexo con otros hombres en los seis meses previos a la medición, en un 9,8% y 10,2% respectivamente y que en el caso de Pereira el 37,4% dijo no haber

usado condón en tales encuentros. Infortunadamente, no se dispone de estos datos para el resto de ciudades y años.

Cabe retomar el análisis que ofrece Quintero (2012) para el caso de Cúcuta, en el cual se estableció que quienes tuvieron relaciones sexuales con parejas casuales en los últimos seis meses, presentaron cinco veces más probabilidad de presentar un resultado positivo al VIH que quienes no tuvieron este tipo de encuentros sexuales.

Frente a la pregunta de si alguna vez se habían inyectado con personas en alto riesgo de haberse expuesto al VIH y a las hepatitis vira-

les se encontró en la serie CES 2011-2014 que aunque son bajos los porcentajes, las redes de personas que se inyectan, se entremezclan con redes de otros grupos considerados de alta vulnerabilidad. Como se explicó previamente la exposición a los virus se aumenta cuando se entra en contacto con grupos de alta prevalencia como los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), lo que se constata en estos hallazgos (gráfico 36).

3.7 Prevalencia de VIH y hepatitis C

El impacto de las prácticas descritas en la salud de quienes se inyectan drogas, está empezando a hacerse cada vez más evidente

Gráfico 35. Estimaciones de eventos sexuales de alto riesgo y uso de condón, serie CES 2011-2014

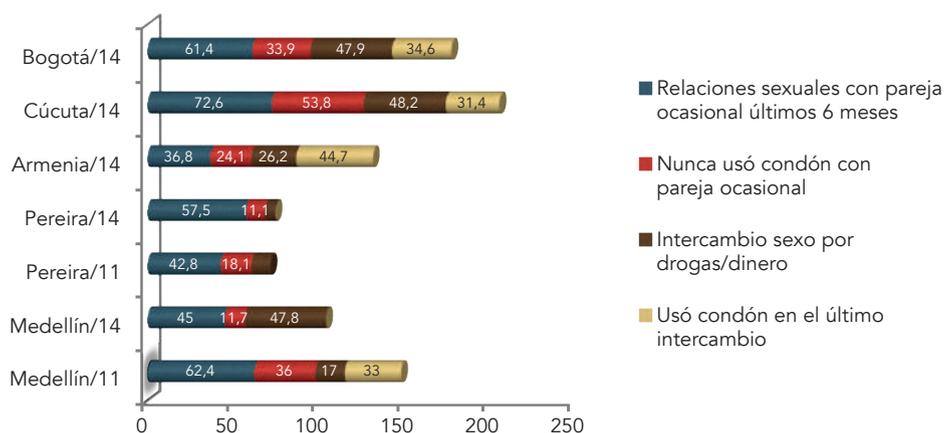
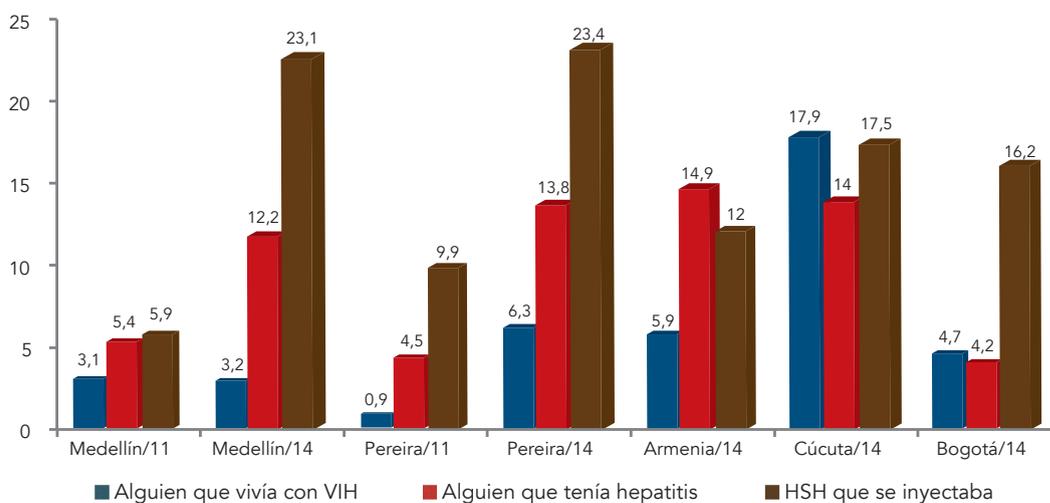


Gráfico 36. Estimaciones de grupos con los que se ha inyectado alguna vez, serie CES 2011-2014



en Colombia. El primer estudio de seroprevalencia en esta población mostraba desde el año 2002, cifras de VIH y hepatitis C superiores a las de la población general, primer indicador de que se trataba de un grupo de alta vulnerabilidad al VIH que debía ser priorizado en la respuesta al VIH en el país. Se cuenta ya con una serie periódica en tres de las ciudades diagnosticadas que permite decir que en efecto, la epidemia de VIH está en expansión en las redes de personas que se inyectan drogas en Colombia. El gráfico 37 muestra los resultados de las pruebas de seroprevalencia de VIH en todas las ciudades.

Nota: El dato que se registra de Cali corresponde a estimación proporcional de la población pues no se cuenta con el dato correspondiente para la muestra.

La prevalencia de VIH en Bogotá aumentó en 12 años un 260% en las redes de inyectores, pero tomó apenas tres años para que este indicador mostrara incrementos del 65% en Medellín y del 342% en Pereira. Hargan y Des Jarlais en 2000, decían que en efecto en algunas ciudades la prevalencia de VIH puede mantenerse baja hasta por cinco años que es lo que puede haber ocurrido en Bogotá.

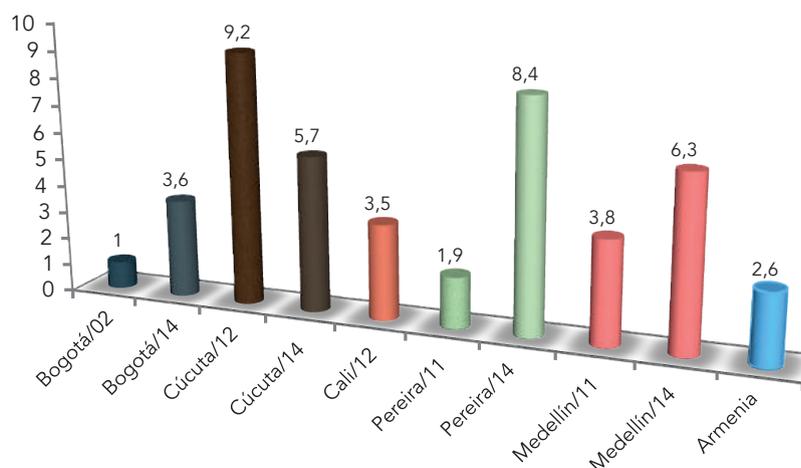
Las estimaciones proporcionales para la población ajustan estas cifras a 3% en Bogotá, 8,9% en Pereira, 4,4% en Medellín, 2,7% en Armenia y 6,7% en Cúcuta.

Si bien en Cúcuta parece haberse dado una reducción en la prevalencia de VIH en las dos mediciones, hay que aclarar que la metodología tuvo algunas variaciones. El primer estudio llegó sólo a consumidores de heroína y el 68,1% de la muestra fue de personas en situación de calle, mientras el 30% fueron personas contactadas en ámbito universitario.

De acuerdo con los resultados del estudio de comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en habitantes de calle en cuatro ciudades de Colombia 2012, se sabe que se trata de un grupo de alta vulnerabilidad al VIH con prevalencias que alcanzan hasta el 17,4% en ciudades como Barranquilla (MSPS/ Informe UNGASS, 2012), lo cual podría explicar la mayor prevalencia detectada en ese mismo año en Cúcuta. Los estudios de la serie CES aseguraron el equilibrio de las muestras en todas las ciudades, analizando la homofilia y heterofilia, es decir la probabilidad de reclutar personas con las mismas características o con características opuestas. La homofilia cercana a cero significa que las personas fueron seleccionadas al azar, teniendo todas en consecuencia, la misma probabilidad de participar en el estudio. Esta quizás pudo ser una limitación del estudio de Quintero (2012) y podría explicar la variabilidad en las cifras de prevalencia.

Las ciudades de Armenia y Bogotá tienen aún la oportunidad de mantener la prevalencia de VIH por debajo del 5%, es decir baja. Este ya

Gráfico 37. Frecuencias de prevalencia de VIH entre PID, varios estudios



no es el caso de Pereira, Cúcuta y Medellín que en tres años superaron ampliamente este margen. Se ha calculado que el 5% es el umbral para el caso de la inyección de drogas tal como lo es en otros grupos de alta vulnerabilidad al VIH, se trata del límite por el que se define una epidemia concentrada de VIH: por debajo del 1% en mujeres gestantes de zonas urbanas y superior al 5% en grupos vulnerables. Cuando se supera este margen, se aumenta de manera exponencial la exposición y la trasmisión del virus, llevando a que la epidemia se sostenga y aumente y se limitan las posibilidades de disminuir la velocidad de trasmisión. Las epidemias se reducen o desaparecen cuando se da menos de una infección nueva por cada infección actual (ONUSIDA et al., 2003).

El gráfico 38 muestra los resultados de las pruebas de detección de hepatitis C en Bogotá, 2002 y las cinco ciudades de la serie CES 2014.

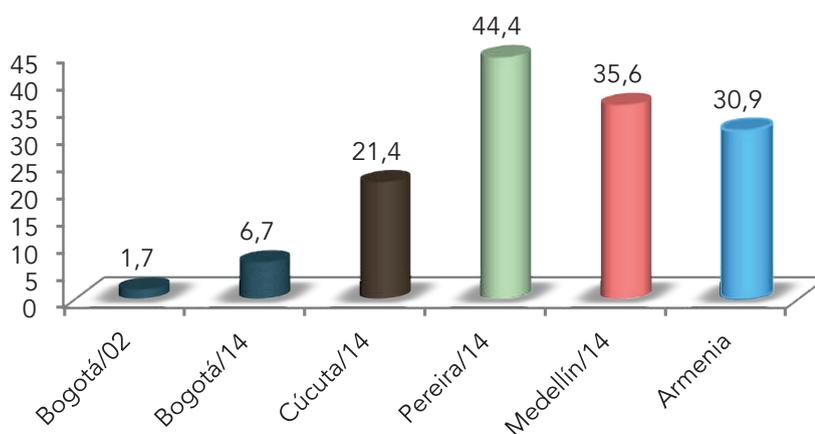
Como se ha documentado extensamente, la prevalencia de hepatitis C es por lo general, varias veces más alta que la de VIH (ver por ejemplo Hagan y Des Jarlais, 2000) y es lo que se puede observar también entre las redes de inyectores en Colombia. Se calcula que la prevalencia general de este virus entre PID está entre el 50% y el 80%, Pereira está cerca de alcanzar dicho umbral y las prevalencias en Medellín y Armenia son altas aunque en esta última ciudad, la prevalencia de VIH actual sea la más baja registrada.

Es de resaltar el hallazgo en Bogotá, pues si bien registra un incremento importante de cerca del 300% desde 2002, la prevalencia continúa siendo baja comparada con las otras ciudades, a pesar de mostrar alta ocurrencia de intercambio indirecto. Esto podría estar indicando que la prevalencia de la infección en la ciudad es baja o que el virus no ha circulado en las redes de PID.

Una observación detallada de las semillas para esta ciudad, muestra que de las tres semillas reclutadas, en todas se presentó al menos un caso de hepatitis C, pero en la semilla en la que se presentaron nueve de los 13 casos de HCV, cinco correspondieron al último contacto de la cadena de reclutamiento y en el caso de la semilla en la que se presentó un solo caso, se dio la misma situación, la pregunta que queda es qué hubiera pasado con este indicador si la cadena de reclutamiento se hubiera continuado.

Los hallazgos en términos de estimaciones proporcionales para la población, muestran incrementos para este indicador en las ciudades de Bogotá (7,6%), Pereira (47,4%) y Medellín (33,9) y reducciones en Armenia (18,1%) y Cúcuta (20,9%). Y vale la pena recordar que fue Pereira la ciudad que en general, presentó mayores índices de intercambio indirecto de sangre a partir del uso compartido de elementos de la parafernalia.

Gráfico 38. Frecuencias de prevalencia de HCV entre PID, Mejía (2003) y serie CES 2014



El análisis de Quintero (2012) ofrece una idea de las probabilidades de adquirir la infección por VIH en usuarios de heroína inyectada y no inyectada. Así, se estableció en el estudio de Cúcuta que el riesgo de infección para quienes usan heroína, independientemente de la vía, es de 9,4%, para los usuarios de heroína no inyectada es de 3,4%, mientras que para los usuarios de heroína por vía inyectada es de 21,7%, es decir que quienes se inyectan tienen casi siete veces más riesgo de infectarse que quienes no lo hacen.

3.8 Conocimientos frente al VIH

La exploración en torno a los conocimientos sobre el VIH mostró que una de cada dos personas que se inyectan en Cali, Cúcuta y Pereira desconocía el riesgo de exposición al VIH asociado a la práctica de la inyección, esta proporción fue de una de cada tres personas en Medellín, Bogotá y Armenia. Una de cada cinco personas aproximadamente, desconocía del VIH antes de empezar a inyectarse, siendo mayor esta proporción en Cúcuta. Sorprende la cantidad de personas que conservan aún creencias erradas en torno a la transmisión de este virus, pero sorprende aún más, las pocas personas que han recibido información o educación en torno al tema en los últimos 12 meses, siendo todavía más bajo en Pereira. No se cuenta con este dato para Medellín.

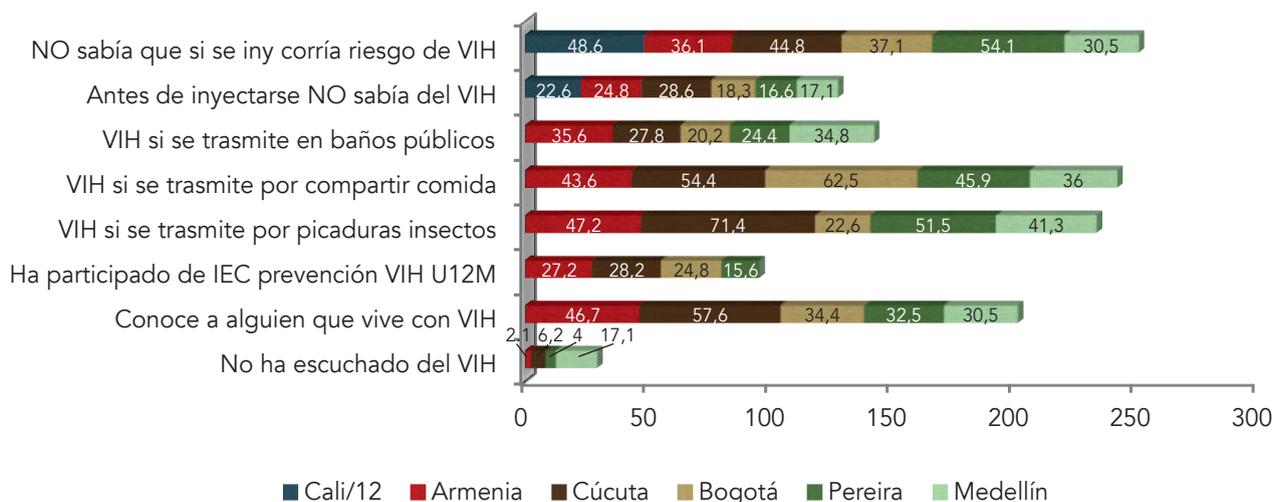
Así mismo, llama la atención la cantidad de personas que dijeron conocer de casos de VIH siendo más alta esta proporción en Armenia y Cúcuta (gráfico 39).

3.9 Comorbilidad, tratamiento y uso de servicios de salud

La comorbilidad en salud mental es común entre los usuarios de opiáceos, en Colombia, tres de los estudios analizados la refieren. En el caso de las historias clínicas analizadas en Carisma por Álvarez y otros (2009), se encontró que aunque la prevalencia de trastornos depresivos no es tan alta como se evidencia en la literatura (alrededor del 75%), una tercera parte refería depresión, así como trastornos de personalidad sociopático (15%) y límite (8,2%), que sumados con otros trastornos del mismo tipo, corresponden también a una tercera parte de los usuarios de este servicio.

Castaño (2010) por su parte también refería una alta presencia de ideación suicida (n=24) en los casos analizados y dos tentativas. En el estudio de Pérez y otros (2011) se hace referencia a una alta comorbilidad para psicopatía, depresión, esquizofrenia, hiperactividad y retardo mental. Llama la atención que en los tres casos, los estudios se realizaron en la ciudad de Medellín.

Gráfico 39. Estimaciones sobre conocimientos en VIH, serie CES 2012 y 2014



Las implicaciones de estos indicadores no son menores, es necesario leerlos a través del lente de la dependencia a opiáceos; en estas circunstancias y frente a un inminente síndrome de abstinencia, aumenta el riesgo de causarse daño a sí mismo y a otros, que sumado a la incapacidad percibida de controlar o dejar el consumo, puede incrementar el riesgo de un suicidio. Como lo indican Álvarez y colaboradores (2009), la atención a estas personas debe asegurar la protección, la seguridad y la reducción de riesgos y daños que permitan mejorar la calidad y la expectativa de vida de las personas que usan heroína, haciendo especial énfasis en las mujeres en quienes los trastornos depresivos se presentan en mayor proporción.

De otro lado, la carencia de una atención apropiada a la comorbilidad en salud mental, puede poner en riesgo la adherencia a tratamientos y el pronóstico de los casos.

De hecho, la mayor parte de los estudios analizados indica que la recaída es usual entre las personas dependientes a opiáceos y que la mayoría de quienes estaban en tratamiento ya lo habían intentando en el pasado sin éxito. El análisis de Fundar Colombia en Cali, muestra que de las 22 personas que iniciaron el tratamiento asistido con Metadona, 12 permanecían en el programa después de un año, lo que supone una deserción del 54%.

Así mismo, Pérez (2011) señala que la mitad de los habitantes de calle entrevistados en Armenia, estuvieron en tratamiento en el pasado pero desertaron y recayeron al corto tiempo; para el caso de las personas en tratamiento contactadas, se indica que “en general” dijeron haber estado en tratamiento de diferente tipo en el pasado y en el caso de las personas privadas de la libertad, cuatro de seis también habían pasado por algún tratamiento en el pasado, tres de las cuales dijeron haber recaído casi de inmediato. La situación en Medellín es similar y la mayoría reportaba haber estado en comunidades terapéuticas, con excepción de las personas en situación de calle quienes dijeron no haber estado en ninguna institución. Como se señaló antes, este fenómeno es muy común, el 55% de quienes participaron en el diagnóstico situacional de los centros de aten-

ción en 2004 ya habían tenido al menos un tratamiento en el pasado (Mejía et al., 2004).

La intención de ingresar a un tratamiento fue variable, mientras en Santander de Quilichao apenas un 20% estaría dispuesto a ello (Abadía et al., 2009), en Cali el 98% (65/66) lo haría pero no en condiciones de internamiento (Fundar, 2015). En el primer caso, llama la atención que la mayoría de ellos si pudiera, buscaría tratamiento por fuera del municipio e incluso del departamento, de hecho, el estudio indica que las personas con capacidad adquisitiva así lo hacen y acuden a instituciones en Cali o en Medellín.

Es reiterativo en los hallazgos de diversos estudios, que los usuarios de heroína no tienen una percepción positiva de los tratamientos, si bien algunos sienten que en el tratamiento en el que se encontraban estaban siendo bien atendidos, en general se percibe temor, descontento, desconfianza, limitadas alternativas de tratamiento, abstinencia como condición para ingreso y permanencia, desabastecimiento o tardanza en el acceso a la metadona, provisión de metadona en cantidades que impiden el control y que terminan desviándose para venta en el “mercado negro”, uso de metadona sin supervisión médica alguna y maltrato por parte de trabajadores de la salud. Es reiterativa la desconfianza en la idoneidad de algunas instituciones a la hora de enfrentar intoxicaciones y sobredosis por heroína (ver por ejemplo Pérez et al, 2010 y 2011).

Testimonios extractados de la última fuente referida, reflejan en parte lo señalado: “una vez me dio una sobredosis y me desperté a los ocho días entubada, cuando me desperté las enfermeras del hospital me recriminaban y me decían que ‘gas los heroínos’ ... como yo meto heroína inyectada, no me inyectaban como debían sino que me la mandaban a ver si pegaba la aguja, se encholaba de una la aguja en el brazo y me decían vea pa’ que sienta el dolor de verdad pa’ que deje esa ..., usted es una ... porque ya está muerta en vida”. “... Me pusieron un antiespasmódico, me bajó el mono mucho y me demoraron allá todo el día y la solución que le daba la doctora a mi mamá era que siga tirando hasta que vea un cupo en (institución),

pero es lo único que puede hacer porque usted acá no puede venir todos los días por un mono, siga tirando heroína hasta que le salga el cupo". "Por ejemplo cuando uno ya no tiene recursos para comprar... y empieza el mono, entonces qué le queda a uno, y la cantaleta encima de la familia y el médico ... a mi ya me conocen y me paraban, pero ellos no entendían que el problema de la adicción mía es lo que me pone así (le dicen) 'vea hermano es que nosotros no podemos agotar recursos aplicándole esta vaina a usted (diazepam)', osea, uno en el fondo sabe que es verdad que todo esto lo ocasionó uno y que en realidad hay gente más grave que uno pidiendo un servicio de emergencia ... pero aquí no hay política de salud pública para la adicción, no la hay". "Muchos médicos ni siquiera saben qué es la metadona. Cuando está con sobredosis lo tratan mal, dicen que les da rabia porque tienen que dejar de atender a otros pacientes que sí se lo merecen, no hacen nada para ayudar a la reinserción porque uno tiene una historia de delincuencia".

Es llamativa también la dinámica de expectativas contrarias entre las instituciones, las familias y los usuarios. La evidencia indica que la desintoxicación de heroína y el desmonte definitivo de la metadona en el corto y mediano plazo, puede funcionar en algunos casos, pero no en la mayoría. Fue evidente durante el proceso de construcción del Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y otras drogas por vía inyectada en el año 2013, que la mayoría de las instituciones que ofrecían tratamiento asistido con medicamentos de sustitución, especialmente metadona, buscaban el desmonte progresivo de ésta y manejaban las dosis mínimas durante el tratamiento (20 - 40 mg día), dosis que estaban por debajo de lo indicado en estándares internacionales (60 - 109 mg al día).

Ajustar las dosis luego de la estabilización inicial, por lo regular de 20 mg, e incrementarla a un mínimo de 60 mg incide positivamente en las tasas de retención, adherencia y abstinencia de heroína y cocaína (WHO, 2009). No hacerlo, implica exponer al usuario a un malestar permanente, pues si bien el síndrome de abstinencia se controla, no se elimina por completo

y ello a la larga, puede resultar en una recaída que incrementa los riesgos de sobredosis. Esta puede ser una de las razones por la que las tasas de deserción del tratamiento en Colombia son tan altas. Y ello también implica que muchos usuarios quedan con excedentes de metadona en su poder cuando recaen o desertan de los tratamientos, con lo cual se facilita la circulación descontrolada de este medicamento en las calles.

Muchos usuarios y familias esperan poder superar por completo la dependencia pues no encuentran sentido en "sustituir una dependencia por otra", otros no desean atravesar por el malestar que implica el desmonte de los opiáceos, y muchas de las instituciones de tratamiento buscan sacar a la persona de su dependencia a como dé lugar. En medio de esta dinámica está la realidad de la dependencia a la heroína y su condición recidivante, así como la evidencia que soporta ampliamente el mantenimiento de largo plazo, en las dosis adecuadas, como el mejor camino para recobrar la funcionalidad plena en la vida de las personas con dependencia a opiáceos.

La contradicción en las expectativas, la ausencia de pedagogía en torno al fenómeno y la diferencia de criterios profesionales a la hora de indicar los tratamientos, la ausencia de lineamientos claros por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, y el impedimento de "facturar" un suministro supervisado de metadona por parte de las IPS, están llevando a muchas personas a correr riesgos innecesarios y a distanciarse de los servicios que se han venido instalando en el país.

De acuerdo con Pérez (2011), el uso de metadona circulante en el "mercado negro" puede ser un indicativo de fallas en los tratamientos, pues los consumidores de heroína acuden a ella en un intento por controlar su consumo y no encuentran una respuesta oportuna ni adecuada a su problemática.

La serie de estudios con componente cuantitativo sugiere que a pesar de esta realidad la mayoría de las personas que se inyectan drogas en Colombia ha acudido a servicios de salud en los últimos seis meses o máximo un año antes de la

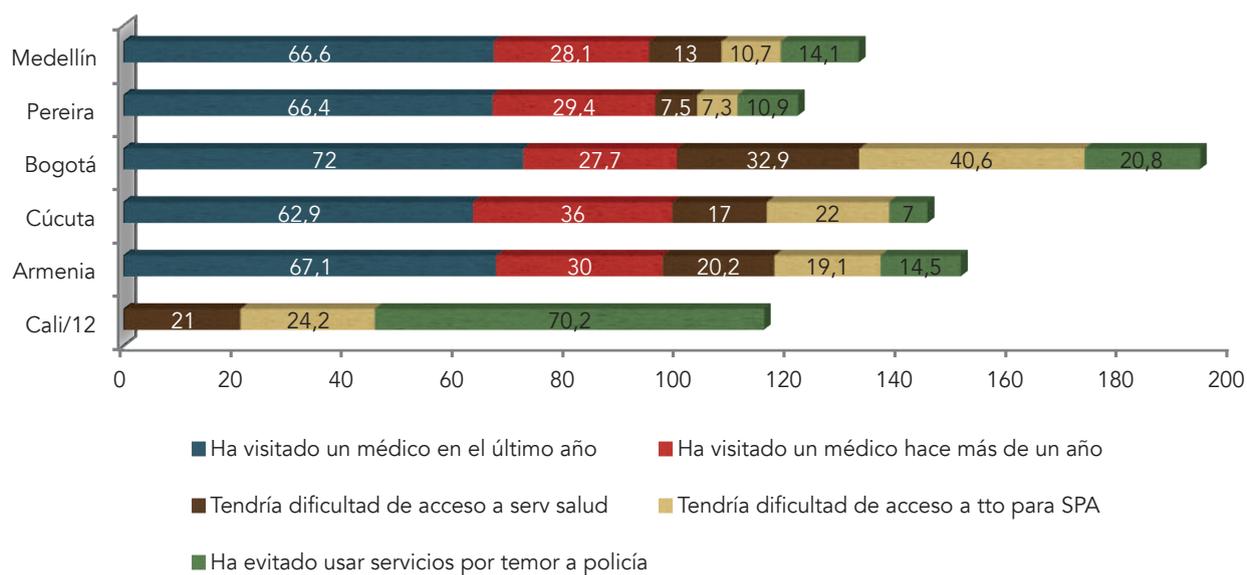
medición. Esto puede ser indicativo de la mayor morbilidad y de la alta carga de enfermedad y malestares físicos que aqueja a esta población.

Como se observa en el gráfico 40, es llamativa la variabilidad en la percepción de barreras de acceso tanto a servicios de salud, como de tratamiento para consumo de sustancias psicoactivas. Las variaciones pueden estar reflejando los esfuerzos diferenciales que las entidades territoriales vienen haciendo para afrontar el fenómeno. Las mayores barreras de

acceso presumiblemente están en Bogotá, y las ciudades de Medellín y Pereira muestran, al parecer, un mejor desempeño a este nivel.

Valdría la pena explorar más a fondo las implicaciones de percibir barreras de acceso a los servicios por temor a represalias o problemas con las autoridades de policía, que aunque ocurren en todas las ciudades diagnosticadas, son sorprendentemente altas en Cali. Bogotá, Armenia y Medellín presentan porcentajes nada despreciables.

Gráfico 40. Estimaciones sobre uso de servicios de salud, serie CES 2012 y 2014





Parte 3

conclusiones y recomendaciones de política pública

Conclusiones

La historia de la amapola y sus derivados es extensa y compleja, en distintos momentos ha prometido efectos altamente valorados por la humanidad, entre ellos, el alivio del dolor, la conquista de la ensoñación, la “inmortalidad”, el placer intenso y la felicidad. Desde una perspectiva más científica, se reconoce en la heroína la posibilidad de lograr no sólo alivio al malestar físico, sino indiferencia ante el dolor emocional y los estados de tensión. Por tanto, la automedicación ha sido el principal dinamizador de sus usos en el pasado y lo sigue siendo en la actualidad.

Multiplicidad de analistas, algunos de ellos revisados en este informe, concuerdan en que los controles y la prohibición del cultivo, la producción y el uso de los derivados de la amapola, a lo largo de la historia, abrieron las puertas a modos de experimentación diferentes a los tradicionales, que trajeron consigo un sinnúmero de costos sociales y sanitarios, lo que llevó a catalogar la heroína como la droga de mayor peligrosidad entre las conocidas y exploradas por el hombre hasta ahora.

Es así como los intentos por monopolizar el acceso a medicamentos esenciales, junto con la “demonización” de los usos por fuera de los marcos terapéuticos, ya fuera por placer o por ocio, restringieron el libre acceso a estas sustancias y vetaron por completo el rol que cumplió por ejemplo el opio, al ofrecer oportunidades de integración social, refugio y alivio en momentos de gran represión social y política. Si bien, la realidad del uso contemporáneo de los opiáceos es distinta, llegó a ser lo que es, producto de las dinámicas históricas descritas.

El negocio detrás del opio y sus derivados se asienta desde muy temprano y los intentos de prohibición se remontan al S XVIII, pero fue a partir del S XX que se consolida la prohibición, poniendo su producción y comercialización en manos de organizaciones al margen de la ley que han explotado sus efectos y sus usos por cerca de doce décadas. Epidemias de uso y epidemias de efectos adversos como sobre-

dosís e infecciones de transmisión sanguínea, se han documentado ya por cerca de diez décadas y la mayoría de ellas, se han asociado a la administración de la heroína por vía intravenosa.

En Colombia, los efectos de la prohibición fueron advertidos por Tokatlián en los tempranos noventa y citando a Reuter, este analista explicaba que contrario a lo esperado, la prohibición no sólo no reducía el negocio, tampoco desincentivaba a potenciales nuevos usuarios, sino que incrementaba la violencia, la corrupción, potenciaba las ganancias de las organizaciones al margen de la ley e incrementaba los riesgos socio-sanitarios para los usuarios.

Llama la atención también en toda la revisión, que estos consumos altamente lesivos son característicos de sociedades inmersas en dinámicas capitalistas, por un lado países como Cuba tienen índices de consumo insignificantes, China logró erradicar el uso de opio tras la transición al régimen comunista y los países de la antigua Unión Soviética pasaron de mínimos usos a dinámicas casi epidémicas después de la caída de la “cortina de hierro”.

El comercio de esta sustancia se ha caracterizado por ser cerrado y en extremo violento tanto en Estados Unidos como en Colombia. Y la revisión permite concluir que en efecto, para el caso de la heroína, los excedentes en la producción local llevaron a consolidar mercados de demanda interna que explican la subsistencia de los cultivos de amapola, a pesar de que Colombia fue desplazada del principal mercado de exportación por parte de México, hace apenas pocos años.

Las transiciones de consumo interno en Colombia, muestran que la heroína se ha venido asentando como parte de los patrones de uso en ciudades como Medellín, Pereira, Armenia, Cali, Bogotá, Cúcuta y Santander de Quilichao. La mayoría de ellas, cercanas a zonas de producción o tránsito de esta sustancia a otros mercados internos o externos. Sin embargo, en

la dinámica de producción se han detectado otras zonas del país en las que este consumo al menos hasta ahora, ha sido invisible, tal es el caso de Tolima, Huila, Nariño y la ciudad de Barranquilla. Así mismo, llama la atención que ciudades que en el pasado mostraron altos índices de prevalencia, en la actualidad parecen haber desaparecido de este mapa (Yopal, San José del Guaviare, Pamplona, entre otras). Por lo que valdría la pena establecer si en efecto es así y por qué.

Tal como lo explicó Pérez en 2009, la exposición a oportunidades para consumir es un factor de riesgo para la transición a otros consumos y vías de administración de las sustancias, así es que donde existe la oferta, se genera tarde o temprano la demanda. En nuestro contexto, además de la oferta, factores como la calidad y el precio del producto seguramente han incidido también en la creciente demanda (Quintero, 2012).

Pero toda esta transición en Colombia bien puede decirse que ha pasado desapercibida por años, fue así para el caso de la producción escalada de heroína por cerca de una década (Tokatlán, 1993) y lo ha sido para el caso del consumo. Aunque los estudios de alcance nacional identificaron parcialmente una realidad “creciente” en distintas poblaciones, los estudios que buscaron explorar más detalladamente esta realidad, no fueron divulgados ampliamente, sólo dos de los cuatro que se hicieron para profundizar en el tema de consumo de heroína se publicaron y sólo una parte de la serie de siete estudios que buscaron caracterizar el uso de drogas por vía inyectada en Colombia desde el año 2011, ha sido publicada. Así mismo, tuvieron que pasar diez años para que el país llevara a cabo nuevas mediciones en torno a la inyección de drogas y su impacto sobre la salud, siguiendo las recomendaciones del estudio realizado por Pérez y Mejía en 2001 y 2002.

El presente estudio pretende también llenar este vacío en la divulgación de la información disponible, ya que los estudios se realizaron a fin de alimentar la respuesta nacional y territorial frente a un fenómeno emergente y de alto impacto para la salud pública. De tal forma que promover su divulgación contribuye a orien-

tar los esfuerzos por alimentar las políticas de salud pública territoriales y a trascender de respuestas aisladas, de poca escala y con limitado alcance, que favorecen que las consecuencias derivadas de la práctica sigan su curso.

Sin ir muy lejos, países como Argentina vivieron a mediados a finales de los años ochenta y comienzos de los noventa, la pérdida de una generación entera de jóvenes que se involucraron con la inyección de cocaína y murieron por complicaciones asociadas al VIH y al sida en un escenario en el que la atención fue tardía (Corda et al., 2014).

Llama la atención el caso de Medellín ya que es la ciudad en la que se ha hecho la mayor cantidad de estudios para diagnosticar la situación. Al menos cuatro de los diez estudios llevados a cabo con recursos del Ministerio de Salud, incluyeron esta ciudad por encima de otras. A pesar de ello, con excepción del tema de tratamiento y la desintoxicación, es la ciudad en la que no se registran iniciativas para reducir los daños y los riesgos asociados al uso de la heroína y a la inyección de drogas. Lo cual comprueba que la falta de evidencia no necesariamente es un factor que impide avanzar en una respuesta decidida frente al fenómeno, y valdría la pena establecer las razones por las que esta ciudad no ha impulsado una respuesta en reducción de daños hasta el momento.

Por todo esto, se consideró importante llevar a cabo un nuevo esfuerzo investigativo que consolidara en un solo lugar, lo que se había hallado en distintas aproximaciones a la realidad por más de una década. Y lo que salta a la vista, es que en efecto, Colombia afronta un desafío importante pues un estimado de 15,000 personas se inyectan drogas en Colombia, especialmente heroína.

Se trata de un número no menor que sorprendente pues muestra cercanía a las cifras presentadas por el informe mundial de drogas de UNODC de hace apenas tres años, en el cual se decía que la prevalencia anual de uso opioides en el último año a nivel mundial, oscilaba entre 26,000 y 36,000 personas y el de opiáceos entre 13,000 y 21,000 (UNODC, 2012).

Las prevalencias arrojadas por estudios focalizados en poblaciones de mayor vulnerabilidad al consumo de drogas como los escolares, mostraron cifras cercanas a la prevalencia mundial e incluso superiores. En el caso de los universitarios estas prevalencias fueron bajas, aunque superiores a las de la población general, lo que contrasta con la importante proporción de quienes participaron en esta serie de investigaciones y que dijeron tener estudios superiores, lo que podría explicarse por la alta y temprana deserción documentada en varias de las aproximaciones cualitativas.

Estas personas que hacen parte de redes en las que se intercambian drogas, sexo y equipos de inyección, presentan características muy definidas. Se trata en su mayoría de hombres, aunque la participación de mujeres tiende a aumentar y es especialmente alta en Bogotá, seguida de Armenia. Son extremadamente jóvenes, solteros o solteras y dependen en su mayoría de actividades informales para su sustento, a pesar de tener en muchos casos, altos niveles de escolaridad (en particular en Bogotá, Cúcuta y Medellín).

La práctica de usar heroína y de inyectarse desmejora su calidad de vida a muchos niveles, los expulsa de sus hogares, de sus colegios y universidades, los distancia de su red de apoyo primaria y los empobrece. También incentiva en muchos casos, la vinculación al delito, el intercambio de sexo por drogas (especialmente en mujeres) y hace que con demasiada frecuencia, acudan a la venta y re-venta de dosis de heroína para sustentar su propio uso. Algunos de estos aspectos que reflejan afectaciones en la calidad de vida fueron ampliamente documentadas por Donoghoe y Wodak en 1998.

La informalidad en todas sus variantes, es la principal fuente de ingresos. La vinculación al tráfico y comercio de drogas si bien no constituye la principal fuente de ingresos en ningún caso, es común en todas las ciudades, siendo un poco más alta en Pereira y Medellín. A pesar de que el mercado de heroína se caracteriza por ser cerrado y compacto, el involucramiento de consumidores en las redes puede estar atomizando el mercado y fomentando el uso de aditivos y cortes potencialmente peligrosos.

El uso de heroína y de drogas por vía inyectada genera sufrimiento y precariedad social y buena parte de las consecuencias derivadas de estos usos son provocadas por la alta estigmatización de estas prácticas en nuestro medio, que a su vez, son producto de su condición de ilegalidad. Vale la pena retomar acá las conclusiones de Khantzian (1985 y 2003) quien exploró la hipótesis de la automedicación en usuarios de heroína y comprobó que en efecto, la heroína resulta ser efectiva en el control de estados de ira, agresividad, disforia y el manejo de situaciones extremas desde el punto de vista emocional. Si bien estas situaciones bien pueden anteceder el consumo de heroína y explicar las tempranas y extensas carreras de experimentación con otras drogas, las situaciones derivadas del consumo mismo pueden estar jugando un papel relevante en el inicio y profundización del consumo de heroína, lo cual resulta paradójico.

Las carreras de consumo son extensas, inician temprano e involucran principalmente, marihuana, cocaína, basuco y alcohol. Las mujeres suelen iniciar con heroína más temprano que los hombres, pero el promedio de inicio se da a los 18 años (y un poco más temprano en ciudades como Armenia y Santander de Quilichao). En el caso de las mujeres se encontró acá, al igual que en otros países, que quienes tienen una pareja consumidora presentan alto riesgo de iniciarse en el consumo de heroína y en la inyección. Se estima que este riesgo se duplica frente a quienes no tienen parejas consumidoras (Calafat y Becoña, 2005).

El consumo y la inyección se inician generalmente con amigos/as cercanos/as y es en estas redes en las que el intercambio de equipos de inyección ya usados es más común. Aunque también se detectaron cambios en las redes sociales una vez se inician en la inyección de drogas y es usual que empiecen a interactuar con más personas que se inyectan drogas pocos meses después de haberse iniciado en la práctica.

La curiosidad es de lejos la principal razón por la que se inicia el consumo de heroína y la inyección, seguida de la búsqueda de mejores sensaciones. En Cali, a diferencia del resto

de ciudades, estar deprimido/a fue la principal razón. Es muy común que se ingrese a este mundo desconociendo por completo las implicaciones de este consumo y los peligros asociados. Tal como lo señalaban Calafat y Becoña en 2005, los usuarios jóvenes suelen desconocer los riesgos asociados a la heroína, dado que en países como España no vivieron de cerca el impacto de esta práctica, por tanto los imaginarios en torno a esta droga se han transformado. En Colombia, dada la ausencia de tradición en torno al uso de heroína, ésta puede ser también nuestra realidad.

Aunque en algunos casos se detectó la transición de uso inhalado y fumado de heroína hacia la vía inyectada, este patrón fue más común en mediciones tempranas, es decir en estudios realizados del año 2010 hacia atrás, más recientemente es claro que si bien sigue existiendo uso no inyectado de heroína, la inyección es un patrón en plena expansión. En población en situación de calle este modo de uso es menos usual al menos en Cali, pero en las otras ciudades entre el 30% y el 66% de quienes consumen heroína lo hacen por vía inyectada, mientras que en el pasado estos porcentajes oscilaban entre el 10% y el 20%, lo cual confirma la penetración de la práctica en las redes de personas que usan esta droga en Colombia.

El caso de Santander de Quilichao es interesante, pues por años el país se ha preguntado la razón por la que la inyección es rara en este contexto. Esto podría explicarse por el tipo de heroína que se usa, conocida como “mixto”, es la mezcla de heroína con residuos de la producción de cocaína, que incrementaría la dependencia y sería poco indicada para la inyección.

Durante muchos años se creyó que en países como el nuestro, existía un temor a las jeringas, factor que nos protegería de esta práctica. Castaño (2002), Pérez y Mejía (2001) y Stimson et al., (1998) lo decían claramente, sin embargo, el mismo Castaño explicaba que quizás el miedo pueda estar presente en personas no consumidoras, pero que en el caso de quienes llegan a consumir heroína es usual que hayan experimentado con múltiples sustancias y con la heroína

na misma, y en la búsqueda de sensaciones más fuertes, en medio de la influencia de sus pares y bajo los efectos de sustancias psicoactivas, el miedo, la percepción de riesgo, la aversión y la prevención difícilmente están presentes.

La mayoría de quienes participaron en los estudios de inyección de drogas, tenían en promedio 26 años con lo cual, se puede concluir que el uso de alto riesgo se extiende al menos por ocho años. Pereira, Cúcuta y Medellín son las ciudades en las que la edad media de quienes se inyectan fue menor y en Armenia y Bogotá, mayor. A menor edad, mayores riesgos y mayor tiempo de precarización de las condiciones de vida.

Sin embargo, entre los tres y seis años de experimentación con la heroína es común que se pida ayuda. Este intento se da en al menos la mitad de quienes se involucran en estas prácticas, es decir que una de cada dos personas que usan heroína o se inyectan, busca ayuda en algún momento tardío de su carrera de consumo. Pero también se encontró que al menos la mitad de quienes buscan tratamiento, recae, reincide y/o deserta de los tratamientos.

La demanda de tratamiento y servicios de salud o desintoxicación por heroína o complicaciones derivadas de su consumo, ha aumentado en Colombia de manera exponencial en los últimos 10 años.

Vale la pena resaltar que en ciudades como Bogotá, el consumo de heroína es intermitente es decir que aunque ocurre con periodicidad, muestra frecuencias de uso menores que en el resto de ciudades. Esto concuerda con algunas observaciones hechas por Calafat y Becoña (2005) en donde se observaban cambios en los patrones de uso de la heroína en algunos países de Europa, incrementos en algunos grupos en los que esta sustancia se integraba a patrones de uso recreativos con lo cual la percepción negativa, que fue usual por muchos años en Europa, en consumidores jóvenes, estaría transformándose. De hecho, la heroína se veía como opción de segunda droga para contrarrestar los efectos de los estimulantes que suelen acompañar los espacios de fiesta y esparcimiento. Esto mismo fue descrito por Abadía y colaboradores en 2009 y por Castaño

y Calderón en 2010, en estos casos la marihuana y la heroína se usarían para bajar el efecto del basuco y conciliar el sueño.

Si bien el uso intermitente podría reducir el riesgo de exposición al VIH y a la HCV también es claro que ante la ausencia de un hábito, las oportunidades de planificar adecuadamente los episodios de inyección podría aumentar el riesgo de compartir parafernalia y de mezclar heroína con otras drogas, incrementando así los riesgos de sobredosis y de exposición a agentes infecciosos.

Fuentes exploradas por Calafat y Becoña (2005), muestran que el consumo de cocaína incrementa cinco veces el riesgo de desarrollar dependencia a la heroína, el de marihuana tres veces y el de alcohol dos veces. Todas estas interacciones se presentan en la mayor parte de los consumidores de heroína e inyectables en Colombia. También se constató que los factores de riesgo analizados por las fuentes consultadas por estos investigadores, se presentan en su totalidad en nuestros usuarios, ser hombres, tener presión social para usar drogas, tener comorbilidad en salud mental, tener debilidad en la vinculación familiar, presentar consumo de drogas en la familia y haber presentado desórdenes de comportamiento en la infancia o adolescencia temprana (ver Castaño y Calderón, 2010).

Todo ello plantea verdaderos retos para las acciones preventivas dado que se trata de personas que inician tempranamente sus carreras de consumo, desertan con frecuencia de los espacios en los que es común el quehacer preventivo (colegios y universidades) y suelen evitar el contacto con servicios de atención y tratamiento debido al estigma del que con frecuencia son víctimas.

De otro lado, es claro que las redes de personas que se inyectan drogas en nuestro medio y que usan heroína, presentan prácticas de alto riesgo al mezclar sustancias de distintos efectos sobre el sistema nervioso central, el policonsumo es muy común en todas las ciudades. Sin embargo, se encontró que Pereira es la ciudad en la que el consumo de heroína pura es más caracterís-

tico lo que limita las mezclas en algún grado. De otro lado, ciudades como Bogotá y Medellín presentan patrones de uso de alto riesgo en los que la inyección de cocaína es también común. La marihuana es la sustancia psicoactiva más usada por personas que usan heroína y que se inyectan drogas en nuestro medio.

Hay restricciones de acceso a la heroína en Colombia en contraste con otras sustancias. Se entra a las redes cuando se es referido por alguna persona ya conocida y esto contrasta con la percepción creciente de facilidad de acceso entre escolares y con la reducción progresiva del precio.

En relación a los riesgos y daños puede decirse que hacen parte de la cotidianidad de la mayoría de usuarios. De hecho, la mayoría ha tenido que visitar algún servicio de salud en algún momento de los últimos doce meses. Las prácticas descritas son indicativas de riesgos en todas las categorías revisadas, daños en tejidos y venas, abscesos, sobredosis y enfermedades infecciosas.

La inyección por lo general se da entre dos y tres veces en el día, aunque una de cada tres personas lo hace cuatro o más veces diarias. Las ciudades con mayor frecuencia de inyección son en su orden Pereira, Armenia, Cúcuta y Medellín, Bogotá es la de menor frecuencia. En nuestro contexto la inyección es de heroína pura principalmente, con excepción de Bogotá y Medellín en las que la mezcla de heroína y cocaína son usuales y en la última también se presenta inyección de cocaína pura. Los reportes de inyección de alcohol, aunque bajos, se encontraron en Bogotá. Es de anotar que a mayor cantidad de punciones mayor requerimiento de equipos y mayores daños asociados, y aunque la inyección de cocaína pura o en mezcla en Medellín no parece haber disparado el número de inyecciones diarias, es importante monitorear este patrón ya que podría cambiar.

Las jeringas se reutilizan con mucha frecuencia, y al menos dos de cada cinco personas (41%) ha usado una jeringa dada, regalada o vendida por alguien más, en los seis meses previos a la exploración. La ciudad que presentó la mayor frecuencia de intercambio de equipos usados

fue Pereira, seguida de Bogotá y Medellín. Armenia y Cúcuta presentan datos similares a los encontrados en Bogotá en el estudio de 2002. Sin embargo, es claro que en general, en las ciudades en las que se cuenta con más de una medición, esta práctica viene aumentando, al igual que otras de alto riesgo.

El uso compartido de distintos elementos de la parafernalia requerida para la inyección, con lo que se configura un “intercambio indirecto”, es común en todas las ciudades pero en Pereira es más frecuente, lo que se refleja en las mayores tasas de hepatitis C encontradas en esta ciudad.

Al respecto es importante señalar que fue en esta ciudad en la que se creó el primer programa de distribución de material higiénico de inyección poco tiempo después de la última medición realizada por la Universidad CES. La evaluación de los primeros ocho meses de trabajo del programa CAMBIE en 2014, mostró que una intervención única y en corto tiempo, puede provocar cambios importantes en las prácticas de alto riesgo, aunque algunas de ellas requerirán más tiempo de intervención y quizás una exploración a fondo de las razones por las que aún presentan cierta resistencia a desaparecer. Estas fueron: cambiar los lugares que frecuentan para inyectarse por unos más limpios e iluminados, limpiar las manos y la piel antes de cada inyección y rotar las zonas del cuerpo en las que se inyectan.

Es de resaltar, sin embargo, que mientras en el estudio de la Universidad CES el 70% dijo haberse inyectado con equipos previamente usados por otra persona, el 34% lo reportó tras la intervención de CAMBIE en el mismo año. Así mismo, el 22% dijo haber disminuido el número de inyecciones al día y el 48% usar una única jeringa para cada evento.

En efecto, la ocurrencia de la inyección en lugares de expendio y consumo, llamados “ollas” es sorprendentemente alta, la inmensa mayoría en Pereira, Armenia y Cúcuta lo ha hecho, y en menor frecuencia también ocurre en Bogotá y Medellín. Así, los lugares públicos, la calle y las ollas son los lugares más frecuentados para la práctica, lo que conlleva riesgos de seguridad y dificultades de control sobre lo que

ocurre durante el ritual de uso y estas prácticas también se han ido incrementando en el tiempo.

En referencia a la disposición final de equipos, lo más común es que se desechen en canecas o en la calle. Sólo en Pereira se encontró que algunos usuarios tienen la precaución de desechar las jeringas en frascos o latas, evitando así pinchazos accidentales en quienes manipulan la basura. Cederlas a otras personas es también muy común. Llamó la atención la frecuencia de reportes de confiscación de equipos de inyección por parte de la policía o negativa de venta por parte de algunas farmacias.

Si bien es posible que disponer de equipo estéril haya mejorado con el tiempo, se presentan problemas en el reporte de los datos. No obstante, es claro que en la mayoría de los casos, la razón para no usar equipos nuevos y estériles es que no disponen de ellos en el momento en que los requieren. También es llamativa la confianza que dicen tener a la hora de elegir con quien comparten o de limpiar los equipos antes, teniendo en cuenta que muy pocos dicen usar por ejemplo hipoclorito, a la hora de descontaminarlos. De esta forma, es posible concluir que existe una baja percepción de riesgo frente a las prácticas de mayor riesgo.

Los eventos de sobredosis se han incrementado también con el tiempo, una de cada tres personas dice haber vivido al menos un episodio, la inmensa mayoría ha presenciado un episodio y conoce de casos de muertes por sobredosis. En las ciudades de Medellín y Pereira estos episodios muestran aumentos importantes entre el año 2011 y 2014. Cúcuta es la ciudad que muestra el menor registro de estos eventos.

Al respecto, Pérez (2010 y 2011) llamó la atención acerca de la debilidad en los registros con lo cual es verdaderamente difícil saber qué tantas personas ingresan a urgencias por complicaciones derivadas del uso de heroína en Colombia y qué tantas personas pierden la vida por la misma razón. Si bien se cuenta con algunos registros, no hay manera de encontrar cifras detalladas. El informe del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) del período 2011-2012 muestra las cifras de intoxicaciones

en las que la heroína se colapsa en la categoría “depresores” a fin de “facilitar” el análisis (Lizarazo, 2013), lo que impide por completo saber si se trata de escopolamina, alcohol, benzodiazepinas, opiáceos u opioides.

En referencia al riesgo sexual, es claro que contrario a lo que podría esperarse, la heroína cumple un papel importante en los encuentros sexuales y los usuarios de heroína e inyectables tienen actividad sexual. El uso del condón es inconstante en todos los encuentros sexuales, y especialmente en los de alto riesgo como con parejas casuales, siendo mayor su uso en Armenia. Se presenta intercambio entre redes de personas que se inyectan y personas que pertenecen a grupos de alta vulnerabilidad al VIH como trabajadoras del sexo u hombres que tienen sexo con otros hombres.

El impacto de todas estas prácticas de riesgo empieza a reflejarse de manera preocupante en las cifras de prevalencia de VIH y hepatitis C entre personas que se inyectan drogas en Colombia. En Pereira la prevalencia de VIH aumentó cuatro veces, en Bogotá tres veces y en Medellín se duplicó. Si bien en Bogotá y Armenia, las cifras de prevalencia se conservan por debajo del 5%, en las otras ciudades se ha superado ampliamente este umbral, con lo cual se limitan las posibilidades de reducir la velocidad de transmisión de VIH entre las redes (ONUSIDA et al., 2003).

Al respecto es importante retomar lo que Hagan y Des Jarlais mostraron en el año 2000 y es que la variabilidad de las tasas de prevalencia e incidencia de VIH en grupos de PID se debe a varios factores que incluyen: el tiempo que el VIH lleva presente entre la población local, la frecuencia con la que se dan conductas de riesgo, los patrones de interacción de las redes de PID y la amplitud de la respuesta preventiva. Esto podría explicar la variabilidad con la que los virus han circulado en las distintas ciudades en Colombia.

Como lo señalaban Strathdee y colaboradores en 2010, el intercambio entre redes sociales y personales diversas es un factor de expansión del riesgo de exposición a otros grupos de población, incluida la población general.

En particular cuando se presenta intercambio con mujeres y hombres trabajadores del sexo y hombres que tienen sexo con hombres en los que la carga viral es elevada.

Según ONUSIDA y otros (2003) el análisis de estudios lleva a identificar factores que determinan la manera como las prácticas de riesgo influyen en la dinámica de las epidemias de infección por VIH, entre ellos: tasa de recambio de parejas sexuales y tipos de pareja, la función de grupos con alta actividad sexual o frecuente intercambio de jeringas; la presencia de parejas sexuales yuxtapuestas o concurrentes; la mezcla de parejas que hacen parte de las redes de personas con ciertos comportamientos sexuales y el uso de drogas; el tamaño de grupos que actúan como puente entre los grupos de mayor vulnerabilidad y la población general; la intensidad de las conductas de riesgo y el uso de medidas de protección (por ejemplo, condón; parafernalia estéril) entre los grupos que presentan prácticas de riesgo.

Otros factores referidos por ONUSIDA y otros (2003) que influyen en la expansión de una epidemia de infección por VIH tienen que ver con el tamaño de la población expuesta al riesgo; tipo y frecuencia de prácticas de riesgo en grupos vulnerables al VIH; presencia de otras ITS (ulcerativas); circuncisión; grado de integración de medidas de protección frente al VIH y por último, las redes de contacto y puentes de grupos vulnerables hacia otros grupos de población.

La dinámica diferencial entre todos estos factores podría explicar también la diferencia en las prevalencias encontradas entre ciudades.

Para el caso de la hepatitis C la situación es altamente preocupante y lo es porque las cifras halladas permiten decir que ya existen epidemias en grupos de inyectores en Colombia que se acercan al 50%. Si bien hasta el año 2011 el Plan Nacional de Respuesta al VIH/sida en Colombia no incluía a las personas que se inyectan drogas dentro de los grupos clave a priorizar en las acciones, a partir del año 2012 y tras la evidencia recabada hasta ese momento, se incluyeron de manera explícita en las prioridades para la acción en el campo (ver ONUSIDA/MPS, 2008; MPS/ONUSIDA, 2011).

En el caso de la hepatitis C, el Plan Nacional de Control de las Hepatitis Virales fue emitido en 2015 con acciones previstas hasta el 2017, en él es claro que los desafíos que afronta Colombia son altos porque son pocas las acciones de sensibilización que se llevan a cabo para prevenir las hepatitis virales; porque la mayoría de las personas con hepatitis B o C crónicas no presentan síntomas durante años y acuden a los servicios cuando ya presentan signos de cirrosis o cáncer hepático; porque los profesionales de la salud no hacen búsqueda activa en poblaciones de alto riesgo; porque no se cuenta con guías de atención que orienten la práctica clínica; porque los profesionales que tratan las complicaciones asociadas son pocos en el país; porque los medicamentos de mejor respuesta son de alto costo y no se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y porque hay poca participación de la sociedad civil en este tema, con lo cual la abogacía para exigir derechos es limitada (MS/OPS, 2015). En este plan las PID son visibles y los territorios ya pueden priorizarlas.

Hagan y Des Jarlais (2005) recuerdan que en efecto la hepatitis C penetra más rápidamente en las redes de PID de lo que lo hace el VIH y la prevalencia es entre 10 y 100 veces más alta en un rango que va de 10 a 30% por año. En esta población la hepatitis C puede llegar a ser endémica y a ello contribuyen factores como la mayor eficiencia en la transmisión. En estudios en trabajadores de la salud se encontró por ejemplo, que mientras la transmisión de HCV ocurre en un 3% de pinchazos accidentales, en VIH ocurre en el 0,3%.

Así mismo, las razones por las que la hepatitis C puede permanecer por debajo del 5% (que aunque ya no es el caso de Bogotá, la cifra es cercana) no son del todo claras, pero el control de este virus es mucho más difícil de lograr que el control de VIH y requiere de los mejores estándares en la respuesta.

De otro lado, se sabe que la co-infección con hepatitis C es común entre personas que se inyectan drogas y viven con VIH. Se estima que entre el 50% y el 90% de las PID positivas al VIH también presentan HCV, lo que incremen-

ta la velocidad con la que las complicaciones por este último virus se desarrollan y es la principal causa de muerte entre las PID que viven con VIH y se expusieron a través de la inyección. Las afectaciones hepáticas también influyen en las alternativas de tratamiento para el VIH porque muchos de los medicamentos son altamente tóxicos para el hígado.

La prevención efectiva de la HCV entre PID requiere programas multidimensionales que incluyan acceso a material higiénico de inyección, atención en salud, servicios de desecho seguro de parafernalia y tratamiento para el consumo de sustancias (MDPHBID, 2012). Otros países como Canadá, España, Alemania y Australia han incorporado las salas de consumo supervisado para asegurar el control no sólo de la calidad de la parafernalia, sino del entorno en el que ocurre la práctica.

A pesar de contar con una plataforma de acción que orienta las prioridades para los territorios, en este estudio se encontró que las personas que se inyectan drogas desconocen aspectos básicos del VIH; en Cali, Cúcuta y Pereira uno de cada dos dijo desconocer el riesgo de exposición a la infección por VIH, y este fue el caso en una de cada tres personas en Medellín, Bogotá y Armenia. Así mismo una de cada cinco personas desconocía el riesgo de VIH antes de iniciar con la inyección y en Cúcuta el desconocimiento fue aún mayor. Así mismo, muy pocas personas recibieron orientación en este tema en los doce meses previos a la medición.

Podría decirse que aunque Cúcuta y Armenia fueron las ciudades en las que estas personas dijeron con más frecuencia haber recibido información, la calidad de la misma no parece haber sido la mejor, pues al tiempo fueron las ciudades en las que se encontraron en mayor medida creencias erradas en torno al VIH. Medellín, Bogotá y Pereira presentan mejores niveles de conocimiento, pero poca exposición a información y educación en el área.

Por tanto, y aunque en ciudades como Armenia se ha implantado la búsqueda activa de VIH y HCV entre personas que se inyectan y que acuden a servicios especializados, hay un rezago

muy importante en las acciones de prevención, promoción de asesoría y prueba voluntaria y tratamiento, dirigidas a este grupo de alta vulnerabilidad en Colombia, lo que sin duda podría amenazar las metas previstas en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/sida 2014-2019.

En este Plan se definen resultados esperados que pueden resumirse así: la población identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza ideas erróneas sobre su transmisión; la población tienen mayor acceso a condones; la población de personas usuarias de drogas inyectables tiene mayor acceso a material de inyección estéril; se incrementa la población que demanda, accede y conoce el resultado de las pruebas para el diagnóstico de ITS-VIH; se promueven acciones de movilización social para empoderar en torno al estigma y la discriminación y los derechos sexuales; se conoce el nivel de estigma y discriminación por parte del personal de la salud y otras personas y se sensibiliza frente a ello; se establecen alianzas estratégicas con ONG y con organización de base que trabajan con esta población para sensibilizar y educar; implementar la programación integral de compra de condones en el nivel territorial para mejorar el acceso a esta población en los territorios.

El Plan Nacional dedica un resultado completo a esta población con el cual se pretende desarrollar procesos focalizados de educación, para informar y sensibilizar sobre riesgos de transmisión de ITS-VIH/Sida; proveer cooperación técnica dirigida al personal de salud que atiende a esta población para el desarrollo de capacidades de atención integral y estrategias de reducción de daño, según las guías, protocolos y lineamientos de atención vigentes; fortalecer la coordinación interprogramática (VIH y uso de drogas); y coordinar con los programas de salud mental la gestión de los insumos necesarios (material de inyección estéril y otros) para la implementación de estrategias de reducción del daño y prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables (ONUSIDA et al., 2014).

Todo ello se enmarca en una serie de lineamientos y compromisos internacionales que han

sido ratificados por Colombia en la Declaración de Compromiso de VIH/sida UNGASS y su renovación en 2011 y que el ONUSIDA ha plasmado en estrategias como “llegar a cero”. Para el año 2015 se buscaba reducir la transmisión del VIH entre personas que se inyectan drogas en un 50%. Se buscaba también detener y empezar a reducir la propagación del VIH/sida en 2015 y lograr el acceso universal al tratamiento de todas las personas que lo requieren en 2010. Aunque ha habido importantes avances en la respuesta de la mayor parte de países en Latinoamérica y en Colombia, la verdad es que estamos lejos de alcanzar dichas metas. Pero alcanzar estos logros pasa necesariamente por contener las epidemias que se vienen gestando en las calles de las ciudades en las que la inyección de drogas está en plena expansión en nuestro país.

Las metas actuales se apalancan en la estrategia 90-90-90 que busca llegar a que el 90% de quienes viven con VIH accedan al diagnóstico, el 90% de quienes lo requieren reciban tratamiento y el 90% de quienes están en tratamiento supriman su carga viral (UNAIDS, 2014b). Se trata de metas ambiciosas, tal como lo dice el mismo ONUSIDA, que sólo podrán alcanzarse si se reacciona de manera oportuna, integral y amplia a todos los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH, siendo las personas que se inyectan drogas las de mayor importancia porque han sido históricamente relegadas en la respuesta al VIH en Colombia y en otros países del mundo (UNAIDS, 2014).

De acuerdo con el informe de la Comisión Global de Drogas 2011 (citado por Quintero, 2012) los países que llevan a cabo acciones permanentes y consistentes en reducción de daños pueden mantener la prevalencia de VIH por debajo del 4% en las personas que se inyectan drogas, los países que actúan de forma tardía la pueden contener entre 10% y 15%, pero los países que no integran acción alguna en reducción de daños, enfrentan epidemias que van desde del 35% hasta el 45%.

La clave de la prevención eficaz está en mantener la prevalencia por debajo del umbral. El umbral se supera cuando la tasa de transmisión

pasa de 1, es decir que si una persona infecta a más de una persona a lo largo de su vida, la epidemia crecerá. Para el caso de las PID se ha dicho que superado el 5% se reducen las posibilidades de contener la infección y reducir la velocidad con la que se da la transmisión (ONUSIDA et al., 2003).

El VIH se propaga con más velocidad entre personas que tienen mayores prácticas de riesgo, por tanto, los resultados serán mejores si se actúa cuando las prevalencias son aún bajas en los grupos y se busca con ellas, reducir la velocidad de transmisión. Dado que se ha superado ese umbral en tres de las cinco ciudades con inyección de drogas visible, los retos que afrontamos son cada vez mayores (ONUSIDA et al., 2003).

Colombia tiene mucho que aprender de esta realidad ampliamente documentada en éste y otros trabajos, comprometiendo acciones de política pública que se reflejen en indicadores de salud pública evitando un alto costo social y sanitario. Al parecer no basta con definir plataformas de acción como los Planes de Respuesta o instrumentos como la Resolución 518 de 2015 (MSPS, 2015b) en las que se explicita la necesidad de llevar a cabo acciones dirigidas a este grupo en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, por ejemplo, o incluir la metadona en el POS, pues es necesario que los territorios más afectados, logren ubicar el tema en sus agendas políticas, logren ubicar a esta población en sus planes de desarrollo y en los planes de salud territoriales y logren rasguñar los presupuestos de salud pública en los que se compite con muchas otras prioridades.

La respuesta debe dejar de depender de la cooperación internacional tal como lo ha dicho la misma International Harm Reduction (IHR, 2014). En la mayor parte de países la reducción de daños ha sido financiada por estas fuentes y aunque Colombia ha hecho esfuerzos y ha invertido en la respuesta a esta situación, la realidad reflejada en este trabajo y en todos los que lo sustentan, indica que queda mucho por hacer.

De otro lado, depender de la cooperación para sustentar acciones de alta prioridad en la salud

pública nacional y local no deja de ser preocupante, la cooperación apalanca y abre puertas para nuevos desarrollos, pero no cumple ni debe cumplir las funciones que dependen netamente de los Estados y que son garantía de respeto por los derechos humanos fundamentales, entre ellos el derecho a la salud de las poblaciones más vulnerables.

En relación al tratamiento del consumo de heroína se encontró que la búsqueda por parte de los usuarios y usuarias es activa, como ya se dijo, al menos una de cada dos personas lo ha hecho, pero también ha fracasado en el intento.

Un hallazgo nítido es que no existe una percepción positiva de los tratamientos para el consumo de drogas ni de los servicios de salud. Desde la perspectiva de los “clientes” para los que fueron concebidos estos servicios, es una situación muy grave y lo es porque a pesar de los esfuerzos que también ha hecho Colombia por mejorar la calidad de los servicios dirigidos a consumidores de drogas, persisten situaciones que atropellan los derechos humanos fundamentales de estas personas, y la capacidad técnica-institucional para atender estos eventos de alta complejidad, es en muchos casos precaria. Se hizo evidente en muchos testimonios revisados en aproximaciones cualitativas (algunos de los cuales se retoman en este documento) que temas como el estigma o la discriminación están a la orden del día en los servicios de atención.

El estigma y la discriminación son la principal barrera de acceso a los servicios de salud, y la desconfianza o el temor, la principal barrera de acceso a los servicios de atención al consumo de drogas. Insistir en limitar el tratamiento a la desintoxicación y al desmonte definitivo de cualquier consumo es loable como propósito, pero condicionar el acceso y la permanencia de los usuarios al logro de la abstinencia, en este caso, promueve riesgos que pueden terminar en recaídas que exponen a quienes usan heroína a sobredosis potencialmente fatales, infecciones o nuevas infecciones y a posponer su búsqueda de ayuda por mucho tiempo. De esta forma los grandes esfuerzos que se han hecho a nivel nacional y territorial, se debilitan porque

a la larga terminan distanciando a los usuarios de los servicios que fueron previstos para su adecuada y oportuna atención.

La falta de lineamientos técnicos para el tratamiento y la atención de las personas que usan heroína y que se inyectan drogas, lleva a que las instituciones prestadoras de servicios de salud apliquen criterios que no necesariamente se ciñen a los estándares ampliamente difundidos por la Organización Mundial de la Salud. Por tanto, y tal como se documentó en el Plan Nacional de Respuesta al Consumo de Heroína y otras drogas por vía inyectada del año 2013, la mayoría de las instituciones que ofrecen tratamiento asistido con sustitutos opiáceos como la metadona, buscan desmontar en el corto o mediano plazo el consumo, aplican dosis mínimas incluso después de la estabilización de los pacientes con lo cual “sostienen” el malestar, ya que son insuficientes para eliminar por completo el síndrome de abstinencia. Lo que a la larga, termina por promover la deserción de los tratamientos, las recaídas y la mezcla de metadona con otras sustancias, amplificando el riesgo de sobredosis. Frente a esta situación, es urgente la construcción de dichos lineamientos por parte del Ministerio de Salud y Protección Social

Si bien es cierto que muchos usuarios y familiares desean y esperan liberarse por completo de la dependencia, al parecer no existe una pedagogía que permita comprender la dificultad de lograr el desmonte total y definitivo en la mayoría de los casos, tal como se ha visto en los países que han aplicado esta alternativa de tratamiento y que muestran que el riesgo de recaídas es mucho más alto que con otras sustancias.

Vale la pena traer a colación los hallazgos de Álvarez y colaboradores (2009), el 17% de quienes buscaron ayuda lo hizo para evitar el malestar asociado a la suspensión de heroína, pero cerca del 70% lo hizo para cambiar su estilo de vida. Esto en sí mismo, es un indicador del interés de las personas que consumen, en mejorar su calidad de vida lo que sería un buen prospecto de adherencia al tratamiento. Si esto es así en la mayoría, cabe preguntarse las razones por las que se persiste en la idea

de tratar a bajas dosis de metadona y buscar la abstinencia a como dé lugar, ante tasas de deserción y recaída tan altas.

Esta situación también ha llevado a que la metadona, a pesar de ser un medicamento de control especial, circule ampliamente por las calles. Se ha documentado la existencia de un “mercado negro” de este medicamento en virtualmente todas las ciudades en las que está disponible para el tratamiento de la dependencia. La principal razón es que se ha mejorado ampliamente el acceso a partir de su inclusión en el Plan Obligatorio de Salud, pero no es claro para las aseguradoras y para las prestadoras de servicios de salud que la metadona en sí misma, no es un tratamiento. Se requiere una dispensación supervisada enmarcada en atención integral a los usuarios y esto está ocurriendo en pocos casos. En ausencia de guías de atención integral no hay nada que oriente el quehacer en este campo, salvo el criterio de los profesionales de cada institución.

De acuerdo con Pérez (2011) usar metadona en el “mercado negro” puede estar motivado por el deseo de reducir el consumo de heroína y puede ser también un indicador de que se estaría fallando en dar una respuesta oportuna a la hora de buscar mitigar o superar la dependencia a la heroína.

A pesar de las barreras y dificultades descritas, la demanda de servicios es alta. Bogotá fue la ciudad en la que se detectaron mayores barreras de acceso a servicios para el tratamiento del consumo de heroína, Pereira y Medellín fueron en las que menos se observó esta situación. En las ciudades de Cali, Bogotá y Armenia, los usuarios refirieron en frecuencias que llaman la atención, haber evitado usar servicios de salud por temor a las autoridades.

Como lo señala Quintero (2012) se empieza a evidenciar un cambio en los enfoques asistencialistas a enfoques más participativos y de exigibilidad de derechos. Estos dos enfoques coexisten en todo caso en el campo del tratamiento a consumo de heroína y es necesario superar esta tensión, pues es el único camino hacia el logro de un verdadero enfoque de salud pública y de derechos humanos, que son en principio, las bases que sustentan la respuesta

frente al consumo de sustancias psicoactivas en Colombia desde hace algunos años.

Abadía y colaboradores (2009) explicaban que además de integrar enfoques participativos y de base comunitaria era necesario intervenir en los factores estructurales que están a la base de este fenómeno en municipios como Santander de Quilichao.

Es fundamental comprender que en países como Colombia podríamos estar enfrentando cierta contradicción entre los objetivos que se trazan las políticas de reducción de oferta y los que se trazan las de reducción de demanda. La historia revisada y las dinámicas descritas sugieren que aunque en Colombia se ha avanzado en la despenalización del uso personal de drogas, consumir e inyectarse drogas es un comportamiento altamente estigmatizado y perseguido por las autoridades.

Esto no sólo contribuye a la marginación de los usuarios sino a incrementar las barreras de acceso a los servicios, con lo cual los riesgos y los daños se incrementan y dejan de ser consecuencia exclusiva de las drogas mismas. La insuficiencia de acciones preventivas en general, de acciones de prevención de transiciones entre drogas y modos de uso, de medidas de reducción de daños oportunas en todos los contextos, de medidas de atención integral y de tratamientos de sustitución basados en la evidencia; así como la debilidad en las medidas que garanticen el respeto a los derechos humanos y el derecho a la salud de las personas que usan heroína y se inyectan drogas en Colombia, están impulsando el impacto negativo de estas prácticas en la salud pública y en la vida personal, familiar y social de estas personas y sus redes.

La historia humana no conoce una sola droga que haya dejado de consumirse o desaparecido por ser prohibida, pero muestra que su empleo tiene muchas más probabilidades de hacerse delirante si se prohíbe.

Antonio Escotado (citado por Santana, 2004)

Recomendaciones de política pública

Se presentan las recomendaciones divididas en aspectos a tener en cuenta en la prevención, la reducción de daños, el tratamiento y la atención, la capacidad institucional y territorial, y la construcción de evidencia.

- La materialización de los enfoques de salud pública y derechos humanos para responder al consumo de drogas debe garantizar la transversalización de la reducción de riesgos y daños en las acciones preventivas, de atención y de tratamiento. Su aplicación debe ser oportuna, sostenida, basada en la evidencia y a la escala necesaria de acuerdo con la realidad descrita en este trabajo. Debe también considerar que los riesgos y los daños asociados al consumo de heroína, cocaína y otras drogas no son exclusivos de las personas que se inyectan, por tanto la reducción de daños debe retomar una perspectiva más amplia e incluir a todos los consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR).
- Las áreas a cargo de cumplir las metas en VIH, hepatitis virales, salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, deben articularse y trabajar de manera interprogramática en el nivel nacional y territorial para asegurar la respuesta integral a una de las poblaciones de mayor vulnerabilidad y ampliamente afectada por todos y cada uno de estos eventos.
- El inicio temprano en la heroína y en la inyección lleva a recomendar el desarrollo de acciones tempranas. Es importante que se tengan en cuenta los factores de riesgo explorados en este estudio tanto para el consumo de heroína, como para la inyección de drogas, el VIH/sida y las hepatitis virales.
- Las acciones preventivas deben concentrarse en los grupos que muestran mayor vulnerabilidad al consumo de heroína y a la inyección de drogas. En niños, niñas y adolescentes que presenten problemas de comportamiento desde temprana edad; trastorno por déficit de atención e hiperactividad; que vivan en zonas de mayor prevalencia de la práctica; que estén desescolarizados o por fuera de la universidad; que estén presentando dificultades en el desempeño académico; que presenten alto consumo de marihuana, cocaína, basuco, benzodicepinas y alcohol; que presenten distanciamiento familiar, conflicto o consumo en familiares cercanos y que presenten depresión, ansiedad o dificultades en el manejo emocional.
- Debe ser priorizados quienes estén familiarizados con la heroína y quienes entre sus redes de amigos o amigas o parejas tengan a alguien que consuma heroína o se inyecte drogas.
- Dado que como se indicó es usual la deserción temprana de colegios y universidades, la prevención debe empezarse a dar en escenarios de baja complejidad, que lleguen a las comunidades. Por tanto, la estrategia de atención primaria en salud tanto como los primeros y segundos niveles de complejidad en la atención en salud, los servicios amigables para adolescentes y jóvenes, deben empezar a tener un rol protagónico en la prevención a través de la detección temprana de casos de alto riesgo.
- Si bien el temor o la aversión a las jeringas parece superarse rápidamente y la percepción de riesgo frente a la heroína y la inyección es baja, los mensajes podrían tener

un nicho de aceptación ya que en general se sabe que no están libres de riesgo y que pueden ser más lesivas que otras drogas o modos de uso.

- Sería importante explorar más a fondo el tema de la curiosidad como la principal razón para iniciarse en el uso de heroína y en la inyección de drogas. Si es posible saber qué hay detrás de esta curiosidad, será posible tener herramientas para prevenir más efectivamente estas prácticas.
- La reducción de daños es una política costo-efectiva y en todo caso mucho más económica que el tratamiento de enfermedades de alto costo como son la infección por VIH o las hepatitis virales. Se ha demostrado ya en el país que es posible integrar modelos ampliamente difundidos en otros lugares del mundo, ajustarlos a las realidades locales y empezar a tener resultados en corto plazo.
- Este enfoque está ampliamente soportado en la evidencia, no hay lugar para los temores que sugieren que se estaría promoviendo el consumo de drogas de alguna forma. Responde además a las recomendaciones hechas por ONUSIDA, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la UNODC, la Comisión Global y Latinoamericana de Políticas de Drogas, entre otras, entidades que orientan las políticas nacionales y locales en temas de consumo de sustancias psicoactivas y de VIH.
- Es necesario crear los mecanismos que aseguren que los instrumentos y las plataformas con las que ya cuenta el país, se apliquen en los territorios en los que el problema es más visible y se reflejen en acciones oportunas, sistemáticas, constantes y suficientes frente a la realidad que se describe en este trabajo.
- Las acciones de reducción de daños en Colombia deben tener fuentes de financiación claras para no depender de la cooperación internacional que lleva al riesgo de que programas de alto impacto en salud pública desaparezcan tempranamente por problemas en el financiamiento.
- Para ello, es necesario generar lineamientos claros para los territorios y ofrecer el acompañamiento técnico y también político que permita posicionar estos temas en las agendas de alcaldes y secretarías de salud de los territorios priorizados. La asistencia técnica ha sido importante, pero los técnicos se pueden quedar sin herramientas y sin recursos fácilmente cuando las prioridades nacionales y territoriales en salud pública son otras.
- Es recomendable también que ante la realidad hallada frente a la hepatitis C se explore la posibilidad de crear espacios de consumo e inyección supervisados y en todo caso es urgente que las experiencias demostrativas como el programa de distribución de equipos higiénicos de inyección en Pereira, en Bogotá y en Cali, se integren a la institucionalidad, a los planes de desarrollo territoriales y a los planes de salud territoriales. Sólo así será posible asegurar su sostenibilidad en el tiempo y que logren la escala necesaria para contener las epidemias existentes.
- Los programas de distribución de material higiénico para inyección cuentan con un protocolo probado en nuestro contexto y en aplicaciones futuras deben tener en cuenta que una jeringa al día no basta, pues la frecuencia de inyección es mayor y el intercambio uno a uno o la restricción de acceso a equipos, terminará por estimular la reutilización de los equipos y el uso compartido de los mismos. Si en el futuro se hace realidad que los equipos se integren al POS como es el caso de los condones hoy en día, es recomendable que tengan en cuenta las lecciones aprendidas de los programas de sustitución con metadona. Y que cuiden la disposición final de los equipos para evitar que las calles y las canecas de basura sigan siendo los repositorios de jeringas y parafernalia usada y potencialmente contaminada.
- La prevención y la reducción de daños debe integrar la activa participación de pares consumidores y los programas de base

comunitaria, tales como los centros de escucha, modalidades también previstas en la Resolución 518 de 2015.

- Es muy urgente que el Ministerio de Salud y Protección Social emita las guías de atención integral a esta población de manera conjunta entre las áreas de consumo de sustancias psicoactivas, VIH y hepatitis virales. Las guías deberán orientar la atención integral en todas las áreas e incluir la reducción de daños de manera transversal.
- La reducción de daños debe ampliarse en alcance a personas que usan heroína, que como se vio, usan también cocaína, marihuana y basuco por vías no inyectadas. Los riesgos de infección especialmente de hepatitis virales, se incrementan cuando hay uso compartido de pipas y otra parafernalia para inhalar o fumar estas sustancias.
- La Naloxona debe ser considerada un medicamento esencial y debe revisarse su uso intrahospitalario. La OMS emitió recientemente las guías que promueven la reducción de barreras de acceso a este medicamento, haciendo posible que los mismos usuarios, sus familiares, pares y otras personas que tienen probabilidad de ser testigos de un evento de este tipo, puedan actuar oportunamente, con el debido entrenamiento. Esta práctica está plenamente soportada en evidencia que indica que es seguro hacerlo y que los riesgos de no tenerla disponible cuando y donde ocurren estos eventos, son mucho mayores.
- Las guías de atención deben ser claras en la importancia de ofrecer una atención integral de tipo psicosocial y de salud física y mental. No es recomendable que el tratamiento se entienda como un camino que debe llevar tarde o temprano e indefectiblemente a la abstinencia definitiva de cualquier tipo de droga sin importar su particularidad. Los tratamientos de sustitución han mostrado que es posible llevar una vida plenamente funcional e integrada aún cuando persista una condición de dependencia que podría ser crónica. Si existe un acompañamiento psicosocial e integral, constante y de calidad, es posible superar el uso de drogas ilícitas, la vinculación al delito, las prácticas de alto riesgo, entre otras, que son en últimas las responsables del alto impacto social y sanitario de estas prácticas.
- El tratamiento de sustitución con metadona, cuenta con un modelo exitoso en la baja complejidad o en el primer nivel de atención en Armenia. Este modelo debería ser replicado en todas las ciudades en las que sería necesario. Reduce costos, barreras de acceso e integra la atención al sistema de salud, contribuyendo así a la reducción del estigma y la discriminación.
- Aunque la atención por salud mental es fundamental dada la alta comorbilidad en salud mental, la atención especializada y de alto nivel de complejidad o de segundo y tercer nivel, debería ser exclusiva para quienes presentan serio peligro para su integridad personal por razones como la ideación o la tentativa de suicidio. La interconsulta con psiquiatría es posible en alianzas con instituciones de segundo y tercer nivel y el servicio de psicología puede también ser habilitado en primer nivel, tal como se ha hecho en algunos territorios. Esta modalidad también reduciría los costos para el sistema.
- Es importante que se focalicen acciones a grupos de especial vulnerabilidad tales como mujeres, personas privadas de la libertad y personas en situación de calle.
- Es fundamental que el país refuerce las acciones para mejorar la capacidad técnica de los equipos de salud y de los servicios de atención en drogas en heroína y en inyección de drogas. Que estos esfuerzos integren a los equipos de VIH y hepatitis virales de las instituciones y entidades territoriales, para llevar a cabo acciones conjuntas. La formación debe ser continua y de amplia escala en los territorios prioritarios ya que la rotación de personal debilita la capacidad instalada.
- La reducción del estigma y la discriminación debe hacer parte integral de estas formaciones y es recomendable que se extienda

- a la comunidad general, a la policía y a las farmacias. En el caso de estas dos últimas, es fundamental que se les sensibilice sobre las consecuencias de decomisar los equipos de inyección o de negarse a vender insumos básicos para la inyección, además de potenciar el rol esencial que podrían jugar como aliados de las acciones de reducción de daños y de referenciación a servicios de atención.
- La práctica de la inyección debe monitorearse de nuevo y de forma sistemática en el país. Su seguimiento no puede limitarse a iniciativas de estudios esporádicos que responden a una política nacional de vigilancia epidemiológica.
 - Los estudios centinela de prevalencia de VIH entre personas que usan heroína, otras drogas y se inyectan, deben también integrarse a la vigilancia en VIH para esta población de manera sistemática y periódica, cuidando la posibilidad ya existente de comparar los hallazgos con estudios previamente realizados.
 - Es necesario definir una metodología que le permita a Colombia estimar con mayor certeza el número de personas que usan heroína y el número de personas que se inyectan drogas. Si bien se logró una aproximación en este trabajo, la metodología de captura y recaptura aplicada en la última serie de estudios del CES, no permite obtener resultados concluyentes.
 - Debe promoverse el uso, por parte de investigadores, de las bases de datos de los estudios realizados, con el fin de generar nuevos análisis de los datos. Por dar un ejemplo, más de 100 preguntas incluidas en el instrumento usado por la Universidad CES en las series de RDS en diferentes ciudades y en distintos años, se dejaron por fuera del análisis en el reporte de resultados. Promover nuevos análisis permitirá conocer aspectos fundamentales que darían mayor peso a las conclusiones.
 - Es necesario mejorar la divulgación de los estudios que se realizan, así como la oportunidad. De igual modo, es importante que los estudios cuenten con tiempos razonables de desarrollo.
 - Sería importante que Colombia empiece a explorar los riesgos asociados al VIH en personas que usan drogas y no sólo en personas que se inyectan drogas. América Latina viene recabando información que permite decir que en la región el mayor riesgo para el VIH en estos grupos es el riesgo sexual (Argentina, Brasil, Uruguay y México). De hecho, las personas que usan drogas vienen presentando prevalencias de VIH más altas que la población general sin que necesariamente se hayan dado antecedentes de inyección.
 - También es urgente definir mecanismos que permitan monitorear con mayor detalle los eventos de sobredosis y muertes asociadas por heroína y por inyección de drogas. En el caso de la primera, es fundamental evitar integrarla en categorías más amplias como “depresores” que terminan incluyendo por ejemplo la intoxicación por escopolamina.
 - Los medios de comunicación cumplen un papel fundamental como aliados de las acciones, es importante que se lleve a cabo una pedagogía que permita evitar episodios de violencia producto de documentales y otras iniciativas de divulgación, así como la profundización en miradas estereotipadas de las personas que usan drogas y se inyectan drogas. Por ejemplo, al parecer, un especial sobre la heroína en Cúcuta y en Santander de Quilichao en los años 2009 y 2010, desató consecuencias irreparables para muchos de los informantes.
 - La mayoría de estas recomendaciones fueron integradas ya al Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras drogas por vía inyectada construido por el Ministerio de Salud y Protección Social en entre los años 2012 y 2013. Este Plan fue resultado de la revisión de la respuesta territorial y nacional desde el año 2009, y si bien constituye una hoja de ruta clara y basada en la evidencia, se hace necesario actualizarla según la realidad actual, además de mejorarse su divul-

gación y financiamiento. La actualización debe integrar nuevas recomendaciones de política que no se consideraron inicialmente, por ejemplo: el manejo de las sobredosis con Naloxona en el ámbito comunitario, la prevención temprana y de transiciones, la

distribución de parafernalia para todos los usos que impliquen riesgo de VIH y hepatitis virales y avanzar hacia la construcción de lugares supervisados para la inyección. En el último capítulo de este informe y a manera de anexo se presenta una reseña del mismo.

Referencias

1. Abadía, C; Góngora, A; Fiesco, J y Niño, L. (2009). Evaluación rápida de situación del consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca. UNODC / Ministerio de Protección Social. Informe Final. Documento no publicado.
2. Álvarez, M; Suárez, A.M; Giraldo, L; Londoño, J; Hoyos, T; Bedoya, D; Cubides, B (2009). Características de las personas adictas a la heroína en tratamiento en una empresa social del estado de enero de 2003 a junio de 2008. *Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, vol., 5, num. 1, 2009, pp. 1-17. Escola de Enfermagem de Riberão Preto. São Paulo, Brasil.
3. Alcaldía Mayor de Bogotá (2012). Abuso de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. VESPA en el Distrito Capital. En: <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/SIVIM/Bolet%C3%ADn%20VESPA%202012.pdf>
4. Amorim E., Cornelis J.P. Afonso c.m., Duarte A. Carvalho F., Dinis-Oliveira R.J. (2015). The harmful chemistry behind krokodil (desomorphine) synthesis and mechanisms of toxicity. En: *Forensic Science International* 249 (2015) pp. 207-213.
5. Bravo, M.J; Mejía, I.E. y Barrio, G. (2008). Encuestas de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo CODAR. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Consumo, AECID, OPS. En: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Codar_cuaderno1.pdf
6. Calafat, A. y Becoña, E. (2005). ¿Se puede prevenir el consumo de heroína?. *ADICCIONES*, 2005, Vol.17, Supl. 2.
7. Cambie/ATS (2015). Cambie programa de acceso a material higiénico de inyección, contexto y análisis de resultados. Presentación Cali Agosto, 2015. Presentación aportada por el programa.
8. Castaño, G.A. (2002). Consumo de heroína en Colombia. *ADICCIONES*, 2002, VOL 14, NÚM. 1, Pags 87/90
9. Castaño, G y Calderón, G. (2010). Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública* 12/2010; 36(4): 311-322.
10. Castaño, G y Calderón, G. (2010b). Características socio-demográficas de los consumidores de heroína en Medellín, Colombia. *Psychologia: avances de la disciplina*. Vol. 4. Num. 2. Pp: 19-29. Jul-Dic 2010.
11. Castaño, G y Calderón, G. (2010c). Comorbilidad asociada en un grupo de consumidores de heroína de Medellín. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. 39, Suplemento 2010.
12. CDC (2015). Nuevas investigaciones revelan las tendencias y factores de riesgo de la creciente epidemia de heroína en Estados Unidos. Comunicado de Prensa 7 de Julio, 2015. En: http://www.cdc.gov/spanish/mediosdecomunicacion/comunicados/p_vs_heroina_070715.html
13. CICAD/OEA (2015). Informe sobre uso de drogas en las Américas 2015. En: <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=3209>
14. Departamento de Estado de los EEUU, Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs. (2011). International narcotics control strategy report 2011. En: <http://www.state.gov/j/inl/rls/nrcrpt/2011/vol1/156359.htm>
15. Dikötter, F (2003). "Patient zero" and the myth of "the opium plague". Inaugural Lecture, School of Oriental and African Studies, University of London. En: <http://frankdikotter.com/publications/the-myth-of-opium.pdf>

16. Donoghoe, M. y Wodak, A (1998). Health and social consequences of injecting drug use, chapter 2. G. Stimson, D. Des Jarlais y A. Ball (Eds.). *Drug Injecting and HIV Infection*. World Health Organization. London / Pennsylvania: UCL Press.
17. Dutta, A; Wirtz, A; Satnciole, A; Oelrichs, R; Semini, I; Baral, A; Pretorius, C; Haworth, C; Hader, S; Beyrer, C y Cleghorn, F. (2013). The global HIV epidemics among people who inject drugs. The World Bank. En: <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/GlobalHIVEpidemicsAmongPeopleWhoInjectDrugs.pdf>
18. El mundo.es (2012). El pueblo de la heroína. Archivo de prensa.
19. Elpais.com.co (2010). Heroína, un fantasma que crece en Cali. Archivo de prensa.
20. El Tiempo (1992). Heroína: otro paso de la mafia colombiana. 18 de Octubre de 1992. En: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-224882>
21. El Tiempo (2010). Casos de sobredosis de heroína prenden alerta en Colombia. Archivo de Prensa.
22. Energy Control (2007). Pureza de la heroína en interviú. En: <http://energycontrol.org/foro/Foro-sobre-drogas-y-gestión-de-placeres-y-riesgos/1483-Pureza-de-la-hero%C3%ADna-en-Interviú.html>
23. Fernández, H. (1950/1998). *Heroin*. Minnessota: Hazelden.
24. Fundar Colombia (2015). Informe de pacientes dependientes de heroína que han ingresado a tratamiento para sustitución con metadona en Fundar Colombia. Informe entregado por la institución.
25. Gainza I., Nogué S., Martínez Velasco C., Hoffman R. S., Burillo-Putze G., Dueñas A. et al (2003). Intoxicación por drogas. *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet]. [citado 2015 Ago 26]. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000200006&lng=es.
26. Gandur, C. (2009). Análisis cualitativo de cocaína, heroína y morfina por cromatografía de gases acoplada a espectrometría de masas (CG/MS). *Revista Colombia Forense* 1(3):15-23
27. Gobernación del Valle del Cauca (2014). Consumo de opiáceos y opioides en el Valle del Cauca. Informe.
28. González et al. (2011). Comorbilidad psiquiátrica en una muestra de pacientes con dependencia de opiáceos tratados con buprenorfina sublingual en régimen de comunidad terapéutica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2011;4(2):81—87. En: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=-90023462&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=286&ty=170&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=286v04n-02a90023462pdf001.pdf
29. Grunda J.P, Latypovc A., Harris M. (2013). The emergence of krokodil and excessive injuries among people who inject drugs in Eurasia. En: *International Journal of Drug Policy* 24 (2013) p.p 265-274.
30. Hagan, H y Des Jarlais, D (2000). HIV and HCV infection among injecting drug users. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. Vol 67 Nos. 5 & 6. Oct-Nov 2000.
31. HRI Harm Reduction International (2014). Global state of harm reduction. En: <http://www.ihra.net/files/2015/02/16/GSHR2014.pdf>
32. IHRA (2010). Three cents a day is not enough: resourcing HIV-related harm reduction on a global basis. London: International Harm Reduction Association.
33. Insight Crime / Open Society Foundations. (2013). ¿Colombia sigue siendo un jugador importante en el mercado de heroína de Estados Unidos?. En: <http://es.insight-crime.org/analisis/colombia-sigue-siendo-un-jugador-importante-en-el-mercado-de-heroina-de-estados-unidos>

35. Isaza, C; Henao, J; Beltrán, L; Porras, L; Gonzalez; M, Cruz, R y Carracedo, A. (2013). Genetic variants associated with addictive behavior in colombian addicted and non-addicted to heroin or cocaine. *Colombia Médica*, Vol. 44 No.1, 2013 (Jan-Mar).
36. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes JIFE (2013). Informe de la JIFE 2014: Previsiones de las necesidades mundiales para 2015; estadísticas 2013.
37. Khantzian, E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry* 142: 1259-1264.
38. Khantzian, E.J. (2003). The self-medication hypothesis revisited: the dually-diagnosed patient. *Primary Psychiatry*, Sept 1 2013. En: <http://primarypsychiatry.com/the-self-medication-hypothesis-revisited-the-dually-diagnosed-patient/>
39. Labrousse, A. (1993). *La droga, el dinero y las armas*. Siglo XXI Editores.
40. Lasdrogas.info (2009). Poder adictivo y peligrosidad ¿es el cannabis más peligroso que el alcohol y el tabaco?. Portal del European Action on Drugs y financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España. En: <http://www.lasdrogas.info/opiniones/286>
41. Lizarazo, K (2013). Panorama de las intoxicaciones por sustancias psicoactivas notificadas al sivegila Colombia 2011-2012. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional Vol 18, No. 24 Diciembre 31 de 2013. Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud.
42. Magnani, R et al. (2005). Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS* 2005, 19 (suppl 2):S67-S72.
43. Madal, A. (2014). Uso ilícito del fentanilo. *News Medical*. En: [http://www.news-medical.net/health/Fentanyl-Illicit-Use-\(Spanish\).aspx](http://www.news-medical.net/health/Fentanyl-Illicit-Use-(Spanish).aspx)
44. Martins, L. (2008). Historia internacional de la droga. *Encod. org*.
45. Massachusetts Department of Public Health Bureau of Infectious Diseases MDPH-BID (2012). Shifting epidemics: HIV and hepatitis C infection among injecting drug users in Massachusetts. En: <http://www.mass.gov/eohhs/docs/dph/aids/shifting-epidemics-report.pdf>
46. Mateu, G, Astals, M y Torrens, M. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones*, Vol. 17, Supl. 2.
47. McKenna, G (1982). Methadone and opiate drugs: psychotropic effect and self-medication. *Annals New York Academy of Sciences*, 2982, V.398, pp. 44-53.
48. Medina-Pérez, O. y Rubio, L.A. (2012). Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en adolescentes farmacodependientes de una fundación de rehabilitación colombiana. Estudio descriptivo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 550-561. Retrieved September 02, 2015, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502012000300007&lng=en&tlng=es.
49. Mejía, I.E. (2003). *La inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta*. Presidencia de la República. Bogotá: Ágora Editores.
50. Mejía I.E.; Isaza, G y Flórez, A.M. (2004). Diagnóstico situacional: instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia. Ministerio de Protección Social. Informe de Resultados.
51. Mejía I.E. y Pérez, A. (2005). La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente. *ADICCIONES*, 17, 251-260.
52. Mejía, W; Fernández, A; Vergara, G; Gärtner, G y Ciro, M. (2002). *Las mulas del eje cafetero*. DNE, UNDCP, Gobernación de Risaralda, ALMAMATER, Universidad Tecnológica de Pereira, Universidad del Quindío, Universidad de Caldas.

53. Ministerio de Justicia y del Derecho y Observatorio de Drogas de Colombia (2015). Caracterización química y de mercado de la heroína de consumo interno en Colombia en ciudades seleccionadas. (Informe en prensa).
54. Ministerio de Salud (1994). Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud.
55. Ministerio de Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, DNE (2008). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. En: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO0327200>
56. 8-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-2008-.pdf
57. Ministerio de la Protección Social y ONUSIDA (2011). Marco de resultados y líneas de acción para la construcción del plan de respuesta al VIH y el sida, Colombia 2012-2016. En: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/prevencion/promocion_prevencion/promocion_de_la_SSR/c.plan_intersectorial_respuesta/Marco%20de%20Resultados%20y%20L%C3%ADneas%20de%20acción%20Colombia.pdf
58. Ministerio de Salud y Protección Social MSPS (2012). Informe UNGASS Panorama 2012. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en habitantes de calle en cuatro ciudades de Colombia, 2012 Proyecto del Fondo Mundial. En: Boletín Epidemiológico Situación del VIH/sida Colombia 2013.
59. Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada. MAYU of New England / OIM.
60. Minjusticia, Minsalud y Observatorio de Drogas de Colombia (2013). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. En: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031052014-estudio-consumosustancias-psicoactivas2013.pdf>
61. Ministerio de Salud y Protección Social (2015) Plan nacional de control de las hepatitis virales 2014-2017. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/PAI/plan-nacional-control-hepatitis-virales-2014-2017.pdf>
62. Ministerio de Salud y Protección Social (2015b). Resolución 0518 de 2015. En: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%200518%20de%202015.pdf
63. Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y Protección Social (2011). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, Colombia 2011. En: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03282011-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-poblacion-escolar-colombia-2011-.pdf>
64. Ministerio de Justicia y del Derecho (2013). Minjusticia presentó experiencia de investigación en heroína ante delegados de observatorios de droga reunidos en Portugal. Noticias. Portal web.
65. Musto, D. (1993). La enfermedad americana: orígenes del control antinarcóticos en Estados Unidos. Bogotá: Tercer Mundo Eds. Eds Uniandes, CEI.
66. NIDA (2014). Drug facts: heroin. En: <http://www.drugabuse.gov/publications/drug-facts/heroin>
67. Najar, A (2013). The history behind the "boom" of mexican heroin. BBC world. En: <https://tlakatekatl.wordpress.com/2014/12/11/boom-of-mexican-heroin-drugwar-fail-yamecanse-yamecanse2-yamecanse3/>

68. Observatorio de Drogas del Eje Cafetero ODEC (2012). Sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia: informe Risaralda. UTP, Gobernación de ONUDD (2007). Informe mundial sobre drogas 2007. En: https://books.google.com.co/books?id=Ulc7Qd4fGEcC&pg=PA272&lpg=PA272&dq=limitaciones+de+las+encuestas+de+hogares+en+medición+de+consumo+de+drogas&source=bl&ots=UM3UtrUMC&sig=yBpHqtT90lfIOAwQ3NZmrht2s0E&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
69. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías OEDT (2015). Informe europeo sobre drogas: tendencias y novedades. En: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_ES_TDAT15001ESN.pdf
70. ONUSIDA y Ministerio de la Protección Social (2008). Plan nacional de respuesta ante el VIH y el sida, Colombia 2008-2011. En: <http://www.col.ops-oms.org/images/PLAN%20VIH%20DEFINITIVO.pdf>
71. ONUSIDA, FHI, USAID, IMPACT y OPS (2003). Estrategias de prevención eficaces cuando la prevalencia de infección es baja. En: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/isid22107.pdf>
72. ONUSIDA (2011). Llegar a cero: estrategia 2011-2015 ONUSIDA. En: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaids-publication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf
73. ONUSIDA (2013). Informe mundial 2013, ONUSIDA informe sobre la epidemia mundial de sida. En: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf
74. ONUSIDA, Ministerio de Salud y la Protección Social y Grupo Temático de VIH/sida (2014), Plan Nacional de respuesta ante las ITS-VIH/sida Colombia 2014-2017. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-nacional-respuesta-its-2014-2017.pdf>
75. Páez, C. (s.f) Cuatro décadas de guerra contra las drogas ilícitas: un balance costo-beneficio. Ministerio de Relaciones Exteriores, Centro de Pensamiento Estratégico. En: http://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/pensamiento_estrategico/documentos_sobre_region/d.Cuatro%20D%20E9cadas%20de%20Guerra%20contra%20las%20Drogas%20II%20EDcitas%20Un%20Balance%20Costo%20-%20Beneficio%20-%20Agosto%202012%20-%20Cesar%20PAEZ.pdf
76. Palacios, M y Serrano, M (s.f). Colombia y México: las violencias del narcotráfico. En: [http://cei.colmex.mx/Estudios%20Violencia%20México%20Materiales%20recibidos/Grandes%20problemas/Cap%C3%ADtulo%204%20\(Serrano%20y%20Palacios\).pdf](http://cei.colmex.mx/Estudios%20Violencia%20México%20Materiales%20recibidos/Grandes%20problemas/Cap%C3%ADtulo%204%20(Serrano%20y%20Palacios).pdf)
77. Peele, S. (2003). 7 tools to beat addiction. USA: Three Rivers Press.
78. Pérez, A. (2009). Transiciones en el consumo de drogas en Colombia. ADICCIONES, 2009. Vol. 21 Num. 1. Pags. 81-88. En: [http://www.adicciones.es/files/81-88%20perez%20\(transiciones\).pdf](http://www.adicciones.es/files/81-88%20perez%20(transiciones).pdf)
79. Pérez, A. (2010). Heroína: consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín. UNODC / Ministerio de Salud y Protección Social.
80. Pérez, A y Mejía I.E (2001). Phase II: WHO multi-city study: HIV and Hepatitis B/C risks among injecting drug users in Bogota, Colombia, a multi-method study. Rumbos / Universidad de Los Andes. Informe final RAR.
81. Pérez, A y Mejía I.E (2005). La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente. En: Adicciones Vol. 17 No. 3 (2005).
82. Pérez, A; Scoppetta, O; Correa, M; Giraldo, D; Preciado, M y González, L. (2011). Contexto de vulnerabilidad al VIH/sida

- en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo CODAR en las ciudades de Medellín y Armenia, evaluación y respuesta rápida, caracterización e identificación. Ministerio de Protección Social y UNFPA. Bogotá: Legis.
83. Programa Presidencial Rumbos (1999). Sondeo nacional sobre consumo de drogas en jóvenes. Comisión Nacional de Investigación sobre Drogas/ Presidencia de la República.
 84. Programa Presidencia Rumbos (2001). Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años. Bogotá: Comisión Nacional de Investigación en Drogas. En: <http://www.nuevosrumbos.org/documentos/Encuesta%202001.pdf>.
 85. Portafolio.co (2014). Bajo precio y fácil acceso, reviven a la heroína. Archivo de prensa.
 86. Portal del Observatorio de Drogas de Colombia ODC. Cultivos ilícitos, amapola. En: <http://www.odc.gov.co/OFERTA-DE-DROGAS/Cultivos>
 87. PRADICAN (2012). Il estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria. En: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/destacados/CO03542012-ii-estudio-epidemiologico-andino-sobre-consumo-drogas-poblacion-universitaria-informe-colombia-2012-.pdf>
 88. Quintero, J. (2012). El consumo de heroína en Cúcuta y Pamplona: una realidad visible. Informe final. Ministerio de Protección Social/Gobernación de Norte de Santander.
 89. Rebound Behavioral Health (s.f.) Causes, signs and effects heroin abuse. En: <http://www.reboundbehavioralhealth.com/addiction/heroin/symptoms-signs-effects>
 90. Rhodes, T y Hartnoll, R. (eds.) (1996). AIDS, drugs and prevention: perspectives on individual and community action. London: Routledge.
 91. Risaralda, Minsalud, UNODC. En: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/SUISPA/SUISPA-Risaralda2012.pdf>
 92. Roig, A. (2014). Consumo de heroína y otras sustancias inyectables en Bogotá, fase diagnóstica. ATS y OSF. En: <http://corporacion-ats.com/pdf/Diagnostico+Bogotá+26112014.pdf>
 93. Strathdee, S y Stockman, J. (2010). Epidemiology of HIV among injecting and non-injecting drug users: current trends and implications for interventions. *Curr HIV/AIDS REP.* 1010 Mayo 7(2): 99-106. Publicado online 2010 10.1007/s11904-010-0043-7
 94. Strathdee, S; Hallett, T; Bobrova, N; Rhodes, T; Booth, R; Abdool, R y Hankins, C. (2010). HIV and risk environment for injecting drug users: the past, present and future. *The Lancet* Julio 2010; 376; 268-284.
 95. Rocha, R. (2011). Las nuevas dimensiones del narcotráfico en Colombia. UNODC y Ministerio de Justicia y del Derecho.
 96. Santana, A. (2004). El narcotráfico en América Latina. México: Siglo XXI editores.
 97. Semana (2014). Enganchados por la heroína en el eje cafetero. Archivo de prensa.
 98. Scoppetta, O. (2010). Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias. Ministerio del Interior y de Justicia, DNE y ODC. Bogotá: Ed. Guadalupe.
 99. Scoppetta, O. (2014). Análisis de información a partir de la base de datos del SUICAD. En: <http://suicad.com/Analisis%20%20diciembre%202014.pdf>
 100. Secretaría de Salud de Cali (2011). Resumen VESPA 2009-2011. En: http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/vigilancia_en_salud_mental_pub
 101. Stimson, G. y Chopanya, K. (1998). Global perspectives on drug injecting, chapter 1. G. Stimson, D. Des Jarlais y A. Ball (Eds.). *Drug Injecting and HIV Infection*. World Health Organization. London / Pennsylvania: UCL Press.

102. Stimson, G., Des Jarlais, D y Ball, A. (1998). Drug injecting and HIV infection. WHO. London / Pennsylvania: UCL Press.
103. Suárez, J.E. (1989). Cap 3. Farmacología. Heroína. Jesús Cabrera et al., compiladores. Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil. México D.F.
104. Tokatlián, J. (1993). El desafío de la amapola en las relaciones entre Colombia y Estados Unidos. Colombia Internacional, Revista del Departamento de Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Los Andes. Versión en línea. Marzo de 1993. Pp 3-10.
105. UNAIDS (2014). People who inject drugs. The gap report 2014. En: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/05_Peoplewhoinjectdrugs.pdf
106. UNAIDS (2014b). 90-90-90 an ambitious treatment target to help end AIDS epidemic. En: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf
107. Unión Europea y Comunidad Andina (2009). Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria, informe Colombia 2009. En: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/internacionales/CO03242009-estudio-epidemiologico-andino-sobre-consumo-drogas-sinteticas-poblacion-universitaria-.pdf>
108. UNODC (2007). Sembramos y ahora recogemos: somos familias guardabosques. En: https://www.unodc.org/documents/colombia/2013/Agosto/DA2013/Sembramosyahorarecogemos2da_Edicion.pdf
109. UNODC (2008). World drug report. En: https://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf
110. UNODC, Red Alma Mater, SIDECA y Gobernación de Risaralda (2010). Consumos emergentes de sustancias psicoactivas en Risaralda. En: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031012010-consumos-emergentes-sustancias-psicoactivas-risaralda.pdf>
111. UNODC (2012). Informe mundial sobre las drogas, 2012. En: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf
112. UNODC (2013). World drug report. En: https://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf
113. UNODC (2014). World drug report. En: https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf
114. UNODC (2014b). Monitoreo a la erradicación manual forsoza realizada por los grupos móviles de erradicación - GME en 2014. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito.
115. UNODC (2015). World drug report. En: <https://www.unodc.org/wdr2015/>
116. WHO (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Spain: WHO.
117. WHO (2014). Community management

Anexo:

Reseña del Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína

El “Plan Nacional de Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas”, aprobado en 2015 por el Consejo Nacional de Estupefacientes, incorpora el componente de reducción de riesgos y daños. En este componente se incorpora el desarrollo del “Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada”, formulado en 2013 por el Ministerio de Salud y Protección Social con apoyo de la ONG MAYU of New England y la OIM.

El “Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada” busca dar respuesta a un fenómeno emergente, reconociendo con ello el impacto potencialmente negativo que esta droga y la inyección como práctica podrían traer a la salud pública en Colombia. Además, usar la capacidad instalada que se viene consolidando en el país y avanzar en el escalamiento de las acciones que de manera dispersa se venían desarrollando en diversos territorios.

En el marco del Plan se vienen realizando acciones en varios campos: 1) caracterización del fenómeno en los territorios, 2) formación, capacitación e intercambio de experiencias de los equipos de salud y de atención en drogas, con la participación de expertos internacionales, 3) consolidación de los programas de sustitución con metadona, 4) fortalecimiento y desarrollo de programas de desintoxicación, 4) desarrollo de guías de atención integral basadas en la evidencia, 5) desarrollo de dispositivos de base comunitaria con énfasis en la atención al consumo de heroína, 6) financiamiento y acompañamiento técnico a planes de respuesta conjunta VIH/drogas y a proyectos prioritarios para la reducción de daños y 7)

desarrollo de acciones y piezas de comunicación para el cambio de comportamiento y para la prevención de transiciones entre drogas y modos de uso.

El Plan reconoce que las personas que usan sustancias psicoactivas y en particular quienes usan heroína y se inyectan drogas, son sujetos de derechos y también de deberes, que aún cuando tengan un trastorno de dependencia, siguen siendo responsables de su bienestar y el de sus redes, y tienen la capacidad de transformar su realidad y reducir los riesgos y daños a los que se exponen, en tanto cuenten con los medios, los espacios y los escenarios que lo permitan.

En esta misma línea el Plan busca apalancar gran parte de las acciones previstas en el ámbito comunitario y en el primer nivel de atención. Con ello se estarían generando puentes entre la institucionalidad, las comunidades y las redes de personas usuarias de drogas, necesarios para promover aspectos como el acceso, la confianza, la pertinencia de las intervenciones y la transformación de las prácticas.

Así mismo, se señala la importancia de acercar los servicios a los entornos naturales de las personas usuarias, asegurar la participación de los mismos usuarios y sus pares en las estrategias, dar herramientas a las autoridades locales y equipos técnicos para escalar las intervenciones y para que cuenten con medios que faciliten y cualifiquen su trabajo en lo local.

A continuación se presenta un resumen de las principales líneas de acción previstas en el Plan y que buscan contener este fenómeno y contrarrestar sus consecuencias.

I. Línea estratégica: prevención

Reducir la incidencia de consumos de alto impacto para la salud pública y minimizar los riesgos para la salud física, mental y social asociados a estos consumos.

- 1.1 Detección e intervención precoz y temprana de casos de alto riesgo (incluye la promoción de la demanda de servicios de asesoría y prueba voluntaria APV)
- 1.2 Educación en salud
- 1.3 Disponibilidad de medios preventivos (condones y kits de uso/inyección higiénica) y promoción de vacunación contra HBV (esquema rápido 1/7/20 d)
- 1.4 Educación en derechos sociales y en salud
- 1.5 Educación y movilización social y comunitaria (sensibilización frente al tema, reducción de estigma y preparación para las acciones de asistencia y atención)

II. Línea estratégica: mitigación

Reducir la incidencia y prevalencia de daños prevenibles asociados al uso intravenoso de drogas y al consumo de heroína y mejorar la accesibilidad a su detección, diagnóstico y tratamiento

- 2.1 Distribución e intercambio de jeringas y otros insumos para asegurar una práctica higiénica
- 2.2 Distribución de condones
- 2.3 Detección, diagnóstico y tratamiento antiretroviral, hepatitis virales, de otras ITS y TBC
- 2.4 Estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento (enfoque CCC) y de educación en salud focalizada enmarcando las intervenciones y la entrega de insumos (condones, kits y vacunas) así como la prevención y manejo de sobredosis

- 2.5 Detección, diagnóstico y derivación para tratamiento de co-morbilidades en salud mental
- 2.6 Atención en red de necesidades psicosociales (sociales, jurídicas, educativas, laborales, entre otras)

III. Línea estratégica: fortalecimiento de la atención y el tratamiento

Mejorar la accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad del tratamiento de la dependencia a la heroína

- 3.1 Socialización de las guías de práctica clínica y avance sobre su implementación en el marco del SGSSS
- 3.2 Desarrollo de un Modelo de Gestión Programático en PID para Colombia
- 3.3 Gestión de medicamentos e insumos para ampliación de alternativas terapéuticas con mayor regulación
- 3.4 Desarrollo de un sistema de gestión de casos que permita la evaluación y seguimiento integral de las necesidades de los consumidores
- 3.5 Accesibilidad a desintoxicación asistida con medicamentos (preferentemente con agonistas opiáceos)
- 3.6 Accesibilidad a mantenimiento de mediano y largo plazo asistido con medicamentos
- 3.7 Atención psicosocial integrada al Programa de Mantenimiento con Metadona (PMM) con miras al mantenimiento o desintoxicación y abstinencia según caso

IV. Línea estratégica: gestión y fortalecimiento de capacidades

Fortalecer la capacidad de respuesta territorial, institucional y comunitaria frente al consumo de heroína y otras drogas por vía inyectada

- 4.1 Formación en normatividad y derechos

- 4.2 Formación en herramientas de tamizaje, intervención breve, entrevista motivacional y derivación
- 4.3 Formación en APV y tratamiento para VIH/sida con enfoque diferencial
- 4.4 Formación y sensibilización a los medios de comunicación
- 4.5 Desarrollo de un sistema de vigilancia en VIH con herramientas de segunda generación y grupos centinela
- 4.6 Desarrollo de un sistema de alertas tempranas de consumos de alto riesgo y de eventos de salud y mortalidad asociada
- 4.7 Desarrollo de un sistema de registro, monitoreo y seguimiento de casos (integrado a SUI CAD)
- 4.8 Desarrollo de un sistema de monitoreo y seguimiento de acciones del Plan Nacional
- 4.9 Creación de comités²³ de gestión territorial y de acción integrada VIH / SPA-SM (coordinación y seguimiento de planes locales)
- 4.10 Desarrollo de un estudio que permita estimar el número de PID en Colombia y otros.

23 Podrán ser también sub-comités de las mesas intersectoriales ya existentes y operando en los territorios

