



La justicia
es de todos

Minjusticia



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Estudio de prevalencia de **VIH**, Hepatitis **B**, Hepatitis **C**, Sífilis,

y comportamientos asociados en las
personas que se inyectan drogas en las
ciudades de **Armenia y Cúcuta** en el 2021

2021



La justicia
es de todos

Minjusticia



UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Ministerio de Justicia y del Derecho

Wilson Ruiz Orejuela

Ministro de Justicia y del Derecho

Camilo Andrés Rojas Castro

Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa

Andrés Orlando Peña Andrade

Director de Política de Drogas y Actividades Relacionadas

Jenny Constanza Fagua Duarte

Subdirectora Estratégica y de Análisis

Gonzalo Barreto Nuñez

Profesional del Observatorio de drogas de Colombia - ODC

Universidad CES

Jorge Julian Osorio Gomez

Rector Universidad CES

Dedsy Yajaira Berbesi Fernández

Investigadora principal

Sara Milena Ramos Jaraba

Coinvestigadora

Sebastián Bedoya Mejia

Coordinador de Control de Calidad

Maribel Restrepo Mesa

Supervisora Trabajo de Campo Armenia

Lida Maria Quintero Rojas

Supervisora Trabajo de Campo Cúcuta

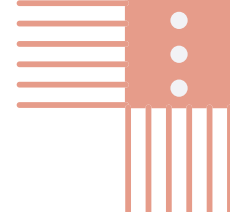
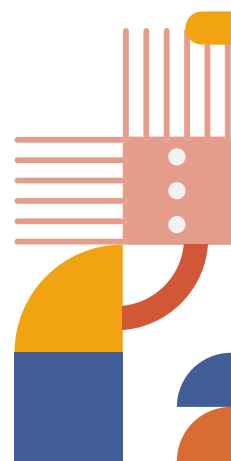


Tabla de contenido

Tabla de contenido	3
Lista de tablas	8
Lista de figuras	9
Resumen.....	10
Introducción	12
1. Marco teórico	14
1.1 Generalidades de la normatividad sobre Drogas.....	14
1.2 Riesgos asociados al consumo en Personas que se Inyectan Drogas	17
1.3 Epidemiología del VIH en personas que se inyectan drogas.....	21
1.4 Epidemiología de Sífilis en Personas que se Inyectan Drogas.....	23
1.5 Epidemiología de las hepatitis en Personas que se Inyectan Drogas.....	24
2. Objetivos.....	27
2.1 Objetivo principal.....	27
2.2 Objetivos específicos.....	27
3. Metodología.....	28
3.1 Tipo de estudio.....	28
3.2 Población y muestra.....	28
3.2.1 Población	28
3.2.2 Tamaño de muestra	28
3.2.3 Criterios de selección	29
3.2.4 Criterio de exclusión.....	29
3.3 Estudio exploratorio cualitativo	29
3.4 Recolección información para estimación de la población.....	30
3.4.1 Método multiplicador	30
3.4.2 Diseño muestral	30

3.5	Proceso de recolección de la información.....	30
3.5.1	Técnica de recolección de información	30
3.6	Detección de anticuerpos contra la infección por VHC	31
3.7	Detección de antígenos de hepatitis B (HBV)	31
3.8	Detección de la infección de sífilis	32
3.9	Detección de la infección por VIH	32
3.10	Prueba piloto	32
3.11	Definición de variables	32
3.12	Análisis de datos.....	32
3.13	Control de calidad.....	33
3.14	Consideraciones Éticas.....	34
3.14.1	Nivel de riesgo.....	34
3.14.2	Descripción de los potenciales riesgos y de los métodos para minimizarlos	34
3.14.3	Beneficios esperados	34
3.14.4	Consentimiento informado	35
3.14.5	Protección de la privacidad y confidencialidad	35
3.15	Semillas.....	35
4.	Resultados.....	38
4.1	Características sociales o demográficas.....	38
4.2	Acceso a los servicios de salud y a los programas de reducción del daño	42
4.2.1	Acceso a programas de tratamiento de drogas	44
4.3	Comportamiento de consumo	46
4.3.1	Historia de consumo de drogas	46
4.3.2	Historia de inyección	56
4.3.3	Consumo de drogas inyectables en el último año y últimos seis meses.....	62
4.3.4	Sobredosis.....	68
4.4	Conocimientos sobre VIH, VHC, VHB y comportamientos sexuales	73
4.4.1	Comportamiento sexual	73
4.4.2	Hepatitis C	76
4.4.3	Hepatitis B	76
4.4.4	VIH/SIDA.....	76
4.4.5	Profilaxis pre-exposición u post-exposición (PrEP y PEP)	77

4.5	Estimación población.....	77
4.6	Prevalencias de infecciones	78
4.6.1	Prevalencia de VIH.....	78
4.6.2	Prevalencia de hepatitis C	80
4.6.3	Prevalencia de hepatitis B	81
4.6.4	Prevalencia de sífilis.....	83
5.	Indicadores reducción de riesgos y daños por uso de drogas por vía inyectada	84
6.	Comparación estudios 2013-2021.....	88
7.	Lecciones aprendidas.....	91
8.	Conclusiones y recomendaciones.....	97
9.	Referencias	99



Lista de tablas

Tabla 1. Capítulos y número de preguntas de la encuesta de comportamientos para personas que se inyectan drogas, Colombia 2021	31
Tabla 2. Características de los participantes reclutados en Armenia	36
Tabla 3. Características de los participantes reclutados en Cúcuta	37
Tabla 4. Características sociales y demográficas en PID, Cúcuta y Armenia.....	39
Tabla 5. Acceso a servicios de salud en PID en Cúcuta y Armenia, Colombia – 2021	43
Tabla 6. Uso de los servicios y tratamiento de programas en cada una de las ciudades	45
Tabla 7. Consumo de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en la vida en Armenia y Cúcuta 2021	46
Tabla 8. Consumo de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en la vida en Armenia y Cúcuta 2021.....	48
Tabla 9. Consumo de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en el último año en Armenia y Cúcuta 2021	50
Tabla 10. Consumo de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en los últimos 6 meses en Armenia y Cúcuta 2021	52
Tabla 11. Frecuencia de consumo de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en el último mes en Armenia y Cúcuta 2021	53
Tabla 12. Prevalencia de vida en el consumo de drogas en usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia	56
Tabla 13. Edad de inicio de inyección de los usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia.....	57
Tabla 14. Características de la primera vez que se inyectó drogas un usuario de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia	59
Tabla 15. Iniciación y proceso de consumo de drogas en los usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia	61
Tabla 16. Frecuencia de inyección en los últimos 6 meses en los usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia	63
Tabla 17. Última inyección en los usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia.....	67
Tabla 18. Sobredosis en PID, de las ciudades de Cúcuta y Armenia, Colombia-2021	69

Tabla 19. Características del comportamiento sexual de los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia.....	73
Tabla 20. Prevalencia de VIH en los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia	78
Tabla 21. Prevalencia de Hepatitis C en los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia.....	80
Tabla 22. Prevalencia de Hepatitis B en los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia.....	82
Tabla 23. Prevalencia de Sífilis en los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia.....	83
Tabla 24. Promedio de días que ha estado en el programa durante el mes.....	86
Tabla 25. Comparativo de diferentes Características 2013 al 2021	89

Lista de figuras

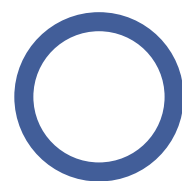


Figura 1. Mapa de redes de la ciudad de Armenia.....	36
Figura 2. Mapa de redes de la ciudad de Cúcuta	37
Figura 3. Edad promedio inicio del consumo de sustancias psicoactivas de la ciudad de Armenia y Cúcuta de los usuarios que se inyectan drogas, 2021	49
Figura 4. Mapa de reactividad de la prevalencia de Hepatitis C de los usuarios que se inyectan drogas, en Cúcuta 2021.....	81
Figura 5. Mapa de reactividad de la prevalencia de Hepatitis C de los usuarios que se inyectan drogas, en Armenia 2021.....	81
Figura 6. Atendido por alguno de los programas que se encuentran actualmente en su ciudad	84
Figura 7. Retorno de las jeringas entregadas en los programas	85
Figura 8. Canalizado a los servicios de tratamiento en drogodependencias.....	85
Figura 9. Uso de jeringa nueva en la última inyección.....	86
Figura 10. Infecciones en zona de venopunción.....	87
Figura 11. Auto reportes de sobredosis por heroína	87
Figura 12. Comparación de las prevalencias de Hepatitis C del estudio del 2013 y 2021	88

Resumen

En el marco del convenio de asociación entre el Ministerio de Justicia de Colombia y la Universidad CES, se estimaron las prevalencias de VIH, sífilis, hepatitis B, prevalencia de anticuerpos contra el virus de hepatitis C (anti-VHC) y carga viral, también se identificaron los comportamientos asociados a la infección, y se estimó el tamaño de la población de personas entre 18 y 65 años que se inyecta drogas en las ciudades de Armenia y Cúcuta 2021, como estrategia para mejorar el conocimiento sobre el problema de las drogas en el marco de la Política Integral para enfrentar el problema de las Drogas “Ruta Futuro”.

Esta investigación se desarrolló mediante un estudio de tipo transversal con intención analítica, anónimo no ligado, a partir de un muestreo dirigido por encuestados (RDS por sus siglas en inglés), en el que participaron 532 personas que se inyectan drogas (PID) en Armenia y Cúcuta entre junio y diciembre de 2021. La información se obtuvo a través de la aplicación de una encuesta estructurada y el diagnóstico de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B, y hepatitis C a partir de la aplicación de pruebas rápidas, las cuales son utilizadas en los programas poblacionales de tamizaje, y requieren una muestra de sangre capilar. Se utilizó el software RDSAT para estimar las poblaciones, en el cual se calcularon todos los resultados incluyendo las prevalencias de las cuatro infecciones.

Como parte de los principales resultados de esta investigación podemos destacar que el 60% de la población tiene entre 25 y 44 años de edad, un 85% de las PID son hombres, más del 60% ganan menos de un salario mínimo (SMMLV), más del 60% de la población son del régimen subsidiado, una cuarta parte de ellos ha sufrido una sobredosis, el 42,2% han tratado de reducir o dejar de usar droga y el 60% de las personas refirieron que se sienten excluidos de actividades familiares.

Analizando los periodos de consumo predominó el uso de sustancias como heroína, marihuana, cigarrillo alcohol, basuco y metadona; el promedio de edad de inicio de consumo de cualquier sustancia ilícita fue de 13,4 años. Por otra parte, un 45% de las PID refirió haber recibido ayuda de un amigo cercano la primera vez que se inyectó, así mismo un 32% se inyectó por curiosidad la primera vez que lo hizo y un 10% ha iniciado a otras personas en la inyección.

El 34% de las PID refirieron tener una pareja ocasional, el 25% tener una pareja estable, el 21,2% han realizado trabajo sexual, y el 13, 2% han pagado por relaciones sexuales, llama la atención que una quinta parte de las PID no han escuchado hablar de hepatitis C, ni de su forma de transmisión. La prevalencia de VIH para Armenia fue del 6,0%, y para Cúcuta del 4,6%; en relación a Hepatitis C la prevalencia para estas mismas ciudades fue del 62,8% y 69,6% respectivamente; para Hepatitis B las prevalencias fueron de 3,4% y 0,4% y para Sífilis fueron del 16,6% y 15,0% respectivamente.

Los resultados evidencian una alerta para la salud pública del país, pues se encontraron altas prevalencias de VIH, sífilis y hepatitis B y C en las redes de PID, corroborándola como una población clave y altamente vulnerable. Estos hallazgos enfatizan la importancia de introducir intervenciones e iniciativas de reducción de daños que tengan un alto impacto en la disminución de conductas de riesgo y mejorar las prácticas de inyección.

Introducción

La Política Integral para Enfrentar el Problema de las Drogas: “Ruta Futuro”, adoptada por el Consejo Nacional de Estupefacientes, incluye como Pilar I, la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, y como componente transversal, la generación de conocimiento, priorizando acciones en respuesta a consumos de alto impacto como el de drogas por vía inyectada. Así mismo contempla acciones enfocadas al desarrollo de investigaciones del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, siendo el presente estudio de gran importancia para la generación de conocimiento en el marco de la Política Ruta Futuro.

A través del Observatorio de Drogas de Colombia del Ministerio de Justicia se ha coordinado el desarrollo de los estudios sobre consumo de sustancias psicoactivas, de forma periódica y en diferentes grupos poblacionales como son la población general, escolares y estudiantes universitarios, así como estudios de comportamiento de usuarios de drogas inyectables y caracterizaciones químicas de drogas sintéticas, heroína y cocaína. De esta forma, a través del Observatorio de Drogas de Colombia, el país tiene un avance significativo en la consolidación de líneas de investigación sobre consumo de sustancias psicoactivas, que han permitido orientar las acciones de política pública, además que constituyen información estandarizada, robusta y sólida, que es citada y referenciada en múltiples documentos e informes.

Dentro de las poblaciones susceptibles de estudiar, las personas que se inyectan drogas -PID constituyen un grupo de gran interés, teniendo en cuenta los patrones de riesgo asociados al consumo de sustancias como heroína, cocaína y otras, por vía parenteral, así como el impacto en la salud pública derivado de la alta incidencia de enfermedades transmisibles como el VIH, hepatitis B, C y sífilis, entre otras, además de afectaciones sociales.

Según el Informe Mundial de Drogas 2020 (1), se calcula que 269 millones de personas en el año 2018, es decir, alrededor del 5,4% de la población mundial entre 15 y 64 años consumieron drogas por lo menos una vez en el último año. Se calcula que unos 11,3 millones de personas se inyectaron drogas en 2018, práctica a la que se debe aproximadamente el 10% de las infecciones por el VIH de todo el mundo.

Entre el 2010 y 2014 se realizaron en Colombia, estudios transversales en seis ciudades, identificando prevalencias de VIH y Hepatitis C superiores a las de la población general. En Armenia con prevalencia de 27,8% y en Cúcuta de 21,4%, se evidenciaba que la hepatitis C era ya una epidemia concentrada en la población que se inyectaba drogas; entre los principales hallazgos, el 90% de las PID se inyectaban cuatro veces o menos; hasta el 64% de las PID compartía su equipo y cerca del 41% consideraba que la “confianza” era suficiente medida de precaución a la hora de evitar posibles infecciones. Estos resulta-

dos confirman un consumo de drogas inyectables con prácticas inseguras, las cuales deben ser monitoreadas e identificadas con el fin de orientar las acciones en el país, las cuales buscan garantizar los derechos humanos, la salud pública, la seguridad ciudadana, el desarrollo territorial, y el desarrollo humano.

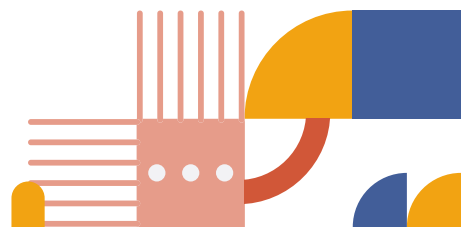
El presente informe da cuenta de una mirada actualizada de la situación de las PID en Armenia y Cúcuta y el documento se divide en seis partes o capítulos que pueden sintetizarse de la siguiente manera:

En un primer apartado se abordan los referentes teóricos y conceptuales que guiaron la realización del estudio y contextualizan la normatividad sobre drogas en Colombia, además se genera un panorama de la situación de la población, con relación a las infecciones de las hepatitis B y C, el VIH y la sífilis.

Luego se presentan los objetivos y la metodología implementada durante toda la etapa de recolección de información, el análisis, el reclutamiento y muestra obtenida por ciudad, así como las características de las redes.

Posteriormente en un tercer apartado se presentan los principales resultados del estudio, de acuerdo con los desenlaces medidos a partir de la encuesta. En un cuarto apartado se muestran las prevalencias de cada una de las infecciones y su comportamiento con algunas variables demográficas, al igual que el mapa de redes.

En un quinto apartado se encuentran las estimaciones de población en cada ciudad, los indicadores reducción de riesgos y daños por uso de drogas por vía inyectada y el comparativo de los indicadores 2013 y 2021 y, por último, se encuentran las lecciones aprendidas, las conclusiones y las recomendaciones del estudio..



1. MARCO TEÓRICO

1.1 Generalidades de la normatividad sobre Drogas

La política del Estado colombiano frente a las drogas se ha basado en general en una recepción interna de la normatividad internacional, como son: la Conferencia Internacional sobre el Opio de Shangai de 1909, la Convención Única de Estupefacientes, firmada en Nueva York en 1961, modificada por el Protocolo de Ginebra de 1972 y la convención de Viena de 1988.

Recientemente en el escenario internacional, como parte de las “Recomendaciones operacionales sobre la reducción de la demanda y medidas conexas, incluida la prevención y el tratamiento, así como otras cuestiones relacionadas con la salud”, incluidas en el documento final titulado “Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas aprobadas en la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2016”, se destaca el consenso de los gobiernos para “Promover y mejorar la recopilación sistemática de información y la reunión de pruebas, así como el intercambio, en los ámbitos nacional e internacional, de datos fidedignos y comparables sobre consumo de drogas y epidemiología, incluidos datos sobre factores sociales y económicos y otros factores de riesgo (...)”, como medida para la prevención del uso indebido de drogas (2).

Igualmente, la Estrategia Hemisférica sobre Drogas de la Organización de los Estados Americanos adoptada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas – CICAD en su sexagésimo octavo periodo ordinario de sesiones de diciembre de 2020 y su Plan de Acción 2021-2025, indicó que los Estados miembros “desarrollarán e implementarán políticas y estrategias sobre drogas basadas en la evidencia”. Así mismo, refirió que los países miembros “establecerán y/o fortalecerán los observatorios nacionales de drogas (...) que desarrollen sistemas nacionales de información sobre drogas, fomentando la investigación científica y generando, recopilación, organización, análisis y divulgación de información que sirva de base para el desarrollo e implementación de políticas y estrategias sobre drogas basadas en la evidencia que reflejen realidades dinámicas”. También se refiere, que en los Estados miembros “los observatorios nacionales sobre droga (...), llevarán a cabo estudios e investigaciones que contribuyen a la detección y al seguimiento de nuevos patrones de consumo emergentes, nuevas drogas de consumo y vías de consumo que pueden proporcionar información oportuna a los equipos de respuesta inicial” (3). Armenia y Cúcuta de los usuarios que se inyectan drogas, 2021.



En Colombia la normatividad sobre drogas ha tenido diferentes etapas, las cuales inician desde la segunda década del siglo XX con la ley 11 de 1920 donde no se exponía un modelo represivo penal sino más bien de regulación preventiva y control médico-administrativa. Es en el año 1928 por medio de la ley 128, se establecen sanciones y posibilita el decomiso de las sustancias controladas (4). El código penal en 1936 sancionó con penas de arresto a quienes participaren en la elaboración, distribución, venta o suministro de sustancias narcóticas, o su conservación con los mismos fines, es en 1946 donde se cambió la pena de arresto por prisión. En ninguna de estas legislaciones se penalizaba el consumo.

En cuanto al consumidor, en los 50 's se ordena someter a tratamiento médico, con o sin internación en clínica, casa de reposo u hospital hasta obtener su curación o su rehabilitación a quien perturbe la tranquilidad pública como consecuencia de estado de intoxicación crónica producida por consumo de estupefacientes o alucinógenos. En los años 50 y 60 es donde se empieza a ver la represión al consumo a través de normatividades como el decreto 1669 de 1964 (4).

En los años 70, la ley 17 de 1973, buscó regular de manera integral el fenómeno de las drogas, expidiendo el decreto 1188 de 1974, el cual constituye el primer Estatuto Nacional de Estupefacientes con vigencia por 13 años (4) Este pretendía abarcar desde campañas para combatir el uso hasta repercusiones en la integridad física y psíquica de quien las consumían, entre otros. Entre los años 1974 y 1980 Colombia aprobó los principales convenios internacionales relacionados con drogas (4).

Con el marcado auge en el narcotráfico en la década de 1980 en el país, se consideró necesario fortalecer la política antidroga, lo cual condujo a la expedición de la ley 30 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones(5). La orientación de la ley 30 sufrió un cambio importante con el pronunciamiento de la sentencia C-221 del 5 de mayo de 1994 de la Corte Constitucional, esta ley declaró inexecutable los artículos de la Ley 30 de 1986 que fijan sanciones a quienes porten o usen dosis mínimas permitidas de drogas (1). En esta sentencia se argumenta que el consumo de drogas e incluso un uso problemático de las mismas no es en sí mismo una conducta que dañe a terceros, ni siquiera una afectación a la salud personal. Esto permitió que en país se abriera un panorama alternativo en la prohibición total de las drogas. Esta sentencia fue corroborada en el año 2009(4).

Desde entonces a través de leyes, fallos y demás medios jurídicos se ha intentado desmontar la dosis mínima los cuales han sido fallidos, pues esta sigue vigente. Por ejemplo, en el año 2002 se crea la Ley 745 la cual tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia(6), esta ley fue declarada inexecutable a través de la corte suprema de justicia a través de la sentencia c101 de 2004, lo anterior también ocurrió con

la ley 1153 de 2007 por medio de la sentencia c 879 de 2008 (7). Sin embargo, en el año 2009 por medio del Acto Legislativo 002 eliminó los alcances dados en el artículo 49 de la Constitución Nacional en lo referente al porte y consumo de la dosis mínima, a pesar de ello a la fecha aún no se ha reglamentado ni ha superado el control constitucional (7).

En junio de 2011, el Gobierno promulgó la Ley 1453 o “Ley de Seguridad Ciudadana” pero la corte corroboró a través de la Sentencia de C- 574 del 22 de Julio de 2011 y C 491 de 2012 que la dosis personal no está penalizada y que el consumo de drogas sigue entendiéndose como una actividad amparada por el derecho al libre desarrollo de la personalidad. La corte considera que la penalización del porte y consumo implicaría una afectación directa al desarrollo libre de la personalidad, donde se impondría a nivel general un modelo de conducta lo cual sería una extralimitación del derecho penal (1).

En el año 2012 la drogadicción es declarada como un problema de salud donde se plantea que la adicción “debe ser tratada como una enfermedad de alto costo que requiere atención integral por parte del Estado”, la cual fue aprobada por la Ley 1566 “Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas”(8).

En el año 2015 el Consejo Nacional de Estupefacientes aprobó el Plan Nacional de Promoción de la salud, Prevención y Atención al consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021 y creo la Comisión Técnica Nacional de Reducción de la Demanda en Drogas cuyo objetivo es hacer seguimiento al plan (9). En el año 2014 con el fin de reducir el consumo de drogas se fundamenta el Plan Nacional de Desarrollo Todos por un Nuevo País 2014-2018, el Plan Decenal de Salud Pública de 2012-2021 y la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Drogas y su impacto. Por su parte la Resolución 1841 de 2013 que adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, en la dimensión de convivencia social y salud mental donde se propuso metas para impactar la edad inicial de consumo entre otras (9).

A su vez, en el 2015 la Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia, recomendó que la Política debe propender por la atención integral de los consumidores desde los enfoques de salud pública, derechos humanos, inclusión social y desarrollo humano; lo que se concreta en acciones para la promoción de capacidades, la participación y la reducción del estigma y la discriminación. En el 2018, la resolución 4886 adoptó la Política Nacional de Salud Mental orienta el contenido y alcance de los ejes y líneas de acción del presente instrumento, sumando los desarrollos internacionales y nacionales en materia de prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas (9).

En el año 2018, el Gobierno Nacional estableció la Política Integral para enfrentar el problema de drogas: Ruta futuro, adoptada por el Consejo Nacional de Estupefacientes y con un plan de acción entre el 2019 y 2022. Esta política busca desde una mirada integral y



estratégica reducir el consumo de sustancias psicoactivas, disminuir la disponibilidad de drogas, reducir las vulnerabilidades territoriales, identificar, impactar y desarticular las organizaciones criminales, afectar las economías y rentas ilícitas, y desarrollar las acciones estratégicas transversales para su adecuada y sostenible intervención (12).

El punto de partida de esta política corresponde al desarrollo de principios y enfoques bajo los cuales se definen estrategias, planes y proyectos para enfrentar el problema de las drogas; los principios buscan una política integral, articulada, con evidencia técnica y científica, con enfoque inclusivo y diferencial, participativa, sostenible, flexible e innovadora; y los enfoques se orientan a garantizar los derechos humanos, la salud pública, la seguridad ciudadana, el desarrollo territorial, el desarrollo humano y el ordenamiento ambiental (12).

Posteriormente en el 2019, se generó la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (Resolución 089 de 2019) la cual está orientada a garantizar la atención integral de las personas familias y comunidades con riesgos o consumo problemático de sustancias psicoactivas, mediante respuestas programáticas, continuas y efectivas, en su reconocimiento como sujetos de derechos (10).

Por último en el 2020, en el Conpes de salud mental 3992, se busca además promover la salud mental de la población colombiana a través del fortalecimiento de entornos sociales, el desarrollo de capacidades individuales y colectivas, el incremento de la coordinación intersectorial y el mejoramiento de la atención en salud mental, con el fin de reducir la incidencia de problemas o trastornos mentales, el consumo o abuso de SPA, y las víctimas de violencias (11).

1.2 Riesgos asociados al consumo en Personas que se Inyectan Drogas

Como se mencionó anteriormente, se calcula que 269 millones de personas en el año 2018, es decir, alrededor del 5,4% de la población mundial entre 15 y 64 años consumieron drogas por lo menos una vez en el último año (1). Se calcula que unos 11,3 millones de personas se inyectaron drogas en 2018, práctica a la que se debe aproximadamente el 10% de las infecciones por el VIH de todo el mundo.

Las personas que se inyectan drogas sufren múltiples consecuencias negativas para la salud pues están expuestas a un riesgo mayor de sobredosis mortal y se ven afectadas de manera desproporcionada por infecciones de transmisión sanguínea; una de cada siete personas vive con el VIH, y una de cada dos con la hepatitis C (13). Por ejemplo, la

OMS afirma que el 90% de la población infectada de hepatitis C (HVC), se contagió por el uso de drogas inyectadas (14). Una proporción considerable del número de personas que se inyectan drogas en todo el mundo, se concentra en un pequeño grupo de países, aproximadamente el 43% de esas personas se concentra en: China, la Federación de Rusia y los Estados Unidos (13). En las Américas la situación de consumo, dejó de estar centralizado en países como Estados Unidos, Canadá y México pues en la última década se ha expandido a países como República Dominicana, Venezuela y Colombia, a su vez más de la mitad de los casos reportados notifican dificultad con el acceso y oferta de tratamientos (15).

En Colombia, el abuso de drogas inyectables ha emergido en las últimas décadas y es menos conocido que el consumo de otras sustancias psicoactivas, sin embargo, los datos de salud sugieren que dicho uso se ha convertido en un problema progresivo que actualmente “demanda esfuerzos adicionales de investigación para establecer sus características específicas y su verdadera dimensión”(16). La última encuesta de consumo de drogas en Colombia (2019), mostró que, entre la población de 12 a 65 años, el 0,09 ha consumido heroína alguna vez en la vida, convirtiéndose en la sustancia más comúnmente inyectada(17), esto en comparación con la encuesta de 2013, la cual mostró una prevalencia de 0,14. El aumento en su consumo de manera escalonada constituye una preocupación para la salud pública, no solo por las altas tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS), sino también por otros problemas crónicos de salud derivados de la inyección.

Así mismo, varios estudios han demostrado que las personas que se inyectan estimulantes incurren con más frecuencia que otras, en comportamientos sexuales peligrosos, exponiéndose a un riesgo mayor de transmisión del VIH, que las que se inyectan opiáceos(18), a su vez, experimentan mayores tasas de mortalidad y peor salud que aquellos que utilizan otras formas de consumo(19).

El primer estudio realizado en Colombia sobre seroprevalencia de VIH y comportamientos sexuales de riesgo en usuarios de drogas por vía inyectada UDI, ahora llamados personas que se inyectan drogas-PID, en las ciudades de Medellín y Pereira, 2010, a través de la-metodología de RDS-, mostró prevalencias de VIH de 3,8% y 1,9% respectivamente (20).

Entre el 2010 y 2013 se realizaron en el país algunas investigaciones sobre comportamientos de riesgo asociados en personas que se inyectan drogas, identificando prevalencias de VIH y Hepatitis C superiores a los de la población general, las prevalencias más altas de VIH y HVC se encontraron en Pereira con 8,9% y 47,4% respectivamente. Como parte de la respuesta, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló el “Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada” (Ministerio de Salud, Mayu, OIM, 2013), el cual contemplaba una serie de acciones a nivel territorial, con el fin “reducir la incidencia de nuevos consumos, mitigar su impacto para la salud



pública y mejorar la accesibilidad a servicios de prevención, atención socio sanitaria y tratamiento integral (18).

Respecto a las características demográficas de las personas que se inyectan drogas, los estudios evidencian que en su mayoría las PID son jóvenes, con una edad aproximada entre los 18 y 24 años, indicando iniciación temprana en el consumo inyectable (20), una revisión sistemática realizada en 2017, determinó que el 27,9% (20,9-36,8) de las PWID a nivel mundial son menores de 25 años, el 21,7% (15,8-27,9) había experimentado la falta de vivienda, y 57,9% (50,5-65,2) tenían antecedentes de encarcelamiento(21). La última encuesta Nacional de consumo de drogas en Colombia, muestra resultados similares, reportando una edad promedio de inicio de consumo de 21 años para esta sustancia (17). Referente al nivel de escolaridad, se ha encontrado un nivel de escolaridad bajo y un porcentaje importante de población habitante de calle. En relación con el nivel socioeconómico se estima que dos de cada tres familias de usuarios de drogas inyectables viven en estrato bajo y aproximadamente uno de cada tres es de estrato medio (20).

Con relación a las prácticas inseguras de inyección, los estudios evidencian que, el 90% de las PID se inyectan cuatro veces o menos y el 10% restante se inyecta cinco veces o más; hasta el 64% de las PID comparte su equipo, de las cuales el 80% manifiesta hacerle limpieza generalmente con agua, seguido de una proporción inferior de PID que lo hace con alcohol, entendiendo que estas prácticas no son efectivas en la prevención de transmisión parenteral de VIH y/o Hepatitis B o C. Cerca del 41% considera que la “confianza” es suficiente medida de precaución a la hora de evitar posibles infecciones, sin embargo, alrededor del 3% recuerdan haberse inyectado alguna vez con alguien que estaba infectado con VIH y 5,4% recuerda haberlo hecho con alguien que tenía hepatitis (20).

Otros comportamientos de alto riesgo detectados son las malas prácticas de inyección en grupo, el 60% ha asistido a ollas con amigos o conocidos, y el 18 % de las PID inyectaron a otros PID (20), estos resultados dados en el país son similares al estudio realizado por Castaño en compañía, quienes estudiaron la relación entre las prácticas de consumo de heroína y su incidencia en la salud pública, y establecieron que las personas consumidoras de heroína atribuían una preferencia de consumo colectivo, pues así se podrían compartir el gasto de la dosis, hacer rituales en común y obtener respaldo o ayuda frente al riesgo de una sobredosis.

Así mismo, el 64% de las personas entrevistadas refirieron que consumían con amigos, mientras 21% consumían heroína con sus parejas como una forma de establecer el vínculo amoroso, cuidarse entre ellos y experimentar relaciones sexuales placenteras, en la mayoría de tales casos (22). Otra práctica de riesgo reportada en la literatura es la relacionada con las relaciones sexuales inseguras, cerca del 63% de las PID ha tenido relaciones sexuales en los últimos meses de los cuales solo alrededor la mitad ha utilizado preservativo (23).

En una investigación realizada por Castaño y compañía, se estableció que, de un grupo de consumidores de heroína, todos los entrevistados (exceptuando un caso) declararon que habían tenido relaciones sexuales bajo los efectos de esta sustancia. Casi todos afirmaron que gracias a la droga adquirieron más control y un retraso evidente en la eyaculación. También se detectó en las respuestas, que existía, entre los entrevistados, un alto nivel de promiscuidad sexual (22).

Las personas que se inyectan droga están sumergidas en una estigmatización social caracterizada por la hostilidad, por la dificultad de acceder a los servicios en salud, exclusión y juicios morales donde son catalogados como personas violentas. Son vistos como personas irracionales que actúan sin importar los riesgos para su salud, inmersos en la ilegalidad y que desprecian su salud dejando de lado que estas personas son ciudadanos enfermos que necesitan una atención integral en salud. Estos prejuicios se convierten en barreras a la hora de interaccionar con las instituciones, lo anterior se ve reflejado en un estudio realizado en dos ciudades de Colombia donde cerca del 55% han consultado al médico en los últimos seis meses, sin embargo, aproximadamente el 36% de las PID considera que tendrían dificultades para acceder a este servicio, a su vez, el 14% reporta que por miedo a las autoridades ha dejado de utilizar servicios en salud (20).

De acuerdo a investigación realizada en Estados Unidos sobre las experiencias de las personas que se inyectan droga con los servicios de salud, se establece que la mayoría de esta población se siente discriminada a la hora de acceder a jeringas en farmacias, pues los farmacéuticos emitían juicios basados en su apariencia física lo que llevó a muchas PID a maquillarse y utilizar ropa que cubriera parte de su piel evitando así que cicatrices y demás consecuencias físicas por el consumo fueran percibidas, a pesar de estas prácticas manifiestan que en muchas ocasiones les era negado el producto deseado (24). Resultados similares se reportan en Colombia, donde alrededor del 90% de las personas que se inyectan drogas han comprado “alguna vez” jeringas en farmacia; y reportan dificultades y estigma por parte de los empleados de las farmacias cuando intentan comprarlas. Las farmacias podrían ser consideradas como un punto de intervención para facilitar información a PID sobre el riesgo de inyección y el acceso a jeringas limpias (20). Respecto al personal asistencial, las PID manifestaron ser mirados “hacia abajo” o “como basura” lo que se traduce en una barrera de acceso a los servicios de salud de cualquier índole (24).

Por otra parte, al abordar la sobredosis, en el estudio mencionado anteriormente realizado en dos ciudades de Colombia, se demostró que tres de cada cuatro usuarios de drogas inyectables reportaron haber visto alguna vez a una persona que perdió la conciencia por sobredosis de heroína u opio; también se indagó a las PID si conocieron, alguna vez, a alguien que haya muerto por sobredosis, a lo que seis de cada 10 usuarios respondieron afirmativamente, cifra alarmante por la frecuencia tan alta en la ocurrencia del evento. Cerca del 40% refirió haber vivido alguna sobredosis por el consumo de sustancias alucinógenas (20).



Respecto a cometer delitos se encontró que el 78,5% de las personas ha robado para consumir y el 28,5% en ocasiones han traficado con drogas. De estos ninguno fue sometido a juicio porque, en su gran mayoría, robaron a las familias o a amigos, y no fueron denunciados (20).

En lo que concierne a la prevención, siete de cada diez PID tenían previo conocimiento de que al inyectarse podían contraer el VIH, por lo cual, se requiere iniciar de manera inmediata, procesos de información acerca de la supervivencia del virus en instrumentos contaminados y objetos punzantes utilizados durante la inyección; y fortalecer el conocimiento de las personas para evitar la reutilización de agujas y el uso apropiado de la parafernalia, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del VIH (20). En países como Estados Unidos existen programas de servicios de jeringas donde no solo se da acceso a agujas nuevas, sino que se reciben aquellas utilizadas con el fin de esterilizarlas, a su vez, brindan tratamientos por consumo de sustancias, pruebas de detección y vinculación médica, garantizando el debido tratamiento (25).

En Colombia existe el Plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada el cual consta de la prevención como línea estratégica, a pesar de ello, bajo esta línea se visualiza los riesgos, pero no la estrategia a utilizar para impactar el consumo de sustancias por vía inyectada. Diferentes estudios realizados en el país señalan que se debe crear un plan a nivel nacional donde se fortalezca la educación a los usuarios de drogas inyectables sobre el riesgo de transmisión del VIH, facilitar acceso a preservativos y crear programas sobre intercambio de jeringas como existen en otros países pues estos programas han demostrado ser costo-efectivos para prevenir VIH, fomentar el acceso a asesorías y pruebas voluntarias de forma rutinaria, y por último promover el acceso de las PID a los servicios médicos, así como fortalecer la calidad de atención del personal asistencial a la hora de atender a una PID (20).

1.3 Epidemiología del VIH en personas que se inyectan drogas

De acuerdo con las últimas estadísticas de la epidemia de VIH, 37,7 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo en 2020 (26), este panorama refleja que el VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública a nivel global y que hasta el momento se han producido 33 millones de muertes por esta causa. Dentro de los factores que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH se encuentran el compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir sustancias inyectables (27). En ese sentido, las enfermedades graves y letales son más comunes entre los consumidores de drogas, en particular entre los que

se inyectan sustancias, ya que son una población particularmente vulnerable y tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas graves y potencialmente mortales, como el VIH, situación que se agrava porque siguen siendo marginados y se encuentran fuera del alcance de los servicios sociales y de salud (28) (30).

Además, las personas que se inyectan drogas representaron casi la mitad de las nuevas infecciones por VIH en adultos en Europa del Este, 48% en Asia Central y 43% en Oriente Medio y África del Norte. También es importante destacar que la salud de las personas que se inyectan drogas tiene un impacto en la sociedad en general, un ejemplo de ello es que en África Subsahariana se estima que las personas que se inyectan sustancias y sus parejas sexuales representan aproximadamente una cuarta parte de todas las personas recién infectadas con el VIH (31). Asimismo, se hace relevante destacar que la incidencia de nuevas infecciones por VIH entre la población general se redujo en un 25% a nivel mundial entre 2010 y 2017, sin embargo, la incidencia de nuevas infecciones por el VIH entre las personas que se inyectan drogas aumentó ligeramente, del 1,2% en 2011 al 1,4% en 2017 (32).

En Colomb, las personas con VIH se han incrementado, pasando de 82.856 durante el 2017 a 123.490 en 2020. El último reporte incluyó 12.528 casos nuevos de VIH, lo que corresponde a una incidencia estimada de 25,36% por cada 100.000 habitantes, dentro de las poblaciones claves en los casos prevalentes, el 0,10% corresponden a personas que se inyectan drogas (33).

En un estudio realizado en varias ciudades de Colombia (Medellín, Pereira, Cali, Armenia, Cúcuta y Bogotá) el uso de jeringas compartidas fue común entre las personas que se inyectan drogas, siendo más prevalente este comportamiento en Medellín (50,7%), Bogotá (58,5%) y Cali (60,6%), y en una proporción menor (26,8%), en Cúcuta. Además, la prevalencia estimada de VIH en esas seis ciudades, mostró la presencia del virus en personas que se inyectan drogas; en el caso de Pereira, la proporción estimada de VIH en esa población fue de 1,9%; en Cali, de un 2,2%; en Armenia, de un 2,7%; en Medellín, de un 3,8%, y para Bogotá de un 3,0% (34).

En ciudades como Medellín, los resultados de un estudio de 2018 demostraron que había una prevalencia de VIH entre los consumidores del área metropolitana de esa ciudad del 3,6% en donde la proporción de usuarios que informaron haber usado jeringas utilizadas por otras personas fue del 37,4% y tenían 1,71 veces más probabilidades de presentar infección por VIH (35). También, en otro estudio sobre el consumo de heroína inyectada en Armenia y Medellín, la prevalencia de VIH estimada para la población fue de 2,0% [IC 95%: 0,7%-3,3%]; para los hombres fue de 1,99% [IC 95%: 0,67%-3,3%] y para las mujeres de 2,56% [IC 95%: 0,06%-13,4%](36).



1.4 Epidemiología de Sífilis en Personas que se Inyectan Drogas

La sífilis es causada por la bacteria *Treponema Pallidum* y es una de las cuatro Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) más común, causando una carga de salud significativa a nivel mundial, las cifras varían entre regiones, encontrándose prevalencias más elevadas entre los países de ingresos medianos y bajos, en especial en mujeres gestantes y niños y en poblaciones clave, como son los hombres que tienen sexo con hombres, las mujeres transgénero y trabajadoras sexuales (37). Datos de incidencia actuales sugieren que 5,6 millones de personas entre los 15 y 49 años adquieren sífilis anualmente, con una tasa de incidencia mundial de 1,5 casos por 1000 mujeres y 1,5 casos por 1000 hombres(38).

La transmisión de sífilis y el consumo de drogas, en particular el consumo de drogas inyectables son epidemias que se relacionan, su consumo está asociado con comportamientos sexuales que aumentan el riesgo de contraer sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, esto se debe a tener múltiples parejas sexuales o parejas sexuales simultáneas, uso inconsistente de condones e intercambio de sexo por drogas o dinero. Algunas investigaciones realizadas entre personas que se inyectan drogas han documentado tasas elevadas de sífilis, lo que facilita la transmisión del VIH y aumenta la susceptibilidad al VIH durante las relaciones sexuales(38). Además, entre las personas que consumen sustancias psicoactivas, el estigma y la desconfianza en el sistema de atención médica junto con otros determinantes sociales de la salud (vivienda inestable, pobreza, falta de seguro médico) pueden contribuir a una disminución de la atención médica. Es probable que estas complicaciones contribuyan a aumentar la incidencia de la sífilis en las comunidades (39).

En Estados Unidos, durante 2013-2017, la tasa anual nacional de casos notificados de sífilis primaria y secundaria en población heterosexual aumentó en un 72,7%, de 5,5 a 9,5 casos por 100.000 habitantes a nivel nacional, con un 155,6% entre las mujeres (de 0,9 a 2,3 casos por cada 100.000 mujeres), y la tasa entre todos los hombres aumentó un 65,7% (de 10,2 a 16,9 casos por cada 100.000 hombres), esta situación se relacionó estrechamente con el consumo de metanfetaminas, drogas inyectables y heroína (40). En ese mismo país, un estudio nacional con datos provenientes de Encuesta Nacional de Crecimiento Familiar afirmó que las mujeres que informaron comportamientos relacionados con consumo de drogas inyectadas fueron significativamente más propensas a informar un diagnóstico de sífilis alguna vez en su vida (7,0%) (41). En Camboya, la prevalencia de infección por sífilis actual o pasada en población que se inyecta drogas fue del 5,2%, este resultado se asoció principalmente con ser mujer, vivir en la calle, tener un ingreso mensual promedio de US \$100-299, haber tenido relaciones sexuales transaccionales en los últimos tres meses y haber estado en un centro de rehabilitación en los últimos 12 meses (42).

Finalmente, América del Sur y Central se encuentran en una importante ruta de tráfico de drogas lo que ha contribuido a una epidemia de uso de drogas inyectables, un estudio realizado en Tijuana, México sobre incidencia de sífilis en personas que se inyectan drogas, mostró que la incidencia general de sífilis fue de 1,6 por 100 personas-año, donde la tasa de infección por sífilis fue casi cuatro veces mayor entre las mujeres, en ese mismo estudio la incidencia de sífilis fue mayor entre los participantes que informaron comportamientos de riesgo elevado, como tener múltiples parejas sexuales casuales, tener relaciones sexuales sin protección y practicar el intercambio receptivo de agujas al menos la mitad del tiempo, además, los participantes con VIH también tenían más probabilidades de ser diagnosticados con sífilis durante el seguimiento (39).

1.5 Epidemiología de las hepatitis en Personas que se Inyectan Drogas

Las hepatitis son un grupo de enfermedades caracterizadas por producir inflamación del hígado, que pueden ser causadas por uno de los cinco virus de la hepatitis, A, B, C, D o E. Cuando esta inflamación ha aparecido recientemente hablamos de hepatitis aguda y a los procesos que duran más de seis meses les llamamos hepatitis crónicas, al ser infecciosas todas tienen formas de prevención. Los virus de la hepatitis difieren ampliamente en sus formas de transmisión y características clínicas; ya que mientras todos pueden causar hepatitis aguda, sólo el VHB, el VHD y el VHC ocasionan hepatitis crónica. Pueden transmitirse de diferentes maneras como: por los alimentos, agua contaminada, relaciones sexuales sin condón, de la madre al hijo durante el embarazo o parto, al compartir objetos de higiene personal, por tatuajes o manicura con elementos no estériles, agujas infectadas, entre otros (43).

Se estima que a nivel mundial 71 millones de personas tienen una infección crónica por el VHC, se conocen seis genotipos y, al menos, 50 subtipos diferentes. La principal vía de transmisión de este virus es la parenteral (85 %) y otras menos frecuentes son la sexual y la vertical (44). En 2019, la OMS reportó que aproximadamente 290.000 personas murieron a causa de la hepatitis C, principalmente de cirrosis y carcinoma hepático. Las infecciones agudas suelen ser asintomáticas y un 30% de los infectados eliminan espontáneamente el virus en seis meses sin ningún tratamiento, el porcentaje restante necesitará tratamiento antirretroviral, el cual puede curar hasta en un 95% a las personas infectadas (45). La mayoría de las nuevas infecciones por el VHC ocurre en PID, con una prevalencia estimada del 40%, lo que representa aproximadamente 6,1 millones



de personas que se inyectan drogas con esta infección (46). En Colombia se estima una prevalencia del VHC del 17,5% y entre los factores asociados se ha encontrado, tener VIH, inyectar y compartir jeringas con otra persona infectada, y consumir marihuana (47).

Como tal, las PID son una población prioritaria para mejorar la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención de seguimiento a fin de cumplir los objetivos de eliminación de la hepatitis C de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para 2030 (48). Entre los objetivos específicos se encuentra aumentar la distribución de jeringas estériles de 20 a 200 por año, reducir en un 80% las infecciones, en 65% las muertes, aumentar los diagnósticos de $< 20\%$ a 90% y aumentar a 80% el número de personas que reciben tratamiento (49).

Se ha evidenciado a nivel mundial, que, entre las estrategias de prevención de la HVC, las que mayor porcentaje de efectividad presentan son la terapia combinada de sustitución de opioides y los programas de sustitución de jeringas de alta cobertura. Ambas son reconocidas como intervenciones de salud pública rentables, por tener beneficios sociales y económicos, como evitar muertes por sobredosis y prevenir la HVC el VIH (50) (51); por ejemplo en Rusia, la administración de terapia con metadona a tan solo el 3,1% de los adultos con dependencia a opioides supuso aproximadamente 50.000 AVAD evitados durante 10 años a un costo 17 millones de dólares (52).

Con relación al Virus de la hepatitis B, se han encontrado prevalencias más bajas entre las PID, en comparación a la infección por la hepatitis C. La OMS estima que 296 millones de personas vivían con infección crónica por hepatitis B en 2019, con 1,5 millones de nuevas infecciones cada año. La carga de la infección varía de acuerdo al área geográfica, presentándose las cifras más altas en el Pacífico Occidental y África. En las Américas se estima que 14 millones de personas viven con el VHB.

La hepatitis B se transmite por contacto con sangre (transfusiones, inyecciones peligrosas) o vertical (de madre a hijo durante el embarazo o el parto), o por contacto sexual. No suele producir síntomas y puede causar una infección crónica y pone a las personas en alto riesgo de muerte por cirrosis y cáncer de hígado. Este virus presenta una forma de prevención eficaz, a través de una vacuna que ofrece una protección del 98% al 100% y que en Colombia se encuentra en el Plan Ampliado de Inmunizaciones (53). El comportamiento de esta infección también varía entre regiones, encontrándose la mayoría de casos en Antioquia, Bogotá y Norte de Santander; el grupo de edad con mayor representatividad en el quinquenio de 2012 a 2016 es el de 15 a 39 años y el 50,8% de los casos se reportan en el género masculino.

Según cifras mundiales, la prevalencia del VHB en las personas que se inyectan drogas es cinco veces más alta que la de población general (53). Los estudios han identificado

varios factores de riesgo asociados con las infecciones por VHB entre las PID, incluida la edad > 25 años, el uso compartido de agujas / jeringas, el historial de uso compartido de agujas / jeringas en prisión, el uso prolongado de drogas inyectables, la falta de vivienda y el desempleo (54). Por otro lado, se han encontrado altas tasas de co-infección entre el VHB y el VIH en esta población, mala adherencia a los tratamientos y estigma social, lo que aumenta su vulnerabilidad social.

Para terminar el Plan Nacional de Respuesta presenta como una de sus estrategias, implementar programas integrales de prevención diagnóstico y tratamiento de las hepatitis en usuarios de drogas inyectables y revisar políticas, prácticas y procedimientos asociados con el estigma y la discriminación de personas afectadas por estas ITS. Esto, enmarcado en la estrategia mundial del sector salud contra las hepatitis víricas, 2016-2021.



2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Estimar la prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis B, prevalencia de anticuerpos contra el virus de hepatitis C (anti-VHC) e identificar los comportamientos asociados a la infección, así como estimar el tamaño de la población de personas entre 18 y 65 años que se inyecta drogas en las ciudades de Armenia y Cúcuta en el 2021 como estrategia para mejorar el conocimiento sobre el problema de las drogas en el marco de la Política Integral para enfrentar el problema de las Drogas “Ruta Futuro”.

2.2 Objetivos específicos

1. Estimar el tamaño de la población de personas entre 18 y 65 años que se inyectan drogas en las ciudades seleccionadas en el 2021.
2. Estimar la prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis B, y la prevalencia de anticuerpos anti-VHC, en las personas entre 18 y 65 años que se inyectan drogas en las ciudades.
3. Identificar las principales características sociodemográficas de las personas que se inyectan drogas en las ciudades de estudio en el 2021.
4. Definir las condiciones de acceso a los servicios de salud y a los programas de reducción del daño de las personas que se inyectan drogas en las ciudades seleccionadas en el 2021.
5. Establecer los comportamientos de consumo de las personas que se inyectan drogas en las ciudades seleccionadas en el 2021.
6. Identificar los conocimientos sobre VIH, VHC y los comportamientos sexuales de las personas que se inyectan drogas en las ciudades seleccionadas en el 2021.
7. Formular recomendaciones, con base en los factores asociados identificados, para el control de la epidemia en la población de personas que se inyecta drogas en las ciudades seleccionadas.



3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal con intención analítica, anónimo no ligado en el cual se estimó la prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis B y prevalencia de hepatitis C y se analizaron los comportamientos asociados al consumo de sustancias psicoactivas por vía inyectada en las personas con 18 años y más que se inyectan drogas en las ciudades de Armenia y Cúcuta.

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

Las personas que se inyectaron drogas en los últimos seis meses en las ciudades de Armenia y Cúcuta conformaron la población de esta investigación y los participantes se seleccionaron a través de la implementación de la metodología RDS.

3.2.2 Tamaño de muestra

La muestra se considera independiente para cada ciudad; esta metodología permite la estimación del tamaño poblacional particular de cada ciudad con los mismos niveles de confiabilidad y error además de la combinación de la información posterior tanto a nivel particular por ciudad.

El tamaño de muestra para este tipo de diseños puede obtenerse así:

Ecuación 1. Tamaño de muestra para estudios basados en RDS.

$$n = DEFF * \frac{N * Z^2_{1-\alpha/2} * \mu_p * (1 - \mu_p)}{(N - 1)se(p)^2 + Z^2_{1-\alpha/2} * \mu_p * (1 - \mu_p)}$$

Tomado de (52).

Siendo p la proporción esperada de personas que se inyectan drogas que tienen VIH, “ $se(p)$ ” su error estándar esperado, para este proyecto asumido en máximo 3%. Z corresponde con el percentil 95% (nivel de confiabilidad) de una distribución normal estándar.

Siendo N , en este caso, el total de población adulta entre 18 y 65 años en las ciudades de Armenia y Cúcuta 2021 que se estima en: 754 467 y 677 1011, respectivamente. Para un tamaño de muestra requerido de 265 personas en Armenia y 350 en Cúcuta

3.2.3 Criterios de selección

Los criterios de inclusión del estudio fueron:

- Tener entre 18 y 65 años
- Haberse inyectado sustancias psicoactivas en los últimos seis meses
- Residir en la ciudad o el área metropolitana de estudio en los últimos seis meses
- Presentar un cupón de invitación para participar en el estudio
 - Persona con nacionalidad colombiana
 - Migrante venezolano

3.2.4 Criterio de exclusión

Persona que por limitaciones físicas, cognitivas o derivadas del uso de sustancias psicoactivas no esté en capacidad de responder de manera autónoma la encuesta.

3.3 Estudio exploratorio cualitativo

El estudio exploratorio cualitativo brindó la información necesaria para conocer los lugares y horarios de encuentro, así como las personas clave de la población que podrían estar interesados en ser parte del equipo de trabajo de campo durante la estimación de la población. Además de estar al tanto de la dinámica de la red se buscó identificar los intereses o gustos sobre un objeto único que fuera de fácil recordación y útil para las personas que se inyectan drogas, y con base en dicha información tomar una decisión adecuada y pertinente sobre el objeto a entregar antes del inicio de trabajo de campo (56).

Esta primera etapa del estudio fue útil para el equipo de investigación, no solo para definir algunos de los aspectos logísticos y metodológicos de RDS, sino que con base en el listado de informantes clave conformado y posteriormente entrevistado, se identificaron líderes naturales de este grupo poblacional en cada ciudad e identificaron su potencialidad para ser semilla durante la recolección de información y dinamizador de la sede de estudio.

3.4 Recolección información para estimación de la población

3.4.1 Método multiplicador

El primer listado del método multiplicador estuvo conformado por las personas inyectoras de sustancias psicoactivas en los últimos seis meses, entre 18 y 65 años, que residían en las ciudades del estudio en los últimos seis meses.

El segundo listado del método multiplicador se conformó con las personas que participaron de la encuesta dirigida por el entrevistado (metodología RDS).

3.4.2 Diseño muestral

Se implementó un muestreo dirigido por el entrevistado o Respondent Driven Sampling, que se basa en largas cadenas de referencia y por lo tanto varias olas de reclutamiento. Así mismo varias olas de reclutamiento permiten asegurar que la muestra final es independiente a las semillas y esta muestra es similar a la población de la red de la cual se hizo el muestreo. Las semillas son aquellos líderes de la población que comienzan el proceso de recolección de información. En este muestreo es necesario vincular al referido con el entrevistado lo cual se consigue a través de cupones marcados con el código RDS (número único) que permite identificar todos los referidos de una semilla y por lo tanto su red social. Igualmente se controla la cuota de referencia con un número máximo de cupones, que para este estudio fue de tres por entrevistado. La última característica de la metodología de este diseño es el sistema dual de incentivos que consiste en entregar un incentivo por participar en el estudio con el diligenciamiento de la encuesta y el diagnóstico de la infección y segundo incentivo por cada referido efectivo.

3.5 Proceso de recolección de la información

3.5.1 Técnica de recolección de información

La recolección de la información de variables sociales, demográficas, comportamientos asociados al consumo de sustancias, comportamientos sexuales, acceso al sistema de salud, entre otros se realizó con la aplicación de una encuesta estructurada dirigida por un encuestador previamente capacitado.

La encuesta se construyó con base en el instrumento utilizado en los estudios realizados en esta población entre el 2010 y el 2013 en seis ciudades del país. Se ajustó e incluyó con preguntas específicas para la población sugeridas en el suplemento

de las directrices sobre encuestas bioconductuales de Onusida (60), así como con las preguntas necesarias para estimar los Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al Sida de 2016 (61). Por último la encuesta fue revisada en el marco de la mesa de trabajo interinstitucional donde se ajustaron e incluyeron preguntas y variables de acuerdo al análisis de las diferentes instituciones

Tabla 1. Capítulos y número de preguntas de la encuesta de comportamientos para personas que se inyectan drogas, Colombia 2021

No. Módulo	Nombre Módulo	No. Secuencia de preguntas	Número de preguntas
I	Características sociales y Demográficas	1 a 17	17
II	Redes sociales	1 a 17	21
III	Salud mental	39 a 42	4
IV	Estigma y discriminación	43 a 48	6
V	Uso de drogas e inyección	49 a 124	76
VI	Comportamiento sexual	125 a 164	40
VII	Infecciones de transmisión sexual	165 a 186	22
VIII	Conocimiento sobre VIH/SIDA, pruebas diagnósticas y tratamiento Antirretroviral	187 a 220	34
IX	Uso de servicios	221 a 231	11
X	Resultados de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis C	232 a 236	5

3.6 Detección de anticuerpos contra la infección por VHC

Se aplicó la prueba rápida BIOLINE HCV para identificar la presencia de anticuerpos para hepatitis C la cual cuenta con precalificación de la Organización Mundial de la Salud, y esta referenciada y utilizada en los programas poblacionales de tamizaje por OMS y OPS. En caso de obtener un resultado reactivo se canalizaron a los servicios de salud para la respectiva prueba confirmatoria y tratamiento.

3.7 Detección de antígenos de hepatitis B (HBV)

Se aplicó la prueba rápida Determine HBsAg, la cual cuenta con precalificación de la Organización Mundial de la Salud, y esta referenciada y utilizada en los programas poblacionales de tamizaje por OMS y OPS. En caso de obtener un resultado reactivo se canalizaron a los servicios de salud para tratamiento.

3.8 Detección de la infección de sífilis

Se aplicó la prueba rápida BIOLINE Syphilis la cual cuenta con precalificación de la Organización Mundial de la Salud, y esta referenciada y utilizada en los programas poblacionales de tamizaje por OMS y OPS. En caso de obtener un resultado reactivo se canalizaron a los servicios de salud para tratamiento.

3.9 Detección de la infección por VIH

Para la detección de la infección por VIH se implementó el algoritmo diagnóstico de la infección por VIH establecido en la guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos (62). La prueba presuntiva y la prueba confirmatoria fueron pruebas rápidas de tercera o cuarta generación diferentes. En caso de tener un resultado no concluyente la tercera prueba a implementar fue una prueba rápida de tercera o cuarta generación diferente a las dos pruebas rápidas utilizadas previamente (63).

3.10 Prueba piloto

El propósito de este pre-ensayo, era probar la metodología planteada en un protocolo de estudio, esto quiere decir que antes de salir a trabajo de campo se llevó a cabo en condiciones reales todos los procesos definidos en el manual de trabajo de campo para determinar la pertinencia o no de los procedimientos, este se realizó al finalizar la capacitación y entrenamiento del personal.

3.11 Definición de variables

Las variables dependientes fueron los diagnósticos de VH, HBV, Sífilis e identificación de anticuerpos de HCV, variables cualitativas que se miden a nivel nominal como presencia (positivo) o ausencia del virus (no reactivo). Estas variables se determinaron con muestras de sangre a las que se les aplicó el respectivo algoritmo diagnóstico definido en el país.

Las 234 preguntas que conformaron la encuesta fueron las variables independientes, cuya naturaleza es cualitativa y cuantitativa y los niveles de medición son nominal y de razón como lo son la edad, el número de días en los que se inyecta, número de veces al día en que se inyecta, número de personas con las que ha compartido jeringas y agujas, equipo de inyección, número de parejas ocasionales o comerciales, entre otras.

3.12 Análisis de datos

Para comenzar, se calculó la homofilia que describe la extensión de los vínculos de la red social dentro o fuera de ella. La escala de homofilia / heterofilia está entre 1 y -1, donde 1

indica que todos los participantes con ciertas características invitaron a alguien con las mismas características, mientras que -1 indica que todos los participantes con una cierta característica invitan a alguien con una característica opuesta o diferente; 0 (cero) fue el punto en el cual los participantes invitan aleatoriamente a otros individuos de la población de todos los posibles invitados.

La técnica RDS utiliza la información disponible en la muestra acerca de la red social para obtener estimadores asintóticamente insesgados de las proporciones de la población en los distintos grupos en los que se quieren caracterizar. Estos estimadores se llaman estimadores de prevalencia de la población.

El análisis descriptivo de cada una de las variables por ciudad se realizó en el software RDSAT disponible en internet y de libre descarga. Este software elaborado por Erik Volz ajusta el sesgo asociado a patrones diferenciales de enrolamiento y al tamaño de la red social de los participantes y se producen estimaciones poblacionales (64).

3.13 Control de calidad

La calidad de la información se aseguró, controlando los posibles sesgos de selección y de información y que incluyeron como acciones: la capacitación exhaustiva en la que todos los miembros del equipo de recolección de información comprendieron la función relevante que tenían en el proceso y desarrollaron sus actividades de acuerdo con las indicaciones del manual operativo de campo. En segundo lugar, la encuesta fue elaborada en un dispositivo que permitió contar con mallas de validación y la encuesta contenía preguntas filtro para verificar la calidad de la información.

Se implementó un proceso de supervisión que contempló la supervisión directa, indirecta, base de datos y tablero de control. En la supervisión el profesional a cargo verificó el proceso de recolección de información desde la bienvenida hasta la entrega de los cupones de invitación, así mismo se realizó supervisión indirecta durante todo el trabajo de campo y consistió en la verificación tanto de los consentimientos informados como la verificación del diligenciamiento adecuado de la encuesta respectiva. La base de datos se procesó con el software RDSAT teniendo en cuenta las directrices del manual del usuario de este software. Los profesionales a cargo de la realización de las pruebas rápidas siguieron estrictamente las indicaciones de la casa comercial usada para cada prueba para asegurar la calidad del proceso diagnóstico. Así mismo se siguieron las instrucciones impartidas para la recolección de muestra en papel de filtro en caso de requerirse.

3.14 Consideraciones Éticas

Estas consideraciones éticas se basan en la normatividad nacional e internacional sobre investigación con seres humanos, teniendo en cuenta el ámbito de la salud pública en la que se desarrolla y los principios éticos son: respeto a la dignidad, derechos y bienestar de los participantes, así como respeto a la integridad científica.

3.14.1 Nivel de riesgo

Según la resolución 8430 de 1993 (66) esta investigación es de riesgo mínimo, puesto que el riesgo al cual se puede ver sometido el participante está asociado con la recolección de la muestra de sangre para la detección del VIH o la hepatitis C. El equipo de trabajo de campo estuvo conformado por personas idóneas en el trabajo con personas que se inyectan drogas para asegurar el respeto, la confidencialidad y la tolerancia, entre otras actitudes y se les capacitó en todos los procedimientos requeridos durante la recolección de información. El equipo de trabajo de campo firmó una cláusula de confidencialidad sobre la identificación y la información proporcionada por cada uno de los participantes.

Este protocolo fue sometido al comité de ética en investigación en humanos de la Universidad CES, donde fue aprobado en el acta 166 de 2021. Con base en la lectura del consentimiento informado los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión estaban en libertad de abandonar el estudio cuando así lo decidieran.

3.14.2 Descripción de los potenciales riesgos y de los métodos para minimizarlos

La recolección de la muestra de sangre es el riesgo físico al cual se puede ver sometido el participante puesto que puede presentar un poco de molestia o ardor en el lugar de la punción. La punción fue realizada en un dedo de la mano con una lanceta retráctil de único uso y el procedimiento estuvo a cargo de una persona entrenada, quien utilizó todos los implementos necesarios de bioseguridad asegurando la asepsia y la calidad de la muestra. La cantidad de sangre requerida para la realización de esta investigación está catalogada de bajo riesgo.

3.14.3 Beneficios esperados

Los participantes del estudio se beneficiaban de la intervención en el mismo al acceder a la prueba para la detección del VIH, hepatitis C, hepatitis B y sífilis, conforme a las Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia de cada infección. El equipo de trabajo de campo cumplirá estrictamente los estándares de calidad relacionados

con la asesoría pre y pos prueba, así como la canalización para la atención inicial en los programas de atención integral de VIH y hepatitis C, si es el caso.

3.14.4 Consentimiento informado

El contenido del consentimiento informado fue leído y explicado por el equipo de trabajo de campo. Una vez se realizó la explicación se dio al participante el tiempo y la oportunidad de leerlo, seleccionar su alternativa (participar o no) y firmarlo. De igual manera, los participantes firmaron el consentimiento para realizar las pruebas de diagnóstico y la nueva recolección de muestra en el caso de resultado reactivo o indeterminado.

3.14.5 Protección de la privacidad y confidencialidad

El diseño del estudio fue de tipo anónimo no ligado, por lo que se asume un supuesto de no identificación del participante excepto para el efecto de notificar los resultados de su prueba de laboratorio y la canalización correspondiente a los servicios de salud.

En los cuestionarios no se registró información que permita identificar al participante ni directa ni indirectamente. Los datos y cualquier tipo de información que permita identificar a los participantes para asociarlos a la prueba (número de identificación y teléfonos) fueron protegidos en un lugar seguro y no aparecen en los formatos diseñados para otros propósitos del estudio. La información fue almacenada en un archivador con seguro y en computador (y base de datos) con clave de acceso compartida por dos operadores del estudio y con único acceso a los requerimientos de las autoridades sanitarias. El original de los resultados de los exámenes de laboratorio fue entregado personalmente a cada participante. Ningún dato de identificación de los participantes fue usado en reportes de resultados o en presentaciones del estudio.

Las muestras de sangre tomadas en papel de filtro tuvieron un proceso de custodia entre el momento de su recolección, su centralización, su envío, su recepción, su procesamiento y almacenamiento.

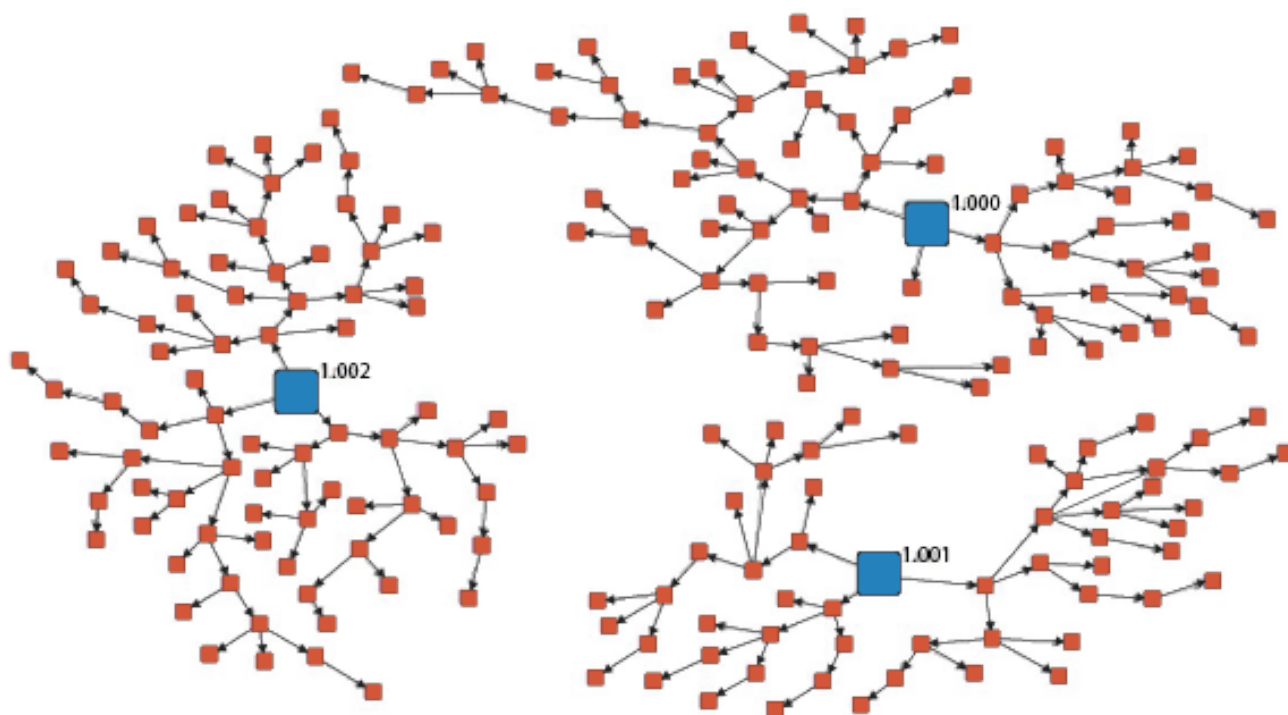
3.15 Semillas

En la ciudad de Armenia se reclutaron 265 participantes de los cuales cuatro fueron semillas, la primera semilla reclutó 163 participante, con 11 olas; la segunda semilla reclutó 78 participantes, con 10 olas de reclutamiento, seguido de la semilla 4 que reclutó a 12 personas hasta la ola 5 y la semilla 3 con 9 participantes hasta la ola 6.

Tabla 2. Características de los participantes reclutados en Armenia

Semillas	Número de participantes	Olas de reclutamiento
Semilla 1	163	11
Semilla 2	78	10
Semilla 3	9	6
Semilla 4	12	5

A continuación, se puede ver el mapa de redes de la ciudad de Armenia, donde se identifica el comportamiento de cada una de las semillas y el crecimiento a partir de las personas que llegaban al estudio en esta ciudad, así mismo se logra identificar el compromiso de algunos participantes por remitir a los tres participantes, en muchos casos después de la ola dos se empiezan a reclutar uno o dos participantes.

Figura 1. Mapa de redes de la ciudad de Armenia

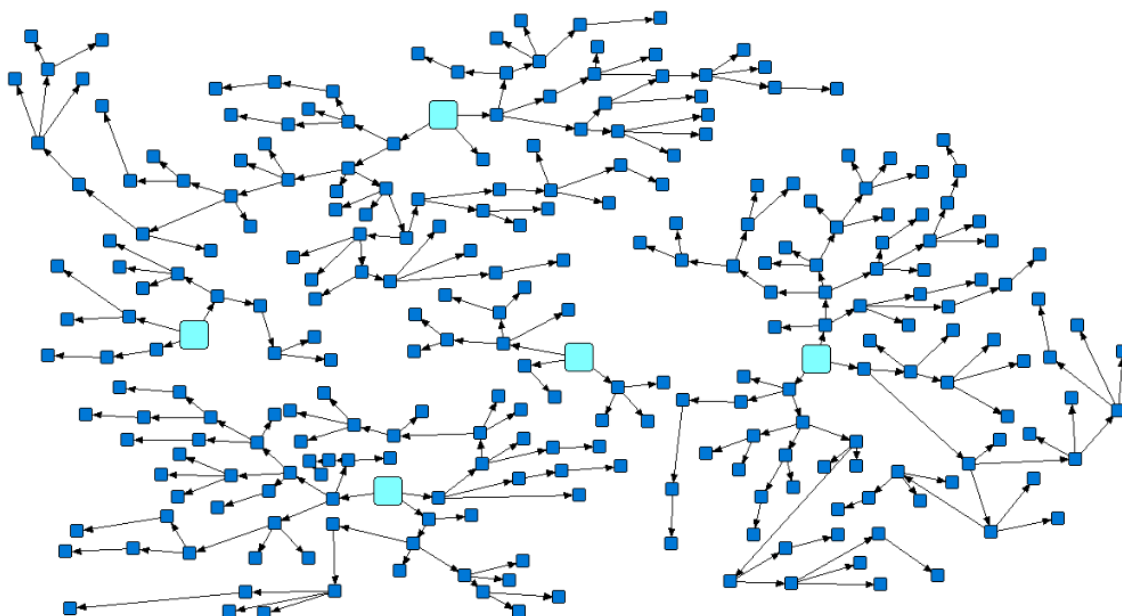
En la ciudad de Cúcuta se reclutaron 266 participantes de los cuales cinco fueron semillas: la primera semilla reclutó 79 participantes con 11 olas; la segunda semilla reclutó 63 participantes con siete olas de reclutamiento, seguido de la semilla tres, que reclutó a 90 personas hasta la ola cinco, y la semilla cuatro y cinco, reclutaron entre las dos, 18 participantes.

Tabla 3. Características de los participantes reclutados en Cúcuta

Semillas	Número de participantes	Olas de reclutamiento
Semilla 1	80	11
Semilla 2	63	7
Semilla 3	90	8
Semilla 4	13	3
Semilla 5	15	4

En la figura 2, se puede apreciar el mapa de redes de Cúcuta identificando el comportamiento de cada una de las semillas y el crecimiento a partir de las personas que llegaban al estudio en esta ciudad, así mismo se logra identificar el compromiso de algunos participantes por remitir a los tres participantes, en muchos casos después de la ola tres se empiezan a reclutar uno o dos participantes o incluso llama la atención que los participantes llevaban sus tres referidos y ellos no invitaban a nadie.

Figura 2. Mapa de redes de la ciudad de Cúcuta





4. RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados teniendo en cuenta los apartados en los que se dividía la encuesta. Para esto, se usaron estimadores poblacionales por medio del software RDSAT. De manera general se analizan las estimaciones poblacionales de cada una de las variables por ciudad, con sus correspondientes intervalos de confianza (IC) al 95% y el número de casos de la muestra (n). En las dos ciudades del estudio participaron un total de 532 personas que se inyectan drogas, distribuidas así: Cúcuta 267, Armenia: 265.

4.1 Características sociales o demográficas

En el siguiente apartado se describen las características sociodemográficas de los participantes del estudio en Cúcuta y Armenia. Como se observa en la Tabla 4, en la ciudad de Cúcuta un 47,4% de los participantes, tiene entre 25 y 34 años, aproximadamente nueve de cada 10 inyectores son hombres, (88,3%), 43,7% se auto reconocen como mestizos, 5,4% son víctimas del conflicto. La mayoría de inyectores son de estrato socioeconómico bajo, ya que un 61,3% de las PID son de estrato 1 y 2, aproximadamente una cuarta parte (25,9%) son de estrato cero, quienes en su mayoría se identifican como habitantes de calle o sin techo y un 12,6% son de estrato 3 y 4. Con relación a la situación familiar llama la atención que 43,7% no nació o creció en una familia, el 68,6% vive con sus padres, 31,2% reporta vivir solo y 83,0% no tiene pareja. En cuanto al nivel educativo 37,7% es bachiller, seguido del 35,1% que tiene primaria, 17,7% tiene estudios superiores y el porcentaje restante no tiene ninguna educación. Respecto a los ingresos mensuales 86,0% gana un salario mínimo o menos (Aproximadamente 260 USD a 2021) y solo 1,2% reporta recibir más de 2 SMMLV.

En Armenia se encontró una población de mayor edad que la identificada en Cúcuta, ya que la mayoría de participantes (54,2%) tienen entre 25 y 34 años, seguido del 33,5% que se encuentran en el grupo de edad de 35 a 44 años, en tercer lugar se identifica el grupo de 18 a 24 años con el 10,10% y en menor proporción los mayores de 45, con el 2,3%. En cuanto al sexo, aproximadamente tres de cada 10 son mujeres, el 57,1% no se auto reconoce en alguna etnia, el 10,0% reporta ser víctima del conflicto y 9,2% se identificaron como desplazado. El 55,8% reporta vivir solo y 12,5% de las familias son de origen campesino. Respecto al nivel educativo, 40,4% son bachilleres, 32,8% estudiaron hasta la primaria, 22,1% son profesionales y el porcentaje restante no curso ningún grado. Relacionado al estado civil el 83,0% no tiene pareja y los ingresos reportados por la mayoría (63,5%), corresponden a un salario mínimo.

Tabla 4. Características sociales y demográficas en PID, Cúcuta y Armenia

Características	Número de participantes				Número de participantes			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Grupos de edad								
18 a 24 años	30,50	20,9 – 36	0,033	0,264	10,10	7,7 – 15,5	-0,418	0,085
25 a 34 años	47,40	41,7 – 55	0,079	0,476	54,20	42,6 – 62,4	0,162	0,569
35 a 44 años	21,00	14,3 – 28,5	0,181	0,238	33,50	30,5 – 42,8	0,016	0,316
45 a 65 años	1,10	0,4 – 2,1	-1	0,022	2,30	1,2 – 3,8	-1	0,029
Sexo biológico								
Mujer	11,00	6,4 – 16,3	-1	0,088	28,20	21,1 – 36,1	-0,162	0,206
Hombre	89,00	84,9 – 93,6	0,127	0,912	71,80	56,3 – 81,3	0,297	0,794
Género								
Femenino	11,00	7,6 – 20,6	-1	0,082	25,60	19,3 – 35,3	0,025	0,188
Masculino	88,60	85,8 – 92,8	0,193	0,912	74,00	66,8 – 83,3	0,325	0,800
Trans (transexual, transgénero, transformista, travesti)	0,50	0 – 1,2	0,33	0,005	0,40	0 – 1	0,331	0,011
Etnia								
Es todas	11,90	6,9 – 14,6	-0,476	0,064	2,60	1,4 – 4	0,030	0,042
Mestizo	43,70	39,9 – 52,5	-0,084	0,427	40,30	31 – 42,8	-0,003	0,342
Ninguna	44,40	38,4 – 48,4	0,116	0,508	57,10	51,6 – 65,2	0,169	0,616
Grupos poblacionales								
Desplazados	4,60	1,8 – 6,1	-1	0,045	9,20	1,6 – 16,	-1,000	0,069

Características	Número de participantes				Número de participantes			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Víctimas del conflicto armado	5,40	1,7 - 9,5	-1	0,049	10,00	2,9 - 13,4	-0,202	0,088
Desmovilizado	--	--	--	--	6,60	0,3 - 23,	-1,000	0,027
Gestante	2,00	1,1 - 6,7	0,49	0,022	--	--	--	--

Nivel económico

Estrato urbano 0 (habitante de calle, sin techo)	26,10	20,8 - 40	0,311	0,269	45,10	38,1 - 53,2	-0,036	0,421
Estrato urbano 1- 2 (bajo)	61,30	49,9 - 68,8	0,143	0,589	47,20	37,7 - 55,4	0,103	0,495
Estrato urbano 3 - 4 (medio)	12,60	6,5 - 16,2	0,275	0,142	5,10	2,3 - 5,8	0,087	0,065
Estrato urbano 5 - 6 (alto)	--	--	--	--	2,60	1,2 - 4,1	-1	0,019

Usted se identifica como

Campesino	2,50	0,5 - 6,4)	-1	0,023	12,50	5,3 - 20,7	0,061	0,123
Indígena	--	--	--	--	0,70	0 - 1,3	-1,000	0,012
No nació o creció en una familia	44,80	41,8 - 52,1	0,129	0,408	3,40	0,1 - 10,	-1,000	0,023

Nivel económico de la familia

Estrato urbano 0 (habitante de calle, sin techo)	0,20	-0,999	-0,999	0,008	0,30	0 - 0,2	0,198	0,198
Estrato urbano 1- 2 (bajo)	76,50	0,093	0,093	0,74	68,20	63,3 - 72,9	0,030	0,030
Estrato urbano 3 - 4 (medio)	18,40	0,213	0,213	0,212	24,70	18,7 - 28,3	-0,152	-0,152
Estrato urbano 5 - 6 (alto)	1,60	-1	-1	0,025	3,70	0,7 - 7,3	0	0
No responde	3,20	-1	-1	0,016	3,10	0,6 - 7,1	-1,000	-1,000

Características	Número de participantes				Número de participantes			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
La familia se reconoce como								
Campesina	2,80	1,1 - 7,8	-1	0,03	19,10	11,9 - 27,9	0,066	0,180
Indígena	--	--	--	--	1,10	0,4 - 1,6	-1,000	0,016
No nació ni creció en la familia	43,70	36,1 - 49,6	0,103	0,392	1,40	0,3 - 3,4	-1,000	0,019
Con quien vive								
Vive solo	31,20	22,6 - 41,9	0,374	0,389	53,20	45,1 - 56,7	-0,045	0,501
Vive con la pareja sexual del sexo opuesto	25,20	15,3 - 32,7	-0,049	0,221	30,20	14,2 - 36,5	-0,135	0,199
Vive con sus padres	68,60	55,9 - 79,7	0,111	0,678	45,60	33,1 - 56,5	0,002	0,523
Vive con otros familiares mayores de 18	33,40	24,2 - 45,8	0,04	0,372	50,50	34,9 - 55,8	-0,043	0,473
Vive con sus hijos	13,50	8,6 - 24,1	-0,128	0,126	14,20	2,3 - 18,7	0,084	0,099
Vive con hijos que no son suyos	0,00	0 - 0	0	0	6,50	4,4 - 16	-1,000	0,090
Vive con amigos	0,00	0 - 0	0	0	4,80	0 - 18,	-1,000	0,041
Vive con otros	11,60	4,9 - 16,7	0,192	0,139	0,30	0 - 0,9	-0,997	0,014
Nivel educativo								
Ninguno	10,00	6,7 - 16,4	0,091	0,063	4,80	3,2 - 7,6	0,016	0,086
Primaria	35,10	29,1 - 45,7	-0,073	0,335	32,80	27,3 - 40,5	0,026	0,362
Secundaria	37,20	31,6 - 40,5	0,063	0,402	40,40	36,7 - 48,2	-0,111	0,381
Superior	17,70	9,6 - 20,1	0,178	0,199	22,10	19,5 - 32,6	0	0,171

Características	Número de participantes				Número de participantes			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Analfabeta								
No	100,00	100 – 100	0,529	1	0,00	0 – 0	0,500	0,000
Si	0,00	0 – 0	0,667	0	100,00	100 – 100	0,290	1,000
Estado civil								
Sin Pareja	83,00	71,4 – 85,2	0,102	0,843	78,90	71,7 – 89,2	0,156	0,827
Con Pareja	17,00	11,1 – 25,5	0,009	0,157	21,10	14,8 – 28,9	-0,297	0,173
Salario								
Menos de SMMLV	86,00	81,8 – 89,6	-0,024	0,826	63,50	58 – 69,9	0,179	0,179
Entre 1 y 2 SMMLV	12,70	9,1 – 14,7	-0,018	0,152	29,20	25,6 – 40,4	-0,156	-0,156
Más de 2 SMMLV	1,20	0,8 – 1,9	-1	0,023	7,30	4,9 – 10,	-1,000	-1,000

4.2 Acceso a los servicios de salud y a los programas de reducción del daño

En este apartado se presentan las características de acceso a los servicios de salud y a los programas de reducción de daño de las personas que se inyectan drogas en las ciudades de Cúcuta y Armenia.;

De acuerdo al régimen de afiliación, el 69,5% de las PID en Cúcuta pertenecen a Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) del régimen subsidiado, seguido de 27,3% que no están asegurados y en último lugar al régimen contributivo con el 3,2%. Del total de las PID de esta ciudad, 36,6% acudió al médico en los últimos seis meses en caso de necesitarlo, llama la atención que el segundo lugar corresponde al 31,2% que no asiste hace más de dos años, y que además una cuarta parte percibe, que tendría dificultades de acceso para acceder a un tratamiento en caso de estar enfermo. Entre las dificultades se reporta el no estar asegurado, no cumplir requisitos para ingresar y no saber dónde acudir. Llama la atención que más de la mitad, con el 55,7% ha sido atendido en uno de los programas de la ciudad.

En Armenia, 83,4% de las PID se encuentra afiliado al régimen subsidiado, el 11,2% corresponde a personas no afiliadas y 5,4% al contributivo. Frente a la última asistencia al servicio médico por problemas de salud, 33,6% lo hizo en los últimos seis meses, el 23,1% lo hizo hace más de dos años y 18,9% no recuerda. El 86,6% no tendría dificultades para acceder a un tratamiento en caso de necesitarlo y en cuanto al acceso en programas 80,7% ha hecho uso de los mismos.

Tabla 5. Acceso a servicios de salud en PID en Cúcuta y Armenia, Colombia – 2021

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Régimen de afiliación a salud				
Contributivo	5,40	5,40	5,40	3 - 9,9
Subsidiado	83,40	83,40	83,40	78,2 - 89,7
Especial	11,20	11,20	11,20	7,9 - 13,2
Excepción	0,00	0,00	0,00	0 - 0
No asegurado	0,00	0,00	0,00	0 - 0
Cuando fue la última vez que acudió al médico por problemas de salud				
Nunca ha estado donde un médico	2,10	0,7 - 2,4	2,80	0,5 - 5,1
Durante los últimos 6 meses	36,00	30,5 - 41,9	33,60	25,4 - 38
Hace más de 6 meses, durante el último año	5,80	3,9 - 7,4	6,80	4,2 - 10,
Hace más de un año, en los últimos 2 años	16,60	13 - 20,1	14,80	13,4 - 26,1
Hace más de dos años	31,20	25,3 - 41,5	23,10	17,7 - 35,3
No recuerda	8,20	4,3 - 13	18,90	8,5 - 31,9
Tendría dificultades para acceder a un tratamiento si estuviera enfermo				
No	75,30	70,4 - 82,1	86,60	81,8 - 90,6
Si	24,70	16,9 - 28,9	13,40	9,3 - 19

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Cuales dificultades				
Tratamiento disponible pero no puede pagar	17,10	1,6 - 44,2	0,00	0,00
Tratamiento disponible pero no cumple con los requisitos para ingresar	39,40	4,8 - 59,4	--	--
No aceptan consumidores de drogas	---	--	27,80	27,80
No sabe a dónde acudir	17,50	2,1 - 6,2	14,60	14,60
No tiene afiliación al SGSSS	100,00	100 - 100	63,40	40 - 100
Otro	14,40	0 - 62,2	36,10	29,4 - 89,9
Le han diagnosticado tuberculosis				
No	97,80	95,9 - 98,8	98,50	97,5 - 100
Si	2,20	0,5 - 4,5	1,50	0 - 4,3
Ha sido atendido en uno de los programas de la ciudad				
No	44,30	38,3 - 53,2	19,30	13,1 - 31,5
Si	55,70	52,5 - 60,3	80,70	75,9 - 90,4

4.2.1 Acceso a programas de tratamiento de drogas

En este apartado se presentan las características relacionadas al uso, frecuencia y acceso a programas de tratamiento de drogas. Se destacan algunos datos que resultan significativos para cada una de las ciudades y que merecen especial atención por parte de los tomadores de decisiones.

Se destaca que 82,4% de las personas que se inyectan drogas en Cúcuta han tratado de dejar o reducir el consumo de drogas, y 30,4% ha estado alguna vez en tratamiento. Frente al acceso, ocho de cada 10 personas intentó acceder en los últimos seis meses a tratamiento, pero no pudo, 40,4% recibió metadona en esta misma frecuencia y 29,6% reporta tener dificultades para recibir tratamiento o dejar las drogas.

Tabla 6. Uso de los servicios y tratamiento de programas en cada una de las ciudades

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
En los últimos 6 meses ¿trató de acceder a un programa de tratamiento de drogas, pero no pudo?				
No	89,60	83 – 100	81,70	55,1 – 86,5
Si	10,40	6,5 – 19,9	18,30	8,2 – 38,4
En los últimos 6 meses ¿recibió tratamiento con metadona para la dependencia a la heroína u otros opiáceos?				
No	60,20	51,2 – 68	30,90	24,9 – 36,2
Si	38,30	30,7 – 53,5	44,40	35,5 – 55,3
No, pero quisiera recibirlo	1,50	0,7 – 2,9	23,20	12,8 – 37,7
No, no conozco ese tratamiento	--	--	0,4%	1,5 (1,1 – 3,9)
Si hoy lo necesitara, tendría dificultades para recibir tratamiento para dejar su consumo de drogas				
No	65,50	58,6 – 73,9	81,30	75,4 – 87,8
Si	31,00	24,3 – 39,6	17,40	14,2 – 24,6
No sabe	3,40	1,4 – 5,8	1,20	0,4 – 2,3
Por qué no tendría acceso a tratamiento de drogas si lo necesitara				
Exigen abstinencia total de las drogas	23,40	3,4 – 22,6	17,70	0 – 11,1
No confía, no le gustan, ni cree en los servicios de tratamiento	6,40	0 – 10,	5,80	0 – 26,
No le gusta el enfoque religioso	7,90	1,6 – 11,	5,80	0 – 13,
Tratamiento disponible pero no puede pagar	24,90	14,7 – 34,1	--	--
Tratamiento disponible pero no pueden ayudarme, ni darme lo que necesito	13,10	1,3 – 27,6	--	--
Tratamiento disponible pero no cumple con los requisitos para ingresar	23,40	9,1 – 36,1	4,70	0 – 14,

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Temor a procedimientos dolorosos	4,60	0 - 12,	--	--
No sabe a dónde acudir	23,70	2,3 - 31,4	21,00	6,1 - 31,4
Otro	41,20	28,3 - 59,1	62,10	24,2 - 100

4.3 Comportamiento de consumo

En este apartado se describe el comportamiento de consumo en diferentes frecuencias de tiempo, iniciando con la trayectoria del consumo, seguido de la historia de la inyección y la frecuencia de uso en el último año, últimos seis meses y último mes.

4.3.1 Historia de consumo de drogas

Se puede inferir que el consumo de sustancias psicoactivas en algún momento de la vida es alto, considerando un porcentaje mayor al 80% para Cúcuta. Como se evidencia en la siguiente tabla, para esta ciudad, se presenta con mayores porcentajes el consumo de heroína (100%), marihuana (100%), seguido de cigarrillo, alcohol y basuco. mientras que para Armenia se presenta con mayores valores el consumo de cigarrillo (99,65%), marihuana (98,0%), heroína (95,45), alcohol y cocaína/perico. Llama la atención los porcentajes elevados en el consumo de ruedas e inhalables en el caso de Armenia y de metadona para Cúcuta.

Tabla 7. Consumo de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en la vida en Armenia y Cúcuta 2021.

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Por favor, indíqueme si alguna vez en su vida ha consumido				
Marihuana	100	100 - 100	98	95,5 - 99
Ha consumido Heroína	100	100 - 100	95,4	92,6 - 99,4
Cigarrillo	96,1	91,6 - 99	99,6	99,3 - 100

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Alcohol	83,4	79,6 - 87,7	88,3	85,2 - 89,9
Basuco	80,9	78,8 - 88	93,9	91,4 - 95,6
Metadona	75,4	67,1 - 80	62,1	53,8 - 70,5
Cocaína / Perico	74,6	64,4 - 77,9	89,5	86 - 93,6
Heroína con marihuana	66,4	59,6 - 72,3	30,9	25,9 - 36,8
Ruedas	60,1	55,6 - 67,1	78,7	73,8 - 84,1
Popper	34,7	30,9 - 40,9	60,5	52,6 - 64
Inhalables	30,4	27,4 - 36,6	73,8	68,8 - 78,5
2CB	28,7	21,5 - 37,1	31,4	23,6 - 38,3
Éxtasis	28,5	23,1 - 34,5	22,8	18,6 - 31,2
LSD	27,2	18,3 - 36	21,9	13,8 - 28,1
Hongos	19,9	18,9 - 24,7	43,8	31,8 - 51,4
Alcohol Artesanal	18,8	15 - 22,2	41,8	31,8 - 53,6
Ketamina	11,8	8,6 - 13,8	7,6	4,8 - 12
Otra sustancias ¹	9,2	6,1 - 15	8,6	3,7 - 12
Consumió heroína con cocaína	7,8	5,5 - 10	19,5	12 - 34,2
Metanfetamina	3,2	2,7 - 5,5	1,3	0,5 - 2,3

Como se observa en la Tabla 8, la edad promedio de inicio de consumo de cualquier sustancia psicoactiva es de aproximadamente 13,4 años, llama la atención que para el caso de Armenia la edad mínima de consumo es 7 años, con sustancias, como la Marihuana, la cocaína / perico y los inhalables. En la ciudad de Cúcuta se encontró una edad mínima de inicio de consumo similar, con sustancias, como los cigarrillos, los inhalables y la heroína desde los 8 años.

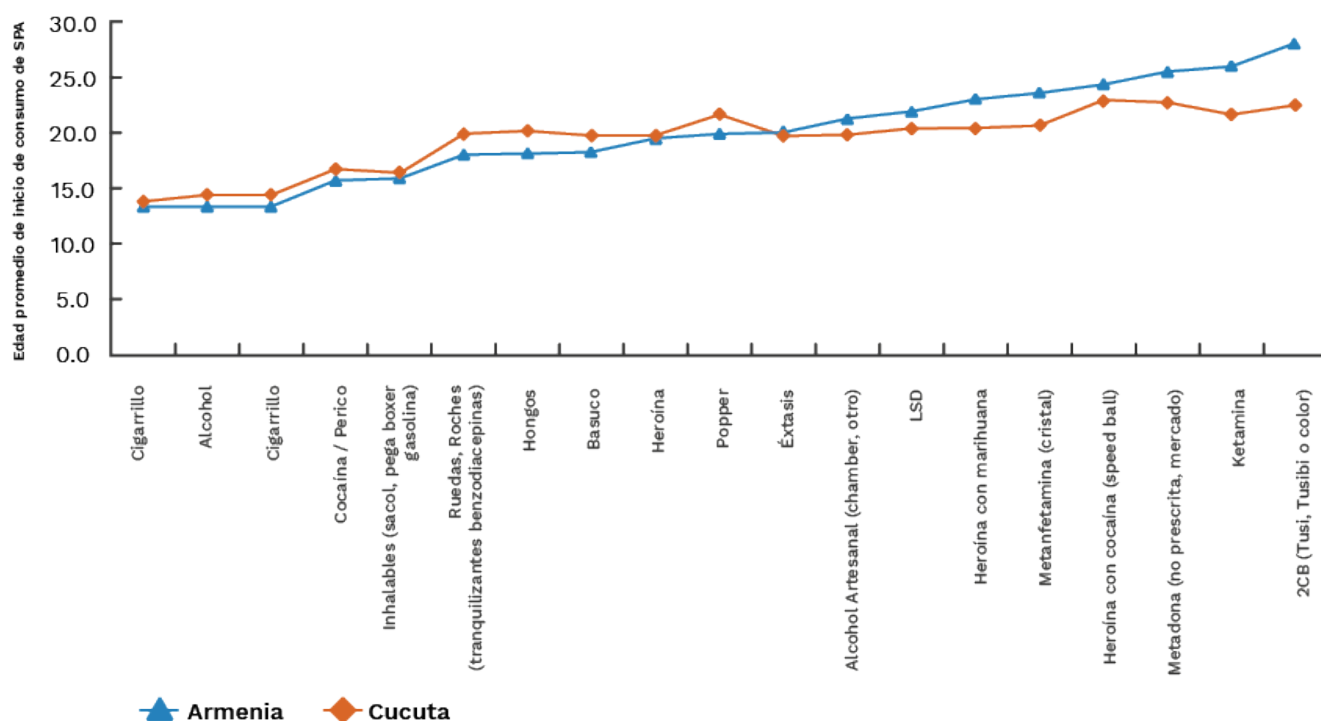
Tabla 8. Consumo alguna vez en la vida de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en Armenia y Cúcuta 2021.

Sustancia	Armenia									
	Armenia					Cúcuta				
	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE
Edad de inicio de consumo										
Marihuana	7	28	13,0	13,4	2,95	9	27	14,0	14,2	2,65
Basuco	8	44	17,0	18,3	5,25	8	40	19,0	19,6	5,10
Cocaína / perico	7	30	16,0	15,8	3,39	10	32	16,0	16,6	3,32
Inhalables (sacol, pega boxer gasolina)	7	39	15,0	16,0	4,97	7	33	16,0	16,3	4,39
Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodiacepinas)	8	38	17,0	18,1	5,30	10	40	18,0	19,7	5,21
Éxtasis	13	38	19,0	20,0	5,18	13	38	18,0	19,5	4,64
Alcohol	3	30	13,0	13,4	3,72	8	27	14,5	14,4	2,66
Alcohol artesanal (chamber, otro)	10	40	19,5	21,2	6,66	10	39	18,0	19,6	5,83
Cigarrillo	6	38	13,0	13,4	3,82	5	36	13,5	13,8	3,37
Ketamina	15	37	25,0	26,0	5,76	14	48	20,0	21,7	6,42
Metanfetamina (cristal)	17	33	24,0	23,6	5,29	12	35	20,5	20,6	5,58
Metadona (no prescrita, mercado negro)	14	50	25,0	25,5	6,94	11	43	21,0	22,7	5,89
Heronína con marihuana	12	40	22,0	23,1	6,55	11	46	19,0	20,4	5,37
Heroína con cocaína (speed ball)	15	41	22,0	24,4	6,50	13	45	21,0	22,9	6,64
Heroína	11	42	18,0	19,5	5,53	8	46	19,0	19,7	5,05
Popper	11	42	18,0	20,0	6,18	12	42	20,0	21,3	6,32

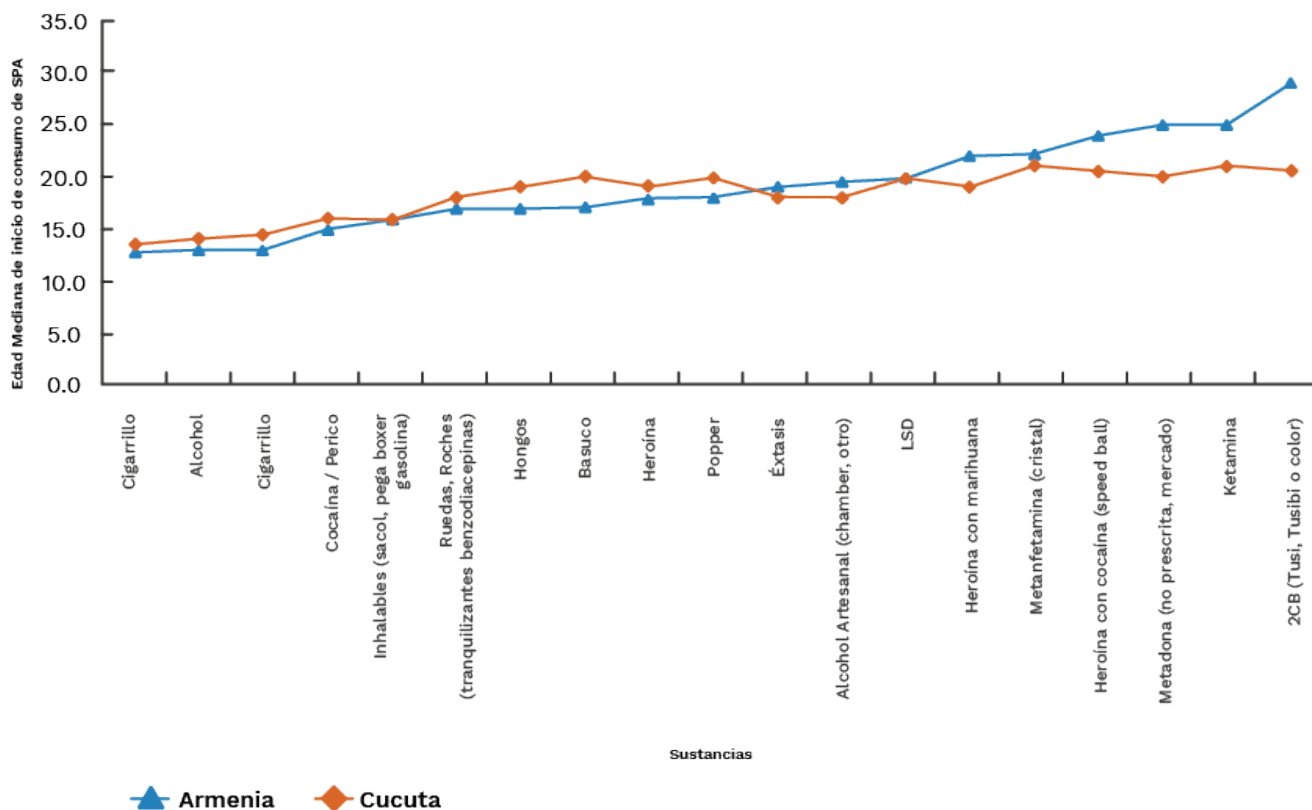
Sustancia	Armenia									
	Armenia					Cúcuta				
	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE
Popper	11	42	18,0	20,0	6,18	12	42	20,0	21,3	6,32
2CB (Tusi, Tusibi o color)	12	52	29,0	28,1	7,23	13	44	20,5	22,3	6,59
Hongos	10	32	17,0	18,2	4,85	13	40	20,0	20,0	4,45
LSD	13	39	20,0	21,9	5,80	12	41	20,0	20,3	4,62
OtrA1	10	37	18,0	21,1	6,57	13	38	18,0	20,4	6,07
OtrA2	14	30	19,0	21,2	6,06	17	26	18,5	20,5	3,94

En la Figura 3 se puede observar que para la ciudad de Armenia el consumo de siete sustancias psicoactivas, inició antes de los 18 años. El 2 CB, derivado de las anfetaminas es la droga que inició con el mayor promedio de edad, en este caso 28 años.

Figura 3. Edad promedio y mediana de inicio del consumo de sustancias psicoactivas de las ciudades de Armenia y Cúcuta de los usuarios que se inyectan drogas, 2021.



Edad mediana



Para el caso de Cúcuta el panorama es similar con la edad de inicio promedio más temprana de 13,8 años para el cigarrillo y la más alta de 22,9 para la heroína con cocaína (speed ball), aun así llama la atención que la concentración del promedio de inicio se encuentra entre los 18 y los 22 años aproximadamente.

Al indagar sobre el consumo reciente o de último año de las sustancias en Cúcuta se encontró que el 99,6% de las personas consumieron heroína, seguido del consumo de cigarrillo con el 93,9%, es de anotar que aproximadamente siete de cada 10 participantes consumió marihuana y basuco en el último año. El consumo de metadona y alcohol en esta ciudad excede el 40%. Al comparar Armenia, se identificaron diferencias, pues la sustancia de mayor consumo en el último año es de cigarrillo, seguido del basuco, en tercer lugar, se evidencia la Ketamina y en cuarto lugar la heroína. Llama la atención que las mezclas con heroína se evidencian con mayor frecuencia en Cúcuta.

Tabla 9. Consumo en el último año de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en Armenia y Cúcuta 2021.

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
La usó en el último año				
Marihuana	72,1%	66,7 - 77,5	65,5%	59,75 - 71,2
Basuco	58,0%	52,03 - 63,9	76,2%	71,08 - 81,4
Cocaína / perico	26,3%	21 - 31,6	27,2%	21,8 - 32,6
Inhalables	4,6%	2,04 - 7,1	13,4%	9,27 - 17,5
Ruedas	36,3%	30,43 - 42	37,9%	32,04 - 43,8
Éxtasis	1,1%	-0,1 - 2,4	1,5%	0,04 - 3
Alcohol	44,3%	38,26 - 50,2	31,8%	26,15 - 37,4
Alcohol artesanal	2,7%	0,71 - 4,6	5,4%	2,63 - 8
Cigarrillo	93,9%	90,99 - 96,7	94,6%	91,9 - 97,3
Ketamina	3,1%	0,97 - 5,1	3,4%	1,23 - 5,6
Metanfetamina	1,5%	0,04 - 3	0,4%	-0,3 - 1,1
Metadona	48,9%	42,8 - 54,9	36,0%	30,19 - 41,8
Heronína con marihuana	23,7%	18,51 - 28,8	6,9%	3,82 - 9,9
Heroína con cocaína	4,6%	2,04 - 7,1	5,7%	2,92 - 8,5
Heroína	99,6%	98,87 - 100,3	67,8%	62,14 - 73,4
Popper	9,5%	5,98 - 13	5,0%	2,34 - 7,6
2CB	5,7%	2,91 - 8,5	14,2%	9,94 - 18,4
Hongos	0,4%	-0,3 - 1,1	2,7%	0,72 - 4,6
LSD	2,3%	0,47 - 4,1	1,1%	-0,1 - 2,4

Como se puede observar en la tabla 10, El panorama empieza a cambiar al indagar sobre el consumo de sustancias en los últimos seis meses, en ambas ciudades se evidencia que casi la totalidad de participantes refirió fumar cigarrillo (93%) en los últimos 6 meses, seguido de heroína con un 77,9% en Cúcuta y 45,6% en Armenia, a la vez se observa consumo de metadona en más del 30% de los participantes. Llama la atención el alto porcentaje del consumo de las ruedas y el basuco en Armenia, en general con porcentajes muchos más elevados de mezclas.

Tabla 10. Consumo en el último año de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en Armenia y Cúcuta 2021.

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
La usó en los últimos 6 meses				
Marihuana	63,0%	57,13 - 68,8	63,2%	57,36 - 69
Basuco	53,4%	47,39 - 59,4	72,0%	66,58 - 77,4
Cocaína / perico	17,9%	13,29 - 22,5	23,8%	18,59 - 28,9
Inhalables	3,1%	0,97 - 5,1	10,7%	6,97 - 14,4
Ruedas	27,1%	21,71 - 32,4	35,2%	29,45 - 41
Éxtasis	0,8%	-0,2 - 1,8	0,4%	-0,3 - 1,1
Alcohol	35,1%	29,33 - 40,8	24,1%	18,94 - 29,3
Alcohol artesanal	1,1%	-0,1 - 2,4	3,4%	1,23 - 5,6
Cigarrillo	92,0%	88,69 - 95,2	93,9%	90,95 - 96,7
Ketamina	1,9%	0,25 - 3,5	2,3%	0,48 - 4,1
Metanfetamina	0,4%	-0,3 - 1,1	0,4%	-0,3 - 1,1
Metadona	40,8%	34,88 - 46,7	31,8%	26,15 - 37,4
Heronina con marihuana	19,1%	14,32 - 23,8	6,1%	3,21 - 9

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Heroína con cocaína	3,4%	1,22 - 5,6	5,4%	2,63 - 8
Heroína	99,2%	98,18 - 100,2	65,5%	59,75 - 71,2
Popper	4,2%	1,76 - 6,6	2,3%	0,48 - 4,1
2CB	2,3%	0,47 - 4,1	8,0%	4,74 - 11,3
Hongos	0,4%	-0,3 - 1,1	0,8%	-0,2 - 1,8
LSD	1,5%	0,04 - 3	0,8%	-0,2 - 1,8

Una vez identificado el consumo en la vida, en el último año y en los últimos seis meses, se indagó sobre frecuencia de uso de las sustancias en el último mes. En ambas ciudades se identifica consumo de basuco. El porcentaje de consumo diario de marihuana y de basuco presentan valores cercanos, 29,4% y 27,5% respectivamente, en relación al consumo diario de cigarrillo ocho de cada 10 PID y el de heroína (más del 70%). Se observan diferencias importantes en cuanto al uso de cocaína y perico, siendo más frecuente en las personas que se inyectan drogas de Armenia. Con relación a la metadona, el 12% de los participantes de Cúcuta reportan consumirla a diario, en comparación con el 6,4% en Armenia.

Tabla 11. Frecuencia de consumo de sustancias de los usuarios que se inyectan drogas en el último mes en Armenia y Cúcuta 2021.

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Frecuencia de uso de la marihuana en el último mes				
Una vez	2,7%	0,71 - 4,6	5,4%	2,63 - 8
2 a 4 veces	12,6%	8,57 - 16,6	5,0%	2,34 - 7,6
Varias veces por semana	9,2%	5,66 - 12,6	7,7%	4,43 - 10,8
A diario	29,4%	23,87 - 34,9	39,8%	33,9 - 45,7

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Frecuencia de uso de basuco en el último mes				
Una vez	3,4%	1,22 - 5,6	1,5%	0,04 - 3
2 a 4 veces	6,5%	3,5 - 9,4	4,6%	2,05 - 7,1
Varias veces por semana	8,4%	5,03 - 11,7	4,6%	2,05 - 7,1
A diario	27,5%	22,07 - 32,8	50,6%	44,5 - 56,6
Frecuencia de uso de la cocaína / perico en el último mes				
Una vez	5,7%	2,91 - 8,5	6,1%	3,21 - 9
2 a 4 veces	5,0%	2,33 - 7,5	7,7%	4,43 - 10,8
Varias veces por semana	1,5%	0,04 - 3	2,3%	0,48 - 4,1
A diario	2,3%	0,47 - 4,1	3,4%	1,23 - 5,6
Frecuencia de uso de las ruedas en el último mes				
Una vez	2,7%	0,71 - 4,6	3,4%	1,23 - 5,6
2 a 4 veces	6,5%	3,5 - 9,4	6,5%	3,51 - 9,5
Varias veces por semana	5,3%	2,62 - 8	4,6%	2,05 - 7,1
A diario	5,7%	2,91 - 8,5	12,6%	8,61 - 16,6
Frecuencia de uso de alcohol en el último mes				
Una vez	9,9%	6,3 - 13,5	7,3%	4,12 - 10,4
2 a 4 veces	8,8%	5,35 - 12,2	9,2%	5,68 - 12,7
Varias veces por semana	5,3%	2,62 - 8	1,1%	-0,1 - 2,4
A diario	1,5%	0,04 - 3	0,4%	-0,3 - 1,1

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)

Frecuencia de uso de cigarrillo en el último mes

Una vez	0,4%	-0,3 - 1,1	0,8%	-0,2 - 1,8
2 a 4 veces	1,1%	-0,1 - 2,4	1,1%	-0,1 - 2,4
Varias veces por semana	4,2%	1,76 - 6,6	3,8%	1,5 - 6,1
A diario	84,0%	79,52 - 88,4	88,1%	84,19 - 92

Frecuencia de uso de la metadona en el último mes

Una vez	2,7%	0,71 - 4,6	6,1%	3,21 - 9
2 a 4 veces	2,3%	0,47 - 4,1	6,1%	3,21 - 9
Varias veces por semana	5,0%	2,33 - 7,5	3,8%	1,5 - 6,1
A diario	12,2%	8,24 - 16,1	3,4%	1,23 - 5,6

Frecuencia de uso de la heroína con marihuana en el último mes

Una vez	1,9%	0,25 - 3,5	1,5%	0,04 - 3
2 a 4 veces	2,7%	0,71 - 4,6	0,8%	-0,2 - 1,8
Varias veces por semana	3,8%	1,49 - 6,1	0,8%	-0,2 - 1,8
A diario	6,1%	3,2 - 9	2,3%	0,48 - 4,1

Frecuencia de uso de la heroína con cocaína en el último mes

Una vez	0,8%	-0,2 - 1,8	0,8%	-0,2 - 1,8
2 a 4 veces	0,4%	-0,3 - 1,1	1,5%	0,04 - 3
Varias veces por semana	0,0%	0 - 0	0,0%	0 - 0

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
A diario	1,1%	-0,1 - 2,4	1,5%	0,04 - 3
Frecuencia de uso de heroína en el último mes				
Una vez	0,8%	-0,2 - 1,8	2,7%	0,72 - 4,6
2 a 4 veces	7,3%	4,11 - 10,3	3,8%	1,5 - 6,1
Varias veces por semana	3,8%	1,49 - 6,1	4,2%	1,77 - 6,6
A diario	77,9%	72,83 - 82,8	45,6%	39,55 - 51,6

4.3.2 Historia de inyección

4.3.2.1 En la vida

En relación a las sustancias que se han inyectado alguna vez en la vida, se logra evidenciar que el 100% de los participantes de ambas ciudades reportó la heroína, seguido de la Cocaína/perico en Cúcuta y las ruedas en Armenia. En esta última ciudad llama la atención que aproximadamente uno de cada cinco personas se inyectaron alguna vez alcohol.

Tabla 12. Prevalencia de vida en el consumo de drogas en usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia.

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
De las drogas que ha consumido alguna vez ¿cuál de ellas se ha inyectado?				
Cocaína / perico	5,40	1,9 - 8,7	16,20	10,8 - 22,2
Ruedas	3,10	0,2 - 5,1	28,10	21,8 - 32,5
Éxtasis	0,30	0 - 2,9	--	--
Alcohol	0,60	0 - 1,6	19,70	12,2 - 20,6

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Alcohol artesanal	--	--	3,20	1,1 - 6,4
Ketamina	4,60	2,1 - 8,4	0,80	0,4 - 2,4
Metadona	0,10	0 - 0,2	7,20	3,6 - 12,
Heroína con cocaína	4,80	2,2 - 6,1	8,40	3,3 - 21
Heroína	100,00	100 - 100	100,00	100 - 100
2CB	--	--	0,10	0 - 0,3
Otra 1	4,50	2,7 - 6,3	5,70	4,3 - 7,8

En la siguiente tabla se puede apreciar que en Cúcuta y Armenia, la edad mínima de inyección con heroína, fue a los 8 y 10 años respectivamente; además que la edad promedio de inicio de inyección con esta sustancia es la más baja con 23 años de edad. La sustancia con una edad promedio más alta de inicio en ambas ciudades fue el alcohol artesanal.

Tabla 13. Edad de inicio de inyección de los usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia

Sustancia	Armenia									
	Armenia					Cúcuta				
	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE
Edad de inicio de consumo										
Cocaína / perico	15	40	25,5	25,5	5,9	16	44	21,0	24,2	7,7
Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodicepinas)	15	49	28,0	28,1	6,9	20	35	28,0	27,8	7,4
Éxtasis	--	--	--	--	--	15	15	15,0	15,0	--
Alcohol	15	47	28,0	27,7	7,9	26	38	32,0	32,0	8,5

Sustancia	Armenia									
	Armenia					Cúcuta				
	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE
Alcohol artesanal (chamber, otro)	19	42	28,0	29,2	6,9	--	--	--	--	--
Ketamina	20	30	26,0	25,3	5,0	15	41	21,0	23,5	7,4
Metanfetamina (cristal)	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Metadona (no prescrita, mercado negro)	19	42	25,0	28,5	7,9	19	31	25,0	25,0	8,5
Heroína con cocaína (speed ball)	15	40	23,0	25,5	7,0	16	43	21,5	24,2	7,2
Heroína	10	44	22,0	23,2	6,7	8	46	22,0	22,8	5,8
2CB (Tusi, Tusibi o color)	26	26	26,0	26,0	--	--	---	--	--	--
LSD	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Otra Sustancia	5	40	28,0	27,6	7,8	16	38	23,5	23,9	6,4

4.3.2.2 Primera vez de inyección

Al indagar sobre la primera droga inyectada, se encontró que el 96,5% de los participantes de Cúcuta y el 98,1% de los de Armenia, manifestó que fue la heroína. En bajos porcentajes se encontró la inyección por primera vez con cocaína/perico, Ketamina y speed ball.

En la ciudad de Cúcuta el 7,6% de las PID refirieron que se inyectaron por primera vez con una jeringa usada, el 63% recibió ayuda de otra persona, que en el 71% fue de un amigo cercano. El 85% inició la inyección en esta ciudad, el 43% mencionó que esta práctica era común, y más de la mitad se inyectó en un lugar público, casa o edificio abandonado. Frente a la pregunta de por qué inicio en el consumo de inyectables, el 29,7% mencionó que la principal razón fue por curiosidad.

En Armenia, el porcentaje de uso de jeringa usada en la primera inyección fue mayor que el encontrado en Cúcuta con el 14,8%. En esta ciudad el 82,8% refirió que lo ayudaron a inyectarse, el 78% estaba en esta ciudad, el 74,3% dijo que esta práctica era común o muy común, el 42% se inyectó en la olla o lugar de compra y llama la atención que 40,9% decidió inyectarse pensando que sentiría un mayor efecto.

Tabla 14. Características de la primera vez que se inyectó drogas un usuario de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
La primera vez que se inyectó ¿qué droga fue?				
Cocaína / perico	2,10	0,3 - 3,8	0,90	0,4 - 1,1
Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodiacepinas)	--	--	0,20	0 - 0,6
Alcohol	--	--	0,80	0 - 1
Ketamina	0,70	0,2 - 1,2	--	--
Heroína con cocaína (speed ball)	0,70	0,2 - 1,1	--	--
Heroína	96,50	94,5 - 98,2	98,10	97 - 98,9
Otra	--	--	0,10	0 - 0,4
La primera vez que se inyectó ¿Usó una jeringa que otra persona ya había usado?				
No	92,40	89,9 - 97	85,20	80,2 - 92,4
Si	7,60	5,2 - 10	14,80	8,6 - 19,8
La primera vez que se inyectó drogas ¿alguien le ayudó?				
No	36,90	24,6 - 46,1	17,20	12,7 - 22,8
Si	63,10	59,4 - 72,3	82,80	79 - 87,4
Quién le ayudó esa primera vez que se inyectó drogas				
Pareja sexual estable	8,10	4,4 - 17	9,10	3,6 - 10
Pareja sexual ocasional	--	--	0,90	0 - 7
Conocido(a)	15,70	4,7 - 21	24,40	15,3 - 31,6

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Amigo cercano	71,30	60,1 - 80,7	50,40	43,7 - 65,3
Familiar	4,80	0 - 6,3	3,30	1,2 - 12
Dealer / Jíbaro / persona que inyecta	0,10	0 - 0,2	1,50	0,5 - 2,2
Usuario de drogas	0,00	0 - 0	10,40	4,3 - 14,5
La primera vez que se inyectó ¿estaba en esta ciudad?				
No	14,30	10,8 - 17,2	21,30	13,9 - 24,3
Si	85,70	78,2 - 90,2	78,70	75,4 - 86,1
Cree usted que en la ciudad en la que se inyectó por primera vez, la inyección de drogas era algo muy raro, raro, común, muy común				
Muy raro	18,00	14,8 - 21,6	7,60	3,3 - 10
Raro	33,40	29,3 - 43,6	18,10	10,5 - 23,5
Común	43,00	39,8 - 53,9	49,10	37 - 53,3
Muy común	5,60	2,7 - 8,5	25,20	17 - 31,1
En qué lugar se encontraba cuando se inyectó la primera vez				
El sitio donde vive o vivía	31,20	24,5 - 35,1	11,10	7,1 - 15,1
En otro lugar público (calle, parque, edif. abandonado)	54,10	45,9 - 65,1	36,30	28,6 - 45,6
En una olla o sitio al que se va a consumir	3,60	1,9 - 5,9	42,50	36,8 - 52,1
Otros	11,10	8,4 - 16,1	10,10	5,5 - 15,3
Cuál fue la principal razón por la que comenzó a inyectarse				
Pensé que lograría mejores efectos	27,90	22,4 - 32,1	40,90	32,9 - 48,6
Curiosidad	29,70	24,2 - 31,5	21,60	14,2 - 25,2
Otros	42,40	35,9 - 46,2	37,50	30,2 - 44,2

4.3.2.3 Iniciaron en el proceso de inyección

En respuesta a la pregunta si alguna vez había iniciado a alguien en la inyección de drogas, el 7,7% de los participantes de Cúcuta dijo que si y en Armenia este porcentaje fue superior con el 11,8%; más del 40% manifiesta que el principal método para consumir drogas es la inyección, encontrándose en Armenia que el 48,5% menciona que ambos métodos se utilizan por igual. La edad en la que los participantes comenzaron a inyectarse al menos una vez a la semana de forma regular, se encuentra entre los 18 y 24 años aproximadamente para ambas ciudades.

Tabla 15. Iniciación y proceso de consumo de drogas en los usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Alguna vez ha iniciado a alguien en la inyección de drogas				
No	92,30	89 - 96,5	88,20	87,2 - 93,4
Si	7,70	5,1 - 9,2	11,80	4,5 - 14,7
En la actualidad ¿cuál es el principal método que utiliza para consumir sus drogas?				
Inyección	76,70	62,5 - 77,1	41,00	32,8 - 45,5
No inyección	8,60	1,8 - 12,	8,80	4,6 - 9,5
Ambos métodos por igual	14,70	11,1 - 19,3	48,50	41,7 - 60,2
No responde	--	--	1,60	0 - 2,8
Qué edad tenía cuando comenzó a inyectarse drogas, al menos una vez a la semana regularmente				
Menos de 18 años	22,00	16 - 27,2	19,90	15,9 - 21,9
Entre 18 y 24 años	54,70	51,4 - 59,3	38,70	31,4 - 48,1
Entre 25 y 30 años	11,80	7,5 - 14,6	23,60	19,3 - 27,9
Más de 31 años	11,50	7,4 - 13,9	17,80	14,1 - 25,6

4.3.3 Consumo de drogas inyectables en el último año y últimos seis meses

La siguiente tabla, muestra que la frecuencia de inyección en los últimos seis meses, se identifica una mayor frecuencia en Armenia, donde el 46,6% de las personas refirió que se inyectó 5 veces o más al día, en Cúcuta el 59% de las PID d se inyectó de 2 a 4 veces al día.

En Cúcuta el 41,3% de las personas reportó que casi siempre utiliza una jeringa nueva, seguido del 38,1% que lo hace siempre. Del porcentaje restante que lo hace casi nunca u ocasionalmente, el 71% reportó no hacerlo porque son difíciles de conseguir, el 73,5% mencionó que siempre limpia las jeringas antes de hacerlo y el 59% refirió que lo hace con agua. Frente al uso compartido de la sustancia, se encontró que uno de cada cinco inyectores ha sacado su dosis de una cuchara o recipiente de otras personas, 13,3% lo ha hecho de una jeringa a otra, tres de cada 10 PID ha compartido con otras personas el agua de enjuague o el agua para preparar la dosis o filtros, alrededor de la mitad no filtra la droga antes de inyectársela, y el 64,7% de los que si lo hacen utilizan el algodón. El 41,5% siempre calienta la droga antes de inyectársela, seguido del 34,9% que nunca lo hace. Es de anotar, que 56,9% de las PID de esta ciudad no se inyecta en ollas.

Para el caso de Armenia, cuatro de cada diez PID, reportan que casi siempre han usado jeringas nuevas en los últimos seis meses, seguido del 29,2% que siempre lo hace. A diferencia de Cúcuta las personas que lo hacen ocasionalmente o nunca, mencionan como primera causa que son costosas. El 86,2% de las PID de esta ciudad limpia la jeringa, y en un mayor porcentaje lo hace con agua. El 26,4% mencionó haber dividido la dosis en un recipiente o bolsa, una tercera parte ha compartido agua de enjuague y 49,1% no filtra la droga antes de inyectársela. Es de anotar que 48,9% siempre reutiliza sus propias jeringas y que el 76% se inyecta en las ollas.

Tabla 16. Frecuencia de inyección en los últimos 6 meses en los usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Quién le ayudó esa primera vez que se inyectó drogas				
Menos de una vez al mes	--	--	4,60	1,4 - 10,
De 1 a 4 veces al mes	0,00	0 - 0,1	3,70	1 - 5,9
De 1 a 7 veces a la semana (1 vez al día)	1,90	0,5 - 3,3	10,60	7,3 - 16,1
De 2 a 4 veces al día	59,10	50,6 - 70,7	33,60	23,2 - 38,3
5 o más veces al día	38,60	34 - 47	46,60	35,8 - 59,3
No recuerda	0,30	0 - 0,3	0,10	0 - 0,4
En los últimos seis meses, cuando se ha inyectado ¿con que frecuencia ha usado una jeringa completamente nueva?				
Nunca	0,30	0 - 0,9)	0,10	0 - 0,6
Ocasionalmente	20,30	20,3 (15,6 - 22,8)	29,10	27 - 32,6
Casi siempre	41,30	41,3 (32 - 48,5)	41,60	34 - 44,8
Siempre	38,10	30,4 - 46,6	29,20	23 - 38,4
Por qué no ha usado siempre jeringas nuevas				
Las jeringas son difíciles de conseguir	71,40	56,1 - 78,9	10,10	3 - 10,4
Las jeringas son costosas	69,10	59,6 - 77	18,60	11,9 - 24,5
Por la presión a compartir	1,00	0 - 3,2	0,80	0 - 1,7
Soy cuidadoso en escoger con quién comparto	2,40	0 - 8,9	3,20	1,8 - 6,7
Pensé que era seguro porque limpiaba el equipo	13,20	7,7 - 16,5	2,40	0,5 - 4
Estaba detenido o en la cárcel	0,00	0 - 0	0,00	0 - 0
No sabe	--	--	1,00	0 - 5,6
Otro	9,30	5,8 - 16,	25,70	20,2 - 36,3

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
En los últimos seis meses cuando ha compartido o reutilizado jeringas ¿con qué frecuencia las ha limpiado antes de inyectarse?				
Nunca	14,20	9,5 - 14,5	5,40	2,1 - 8,2
Ocasionalmente	3,50	0,3 - 2,8	4,40	1,5 - 5,1
Casi siempre	8,80	2,9 - 16,	4,00	0,2 - 6,3
Siempre	73,50	62,4 - 85,4	86,20	82,5 - 91,5
En los últimos seis meses ¿cómo ha limpiado (usualmente) las jeringas que comparte con otra(s) persona (s)?				
Agua	59,00	44,1 - 68	62,40	56,9 - 76
Alcohol	24,00	12,8 - 36,7	20,40	16,5 - 30,5
Agua hirviendo	1,20	0 - 5,4	7,40	4,2 - 15,
Decol, clorox o límpido	--	--	2,90	0 - 7,6
Otro	15,80	11,4 - 29,4	6,20	3,4 - 9,6
En los últimos seis meses ¿ha dividido con otra persona la dosis, pasándola de una jeringa a otra?				
No	86,70	85,2 - 93,3	80,20	71,6 - 86,4
Si	13,30	9,4 - 16,9	19,80	17,3 - 25,5
En los últimos seis meses ¿ha dividido con otra persona la dosis preparada en un recipiente/bolsa común?				
No	80,80	72,3 - 84,6	73,60	70,6 - 83,4
Si	19,20	15,2 - 25,7	26,40	23 - 33,1
En los últimos seis meses ¿ha sacado su dosis de una cuchara u otro recipiente que otras personas también estaban compartiendo				
No	85,30	80,3 - 89,7	61,80	47,9 - 68
Si	14,70	13 - 20,9	38,20	28 - 50,2

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)

En los últimos seis meses ¿ha compartido con otras personas agua de enjuague, agua para preparar la dosis o filtros?

No	69,30	63,2 - 76,6	67,00	60,8 - 72,7
Si	30,70	27,6 - 39,6	33,00	24,1 - 41,6

Frecuencia filtra su droga antes de inyectársela

Nunca	49,10	44,3 - 54,1	4,10	0,3 - 4,9
Ocasionalmente	11,60	8,5 - 16,4	2,40	0 - 7,4
Casi siempre	5,70	4,1 - 7,2	5,80	3,2 - 6,1
Siempre	33,50	28,1 - 38,3	87,70	83,4 - 90,5

Con qué filtra usualmente la droga

Algodón	64,70	64,8 - 78	46,60	34,6 - 54,8
Filtro de cigarrillo	33,90	17,1 - 44,6	52,60	44,5 - 65,4
Otro	1,40	0 - 4,1	0,80	0,4 - 1,4

Con qué frecuencia calienta su droga antes de inyectársela

Nunca	34,90	29,4 - 41,7	11,90	5,8 - 16,4
Ocasionalmente	16,10	10,7 - 19,9	9,80	8,1 - 12,
Casi siempre	7,50	3,2 - 10,	14,10	10,5 - 20,5
Siempre	41,50	36,3 - 47,4	62,20	58 - 69,3
No responde	--	--	2,00	0 - 5,1

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Con que frecuencia reutiliza sus propias jeringas				
Nunca	25,70	15,8 - 44,5	15,20	8,8 - 20,5
Ocasionalmente	19,10	14,8 - 26,5	13,90	9,9 - 17,8
Casi siempre	28,10	22,1 - 33,7	22,10	15,3 - 25,7
Siempre	27,10	20,6 - 31,7	48,90	48,6 - 56,5
En los últimos seis meses ¿se ha inyectado alguna vez en un recinto cerrado al que la gente va a consumir, como una "olla" o lugar de inyección?				
No	56,90	50,3 - 62,9	24,00	16,6 - 29,2
Si	43,10	37,8 - 51	76,00	57,9 - 81

4.3.3.1 Última vez de inyección

En relación a la última vez de inyección se encontró que, en la ciudad de Armenia, 12,5% de los participantes ha pagado para que lo inyecten, en comparación con el 3,8% de Cúcuta. Frente al lugar de la última inyección, predominó en ambas ciudades el sitio donde vive, seguido de otro lugar público (calle, parque, edif. abandonado), pero para armenia predomino en una "olla" o sitio al que se va a consumir seguido del sitio donde vive, y posterior otro lugar público (calle, parque, edif. abandonado). Frente a la pregunta ¿qué hizo con la última jeringa que utilizó?, se encontró que el 39,6% la botó al piso en Cúcuta y en Armenia la guardó el 42,0%. Es de resaltar, que en Armenia el 14,5% de los encuestados respondió haber vendido sus agujas utilizadas.

Tabla 17. Última inyección en los usuarios de drogas inyectadas en Cúcuta y Armenia

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)

La última vez que se inyectó ¿estaba con alguien que también se inyectó?

No	74,00	68,1 - 78,1	63,20	46,7 - 66,7
Si	26,00	20,4 - 31,4	36,80	32,2 - 45,6

La última vez que se inyectó hizo algo de lo que le voy a leer

Preparó usted mismo la droga que se inyectó	96,40	93,4 - 99	97,70	97,1 - 99,1
Utilizó una jeringa nueva	84,10	81,3 - 86,9	77,80	71,1 - 86,5
Utilizó una jeringa que alguien ya había usado antes	4,30	1,3 - 7,1	2,80	0,7 - 4,7
Reutilizó su propia jeringa	19,20	12,2 - 23,3	21,30	16 - 27,4
Limpió la jeringa	40,00	32,1 - 46,7	28,30	20,7 - 34,7
Filtró la sustancia que se inyectó	42,90	36,8 - 50,3	88,20	82,3 - 93,4
Desinfectó la zona del cuerpo en la que se inyectó	39,70	35,8 - 51,2	57,70	48,4 - 64,8
Hizo rotación de venas	39,40	34,4 - 42,8	46,90	37,3 - 54
Compartió agua de enjuague/o de la mezcla con otra persona	10,10	6 - 15,3	6,80	2,8 - 10,
Compartió filtros o cucharas/ cazoletas con otra persona	4,50	0,3 - 14,	6,70	3,7 - 13,
Sacó su dosis de un recipiente del que otros también sacaron sus dosis	9,50	4,3 - 12,	3,30	1,1 - 4,9
Cedió su jeringa usada a alguien más para que se inyectara	4,40	2,4 - 9,1	2,90	1,2 - 3,8
Compartió jeringa u otro elemento con alguien desconocido	4,90	1,5 - 9,9	1,20	0,1 - 2,5

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Ultima vez que se inyectó que hizo con la jeringa				
La guardó para usarla de nuevo	27,10	19,6 - 28,8	42,00	31,8 - 47,4
La botó en una caneca	39,60	36,3 - 48,4	12,80	10,1 - 18,9
La botó en el piso	12,40	7 - 16,4	5,50	1,7 - 7,4
La regresó al programa de reducción de daños / distribución de jeringas	2,70	2,3 - 4,4	6,00	2 - 11,
Pensé que era seguro porque limpiaba el equipo	18,20	13,7 - 20,5	0,00	0 - 0
En los últimos seis meses ha vendido jeringas u otros elementos de inyección que usted ya había usado				
No	95,40	93,6 - 97,4	85,50	83,5 - 88,9
Si	4,60	1,5 - 8,6	14,50	10,3 - 19,4

4.3.4 Sobredosis

El 41,7% de las PID de Cúcuta estuvo presente cuando otra persona tuvo una sobredosis y en su mayoría lo ha visto suceder una vez, el 65,5% reporta haberlo presenciado hace un año o más. El 36,7% buscó ayuda médica y 22,3% no hizo nada. Frente a la experiencia personal de sobredosis, una cuarta parte contestó haberla sufrido alguna vez y más del 60% lo había vivido en el último año o más, el 77% se había inyectado heroína cuando esto ocurrió y el 65,7% no sabe que es naloxona.

En Armenia, 63,2% ha visto a una persona perder la conciencia por una sobredosis, de las cuales, una tercera parte lo vio por lo menos 3 a 5 veces. El 45,4% de las PID que presenciaron la sobredosis no hicieron nada. De acuerdo a la pregunta ¿Alguna vez usted ha sufrido una sobredosis por heroína hasta el punto de perder la conciencia?, el 29,2% contestó que sí, el 75% reporta que le sucedió por lo menos una vez, y el 78,6% dijo que esto ocurrió hace más de un año.

Tabla 18. Sobredosis en PID, de las ciudades de Cúcuta y Armenia, Colombia-2021

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Alguna vez vio o estuvo presente cuando alguna persona tuvo una sobredosis de heroína hasta el punto de perder la conciencia				
No	58,30	53,2 - 66,9	36,80	34,7 - 48,4
Si	41,70	36,7 - 48,2	63,20	52,4 - 68
En los últimos seis meses cuando ha compartido o reutilizado jeringas ¿con qué frecuencia las ha limpiado antes de inyectarse?				
Una vez	43,40	28,3 - 50,7	26,20	31,7 - 43,7
Dos veces	19,30	10,4 - 26,3	24,60	11,8 - 26,5
3 a 5 veces	30,10	18,8 - 39,3	33,10	18,5 - 34
6 a 10 veces	7,30	0,9 - 12,	13,10	8,2 - 17,1
Más de 10 veces	--	--	2,90	0 - 4,6
Cuándo fue la última vez que esto ocurrió				
Durante la última semana	--	--	3,10	2,8 - 8,6
Durante el último mes	10,70	6,7 - 19,5	13,60	8,4 - 19,3
Durante los últimos 6 meses	24,00	13,4 - 22,2	27,00	17,1 - 32
Hace 1 año / Más de 1 año	65,30	50,2 - 76,8	56,30	45,5 - 63

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Qué hizo usted o su grupo cuando esto ocurrió				
Nada	22,30	9,7 - 16,3	45,40	25 - 38,1
No supieron que hacer	17,00	14,6 - 24,7	8,90	6,3 - 18,
Pusieron a la persona en una posición de fácil respiración	6,50	1,5 - 20,	22,80	14 - 42,8
Le dieron respiración boca a boca	8,40	0,9 - 12,	8,50	5,8 - 14,
Le hicieron reanimación con masaje cardíaco	16,30	2,5 - 24,7	14,80	11 - 29,3
Le pegaron, la pincharon	20,70	18 - 51,5	15,40	11,9 - 25,9
Usaron hielo, una ducha fría	9,90	9,2 - 18,	7,30	2,6 - 14,
Le inyectaron medicamentos como Naloxona	0,70	0 - 3	--	--
Usaron otros remedios caseros	6,10	1,5 - 11,	5,20	2,1 - 10,
Llevaron a la persona a un hospital / buscaron ayuda médica	36,70	33,1 - 45,5	12,30	10,8 - 24,4
Llamaron a una ambulancia	4,60	0 - 18	6,50	3,9 - 14
Buscaron ayuda con la policía	15,90	8,1 - 17,7	1,90	0,3 - 6,3
Informaron a los familiares de la persona	4,70	0,9 - 8,3	5,80	4,8 - 9,9
Abandonaron el lugar de inmediato	6,70	4,6 - 12	7,40	5,2 - 12,
Otro	4,80	0 - 13,	7,50	4,4 - 13,
Cuántas personas conoce que hayan muerto por sobredosis				
Ninguna	28,70	23,3 - 32,2	20,80	10,9 - 27,4
Entre 1 y 2 personas	42,00	36,1 - 49,8	32,60	25,4 - 38,3
Entre 3 y 5 personas	23,50	19,8 - 27,9	33,60	30,5 - 41,3
Más de 6 personas	5,70	3,9 - 7,4	13,00	12,6 - 18,3

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Alguna vez usted ha sufrido una sobredosis por heroína hasta el punto de perder la conciencia				
No	74,50	68,7 - 77,8	70,80	62,1 - 74,4
Si	25,50	19,2 - 26	29,20	21,8 - 34,8
En la vida ¿cuántas veces le ha sucedido?				
1 vez	61,70	41,3 - 71,8	75,30	52,5 - 90,9
2 veces	11,70	5,5 - 25,5	10,60	5,3 - 13,4
3 a 5 veces	21,90	3,5 - 34,5	12,90	1,4 - 19,7
6 o más veces	4,60	0,2 - 18,	1,20	0 - 2,9
Cuándo fue la última vez que le sucedió				
Durante el último mes	2,00	0 - 5,7	5,70	0 - 4,6
Durante los últimos tres meses	12,40	0 - 24,3	5,00	0 - 5,9
Hace más de tres meses, en el último año	21,90	6,7 - 22,4	10,70	1,4 - 17,1
Hace más de un año	63,80	55,2 - 83,6	78,60	74,5 - 88,5
Qué sustancia se había inyectado en esa última ocasión en que tuvo una sobredosis				
Cocaína / perico	16,70	0 - 27,5	--	--
Ketamina	0,80	0 - 9,8	--	--
Heroína con cocaína (speed ball)	2,20	0 - 68,	--	--
Heroína	77,90	51 - 100	90,20	86 - 97,1
LSD	1,10	0 - 7,7	---	--

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
La última vez que sufrió una sobredosis.				
Estaba solo cuando ocurrió	40,20	25,8 - 54,2	64,70	55,2 - 94,5
Alguien lo auxilió	81,50	75,9 - 88,3	45,70	29,4 - 54,8
Tuvo que ser hospitalizado	56,70	47,1 - 66	34,40	22,4 - 55,5
Alguna vez le han aplicado Naloxona para revertir una sobredosis				
No sabe qué es Naloxona	65,70	50,6 - 77,9	42,80	23,8 - 74,6
No sabe si alguna vez le han aplicado Naloxona	14,40	5,3 - 21,5	8,10	0 - 9,9
Sí, alguna vez le han aplicado Naloxona	12,90	2,1 - 14,3	17,30	2,3 - 21,6
Nunca le han aplicado Naloxona	7,00	3,6 - 14,	31,90	14 - 53,4
Alguna vez ha recibido entrenamiento en manejo y atención de sobredosis				
No	93,40	91,7 - 95	78,40	72,2 - 82,1
Si	6,60	3,7 - 7,5	21,60	15,8 - 26,2
Alguna vez ha tenido Naloxona en su poder				
No sabe qué es Naloxona	75,00	67,4 - 78,8	86,70	83,7 - 89,7
Si ha tenido Naloxona en su poder	5,00	2,5 - 7	1,20	0,6 - 2
Nunca ha tenido Naloxona en su poder	20,00	16,9 - 27,2	12,10	7,9 - 14,2
Si en el futuro tuviera que ser atendido por una sobredosis de heroína (o la sustancia que se inyecte), ¿considera que sería bien atendido y por personas expertas?				
No	14,10	11,1 - 16,5	18,40	10,2 - 28,9
Si	78,70	75,5 - 84,5	49,00	41,2 - 59,2
No sabe	7,20	3,9 - 10,	32,60	21,9 - 40,8

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Ha usted lo han canalizado a los servicios de tratamiento en drogodependencias de usuarios de drogas por vía inyectada				
No	38,90	32,4 - 48,1	21,30	15 - 27,6
Si	61,10	55,4 - 73	78,70	73,1 - 89,1

4.4 Conocimientos sobre VIH, VHC, VHB y comportamientos sexuales

En este apartado se presentan los conocimientos sobre VIH, VHC y los comportamientos sexuales de las personas que se inyectan drogas en las ciudades seleccionadas. Cabe aclarar que antes de hacer las preguntas de este capítulo, se les explicaba que no había respuestas correctas o incorrectas y que lo que se buscaba era conocer su opinión, esto con el fin de no hacer sentir que se estuviera evaluando.

4.4.1 Comportamiento sexual

Se observa que el 96,3% las personas que se inyectan drogas en Cúcuta se reconocen como heterosexuales, este porcentaje es menor en Armenia con el 90,2%. Se encontró en esta última ciudad que un 8,1% se auto reconoce como bisexual, el 1,0% como lesbiana o gay y 0,7% de género fluido.

El comportamiento frente a la pareja sexual estable fue similar en Cúcuta y Armenia, con el 27,7% y 29,9% respectivamente. Tres de cada diez PID, refieren tener parejas ocasionales y en su mayoría son del género femenino. El 27,1% de los encuestados en Cúcuta no usó preservativos en la última relación con su pareja ocasional, porcentaje superior en dos veces en Armenia, con el 54,4%.

Tabla 19. Características del comportamiento sexual de los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia.

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Cuál es su orientación sexual				
Heterosexual	96,30	86,5 - 100	90,20	85,6 - 93,9
Lesbiana/gay	--	--	1,00	0,2 - 2,3
Bisexual	1,90	0 - 7,4	8,10	4 - 11,
Fluida	0,00	0 - 0	0,70	0,1 - 1,2
Tiene pareja sexual estable				
No	72,30	65,1 - 76,2	70,10	62,3 - 74,1
Si	27,70	24,5 - 35,4	29,90	25,8 - 33,5
Pareja sexual ocasional				
No	66,50	62,7 - 71,5	69,70	58,8 - 80,4
Si	33,50	33,5 (26,7 - 43,5)	30,30	22,8 - 37,4
Tiene pareja sexual estable				
Femenino	27,10	10 - 54	54,40	42,9 - 67,5
Masculino	72,90	64,7 - 93	45,60	37,6 - 56,9
En los últimos seis meses con qué frecuencia ha utilizado condones durante las relaciones sexuales con su pareja(s) ocasional(es)				
Nunca	34,50	20,9 - 66,1	40,20	10,3 - 40,4
Ocasionalmente	2,50	0 - 15,	1,80	0 - 5,9
Casi siempre	7,00	0 - 7,8	23,10	2 - 51,1
Siempre	56,10	51,1 - 76,2	33,90	18 - 50,9
No responde	--	--	1,10	0 - 1,7

Características	Cúcuta		Armenia	
	%	% (IC 95%)	%	% (IC 95%)
Tiene pareja sexual estable				
No	83,20	78,9 - 86,6	68,70	66,3 - 76,2
Si	16,80	13 - 22,4	31,30	22,6 - 48,3
Pareja sexual ocasional				
No	42,10	23,2 - 72,3	41,80	20 - 68,7
Si	57,90	20,8 - 86,2	58,20	28,3 - 82
Tiene pareja sexual estable				
No	85,60	82 - 90,7	83,70	80 - 89,6
Si	14,40	9,7 - 18,3	16,30	11,8 - 18,7



4.4.2 Hepatitis C

En este apartado se presentan los conocimientos que tenían los participantes de las dos ciudades del estudio, sobre el virus de la hepatitis C.

El 73,6% y 78,4% de las PID de Cúcuta y Armenia respectivamente, ha escuchado hablar de la hepatitis C. Frente al conocimiento de los síntomas, el 44,3% de las personas no reconoce ninguno, seguido del 37,2% que reconoce el color amarillo en ojos y piel. En Armenia, el porcentaje de personas que no conoce estos síntomas es casi el doble en comparación con la ciudad de Cúcuta (82,6%), seguido del 24,5% que reconoce el color amarillo en ojos y piel.

En Cúcuta menos de la mitad de las PID se ha realizado la prueba de VHC (48,9%), al 19,9% un profesional le ha diagnosticado esta infección, y ninguna persona refirió recibir tratamiento; entre las principales razones para no hacerlo se encontró que 98,3% mencionó la falta de tiempo, al 32,4% no se lo ordenó el médico y el 31,8% no estaba asegurado.

En Armenia, aproximadamente a seis de cada 10 personas le han realizado la prueba del VHC, a 30,7% se la ha diagnosticado un médico, y de estos el 19,5% recibió tratamiento.

4.4.3 Hepatitis B

El 60,6% de los participantes de Cúcuta respondió que no se han realizado la prueba para la identificación de hepatitis B, en Armenia ese porcentaje disminuye a 49,0%. Con relación al diagnóstico por esta infección, el 1,1% de los participantes de Cúcuta lo recibió por parte del médico y en Armenia el 1,8%.

4.4.4 VIH/SIDA

A continuación, se presentan los conocimientos que tenían los participantes de las dos ciudades del estudio, sobre el VIH/SIDA. En la ciudad de Cúcuta el 75,5% de los participantes han oído hablar del VIH/SIDA, en Armenia se evidencia un porcentaje superior con el 93,8%. A la mayoría de PID les hablaron del virus hace más de un año. Con relación a la forma de transmisión, en Cúcuta el 97,5% y en Armenia el 93,6% de las personas indicaron que el VIH se puede transmitir a través de las relaciones sexuales, y más del 78% de las personas que se inyectan drogas en las dos ciudades considera que se puede transmitir compartiendo agujas y jeringas.

Al indagar sobre la forma de prevención del VIH, nueve de cada 10 participantes de ambas ciudades respondieron que, con el uso del condón, el 64% en Cúcuta, y 67,2%

en Armenia indicaron que se puede prevenir el VIH teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales. Aunque no es una proporción alta, aún existe un porcentaje considerable de personas que creen se puede transmitir el VIH por picaduras de zancudo, 17,3% en Cúcuta, 16,2% en Armenia. A su vez el 23,9% de las PID de Cúcuta consideran que el VIH se puede transmitir por compartir comida con alguien infectado, porcentaje mucho más bajo en Armenia (9,3%). Así mismo, el 88,6% de las personas en Armenia y 81,1% en Cúcuta En respuesta a la pregunta si una persona de aspecto saludable puede tener VIH, se reportó. Para nueve de cada 10 PID en ambas ciudades, el VIH se puede transmitir por agujas que han sido utilizadas previamente. Al indagar sobre la vulnerabilidad al VIH, se encontró que los participantes de Armenia se sienten más vulnerables con el 47,8%, en comparación, con el 34,2% de Cúcuta. Es de anotar que la proporción de participantes que se ha realizado la prueba de VIH es mayor en Armenia que en Cúcuta.

4.4.5 Profilaxis pre-exposición u post-exposición (PrEP y PEP)

La PrEP es actualmente una estrategia de prevención del VIH, y si bien no está incluida en los planes de beneficio del sistema de salud de Colombia, ya está siendo comercializada y usadas por diferentes poblaciones. Se tuvo la oportunidad de indagar por medio de dos preguntas, sobre el conocimiento de esta estrategia en la población de inyectores en las dos ciudades que participaron. Llama la atención que, en las dos ciudades, casi ningún inyector había escuchado hablar de la profilaxis pre exposición- PrEP. Con relación a la terapia post exposición (PEP), ningún participante de Armenia la ha escuchado, en comparación con el 1,2% en Cúcuta.

4.5 Estimación población

Se realizó la estimación de las PID de la ciudad de Armenia y Cúcuta, utilizando la técnica de captura, este método asume la selección de una muestra de la población y su identificación. Luego de un tiempo determinado, se selecciona otra muestra, lo que da lugar a que algunas personas sean “recapturadas”, y a través de la proporción de personas identificadas y no identificadas en la segunda muestra, y de los tamaños de ambas, se consigue estimar la magnitud de la población total. Esta técnica, adaptada para uso demográfico, ha sido usada con frecuencia en el campo de la epidemiología y otros campos de la salud para estimar el tamaño de la población no registrada, y utilizar esas estimaciones para generar tasas de incidencia o prevalencia de una enfermedad o evento de salud específico.

Para este caso se entregó un objeto único días antes de iniciar el proceso de recolección de la información, y por este se pregunta en la encuesta, obteniendo dos fuentes

de información, se procede a ingresar los datos en el software Epidat 3.1, permitiendo aplicar el método de captura-recaptura con dos registros. En el primer caso, el programa asume que las dos fuentes son independientes y estima el número total de casos de la población, con su intervalo de confianza. Además, estima la exhaustividad de cada una de las listas por separado y conjuntamente (67) como se muestra a continuación para cada una de las ciudades:

- **Armenia**

El método estimó una población de 463 (IC 95%: 431-497) personas que se inyectan drogas. Con respecto a la exhaustividad, el primer registro identificó el 57,34%, por la metodología de RDS, se identificaron el 53,4% de la población y entre los dos registros el método estima que se identificó el 80,19% de la población en la ciudad.

- **Cúcuta**

El método estimó una población de 596 (IC 95%: 531-662) personas que se inyectan drogas. Con respecto a la exhaustividad, el primer registro identificó el 39,22%, por la metodología de RDS, se identificaron el 44,59% de la población y entre los dos registros el método estima que se identificó el 66,38% de la población en la ciudad.

4.6 Prevalencias de infecciones

A continuación, se presenta los resultados de las prevalencias de VIH, sífilis, hepatitis B, y anticuerpos anti-VHC, cómo se mencionó en la metodología, la información para estos indicadores se tomó a partir de los resultados de las pruebas rápidas realizadas en las personas entre 18 y 65 años que se inyectan drogas en las ciudades de Cúcuta y Armenia.

4.6.1 Prevalencia de VIH

La prevalencia de VIH más alta se identificó en la ciudad de Armenia con el 6% (IC95% 4 - 10), seguida de Cúcuta con el 4,6% (IC95% 2,8 - 6,5), es decir que en la estimación poblacional los casos positivos de PID pueden estar oscilando entre un 2,8% a un 10% aproximadamente, así mismo se puede inferir que por cada 1000 PID de la ciudad de Cúcuta se pueden encontrar reactivos entre 28 a 65 personas aproximadamente y para la ciudad de Armenia entre 40 a 100 PID reactivos para VIH.

Tabla 20. Prevalencia de VIH en los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia.

Sustancia	Cúcuta			
	Estimación RDSAT			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Reactivo	4,60	2,8 - 6,5	0,213	0,093
No reactivo	95,40	93 - 97,5	-0,032	0,907

Sustancia	Armenia			
	Estimación RDSAT			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Reactivo	6,00	4 - 10,	0,187	0,051
No reactivo	94,00	91,5 - 97,6	0,315	0,949

4.6.2 Prevalencia de hepatitis C

La prevalencia de Hepatitis C más alta se identificó en la ciudad de Cúcuta con el 69,6% (IC 95% 64,4 – 77,8), seguida de Armenia con el 62,80% (IC95% 49,5 – 72,2) esto quiere decir que en relación a la estimación poblacional los casos positivos de PID pueden estar oscilando entre un 49% a un 77% aproximadamente, así mismo se puede inferir que por cada 1000 PID de la ciudad de Cúcuta se pueden encontrar reactivos entre 640 a 778 aproximadamente y para la ciudad de Armenia entre 495 a 722 PID reactivos para hepatitis C.

Tabla 21. Prevalencia de Hepatitis C en los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia.

Sustancia	Cúcuta			
	Estimación RDSAT			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Reactivo	69,60	64,4 – 77,8	0,324	0,723
No reactivo	30,40	21,5 – 44	0,231	0,277

Sustancia	Armenia			
	Estimación RDSAT			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Reactivo	62,80	49,5 – 72,2	0,391	0,726
No reactivo	37,20	28,9 – 46,1	0,045	0,274

En relación a la reactividad de las PID que participaron del estudio en Cúcuta se puede identificar en la figura de redes, como es el comportamiento de estas, se encontró una semilla que es reactiva; el comportamiento de la Hepatitis C es muy evidente en las PID de la ciudad en todas las redes, aunque sus semillas no sean reactivas, dado que independientemente la red que se tenga la probabilidad es muy alta de adquirir esta enfermedad **Figura 4** .

Al analizar la reactividad de las PID que participaron del estudio en Armenia, se encontró una semilla que no es reactiva, el comportamiento de la Hepatitis C es muy evidente en las PID de la ciudad en todas las semillas, dado que independientemente

la red que se tenga la probabilidad es muy alta de adquirir esta enfermedad, inclusive note que en cada una de las que no fueron reactivas independientemente tendrá a un conocido o amigo de su referido que hoy tiene esta enfermedad **Figura 5.**

Figura 4. Mapa de reactividad de la prevalencia de Hepatitis C de los usuarios que se inyectan drogas, en Cúcuta 2021.

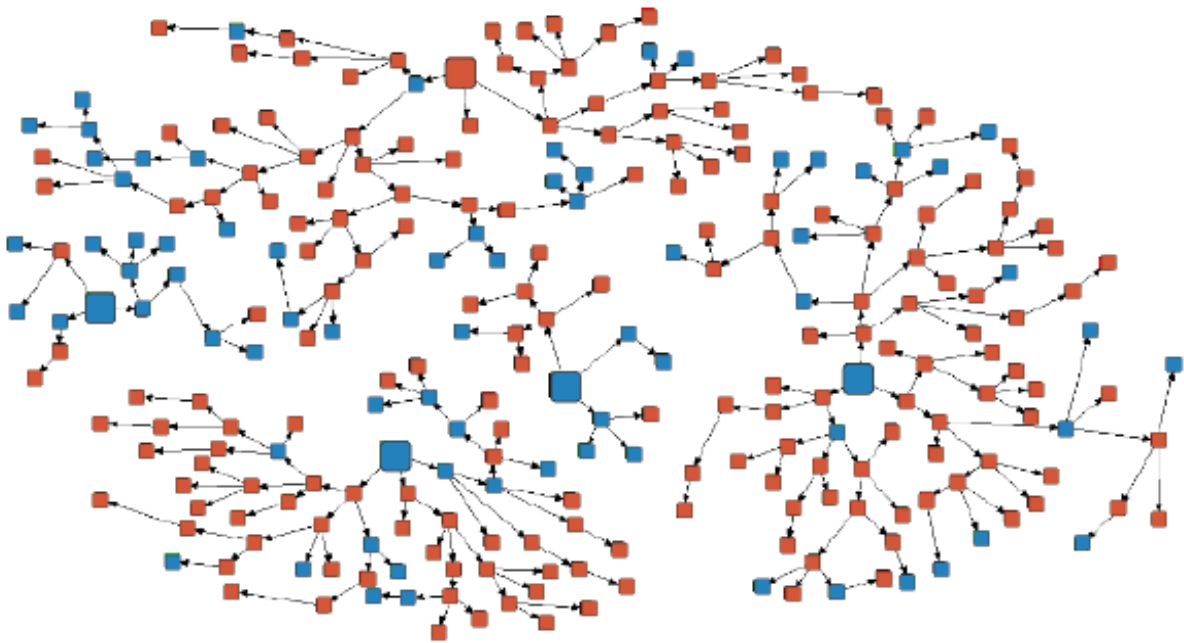
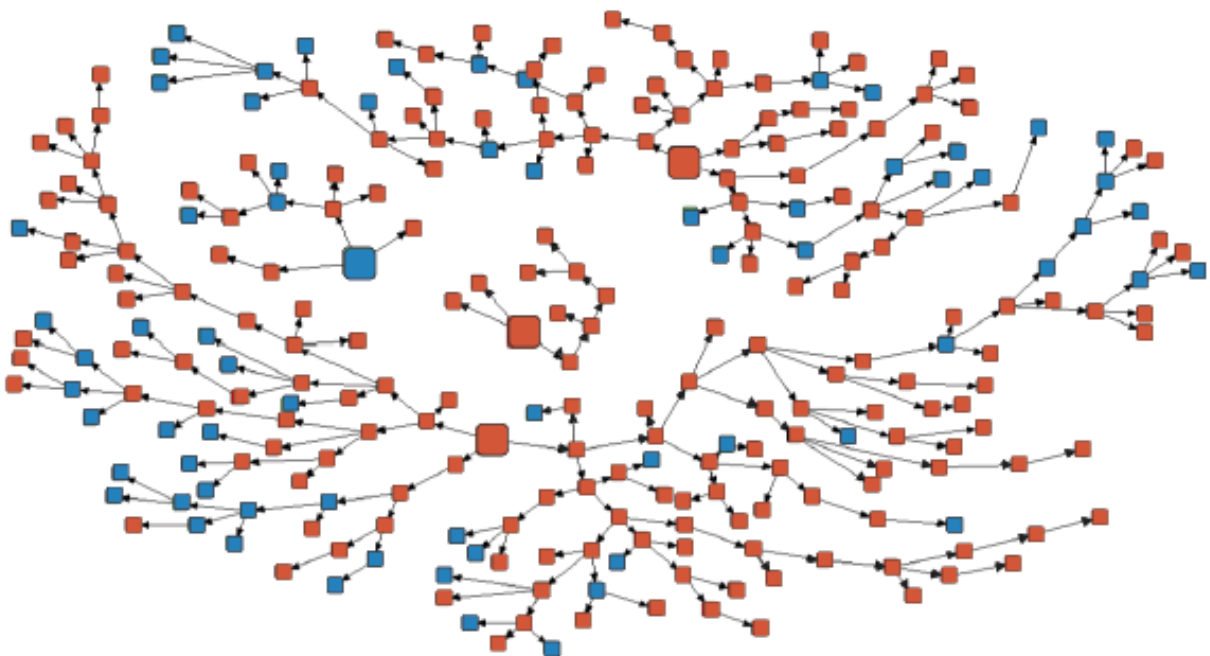


Figura 5. Mapa de reactividad de la prevalencia de Hepatitis C de los usuarios que se inyectan drogas, en Armenia 2021.



4.6.3 Prevalencia de hepatitis B

La prevalencia de Hepatitis B para la ciudad de Armenia fue de 3,4% (IC95% 0,1 – 5,3), en Cúcuta esta prevalencia fue inferior con 0,4% (IC95% 0,1– 1,8), esto quiere decir, en relación a la estimación poblacional los casos positivos de PID que tienen hepatitis B pueden estar oscilando entre un 0% a un 5,1% aproximadamente, indicando que por cada 1000 PID de la ciudad de Cúcuta se pueden encontrar reactivos entre 0 a 8 aproximadamente y para la ciudad de Armenia entre 1 a 53.

Tabla 22. Prevalencia de Hepatitis B en los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia.

Sustancia	Cúcuta			
	Estimación RDSAT			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Reactivo	0,40	0,1 – 1,8	-1	0,012
No reactivo	99,60	99 – 99,8	-0,007	0,988

Sustancia	Armenia			
	Estimación RDSAT			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Reactivo	3,40	0,1 – 5,3	-1	0,012
No reactivo	96,60	90,9 – 98	-0,008	0,988

4.6.4 Prevalencia de sífilis

La prevalencia de Sífilis para la ciudad de Armenia fue de 16,6% (IC95% 11,8 - 24,7), para Cúcuta esta prevalencia fue del 15% (IC95% 10,9 - 22,5), esto quiere decir que en relación a la estimación poblacional los casos positivos de PID pueden estar oscilando entre un 10,9% a un 22,5% aproximadamente, así mismo se puede inferir que por cada 1000 PID de la ciudad de Cúcuta se pueden encontrar reactivos entre 79 a 235 aproximadamente y para la ciudad de Armenia entre 126 a 221 PID reactivos para hepatitis B.

Tabla 23. Prevalencia de Sífilis en los usuarios que se inyectan drogas en Cúcuta y Armenia

Sustancia	Cúcuta			
	Estimación RDSAT			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Reactivo	15,00	10,9 - 22,3	0,066	0,126
No reactivo	85,00	78,7 - 88,1	0,238	0,874

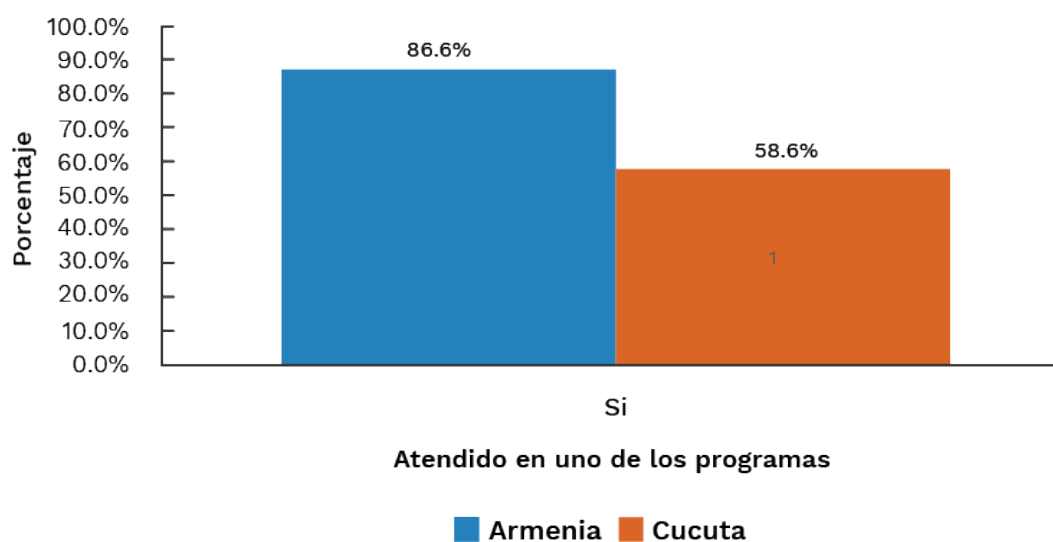
Sustancia	Armenia			
	Estimación RDSAT			
	%	% (IC 95%)	Homofilia	Equilibrio
Reactivo	16,60	11,8 - 24,7	0,085	0,197
No reactivo	83,40	80 - 88,9	-0,026	0,803

5. INDICADORES REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS POR USO DE DROGAS POR VÍA INYECTADA

1. Cobertura de usuarios de drogas por vía inyectada atendidos por el programa

Se encontró que para la ciudad de Cúcuta el 41,4% de las personas manifestaron que no los habían atendidos en uno de los programas, por el contrario, para Armenia el 86,6% refirió que, si los habían atendido, llama la atención que al comparar ambas ciudades en relación a que no lo atienden se encuentra un aumento del 208% en relación a Armenia Cúcuta según el delta del cambio .

Figura 6. Atendido por alguno de los programas que se encuentran actualmente en su ciudad

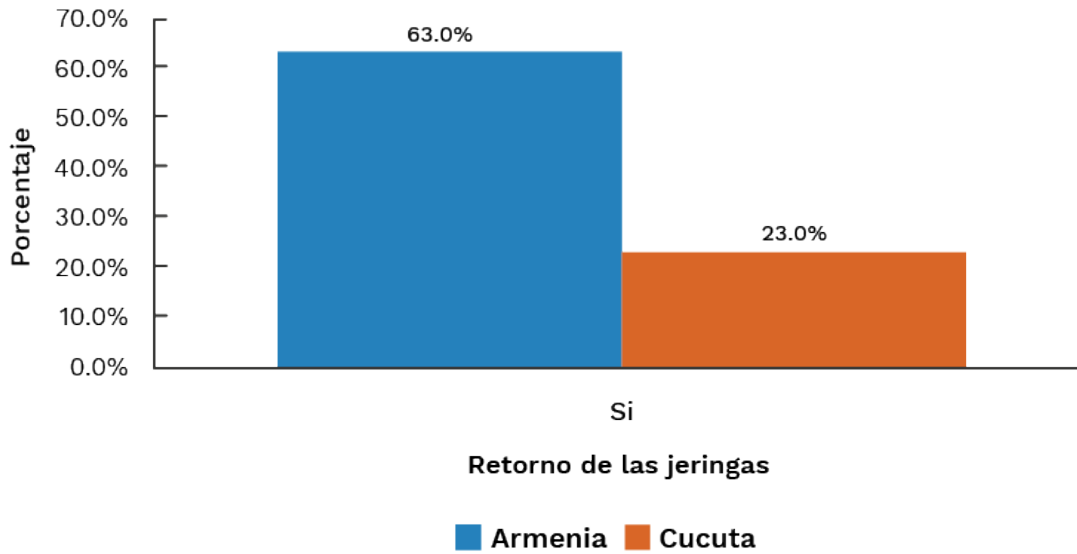


2. Porcentaje de retorno de jeringas en usuarios de drogas por vía inyectada atendidos por el programa.

Se encontró que dos de cada 10 PID hace el retorno en la ciudad de Cúcuta mientras que en Armenia retornan seis de cada 10 personas, indicando que al comparar ambas ciudades se tiene una diferencia de no retorno de jeringas del 108% aproximadamente.

1. Se estima con base a Cúcuta – Armenia y se divide por Armenia, en esta diferencia se multiplica por 100, dando resultado la variación de uno a otro.

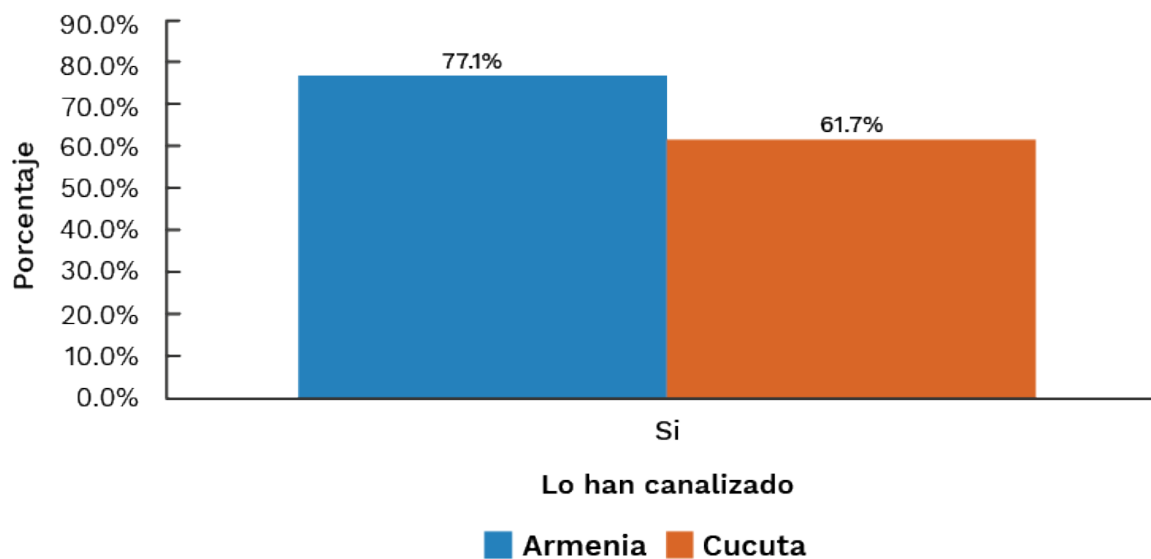
Figura 7. Retorno de las jeringas entregadas en los programas.



3. Porcentaje de canalización a servicios de tratamiento en drogodependencias de usuarios de drogas por vía inyectada.

En relación al porcentaje de usuarios a los cuales se les realiza una valoración y referencia para acceder a tratamientos en drogodependencia se encontró que para Armenia el 77,1% manifestaron que si los han canalizado y para Cúcuta esta canalización es del 61,7%

Figura 8. Canalizado a los servicios de tratamiento en drogodependencias



4. Promedio de días en el programa

En relación al promedio de días de uso del programa por los usuarios durante el mes, se encontró que los que dijeron que si han estado en el programa han estado aproximadamente 20,5 días para Armenia y en Cúcuta 22,7 días, incluso se tiene reporte de pacientes que fueron, pero el mismo día se fueron, al igual los pacientes que han estado los 30 o más días aproximadamente.

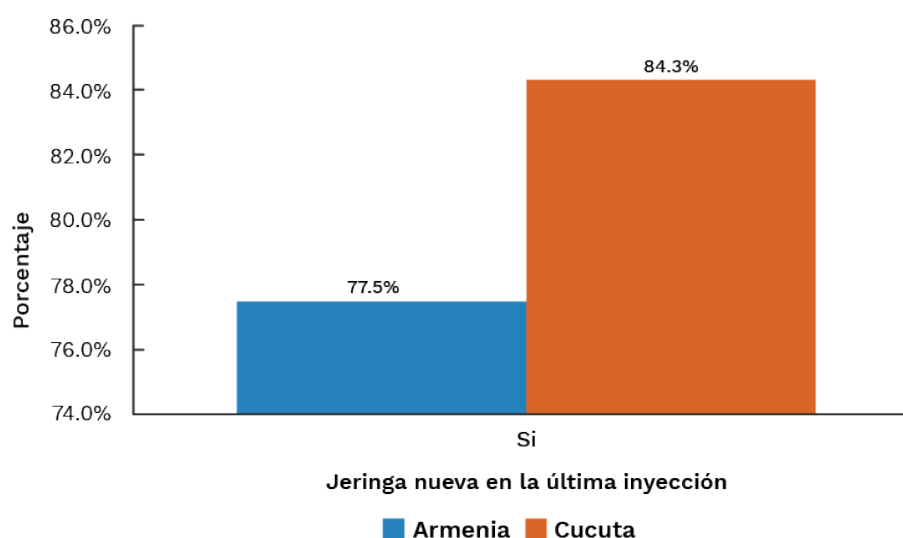
Tabla 24. Promedio de días que ha estado en el programa durante el mes.

Estadísticos	Armenia	Cúcuta
Media	20,5	20,5
Mínimo	0,0	0,0
Máximo	30,0	30,0
Percentil 25	3,0	3,0
Desviación típica	13,0	13,0
Mediana	30,0	30,0

5. Uso de jeringa nueva en la última inyección.

Más del 77% de las PID en ambas ciudades utilizaron jeringas nuevas en la última inyección, llama la atención que en Cúcuta manifestaron que no el 22,5%.

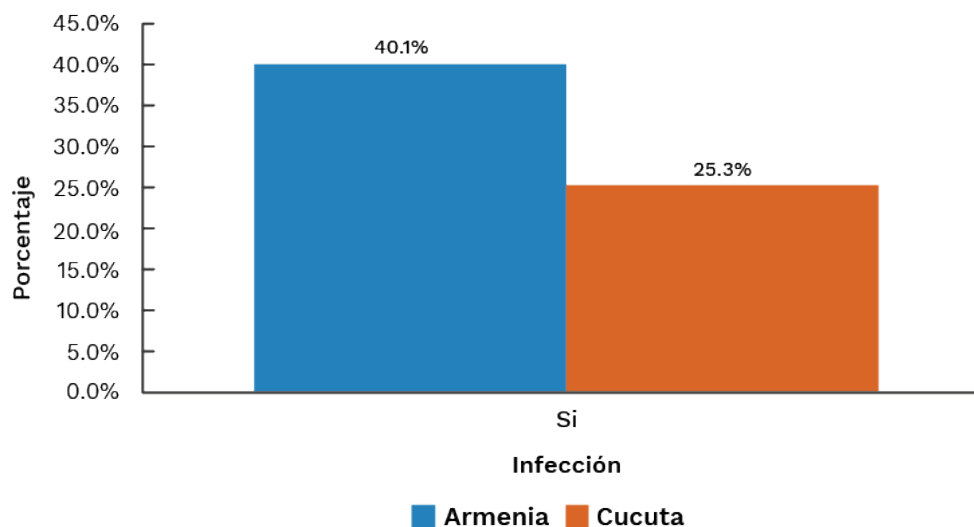
Figura 9. Uso de jeringa nueva en la última inyección



6. Infecciones en zona de venopunción.

Se encontró que el 40% de los participantes ha tenido infección en la zona de venopunción para Armenia, y para Cúcuta el reporte fue del 24,4% de los participantes.

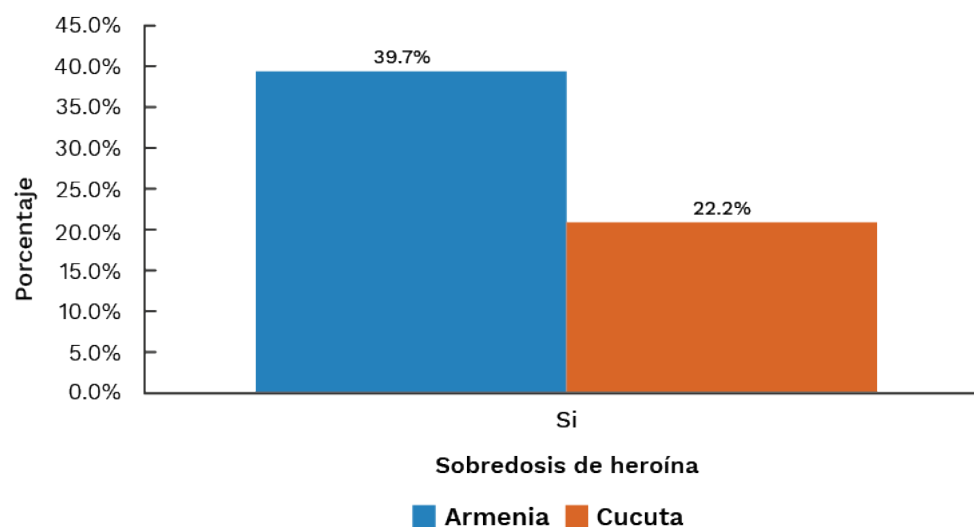
Figura 10. Infecciones en zona de venopunción.



7. Auto reportes de sobredosis por heroína

En relación al auto reporte de sobredosis por heroína se encontró en Armenia que el 39,7% lo han sufrido, en Cúcuta el porcentaje de sobredosis es del 22,2%.

Figura 11. Auto reportes de sobredosis por heroína.



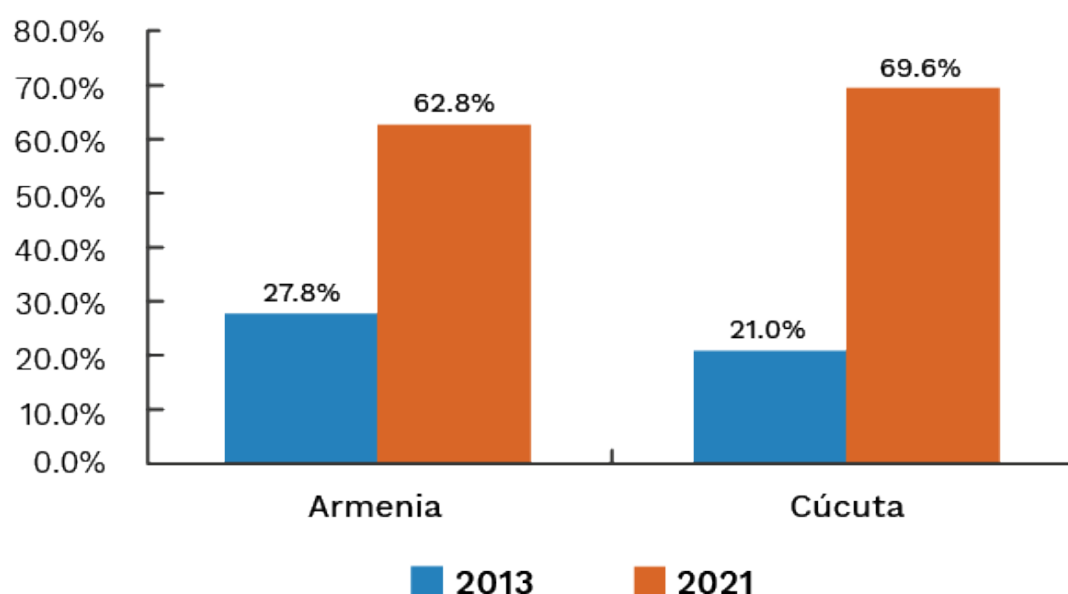


6. COMPARACIÓN ESTUDIOS 2013- 2021

Indicador 1. Prevalencia de Hepatitis C

A continuación se presenta el comparativo de la prevalencia de hepatitis C en las personas que se inyectan drogas en las dos ciudades de análisis. Para el año 2021, la prevalencia de hepatitis C en la ciudad de Armenia y Cúcuta fue de 62,8% y 69,6% respectivamente. Con respecto a la comparación se presentó aumento de la prevalencia de 2013 a 2021 en las dos ciudades, siendo para Cúcuta esta razón de 3,3 veces la prevalencia reportada en 2013; y para Armenia el aumento para 2021 fue de 2,25 veces comparado con el 2013.

Figura 12. Comparación de las prevalencias de Hepatitis C del estudio del 2013 y 2021.



Con respecto a los grupos de edad se observa un cambio importante de 2013 a 2021, con una tendencia a la disminución en el grupo poblacional de 18 a 24 años y un aumento en las dos ciudades de las PID en el grupo de edad de 25 a 34 años, indicando que de cada dos personas que se inyectan drogas, uno se encuentra en este grupo de edad.

Tabla 25. Comparativo de diferentes Características 2013 al 2021.

Variables	Armenia		Cúcuta	
	2013	2021	2013	2021
Edad				
18 a 24 años	39,2(34-49,4)	10,1 (7,7 - 15,5)	50,5(48,1-60,7)	30,5 (20,9 - 36)
25 a 34 años	51,3(40,7-56,1)	54,2 (42,6 - 62,4)	40(32,6-45,3)	47,4 (41,7 - 55)
35 a 44 años	7,2(3,8-10,7)	33,5 (30,5 - 42,8)	5,7(2-6,6)	21 (14,3 - 28,5)
45 a 65 años	2,3(0,7-5,8)	2,3 (1,2 - 3,8)	3,8(0,9-4,7)	1,1 (0,4 - 2,1)
Nivel educativo				
Ninguno	0,4(0-1,2)	4,8 (3,2 - 7,6)	1,4(0-3,3)	10 (6,7 - 16,4)
Primaria	10,9(6,7-16,3)	32,8 (27,3 - 40,5)	72,1(65,6-78,5)	35,1 (29,1 - 45,7)
Secundaria	75,8(68,7-82,1)	40,4 (36,7 - 48,2)	1,4(0,3-2,9)	37,2 (31,6 - 40,5)
Superior	12,8(7,7-18,5)	22,1 (19,5 - 32,6)	25(19-31,1)	17,7 (9,6 - 20,1)
Consumo de drogas				
Marihuana	81(75,7-86,3)	98 (95,5 - 99)	91,5(87,2-95,1)	100 (100 - 100)
Basuco	64,9(57,1-71,2)	93,9 (91,4 - 95,6)	62,9(54,2-69,7)	80,9 (78,8 - 88)
Cocaína, perico, perica	52,8(45,8-60)	89,5 (86 - 93,6)	64,6(56,4-70,1)	74,6 (64,4 - 77,9)
Inhalables (gasolina, sacol, otros)	16,8(11,5-21,6)	73,8 (68,8 - 78,5)	17,2(8,8-23,3)	30,4 (27,4 - 36,6)
Ruedas, roches	39,8(32,3-46,9)	78,7 (73,8 - 84,1)	34(23,4-41,2)	60,1 (55,6 - 67,1)
Éxtasis	5,5(2,2-9,4)	22,8 (18,6 - 31,2)	17,5(10,6-25,1)	28,5 (23,1 - 34,5)
Cigarrillo	89,4(84,2-94)	99,6 (99,3 - 100)	94(90,5-97)	96,1 (91,6 - 99)
Bebidas alcohólicas	63,1(56,1-70,9)	88,3 (85,2 - 89,9)	74,7(67,3-82,1)	83,4 (79,6 - 87,7)
Hongos	9,9(5,3-15)	43,8 (31,8 - 51,4)	16,4(9,3-25,5)	19,9 (18,9 - 24,7)

Variables	Armenia		Cúcuta	
	2013	2021	2013	2021
¿Alguna vez vio o estuvo presente cuando alguna persona perdió la conciencia por una sobredosis de heroína?				
Si	77,1(69,6-82,5)	36,8 (34,7 - 48,4)	67,2(59,3-73,9)	58,3 (53,2 - 66,9)
No	22,9(17,5-30,4)	63,2 (52,4 - 68)	32,8(26,1-40,7)	41,7 (36,7 - 48,2)
¿Alguna vez vio o estuvo presente cuando alguna persona perdió la conciencia por una sobredosis de heroína?				
Si	32,6(26-41,6)	70,8 (62,1 - 74,4)	19(14-26,4)	74,5 (68,7 - 77,8)
No	67,1(58,1-73,8)	29,2 (21,8 - 34,8)	81(73,6-86)	25,5 (19,2 - 26)
No contesta	0,3(0-0,6)	--	--	--



7. LECCIONES APRENDIDAS

Las lecciones aprendidas son consideradas como el conocimiento adquirido a través de la experiencia en los proyectos, lo que refleja los aciertos y desaciertos vividos en el proceso del estudio, tanto desde la consolidación del mismo, hasta el cierre. Ofrecen información de apoyo para una mejor toma de decisiones a futuros investigadores que se encuentren en situaciones similares, mejora la planeación de otros estudios, y evita cometer errores anteriores, esto reduce la incertidumbre y mejora el tiempo de respuesta del Equipo de Proyecto.

Las lecciones aprendidas son una herramienta de la gestión de proyectos y se consideran un activo de conocimiento, siempre deben partir de la reflexión y el análisis crítico de los involucrados, sin olvidar el sentido de objetividad. La documentación de estas, parte de preguntas, como ¿Cuáles son las lecciones identificadas? ¿Qué debe hacerse en cualquier actividad futura para evitar el inconveniente o para repetir el éxito?

Por lo anterior, una vez finalizada la recolección de información del estudio realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho y la Universidad del CES, se hizo una revisión del proceso, con el fin de obtener las lecciones aprendidas, tomadas desde diferentes perspectivas y actores. La recolección de información de las lecciones aprendidas se realizó a través de tres grupos focales y dos entrevistas. En total participaron ocho integrantes de los equipos de trabajo de ambas ciudades y nueve personas que se inyectan drogas, de las cuales ocho habían participado de la fase de expansión. La aplicación de las entrevistas y grupos se realizó de forma presencial en la ciudad de Armenia y virtual a través de una plataforma virtual en la ciudad de Cúcuta.

Las entrevistas y grupos focales fueron grabados en audio. Para ambas técnicas de recolección se utilizaron guías semiestructuradas de acuerdo con el perfil del entrevistado (una para el equipo de trabajo y otra para las PID). Los aspectos que se indagaron siguieron preguntas relacionadas con ¿Qué características valora de la ejecución del proyecto?, ¿Qué aciertos y desaciertos se tuvieron en la ejecución de las diferentes fases?, ¿Qué comentarios tiene frente a la aplicación de esta metodología en la población de PID?, ¿cuál fue la experiencia en la entrega de cupones?, ¿Cuáles fueron las motivaciones para participar del proyecto?, ¿qué podríamos incluir para futuros estudios?

Para el análisis de la información se construyó una matriz en Excel, según la estructura de las guías, buscando reducir los datos por medio de la segmentación de textos transcritos; se utilizaron las columnas para ubicar las categorías y subcategorías y las filas para ubicar los entrevistados y los códigos. Esta forma de codificación permitió el

análisis y la interpretación de diversas relaciones generadas al interior de la matriz; de esta manera se observaron diferencias y semejanzas entre los relatos de los actores. A partir de este análisis las lecciones aprendidas se presentaron en tres grandes grupos:

Factores claves de éxito en la ejecución del proyecto

En este aspecto los participantes mencionaban los aciertos y potencialidades que se tuvieron en la ejecución del proyecto, evaluando dos aspectos, el primero en términos de recursos: administrativos, financieros, técnicos, tecnológicos, locativos y humanos. En segundo lugar, de acuerdo a las diversas fases del proyecto: capacitación, fase exploratoria (entrega del objeto único, búsqueda de las semillas), la fase de expansión (instrumento de recolección, muestreo RDS) y el cierre.

Factores claves de éxito en la ejecución del proyecto

En este aspecto los participantes mencionaban los aciertos y potencialidades que se tuvieron en la ejecución del proyecto, evaluando dos aspectos, el primero en términos de recursos: administrativos, financieros, técnicos, tecnológicos, locativos y humanos. En segundo lugar, de acuerdo a las diversas fases del proyecto: capacitación, fase exploratoria (entrega del objeto único, búsqueda de las semillas), la fase de expansión (instrumento de recolección, muestreo RDS) y el cierre.

Recursos disponibles

- Las sedes estuvieron ubicadas en lugares asequibles para la población, eran adecuadas en términos locativos, de dotación, por lo cual generó espacios de confianza entre el equipo de investigación y las PID.
- Cada sede contó con acceso a internet, tabletas, computadores y celular para cumplir cada una de las actividades del proyecto, estos elementos se obtuvieron con anticipación y garantizaron una adecuada recolección de información.
- La experiencia que tenía el equipo investigador en recolección de información, generó una rápida estandarización de los procesos y el recurso humano, dando cumplimiento total a los protocolos establecidos.
- Se destaca el trato amable y respetuoso del equipo hacia las PID “Yo acá me sentí muy bien tratado” (buscar código)
- Los roles del equipo de trabajo estuvieron bien definidos y delimitados desde el proceso de capacitación, hasta el final de la recolección de información.

Recursos disponibles

- Si bien la fase exploratoria no fue un requisito de la entidad contratante, se concibe como un valor agregado a la investigación, pues se pudieron establecer contactos previos con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), realizar entrevistas con diversos actores que dieron información importante frente al

Recursos disponibles

- Si bien la fase exploratoria no fue un requisito de la entidad contratante, se concibe como un valor agregado a la investigación, pues se pudieron establecer contactos previos con las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), realizar entrevistas con diversos actores que dieron información importante frente al trabajo con las poblaciones, la búsqueda de estrellas sociales y las dificultades que podíamos encontrar en la fase de recolección
- Se contó con el recurso necesario para realizar la entrega de objetos únicos en ambas ciudades, sin embargo, ambos equipos encontraron dificultades para acceder a la población en los tiempos determinados (1 semana). Esto se debe a que los patrones de consumo han cambiado en las ciudades y especialmente en Cúcuta, se identificó un consumo más individualizado y la desaparición de algunos sitios de expendio “ollas”. En Armenia el proceso fue facilitado por el programa de centros de escucha de la Alcaldía Municipal, quienes a través de la estrategia de recambio de jeringas logran captar a un buen porcentaje de los inyectores.
- El muestreo RDS se destaca como el indicado para acceder a la población de estudio
- Se recibió apoyo por parte de instituciones de orden nacional y regional para el acceso de la población a servicios sociales y canalización a servicios de salud.
- Se resalta el trabajo intersectorial y articulado entre el Ministerio de Justicia y Ministerio de Salud.

Factores con potencial de mejora

Son aquellos factores que podrían mejorarse o mitigarse en la ejecución de futuros estudios en dos sentidos, la disponibilidad de recursos: administrativos, financieros, técnicos, tecnológicos, locativos y humanos y de acuerdo a las fases del estudio, capacitación, fase exploratoria (entrega del objeto único, búsqueda de las semillas), la fase de expansión (instrumento de recolección, muestreo RDS) y el cierre.

Recursos disponibles

- Si bien en Armenia se contó con una sede cercana a la población de estudio, al ser zona residencial, se tuvieron algunos inconvenientes con los vecinos del sector, por la presencia de las PID. Esto requiere una sensibilización previa en la comunidad donde estaría ubicada la sede para reducir el estigma y discriminación hacia la población

Fases del proyecto

- Si bien se realizó una fase exploratoria que permitió identificar, lugares, patrones de consumo y establecer alianzas, se hizo muy corta para poder presentar el proyecto ante todas las entidades privadas y públicas involucradas en el proceso, además para establecer “rapport” [confianza] con la población objeto del estudio. Esto se tuvo que hacer a lo largo de la fase de expansión.
- Por el perfil de los participantes, la encuesta se tornó muy larga y agotadora, haciendo en ocasiones complejo la aplicación de la misma en los tiempos que se habían determinado en la capacitación.
- El muestreo por RDS se tornó más complejo en las PID de estratos socioeconómicos más altos, por lo cual hubo estancamiento de estas redes. Esto contempló cambios de horario de las sedes para acceder en horas nocturnas a la población trabajadora.
- Se presentaron dificultades para ubicar a los participantes reactivos e iniciar el proceso de canalización, en especial habitantes de calle.

Cumplimiento de la Muestra

El porcentaje de cumplimiento en las dos ciudades para las primeras seis semanas fue lo esperado, sin embargo, posterior a esta fecha las redes presentaron estancamiento, siendo necesario implementar múltiples estrategias que demandaron mayores esfuerzos y recursos económicos, como apoyo de transporte, alimentación, implementar sedes alternas en lugares más cercanos a algunos sitios de consumo, entre otras. Pese a lo anterior no se cumplió la muestra en la ciudad de Cúcuta. Este apartado surge entonces con la intención de plasmar desde la perspectiva de las Personas que se Inyectan Drogas de ambas ciudades los factores que pudieron influir en que en la ciudad de Armenia si se alcanzara el tamaño propuesto y los factores que probablemente no lo hicieron posible en Cúcuta. Es de anotar que, a través de estas entrevistas, solo se puede realizar un breve acercamiento, pues para explicar el fenómeno a profundidad, se necesitaría aplicar un mayor número de entrevistas y realizar otro tipo de estudios que trascienden el objetivo de esta investigación.

En total participaron nueve PID de las ciudades de Armenia y Cúcuta. En ambas ciudades, los participantes hicieron comentarios muy positivos frente a su participación en el estudio, se mostraron agradecidos, no solo por los incentivos primario y secundario, sino también por la atención y hospitalidad que generó cada uno de los equipos, así lo menciona un participante “le cuento que yo a veces paso por aquí, entro a saludar y a hablar un rato, porque me siento escuchada”.

La mayoría relata que la entrega de los cupones fue una experiencia compleja por varias razones, la primera era la falta de confianza, las personas no creían en la invitación, y dudaban que fuera cierto que se estuviera haciendo el proyecto: “yo fui la primera, nadie me recibía el bono, cuando vino la primera persona y me creyó, todos empezaron a venir”, para esto funcionó que el equipo de trabajo realizara recorridos por diferentes sectores, e informara a diversos programas del objeto del proyecto, los horarios y dirección, como se menciona a continuación: “Yo creí porque en los centros de escucha nos dijeron que esto era verdad, a veces la desconfianza siempre va a estar allí”.

Otros mencionaron que una de las razones para no aceptar el cupón de participación era el miedo, muchos percibían un riesgo muy alto de tener alguna enfermedad, “aun dando el bono y los 30 mil era complejo, más cuando uno decía que les iban a hacer pruebas de tantas enfermedades porque les daba miedo”. Otros, no se sentían motivados por la entrega del bono de un almacén de cadena y preferían el dinero en efectivo para “el alivio” y otros relatan que había PID que “nunca salen de la olla, por ejemplo, son campaneros o están llevados para salir de allá”. En Armenia se mencionó una “olla” muy lejana y de difícil acceso, ya sea por “peligrosa” o porque “los que mercan allá no vienen por el centro”.

En Cúcuta, según los participantes “el consumo está muy estigmatizado”, y muchos no se atrevían a llegar a la sede del proyecto por miedo a ser reconocidos como un consumidor de drogas inyectables, frente a experiencia en la entrega de cupones algunos mencionaban que era común escuchar: “me da pena ir por allá”, “yo no voy a ir a que me den garrote”, o “me demoré entregando los cupones porque me daba pena, vergüenza, que fueran a pensar que yo estaba vendiendo o que yo me inyectaba, que no me fueran a ver de la misma manera”. Por otro lado, mencionan que en la ciudad se ha ejercido un fuerte control policial, y duros golpes al narcomenudeo, trayendo como consecuencia un consumo individualizado, pues como dice uno de ellos: “el consumidor de heroína tiende a ser solitario, es una persona estigmatizada por la sociedad y además la droga lo aísla pues no sale”, “acá ya no hay lugares de consumo”. Tal situación dificultó que se tuvieran redes sólidas de PID y que la entrega de cupones se realizara de manera ágil. En Cúcuta se identifican además perfiles de PID que son más difíciles de alcanzar a través de la metodología RDS, como es aquella que consume en casas y son de estratos más altos, trabajadores y más funcionales, ante esto un participante relata: “hay una población que los familiares les mantienen el consumo con tal que esas personas no salgan ni siquiera a rehabilitación, ¿Cómo mi hijo va a salir a que lo reconozcan?, a que lo vea aquel o el otro” otro mencionó “Es que mi mamá y mi esposa me quitan la ropa con tal que yo no salga de la casa, ellas no quieren verme en la calle, para salir hoy fue una odisea”. Narran que el consumo de drogas inyectables tiene una connotación negativa en el imaginario de las personas y que “ven la heroína como el diablo”, las drogas son horribles “pero la heroína es lo peor”. Otro perfil men-

cionado es el de los migrantes, según los participantes haya “muchos migrantes, que no les importa su vida” y se ven involucrados en la distribución y compra de la heroína en lugares de difícil acceso o que son muy peligrosos, donde incluso son pocos los colombianos los que entran.

El precio de la heroína también se mencionó como un factor que ha hecho que muchos consumidores migren a otras ciudades de Colombia, es el caso de un participante de Armenia, oriundo de Cúcuta, quién mencionó “muchos de nosotros nos fuimos, porque mientras acá compro dos gramos, allá compro uno con el mismo dinero”. Por otro lado, se mencionó que son pocos los programas y lugares de rehabilitación en Cúcuta, por lo cual la población se encuentra mucho más dispersa, en el caso de Armenia fue clave contar con la presencia de programas de la alcaldía que generaban atención continua a las PID y que en su mayoría fue captada por el RDS.

Recomendaciones para futuros estudios

- Se recomienda en los próximos estudios, vincular a un dinamizador de la población para generar mayor “rapport” (confianza) entre las PID.
- La búsqueda de las semillas requiere un trabajo previo importante con la población y organizaciones involucradas, además del estudio riguroso de los perfiles de cada una de ellas. Para esto es necesario ampliar los tiempos de todas las fases del proyecto.
- De acuerdo al perfil de la población, se recomienda que todos los incentivos involucren dinero en efectivo y sustituir el bono de un almacén de cadena.
- Es recomendable realizar una mejoría y actualización al instrumento de recolección de información, pues se hace muy extenso para el tipo de población a la cual va dirigido, de igual manera mejorar el lenguaje para hacer más claras las preguntas sobre frecuencias de consumo.
- Para los participantes sería importante contar con un acompañamiento psicosocial en el marco del proyecto, y además los motivaría recibir charlas o conferencias motivacionales, de emprendimiento, entre otras.



8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados evidencian un aumento en las prevalencias de VIH y Hepatitis C en las ciudades de Armenia y Cúcuta entre 2013 y 2021 y muestran que en su mayoría las PID son hombres, jóvenes, de estratos bajos, que trabajan en oficios poco calificados, y un porcentaje importante son habitantes de calle, lo que se asemeja a lo encontrado en los estudios anteriores realizados en el país, y en otras regiones del mundo.

Se evidencia que las PID participantes del estudio tienen una historia de consumo que inicia a temprana edad, y que actualmente un porcentaje importante mantiene activo un policonsumo problemático. Además, los resultados revelan que más de la mitad ha estado alguna vez en rehabilitación o tiene la intención de hacerlo.

En la ciudad de Armenia se evidencia un importante número de mujeres involucradas en el consumo de drogas inyectables, se podría decir, que la relación es por cada cuatro PID, una es mujer, situación contraria sucede en Cúcuta donde predominan los hombres y mantiene un comportamiento similar a lo encontrado en 2013.

De acuerdo a la evidencia y las directrices de la OMS, los programas de reducción de daños, como es el de sustitución de jeringas, o sustitución de opioides, deben estar acompañados de un conjunto integral de servicios y la integración intersectorial, que promuevan el mejoramiento de las condiciones de vida de las PID, como son: acceso a vivienda, trabajo digno, alimentación, cobertura de servicios de salud, entre otras, esto puede ser más eficaz para disminuir las ITS, en especial, el VIH y el VHC; además, los programas de prevención y reducción de daños deberían ser específicos para todos los dominios de conductas de riesgo, tanto sexuales como relacionadas con el uso de drogas.

Las PID no están recibiendo ni reteniendo información precisa y actualizada sobre el VHC. Los mensajes innovadores de divulgación y prevención diseñados específicamente para la población, teniendo en cuenta el contexto y las particularidades pueden ayudar a aumentar sus conocimientos y estrategias sobre la prevención y el tratamiento.

Es prioritario que en Colombia las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) adopten estrategias de atención, tratamiento y seguimiento de las ITS, en especial la hepatitis C contextualizadas en las PID, esto con el fin de eliminar barreras de atención y se promueva una adecuada adherencia al tratamiento. Por lo anterior,



se recomiendan futuras investigaciones donde se evalúen estrategias de adherencia al tratamiento de las hepatitis en esta población.

Las rutas de atención para ingreso a los programas de reducción de daños, tratamiento de las infecciones y otro tipo de enfermedades para las PID, deben partir del enfoque diferencial y estar acompañadas de la eliminación de barreras de tipo administrativo-burocrático, lo que requiere un acompañamiento permanente a las PID en la navegación del sistema de salud. A los trabajadores de la salud se debe impartir entrenamiento en el abordaje diferencial de la población, lo que podría ayudar a disminuir barreras generadas por el estigma y discriminación.

Se recomienda intensificar la vacunación de la hepatitis B en las PID, a través de campañas directamente diseñadas a la población, programas de asistencia social o los entes territoriales, ya que, la asistencia a servicios de salud entre la población es baja.

Con relación a la metodología, se sugiere que los estudios de RDS, involucren una fase exploratoria en donde se establezca confianza con la población, se identifiquen barreras y oportunidades para el estudio, se conozcan las características de las redes, y se acerque a la comprensión del fenómeno a partir de las experiencias de las personas involucradas. También es importante contar con dinamizadores de la población en la fase de recolección.



9. REFERENCIAS

1. Comisión Asesora para la Política de Drogas en Colombia. Lineamientos para un nuevo enfoque de la política de drogas en Colombia [Internet]. 2015. 4–240 p. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/comision_asesora/docs/documentos_tecnicos_comision_asesora.pdf
2. UNASUR. Visión regional del Consejo Suramericano sobre el Problema Mundial de las Drogas de la UNASUR para UNGASS 2016.
3. OEA C. Boletín informativo Sexágésimo Octavo Periodo Ordinario de Sesiones de la CICAD. 2020. 2020; Available from: http://www.cicad.oas.org/main/aboutcicad/activities_spa.asp?IE=CO005F
4. Uprimny Yepes R, Guzman DE. Políticas de drogas y situación carcelaria en Colombia [Internet]. Available from: https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_188.pdf
5. Congreso de la República. Ley 20 de 1986 por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones.
6. Congreso de la República. Ley 745 de 2002 por la cual se tipifica como contravención el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia, con peligro para los menores de edad y la familia.
7. El Transnational Institute. Reforma de la ley de drogas en Colombia: Guía básica. 2014.
8. Congreso de la República. Ley 1566 de 2012 por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional “entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias” psicoactiva.
9. Ministerio de Salud. Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas [Internet]. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>
10. Social MDSYP. Resolución 089 de 2019.

11. Lucía M, Blanco R, Victoria A, Olmos A, Blum De Barberi C, De M, et al. CONSEJO NACIONAL DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL CONPES Iván Duque Márquez Presidente de la República. [cited 2021 Dec 16]; Available from: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3992.pdf>
12. Ministerio de Justicia. Ruta Futuro: Política integral para enfrentar el problema de las drogas 2018 [Internet]. 2018. Available from: http://www.odc.gov.co/Portals/1/Docs/POLITICA_RUTA_FUTURO_ODC.pdf
13. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Informe Mundial sobre las drogas 2019 [Internet]. 2019. Available from: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
14. Folch C. Perfil de los usuarios de drogas por vía parenteral que mantienen conductas de riesgo relacionadas con la inyección en Cataluña. 2012;26(1):37–44.
15. Usuarios de heroína en la ciudad de Armenia y acceso a programas ambulatorios de sustitución con metadona: un problema de investigación.
16. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social y la Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2008. 2008;
17. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (ENCSPA) [Internet]. 2019. Available from: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/presentacion-encspa-2019.pdf>
18. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Informe mundial sobre las drogas 2016 [Internet]. 2016. Available from: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf
19. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Bulletin of the World Health Organization.
20. Prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo en UDI en Medellín y Pereira. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
21. Degenhardt L, Peacock A, Colledge S, Leung J, Grebely J, Vickerman P, et al. Global prevalence of injecting drug use and sociodemographic characteristics and prevalence of HIV, HBV, and HCV in people who inject drugs: a multistage systematic review. Lancet Glob Heal [Internet]. 2017 Dec;5(12):e1192–207. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2214109X17303753>

22. Castaño Perez A CV. Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública.
23. Gangi MF, Karamouzian M, Nedjat S, Rahimi-Movaghar A, Yazdani K, Shokoohi M, et al. HIV prevention cascades for injection and sexual risk behaviors among HIV-negative people who inject drug in Iran. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2020 Oct;84:102868. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395920302085>
24. Paquette CE, Syyvertsen JL PR. Stigma at every turn: Health services experiences among people who inject drugs. *The international journal on drug policy*.
25. El VIH y las personas que se inyectan drogas.
26. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida.
27. Salud OM de la. VIH/Sida.
28. The United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report 2021*. 2017.
29. Enfermedades C para el C y la P de. VIH y el consumo de drogas inyectables.
30. The United Nations Office on Drugs and Crime. *People who inject drugs*. 2021.
31. *World Drug Report 2021*.
32. *World Drug Report 2021*. Vienna: United Nations; 2021.
33. Costo C de A. VIH Sida en Colombia, retos y apuestas en salu.
34. Berbesi-Fernández D, Segura-Cardona A, Montoya-Vélez L L-RE. Situación de VIH en usuarios de drogas inyectables en Colombia.
35. HIV infection prevalence and associated risk factors in people who inject drugs in Medellin.
36. Berbesi D, Segura-Cardona A, Montoya-Vélez L M-GP. Consumo de heroína inyectada en Colombia y comportamientos de riesgo.
37. Kojima N, Klausner JD. An Update on the Global Epidemiology of Syphilis. *Curr Epidemiol Reports* [Internet]. 2018 Mar 19;5(1):24–38. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s40471-018-0138-z>

38. Organización Mundial de la Salud. Sífilis.
39. Pines HA, Rusch ML, Vera A, Rangel G, Magis-Rodriguez C, Strathdee SA. Incident syphilis infection among people who inject drugs in Tijuana, Mexico. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2015 Dec 22;26(14):1022–7. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462414568394>
40. Kidd SE, Grey JA, Torrone EA, Weinstock HS. Increased Methamphetamine, Injection Drug, and Heroin Use Among Women and Heterosexual Men with Primary and Secondary Syphilis — United States, 2013–2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2019 Feb 15;68(6):144–8. Available from: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6806a4.htm?s_cid=mm6806a4_w
41. Brookmeyer KA, Haderxhanaj LT, Hogben M, Leichliter J. Sexual risk behaviors and STDs among persons who inject drugs: A national study. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2019 Sep;126:105779. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743519302555>
42. Yi S, Prem K, Chhoun P, Chann N, Tuot S, Mun P, et al. Syphilis infection among people who use and inject drugs in Cambodia: a cross-sectional study using the respondent-driven sampling method. *Int J STD AIDS* [Internet]. 2020 Aug 5;31(9):832–40. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0956462420929132>
43. Aguilera Guirao A, Romero Yuste S, Regueiro BJ. Epidemiología y manifestaciones clínicas de las hepatitis virales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2006 Apr;24(4):264–76. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213005X06737739>
44. Cercenado Mansilla E. Diagnóstico microbiológico de las hepatitis víricas.
45. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis C. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
46. Grebely J, Larney S, Peacock A, Colledge S, Leung J, Hickman M, Vickerman P, Blach S, Cunningham EB, Dumchev K, Lynskey M, Stone J, Trickey A, Razavi H, Mattick RP, Degenhardt L. Addiction.
47. Berbesi-Fernández DY, Segura-Cardona AM, Montoya-Velez LP, Santamaría AA. Uso de heroína inyectada y el riesgo de hepatitis C en tres ciudades de Colombia. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2017 Jul;20(3):435–44. Available from: <http://www.scielo>

br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000300435&lng=es&tlng=es

48. Day E, Hellard M, Treloar C, Bruneau J, Martin NK, Øvrehus A, et al. Hepatitis C elimination among people who inject drugs: Challenges and recommendations for action within a health systems framework. *Liver Int* [Internet]. 2019;39(1):20–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30157316>
49. Organización Mundial de la Salud. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021.
50. Hagan H, Pouget ER, Des Jarlais DC L-WCAJE. Meta-regression of hepatitis C virus infection in relation to time since onset of illicit drug injection: the influence of time and place.
51. MacArthur GJ, van Velzen E, Palmateer N, Kimber J, Pharris A, Hope V, Taylor A, Roy K, Aspinall E, Goldberg D, Rhodes T, Hedrich D, Salminen M HM. Interventions to prevent HIV and Hepatitis C in people who inject drugs: a review of reviews to assess evidence of effectiveness.
52. Idrisov B, Murphy SM, Morrill T, Saadoun M, Lunze K, Shepard D. Implementation of methadone therapy for opioid use disorder in Russia – a modeled cost-effectiveness analysis. *Subst Abuse Treat Prev Policy* [Internet]. 2017 Dec 20;12(1):4. Available from: <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13011-016-0087-9>
53. Haussig JM, Nielsen S, Gassowski M, Bremer V, Marcus U, Wenz B, et al. A large proportion of people who inject drugs are susceptible to hepatitis B: Results from a bio-behavioural study in eight German cities. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2018 Jan;66:5–13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201971217302643>
54. Haussig JM, Nielsen S, Gassowski M, Bremer V, Marcus U, Wenz B, et al. A large proportion of people who inject drugs are susceptible to hepatitis B: Results from a bio-behavioural study in eight German cities. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2018 Jan;66:5–13. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1201971217302643>
55. Goel S SM. respondent-driven sampling.
56. Fearon E, Chabata ST, Thompson JA, Cowan FM HJ. Sample Size Calculations for Population Size Estimation Studies Using Multiplier Methods With Respondent-Driven Sampling Surveys.

57. Lorenzo-Ortega R, Sonego M, Pulido J G-CA. Métodos indirectos para la estimación de poblaciones ocultas.
58. Unaid. Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV.
59. Berbesi D, Segura Á ML. Población estimada de UDI.
60. Organización Mundial de la Salud. Biobehavioural Survey Guidelines For Populations At Risk For HIV Supplemental Materials.
61. Organización Mundial de la Salud. Monitoreo Global del Sida 202.
62. Álvarez C ME. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adulto.
63. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1314 Adopta lineamientos realizar pruebas rapidas fuera del laboratorio diagnostico temprano VIH-Sifilis-Hepatisi B y C.
64. Volz E HD. Respondent Driven Sampling.
65. UNAIDS. Estimating the size of population at risk of HIV.
66. Social MDSYP. Resolución 8430 de 1993. Colombia.
67. JM K, C. W. Statistical methods for the analysis of time-location sampling data. J Urban Heal Bull N Y Acad Med. 2012;89(3):565–86.