

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE VIH, HEPATITIS VIRALES, SÍFILIS Y COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS EN LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

BOGOTÁ, MEDELLÍN, SANTIAGO DE CALI Y EL ÁREA
CONURBADA DE PEREIRA Y DOSQUEBRADAS

2021

ESTUDIO DE PREVALENCIA DE VIH, HEPATITIS VIRALES, SÍFILIS Y COMPORTAMIENTOS ASOCIADOS EN LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

BOGOTÁ, MEDELLÍN, SANTIAGO DE CALI Y EL ÁREA
CONURBADA DE PEREIRA Y DOSQUEBRADAS, 2021



© Fundación Salutia - Centro de estudios, innovación e investigación en salud, 2022

ISBN: 978-958-53528-3-4

La información aquí publicada puede ser citada, con el respectivo crédito, y reproducida parcialmente para fines académicos, de investigación o salud pública. Se prohíbe la reproducción parcial o total de esta publicación para fines lucrativos o comerciales sin la expresa autorización.

Créditos

Mecanismo Coordinador de País (MCP) – Colombia

Instituciones miembros

Agencia Presidencial de Cooperación - **APC Colombia**

Coalición de organizaciones y activistas que trabajan por los derechos de las personas transgénero en Colombia - **Aquelarre TRANS**

Asociación de Mujeres Buscando Libertad - **ASMUBULI**

Club Rotario de Bogotá

Consejo Comunitario Mayor de la Sociedad Campesina integral del Atrato - **COCOMACIA**

Corporación Centro de Pastoral Afrocolombiana - **CEPAC**

Cruz Roja Colombiana

Liga Antituberculosa Colombiana - **LAC**

Mecanismo Social de Apoyo y Control en VIH – **MSACV**

Mesa ONG con trabajo en VIH

Ministerio de Salud y Protección Social

Comunidades Negras de Colombia - **OBAPO**

Organización Panamericana de la Salud - **OPS/OMS**

Organizaciones Basadas en la Fe

Red Nacional de Mujeres Afrocolombianas - **KAMBIRÍ**

Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo VIH

Secretaría de Salud de Bogotá

Fondo de Población de las Naciones Unidas - **UNFPA**

Universidad del Cauca

Mecanismo Coordinador de País

Ricardo Luque Nuñez

Presidente

Oswaldo Rada Londoño

Vicepresidente

Receptor Principal Gobierno

Empresa Nacional Promotora de Desarrollo Territorial - ENTerritorio

Andrés Mauricio Oyola Sastoque
Gerente de Proyectos de Cooperación Internacional

Carlos Alberto González Promicieros
Coordinador Técnico Proyecto VIH

Maribel Ramírez Rincón
Coordinadora de Monitoreo y Evaluación Proyecto VIH

Sandra Escandón Moncaleano
Coordinadora Estrategias de Comunicación y Movilización Social Proyecto VIH

Clara Angela Sierra Alarcón
Supervisora del estudio

Equipo de trabajo de ENTerritorio

Bogotá

María Julia Meneses Posada
Lida Yurani Quitian Ariza

Cali

Mónica Espinosa Arana
Alexandra Montoya Espinosa

Medellín

Andrés Felipe Cardona González
Diana Sorely Torres Alvarez

Pereira-Dosquebradas

Giovanni Cano Bedoya
Yurany Sánchez

Fundación Salutia

Carlos Humberto Arango Bautista
Director

Equipo de investigación

Ana Lucia Mujica Duarte
Inés Elvira Mejía Motta
José de Jesús Moreno Montoya
(Diseño - Ejecución -Estimación Poblacional)
Nilton Montoya Gómez Estadístico
(Factores asociados - Análisis de consistencia de la encuesta)

Equipo de sistemas de información

Alexander Acero Acero
Andres Fabián Jimenez Torres
Beatriz Eugenia Gómez Valencia
Ruben Darío Medina Romero

Equipo administrativo y logístico

Irma Constanza Muñoz Benavides
Ana Victoria Niño Vargas
Juan Felipe Fonceca Fonceca
Paula Edith Murcia Varela

Equipo de Trabajo de Campo del estudio

Coordinadora de Trabajo de Campo
Diana María Villota

Supervisores

Milena Delgado Mora
Levinson Niño
Verónica María Peña García
Yanina Silva Jaramillo

Encuestadoras

Jenny Chimborazo Valencia
María del Carmen Díaz
Ana María Betancour
Daniela Cerón
Lina Fernanda Nivia Ubaque
Nini Giovanna Ortíz
María de los Ángeles Osorio
María Angelica Jiménez
Maura Perdomo Henao
Astrid Milena Martínez

Dinamizadores

Juan Manuel Marín M
Lina Quevedo
Andrés Miguel Guevara Hernández
Yeny Paola Gutiérrez

Gestores de Campo

Hugo Esteban Bermúdez Pachongo
Julián David Patiño Villa
Lorena Reina Ramírez
Manuel Alejandro Giraldo Escobar

Diagramación y diseño Gráfico

Daniel Fernando Mujica Duarte





Abreviaturas

ADD:	Antivirales de acción directa
ANTI-VHC:	Anticuerpos contra hepatitis C
AVPD:	Años de vida perdidos por discapacidad
APV:	Asesoría de prueba voluntaria
ARN:	Ácido ribonucleico
CAC:	Cuenta de Alto Costo
DQ:	Dosquebradas
EAPB:	Entidades Administradoras de Planes de Beneficio
ENTerritorio:	Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial
FM:	Fondo Mundial
GAD:	Generalized Anxiety Disorder
GPC:	Guía de Práctica Clínica
HBsAG:	Antígeno de superficie de hepatitis B
HSH:	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
IAS:	International AIDS Society
IC:	Intervalo de confianza
IETS:	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INS:	Instituto Nacional de Salud
IPS:	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ITS:	Infecciones de transmisión sexual
LSD:	Dietilamida de ácido lisérgico
MINSALUD:	Ministerio de Salud y Protección Social
MINJUSTICIA:	Ministerio de Justicia y el Derecho
NOU:	Número de Objetos Únicos
NV:	Nacidos vivos
ODC:	Observatorio de Drogas de Colombia
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
ONUSIDA:	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
ONU:	Organizaciones de las Naciones Unidas
OR:	Oportunidades relativas
PAHO:	Pan American Health Organization
PEP:	Profilaxis pos-exposición

PEPFAR:	Plan presidencial de emergencia para el alivio del SIDA
PID:	Personas que se inyectan drogas
POB:	Población
POS:	Plan Obligatorio de Salud
PrEP:	Profilaxis de pre-exposición
PVV:	Personas viviendo con VIH
PWID:	Persons Who Inject Drugs
RDS:	Profilaxis de pre-exposición
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISCO-SSR:	Sistema de Información de Actividades Colectivas y Comunitarias en Salud Sexual y Reproductiva
SIVIGILA:	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
TAR:	Terapia antirretroviral
TP:	Treponema Pallidum
TS:	Trabajadoras sexuales
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNODC:	La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
USD:	Dólar estadounidense
VHB:	Virus de Hepatitis B
VHC:	Virus de Hepatitis C
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
2CB:	2CB: 4-bromo-2,5-dimetoxifeniletamina



Agradecimientos

A todas las personas que participaron voluntariamente en el estudio, en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, porque gracias a su participación se logró caracterizar el perfil de salud, comportamientos, afectación por estigma y discriminación, de las personas que se inyectan drogas. De igual manera se estimó por primera en Colombia el tamaño de la población que se inyecta drogas en estas cuatro ciudades y se estimó la prevalencia de VIH, hepatitis virales y sífilis.

A las personas seleccionadas como semillas para el proceso de identificación de la población incluida en el estudio, por su interés, dedicación y contribución en el cumplimiento de las metas de cada una de las cuatro ciudades.

Al Ministerio de Salud y Protección Social y a la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS por el suministro de las pruebas rápidas para hepatitis C, hepatitis B y sífilis, y por su interés y acompañamiento en la canalización de los participantes.

Finalmente, a los entes territoriales: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Secretaría de Salud Pública de Santiago de Cali, Secretaría de Salud de Medellín, Secretaría de Salud Pública y Seguridad Social de Pereira y la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Dosquebradas, y a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) por acompañar el proceso de canalización de las personas diagnosticadas.

Contenido

RESUMEN EJECUTIVO	17
INTRODUCCIÓN	21
JUSTIFICACIÓN	25
1. MARCO DE REFERENCIA	29
1.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH, LAS HEPATITIS VIRALES Y SÍFILIS EN COLOMBIA.....	31
1.1.1 VIH.....	31
1.1.2 Hepatitis virales.....	32
1.1.3 Sífilis.....	33
1.2 RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN LA EPIDEMIA DE VIH Y HEPATITIS VIRALES.....	34
1.2.1 VIH en PID a nivel mundial.....	35
1.2.2 VIH en PID en Colombia.....	36
1.2.3 Hepatitis virales en PID a nivel mundial.....	36
1.2.4 Hepatitis C en PID en Colombia.....	37
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	39
3. METODOLOGÍA	43
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	44
3.2 MÉTODO DE MUESTREO (RDS).....	44
3.2.1 Generalidades del método RDS.....	44
3.2.2 Detalles de la aplicación del método RDS en el estudio.....	45
3.3 TAMAÑO ESTIMADO DE MUESTRAS.....	47
3.4 MÉTODO PARA LA ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO POBLACIONAL.....	47
3.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.....	49
3.6 CENTROS DE ESTUDIO, SEDES Y EQUIPOS DE CAMPO.....	49
3.7 RECOLECCIÓN Y GESTIÓN DE INFORMACIÓN.....	49
3.7.1 Instrumentos de recolección y sistematización de información.....	49
3.7.2 Recolección de muestras biológicas.....	51
3.7.3 Control de calidad de la información recolectada.....	53
3.7.4 Gestión y análisis de la información.....	54
3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	57
4. ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO POBLACIONAL	62
5. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	67
5.1 RESULTADOS DEL RDS.....	69
5.1.1 Enrolamiento y muestra.....	69
5.1.2 Características de las redes.....	69
5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE PID POR CIUDAD.....	70
5.2.1 Bogotá.....	70
5.2.2 Medellín.....	71
5.2.3 Santiago de Cali.....	72
5.2.4 Pereira y Dosquebradas.....	72
5.3 PATRONES DE USO DE DROGAS Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO ASOCIADOS A LA INYECCIÓN DE DROGAS.....	75

5.3.1	Caracterización del uso de drogas por ciudad.....	75
5.3.2	Características del inicio en la inyección de drogas.....	79
5.3.3	Patrones de inyección de drogas por ciudad.....	80
5.3.4	Comportamientos de riesgo en la inyección de drogas por ciudad.....	83
5.3.5	Sobredosis.....	92
5.3.6	Historia de arrestos y detenciones.....	93
5.4	CARACTERIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL.....	94
5.4.1	Características generales de la actividad sexual.....	94
5.4.2	Uso de condón por ciudad.....	91
5.4.3	Acceso a condones, lubricantes e información sobre uso de condón durante los últimos tres meses.....	100
5.4.4	Relaciones sexuales sin consentimiento.....	102
5.5	CONOCIMIENTOS SOBRE HEPATITIS VIRALES, TUBERCULOSIS, VIH, AUTOVALORACIÓN DEL RIESGO DE VIH, ESTATUS FRENTE AL VIH.....	102
5.5.1	Hepatitis virales y tuberculosis.....	102
5.5.2	VIH.....	107
5.5.3	Autovaloración del riesgo de VIH.....	110
5.5.4	PID que conocen su estatus frente al VIH antes de participar en el estudio.....	110
5.6	PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS PID.....	111
5.6.1	Infecciones de transmisión sexual - ITS.....	111
5.6.2	Situación de la salud mental.....	114
5.7	ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN.....	116
5.8	ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y ATENCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.....	116
5.8.1	Servicios de Salud.....	120
5.8.2	Acceso a diagnóstico y tratamiento ITS.....	122
5.8.3	Acceso de programas de reducción de daño.....	129
6.	PREVALENCIA DE VIH, HEPATITIS VIRALES Y SÍFILIS.....	133
6.1	PREVALENCIA DE VIH.....	134
6.1.1	Distribución de casos de VIH según conocimiento previo de diagnósticos de VIH y otras ITS.....	135
6.1.2	Distribución de casos de VIH según características de la práctica de la inyección y comportamientos de riesgo asociados.....	135
6.1.3	Distribución de casos de VIH según comportamiento sexual.....	136
6.1.4	Distribución de casos de VIH según estigma, violencia experimentada o privación de libertad.....	136
6.1.5	Distribución de casos de VIH según conocimiento previo de diagnósticos de VIH y otras ITS.....	136
6.1.6	Distribución de casos de VIH según conocimiento previo de diagnósticos de VIH y otras ITS.....	137
6.2	PREVALENCIA DE ANTI-VHC.....	137
6.3	PREVALENCIA DE VHB.....	138
6.4	PREVALENCIA DE SÍFILIS.....	138
6.5	COINFECCIÓN VIH- ANTI-VHC.....	139
6.6	FACTORES ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR VIH Y OTRAS ITS.....	140
6.6.1	Factores asociados a la infección por VIH.....	140
6.6.2	Factores asociados a la infección por VIH.....	145

7.	INDICADORES EN PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS	152
7.1	PREVALENCIA DE VIH.....	153
7.2	PRUEBAS DE VIH Y CONOCIMIENTO DEL RESULTADO.....	154
7.3	COBERTURA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH.....	155
7.4	USO DEL CONDÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS.....	156
7.5	USO DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN DE ALTO RIESGO.....	157
7.6	COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS.....	158
7.7	PRÁCTICAS SEGURAS EN EL CONSUMO DE DROGAS INYECTABLES.....	159
7.8	ACTITUDES DISCRIMINATORIAS HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH.....	160
7.9	EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR CAUSA DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN.....	161
7.10	CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH.....	162
7.11	PREVALENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C.....	163
7.12	PREVALENCIA DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B.....	164
7.13	PREVALENCIA DE COINFECCIÓN VIH - HEPATITIS C.....	165
8.	ANÁLISIS DE CONSISTENCIA DE LA ENCUESTA POR CIUDAD	167
9.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	177
	CONCLUSIONES	189
	RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA PARA EL CONTROL DE LAS EPIDEMIAS DE VIH Y HEPATITIS VIRALES EN PID	195
	REFERENCIAS	199
	ANEXOS	208
	Encuesta de comportamientos.....	209
	Consentimiento informado de la encuesta.....	243
	Consentimiento informado para las pruebas rápidas.....	245
	Crecimiento de la red.....	246

Listado de tablas

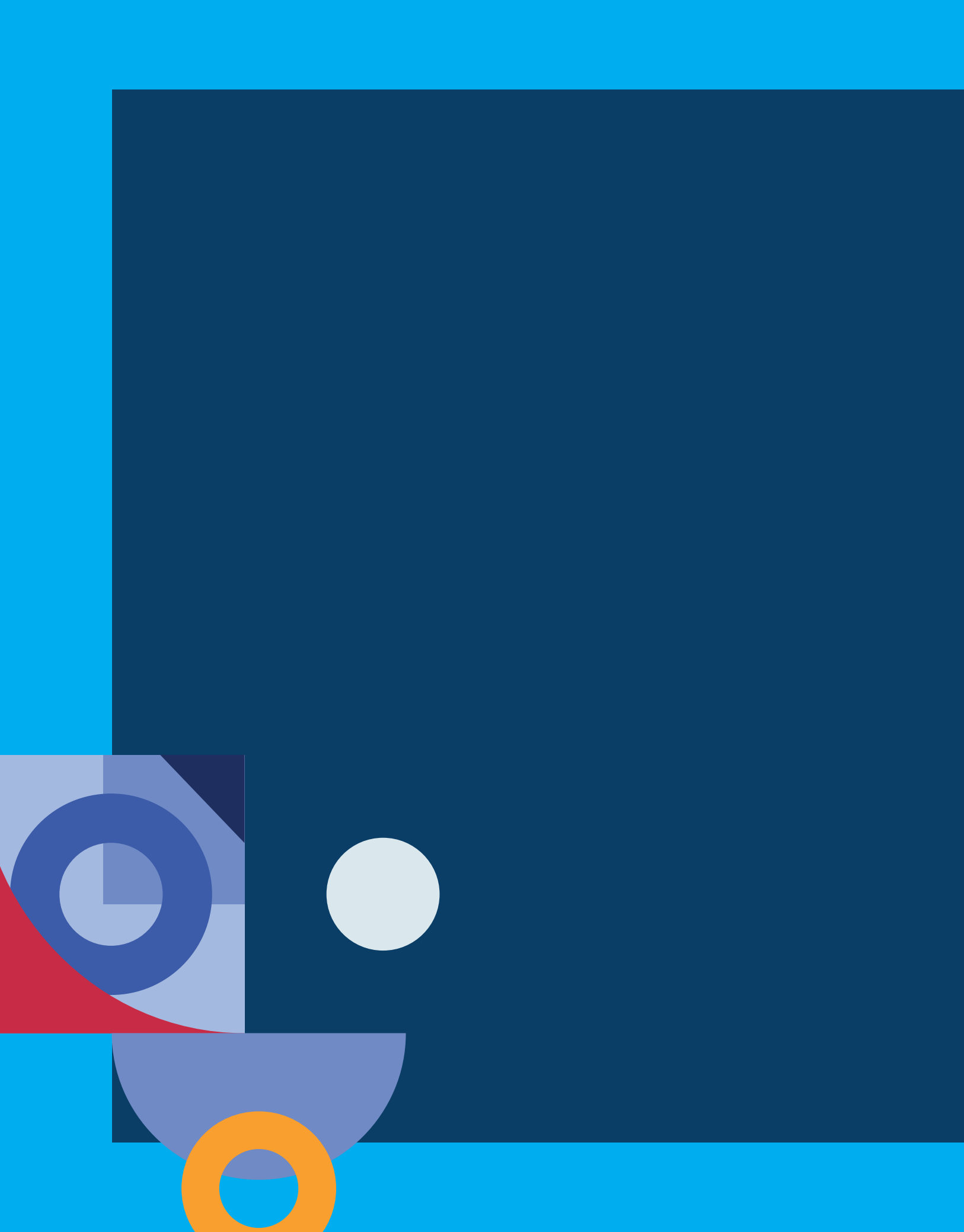
Tabla 1.	Tamaño de muestra requerido para la estimación de la población PID en cada ciudad.....	47
Tabla 2.	Tabla de clasificación de datos.....	48
Tabla 3.	Estimación del tamaño de la población PID, Bogotá, 2021.....	64
Tabla 4.	Estimación del tamaño de la población PID, Medellín, 2021.....	64
Tabla 5.	Estimación del tamaño de la población PID, Cali, 2021.....	65
Tabla 6.	Estimación del tamaño de la población PID, Pereira/Dosquebradas, 2021.....	65
Tabla 7.	Relación con la persona que le entregó el cupón.....	69
Tabla 8.	Enrolamiento con RDS del estudio en personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Cali y la zona conurbada de Pereira–Dosquebradas en el 2021.....	70
Tabla 9.	Características sociales y demográficas de las PID en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	73

Tabla 10. Prevalencia de uso de drogas: vida, último año, últimos 6 meses, último mes y sustancias consumidas antes de la transición a la inyección, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	77
Tabla 11. Patrones de inyección de drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	82
Tabla 12. Comportamientos de riesgo en la inyección de drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	87
Tabla 13. Características del último evento de inyección, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	89
Tabla 14. Historia de arrestos y detenciones de PID en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	94
Tabla 15. Caracterización del comportamiento sexual y uso de condón, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	97
Tabla 16. Acceso a información preventiva, fuentes de acceso y acceso a condones en los últimos 3 meses, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	100
Tabla 17. Conocimientos sobre hepatitis virales, acceso a pruebas diagnósticas, tratamiento, vacunación, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	104
Tabla 18. Conocimientos sobre VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	108
Tabla 19. Autovaloración de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	110
Tabla 20. Resultados de la última prueba de VIH realizada con antelación al estudio y a quién le ha comentado su estatus frente al VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021.....	111
Tabla 21. Ocurrencia de ITS en los últimos 6 meses, acceso a tratamientos y medidas preventivas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	112
Tabla 22. Síntomas de depresión y ansiedad durante el último mes, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	115
Tabla 23. Indicadores de estigma y discriminación que experimentan las PID, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali, Pereira - Dosquebradas, 2021.....	117
Tabla 24. Impacto del estigma y la discriminación en el uso de servicios de atención en VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	119
Tabla 25. Acceso y barreras de acceso a servicios médicos y de salud, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	120
Tabla 26. Acceso previo a pruebas de VIH, razones para acceder a ellas y percepción de calidad de la atención durante el acceso a la prueba, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	123
Tabla 27. Acceso y barreras de acceso a atención integral en VIH y tratamiento antirretroviral, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	126
Tabla 28. Acceso y barreras de acceso a servicios de tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	130

Tabla 29. Prevalencia de VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	134
Tabla 30. Prevalencia de anticuerpos contra hepatitis C, anti-VHC, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	137
Tabla 31. Prevalencia de antígeno de superficie para VHB, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	138
Tabla 32. Prevalencia de anticuerpos contra sífilis (TP), Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	139
Tabla 33. Proporción cruda y estimación de PID viviendo con VIH con anticuerpos reactivos a VHC, Bogotá y Medellín, 2021.....	139
Tabla 34. Proporción cruda y estimación de PID viviendo con VIH con anticuerpos reactivos a VHC, Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	140
Tabla 35. Prevalencia de VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	153
Tabla 36. Pruebas de VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	154
Tabla 37. Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	155
Tabla 38. Uso del condón entre las personas que se inyectan drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	156
Tabla 39. Uso del condón entre las personas que se inyectan drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	157
Tabla 40. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas que se inyectan drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	158
Tabla 41. Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	159
Tabla 42. Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	160
Tabla 43. Evitación de los servicios de salud por causa del estigma y la discriminación, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira -* Dosquebradas, 2021.....	161
Tabla 44. Conocimientos sobre la prevención del VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	162
Tabla 45. Prevalencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	163
Tabla 46. Prevalencia de antígeno de superficie de la hepatitis B, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	164
Tabla 47. Prevalencia de coinfección VIH-VHC, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	165

Listado de gráficos

Gráfico 1. Edad de inicio en la inyección y edad media en la que empezó a inyectarse regularmente, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	79
Gráfico 2. Comparativo de la prevalencia de VIH en PID en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2014 y 2021.....	134
Gráfico 3. Comparativo de la prevalencia de anticuerpos contra hepatitis C en PID, Bogotá, Medellín y Pereira - Dosquebradas, 2014 y 2021.....	138
Gráfico 4. Factores asociados a la infección de VIH en las personas que se inyectan drogas en Medellín y total ciudades de estudio, 2021.....	141
Gráfico 5. Factores asociados a la infección de VIH en las personas que se inyectan drogas en Santiago de Cali y total ciudades de estudio, 2021.....	142
Gráfico 6. Factores asociados a la infección de VIH en las personas que se inyectan drogas en Pereira y total ciudades de estudio, 2021.....	143
Gráfico 7. Factores asociados a la infección de VIH en las personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	144
Gráfico 8. Diagrama general de relaciones causales para infección con VIH	145
Gráfico 9. Factores asociados a la infección de HCV en las personas que se inyectan drogas en Medellín y total ciudades de estudio, 2021.....	146
Gráfico 10. Factores asociados a la infección de HCV en las personas que se inyectan drogas en Cali y total ciudades de estudio, 2021.....	147
Gráfico 11. Factores asociados a la infección de HCV en las personas que se inyectan drogas en Pereira/Dosquebradas y total ciudades de estudio, 2021.....	148
Gráfico 12. Factores asociados a la infección de VHC en las personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	149
Gráfico 13. Diagrama general de relaciones causales para infección con HCV	150
Gráfico 14. Perfiles demográficos por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	169
Gráfico 15. Perfiles de sintomatologías de salud mental por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	170
Gráfico 16. Perfiles de estigma y discriminación por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	171
Gráfico 17. Perfiles de consumo de sustancias por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	172
Gráfico 18. Perfiles de Inyección de sustancias por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	173
Gráfico 19. Perfiles de comportamientos sexuales por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	174
Gráfico 20. Perfiles de conocimientos sobre VIH y actitudes discriminatorias a las personas con VIH por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021.....	175





Resumen ejecutivo



El Estudio de prevalencia de VIH, hepatitis virales, sífilis y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas en las ciudades de Bogotá,

Medellín, Santiago de Cali, y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, 2021 actualiza las líneas de base en Colombia, que eran de 2014, para orientar las acciones programáticas y de política pública. El estudio en las ciudades seleccionadas determinó que los beneficios eran significativos para las PID participantes.

Los objetivos del estudio fueron estimar la prevalencia de VIH, anticuerpos de hepatitis C y B, sífilis; 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 Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas en 2021 para formular recomendaciones en el control de la epidemia.

Este es un estudio bioconductual de tipo transversal analítico, anónimo, para valorar la asociación existente entre la exposición al uso de drogas por vía inyectada y la prevalencia de infección en las ciudades seleccionadas. Se desarrolló mediante el método guiado por el entrevistado o RDS (respondent-driven sampling), un tipo de muestreo de cadena que permite alcanzar poblaciones ocultas, marginadas y de difícil acceso. La recolección de información biológica se llevó a cabo con la aplicación de pruebas rápidas específicas y altamente sensibles, de acuerdo con la normatividad vigente (Resolución 1214 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social) y la información conductual a través de una encuesta de comportamientos para analizar las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas asociadas al VIH y las hepatitis virales.

Para el caso de VIH, se consideró el algoritmo diagnóstico presentando en la Guía de Práctica Clínica para la atención de la infección por VIH/Sida en personas adultas, gestantes y adolescentes (GPC No. 39-2021). El total de la muestra fue de

1201 personas que se inyectan drogas distribuidos de la siguiente manera: 202 en Cali, 208 en Bogotá, 355 en Medellín y 436 en el área conurbada de Pereira y Dosquebradas.

Entre los resultados más relevantes, la prevalencia de VIH por ciudad fue: Bogotá 3,2% (IC 1,2% - 8%); Medellín 11,2% (IC 7% - 17,2%); Pereira-Dosquebradas 17,6% (IC 12,1% - 24,7%) y Cali 23,9% (IC 17,4% - 31,8%). Esta prevalencia ha aumentado en las ciudades de Medellín, Cali y Pereira-Dosquebradas en varios puntos porcentuales, desde la última medición en 2014, mientras en Bogotá ha permanecido estable. Además, se estima que hay un total de 6601 personas que se inyectan drogas en los cuatro centros de estudio, siendo la red más amplia la de Bogotá con 2841 personas y la más reducida la de Medellín con 1183 personas. En Cali se estima que habrían 1349 PID y en Pereira-Dosquebradas 1228.

En cuanto a las características sociodemográficas se encuentran cambios importantes en el perfil descrito en estudios previos, en particular en los niveles educativos, aunque la tendencia a presentar movilidad social descendente se conserva en todas las ciudades. De igual manera, los hallazgos indican que una de cada dos PID en Bogotá presenta más síntomas indicativos de depresión y de ansiedad, en Medellín como en Pereira-Dosquebradas, los índices son similares en tanto que entre el 41% y 47% de las personas presentan síntomas indicativos tanto de depresión como de ansiedad.

Las sustancias de mayor preferencia varían según la ciudad. En Bogotá se presenta el mayor consumo reciente (últimos 6 meses y último mes) de marihuana y alcohol entre las PID (por encima del 90%), así como de cocaína en alrededor del 90% y ketamina. En Medellín, Cali y Pereira, la sustancia de preferencia para la mayoría es la heroína en porcentajes cercanos a 100%, seguida de marihuana en más del 70%. Destaca el uso de cocaína en Medellín con poco más de la mitad de las PID, solo superada por Bogotá. También es notorio el mayor uso de basuco en Cali y Pereira-

Dosquebradas en alrededor del 70%, así como el de benzodicepinas en más de la mitad de las PID de Medellín y de Cali.

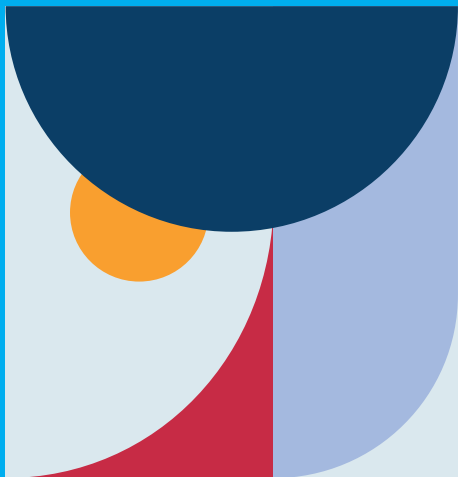
La ponderación de porcentaje para las cuatro ciudades indica que el 79,8% de las PID usó material estéril en el último evento de inyección, siendo ligeramente más alto en las mujeres (80,9%) que en los hombres (79,7%) y más alto en PID menores de 25 años (83,8%) que en mayores de 25 años (79,3%). En la última relación sexual el uso de condón se registra más alto en Pereira-Dosquebradas (66,0%) y más bajo en Bogotá (23,0%), mientras que alrededor de una de cada dos PID lo usó en Medellín y Cali. Los hallazgos para este último indicador muestran una notoria mejoría, cuando se comparan con los estudios previos.

En Colombia persisten las barreras de acceso a tratamientos de sustitución que incluyen procedimientos administrativos rígidos, altos umbrales de exigencia para el ingreso a tratamiento, sometimiento a síntomas de abstinencia después del ingreso a programas de mantenimiento y sustitución (diseñados para evitar los síntomas de abstinencia) y esquemas de dosificación rígidos y por debajo de las dosis recomendadas.

Con respecto al acceso a PrEP y PEP, los hallazgos del estudio sugieren que el conocimiento de estas intervenciones es muy bajo entre las PID en las ciudades, siendo mayor entre las PID de Bogotá con 11% y menor en Cali con 0,2%. Hay que advertir que, sin antecedentes de estimación de tamaño

poblacional en nuestro contexto, no es posible determinar si la prevalencia de la práctica ha aumentado, disminuido o se ha mantenido estable en los últimos años. En síntesis, se recomienda:

- Avanzar hacia la inclusión del enfoque de género en todas las estrategias e intervenciones de reducción de daños para responder de manera integral a las necesidades de las mujeres que usan y se inyectan drogas en las ciudades.
- Ajustar las rutas para el acceso a los servicios de salud para evitar que las PID tengan que transitar en las diferentes barreras de acceso tanto administrativas como de atención. Estas barreras terminan por debilitar la voluntad de pedir ayuda y acceder de forma oportuna a servicios de salud pertinentes y ajustados a las necesidades particulares de este grupo clave.
- Reforzar la educación en salud que permita cerrar las brechas de conocimiento detectadas en VIH, hepatitis virales, PrEP y PEP y sobredosis.
- Financiar, de manera continua, las intervenciones de reducción de daños integrales que garanticen su sostenibilidad en el tiempo, a la escala necesaria.
- Reevaluar el papel fundamental que deben cumplir las organizaciones de la sociedad civil y las estrategias de base comunitaria en la atención integral a esta población.





Introducción



El Estudio de prevalencia de VIH, hepatitis virales, sífilis y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, 2021 fue financiado con recursos del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria como parte integral del Proyecto VIH Ampliación de la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en poblaciones clave priorizadas: personas transgénero, hombres que tienen sexo con otros hombres, personas que ejercen el trabajo sexual y personas que se inyectan drogas gestionado por ENTerritorio, 2019-2022.

El Proyecto VIH se ejecuta en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali, Pereira-Dosquebradas, Cartagena, Barranquilla y Bucaramanga. La respuesta para personas que se inyectan drogas se concentra en las ciudades en las que dicho fenómeno ha sido identificado: Bogotá, Medellín, Santiago de Cali, Pereira-Dosquebradas.

El estudio hace parte del sistema de vigilancia de segunda generación con la cual se busca obtener información estratégica en grupos clave priorizados, a partir de estudios de prevalencia y comportamiento que exploran, entre otros aspectos, los factores de riesgo y vulnerabilidad en los grupos clave, así como estimar el tamaño de las poblaciones (ENTerritorio, 2020).

La implementación del estudio estuvo a cargo de la Fundación Salutia, entidad que fue seleccionada tras un proceso de convocatoria pública y el protocolo de investigación contó con el aval del Comité de Ética de la Universidad del Norte.

Como parte de la planificación del operativo de campo en cada ciudad y del diseño general del estudio, se adelantó un estudio exploratorio cualitativo para determinar la plausibilidad de acceso a la población PID, las dinámicas de

interconexión en redes, las zonas de afluencia y encuentro, así como las preferencias en materia de compensaciones y objetos únicos.

El protocolo de la investigación diseñado por ENTerritorio, fue valorado durante la prueba piloto llevada a cabo en Santander de Quilichao, Cauca, a una mínima escala (10 PID) en abril de 2021.

Esto permitió pilotear los procesos y procedimientos descritos en el protocolo, hacer los ajustes necesarios al manual operativo de campo, así como a los distintos instrumentos y formatos de recolección de información, con el fin de estandarizar los procesos.

El proceso de seguimiento y articulación interinstitucional para apoyar la adecuada implementación del estudio en las distintas ciudades fue posible tras la constitución de un comité de trabajo integrado por el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Justicia y el Derecho, la OPS, ENTerritorio, la Universidad de Antioquia, la Fundación Salutia y la Universidad CES.

El seguimiento a los casos reactivos/positivos detectados durante el desarrollo del estudio se llevó a cabo a partir de reuniones periódicas en las que participaron el Ministerio de Salud y Protección Social, las distintas entidades territoriales a través de sus secretarías de salud y las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB).

La Fundación Salutia designó un equipo de personas a cargo del seguimiento con las aseguradoras, para dinamizar la canalización de los casos detectados a pruebas diagnósticas, atención y tratamiento.

Este informe está conformado por ocho capítulos, en donde se divulgan los resultados principales, las conclusiones y recomendaciones del estudio. El capítulo 1, marco de referencia, presenta la situación epidemiológica del VIH, las

hepatitis virales y sífilis en Colombia, la relevancia epidemiológica de las personas que se inyectan drogas en la epidemia de VIH y hepatitis virales que explican y justifican el desarrollo de este estudio.

En el capítulo 2 se describe la metodología del estudio. En el capítulo 3 se presenta la estimación del tamaño poblacional para cada ciudad. En el capítulo 4 se presentan los principales resultados del estudio relacionados con el método RDS, las características sociales y demográficas de la población de PID por ciudad, patrones de uso de drogas la caracterización del comportamiento

sexual, conocimientos sobre VIH, VHC, sífilis y la percepción del riesgo, percepción del estado de salud de las PID, estigma y discriminación, el acceso y uso de servicios de atención en salud y atención al consumo de sustancias psicoactivas.

En el capítulo 6 se presenta la prevalencia de VIH, hepatitis virales y sífilis, el capítulo 7 presenta los indicadores en personas que se inyectan drogas; el capítulo 8 presenta de consistencia de la encuesta por ciudad y el capítulo 9 la discusión de resultado.





Justificación



Colombia es uno de los pocos países de América Latina que presenta uso de heroína e inyección de drogas como parte del perfil epidemiológico en consumo de sustancias psicoactivas. De hecho, según el informe mundial de drogas de 2021, no hay mayor referencia a la región latinoamericana, cuando se habla de este patrón de uso ni del impacto en materia de salud pública.

No obstante, en Colombia, el uso emergente de heroína viene siendo caracterizado desde 2009 y el de inyección de drogas y riesgos asociados, desde el 2000 (Abadía et al., 2009; Fitch y Stimson, 2003; Mejía y Pérez, 2003; Mejía y Pérez, 2005). Desde 2010 se empezó a usar la metodología RDS para estimar la prevalencia de VIH y las prácticas de riesgo en PID, y desde 2014 se cuenta con estimaciones de prevalencia de hepatitis C en esta población (Barbesi et al., 2011; Barbesi et al., 2015; Mateu-Gelabert et al., 2016; Toro y Barbesi, 2019).

Los estudios bioconductuales en personas que se inyectan drogas en Colombia han permitido incidir para que este grupo sea considerado como población clave¹, igual que planificar y programar aspectos de la respuesta al VIH, a las hepatitis virales y a las intervenciones de reducción de daños dirigidas a esta población en distintas ciudades del país.

Los estudios con metodología RDS en la población de PID, realizados en 2010, 2012 y 2014, fueron conducidos por la Universidad CES, con mediciones en las ciudades en las que se ha identificado el fenómeno de inyección en Colombia: Medellín, Pereira, Dosquebradas, Santiago de Cali, Armenia, Bogotá y Cúcuta.

Dado el tiempo transcurrido desde los últimos estudios en población PID, para esta investigación fue necesario actualizar los indicadores con el fin de ajustar el reporte a las directrices de

ONUSIDA 2020 para el Monitoreo Global de Sida. De igual modo, en las encuestas se agregaron algunas preguntas sobre salud mental, acceso a servicios de tratamiento para trastornos por uso de sustancias, estigma y discriminación. Por primera vez se pudo llevar a cabo la estimación del tamaño de la población de PID, pues solo se contaba con una ponderación de tamaño de redes de PID, derivada de análisis secundarios de los estudios de 2014 (Toro y Barbesi, 2019).

Por lo anterior, este estudio tiene un valor estratégico para el ajuste y programación de la respuesta ante el VIH y las hepatitis virales en este grupo de población clave y prioritario, en atención a los requerimientos de la Agenda 2030 y los demás instrumentos de consenso internacional que se contextualizan en las secciones siguientes de este documento.

En esto radica la importancia de los estudios bioconductuales porque, integrados a estudios de estimación de tamaño de las poblaciones clave, refuerzan los sistemas de vigilancia en VIH y otras ITS, ya que la ausencia de estimaciones confiables y válidas, junto con el estigma y la discriminación que sufren las poblaciones clave, dificultan el diseño, desarrollo e implementación de acciones preventivas y de atención ajustadas a las necesidades particulares de estos grupos, a la escala requerida.

Desde 2003, la OMS y ONUSIDA desarrollaron lineamientos para aproximarse a la estimación del tamaño poblacional, actualizados en 2010, promovidos luego en alianza con PEPFAR (Plan presidencial de emergencia para el alivio del SIDA) y el Fondo Mundial, para fortalecer la capacidad técnica de los países, integrarlos en las propuestas nacionales a ser financiadas y facilitar así el monitoreo del alcance, cobertura de las intervenciones y la epidemia misma entre las poblaciones clave (Abdul-Quader et al., 2014; Viswasam et al., 2020). Tal mejoramiento

¹ Las personas que se inyectan drogas fueron integradas a las poblaciones clave en Colombia en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/SIDA 2014-2017. Para entonces se contaba con evidencia limitada de la situación de las PID frente al VIH y otras ITS: dos estudios realizados por la Universidad CES que incluyeron las ciudades de Medellín, Pereira-Dosquebradas en 2010 y un estudio en Cali de 2012, además del primer estudio que incorporó prevalencia de VIH y hepatitis C en el 2000 en Bogotá.

de capacidad se viene reforzando en la región latinoamericana desde 2019, con el fin de ampliar la disponibilidad y potenciar la calidad de información estratégica en la respuesta al VIH en las poblaciones clave (PAHO, 2021).

De acuerdo con Hakim y colaboradores (2018), la cascada de tratamiento en VIH es una herramienta valiosa para medir el progreso hacia el control de la epidemia, y a partir de estudios bioconductuales y de estimación de tamaño poblacional, se pueden identificar barreras para el acceso y uso de servicios. Así, aunque existan brechas en la medición de la cascada, también hay oportunidades de recolección y uso de la información.

Los estudios bioconductuales deberían llevarse a cabo cada dos o tres años, pero en la práctica cuando existen son poco frecuentes. Al tiempo con esta situación, el monitoreo de la epidemia es cada vez más crucial en la medida en que las metas consensuadas se aproximen al 95-95-95.

Por lo tanto, la incorporación de los estudios bioconductuales rutinarios como parte de los esfuerzos de vigilancia epidemiológica mejora la estandarización, calidad y utilidad de la información. Pero estos estudios también resultan costo-efectivos porque cumplen un papel crítico a la hora de diagnosticar y referir a las personas a tratamiento médico, incluso a aquellas que abandonaron su tratamiento antirretroviral en el pasado (Hakim et al., 2018).

Las series periódicas de estudios de este tipo permiten determinar si los programas están alcanzando un mayor número de personas e identificar áreas en las que los programas

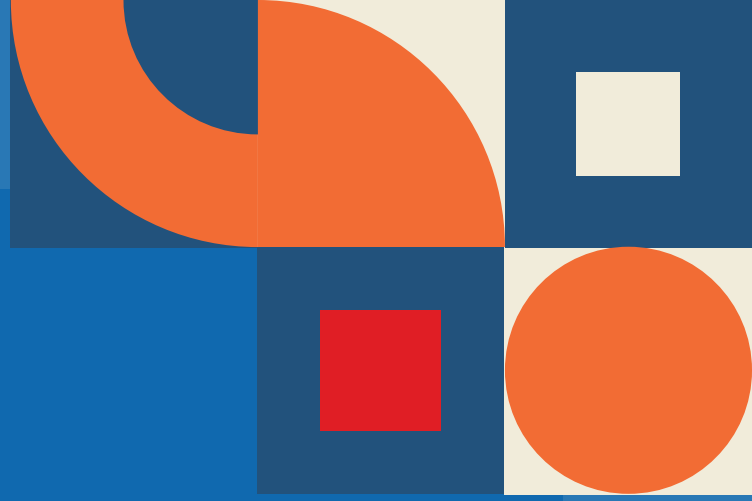
podrían mejorar. Incluso en países con epidemias concentradas, en los que el financiamiento por parte de donantes externos tiende a reducirse o a desaparecer, es fundamental contar con información que fundamente la respuesta y que alimente la labor de incidencia para la gestión de recursos (Hakim et al., 2018).

El presente estudio constituye un esfuerzo en ese sentido, ya que desde 2014 no se contaba con información actualizada que permitiera determinar la situación epidemiológica y sociodemográfica de las personas que se inyectan drogas en Colombia, imposibilitando conocer el rol que están cumpliendo en la dinámica actual de las epidemias de VIH y hepatitis virales en Colombia.

Además, el estudio permite por primera vez aproximarse a la estimación del tamaño de este grupo poblacional en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas, lo cual constituye información estratégica para el cálculo de la cascada del continuo de atención y establecer estrategias para la respuesta programática necesaria para la disminución de posibles desigualdades frente a otros grupos clave priorizados en la respuesta nacional ante el VIH, las hepatitis virales y otras ITS.

Asimismo, como la metodología y la matriz de estudios previos con población de PID se conservan, es posible determinar la evolución del fenómeno en el tiempo para emitir recomendaciones de política pública, con el fin de reducir el impacto de esta práctica de consumo en la salud individual y en la salud pública.





1. Marco de referencia



Tras cuatro décadas de vivir y convivir con el VIH aún se está lejos de alcanzar la meta global compartida de poner fin a la epidemia en el 2030. Como lo señala ONUSIDA, no es por falta de conocimientos, capacidad o medios sino por las grandes desigualdades estructurales que limitan que las soluciones de demostrada efectividad, lleguen a todas las personas que podrían beneficiarse de ellas (ONUSIDA, 2021).

Acabar con las desigualdades ha sido parte de la agenda global en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2015), en la Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026 (ONUSIDA, 2021) y en la Declaración Política sobre el Sida adoptada en la Reunión de Alto Nivel de la Naciones Unidas en 2021 (ONU Asamblea General, 2021).

Abordar decididamente las desigualdades está en el centro, no solo de la respuesta ante el VIH/sida, sino de la promoción de los derechos humanos de los grupos clave vulnerables y de quienes viven con el VIH, así como de la superación de las crisis sociales y económicas desatadas por la pandemia de la COVID-19 (ONUSIDA, 2021).

Por otro lado, en el marco de la estrategia de “tratamiento como prevención” que define

el continuo de atención al VIH y las metas de tratamiento en cascada—desde la fase diagnóstica hasta la supresión de carga viral— se refleja la proporción de individuos que se han alcanzado en cada fase y las brechas persistentes hacia el cumplimiento de las metas 90-90-90² previstas para el 2020 (Vallecillo et al., 2020).

Aunque estas metas han orientado la respuesta internacional, regional y nacional al VIH desde 2014, de acuerdo con ONUSIDA, apenas 14 países habían logrado alcanzarlas a finales de 2019 y solo dos habían superado las metas del 95% previstas para el 2030 (UNAIDS, 2020). Lo cual, según la Declaración Política sobre el VIH y el Sida, es motivo de “profunda preocupación y decepción (...), a pesar de que disponemos de los conocimientos y las herramientas para prevenir toda nueva infección por el VIH y toda muerte relacionada con el sida” (ONU Asamblea General, 2021) (p. 3).

ONUSIDA llama a los países a pasar del compromiso a la acción, desplegando estrategias que promuevan la inclusión social y económica de grupos excluidos, eliminando leyes, políticas y prácticas que discriminan, profundizan las inequidades y “avivan” las epidemias (ONUSIDA, 2021).

Y los países, por su parte, se han comprometido a:

Dar prioridad a la prevención del VIH y a garantizar, de aquí a 2025, que el 95 % de las personas en riesgo de infección por el VIH, dentro de todos los grupos epidemiológicamente relevantes, grupos de edad y entornos geográficos, tengan acceso a opciones de prevención combinada apropiadas, priorizadas, centradas en la persona y eficaces y las utilicen, y, a ese respecto, a: (a) Aumentar el liderazgo nacional, la asignación de recursos y otras medidas habilitadoras con base empírica para la prevención combinada del VIH de eficacia probada, incluida la promoción y distribución de preservativos, la profilaxis anterior a la exposición, la profilaxis posterior a la exposición, (...), la reducción de daños, de conformidad con la legislación nacional, los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, con inclusión del cribado y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, los entornos jurídicos y normativos propicios y el pleno acceso a información (...). (b) Adaptar los sistemas de prevención combinada del VIH para atender las diversas necesidades de las poblaciones clave, incluidos (...) los consumidores de drogas intravenosas (...) (ONU Asamblea General, 2021) (p. 13-14).

² Las metas 90-90-90 se refieren a: el 90% de las personas que viven con VIH (PVV) conocen su diagnóstico, el 90% de las PVV que conocen su diagnóstico acceden a tratamiento antirretroviral (TAR) y el 90% de las PVV que acceden a TAR han suprimido la carga viral. Ver: https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report

En la Estrategia Mundial 2021-2026, el 2021 se marca como un punto de inflexión en esta lucha por poner fin a la epidemia. Mantener a las personas en el centro y acelerar el avance hacia las metas de cero nuevas infecciones, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el sida implica, entre otras cosas, “identificar dónde, por qué y para quién no funciona la respuesta contra el VIH” (p. 8).

Tales desigualdades se concentran desproporcionalmente en los grupos clave en los que el estigma, la discriminación y la criminalización de las prácticas e identidades aumenta la vulnerabilidad, el riesgo de adquirir el VIH y enfermar.

Es en estas poblaciones en las que se concentra entre el 62% y el 65% de las nuevas infecciones a nivel global y el 77% en América Latina (ONUSIDA, 2020). Y son las personas que se inyectan drogas (PID) las que tienen 29 veces más riesgo de adquirir el VIH, solo superadas por personas que ejercen el trabajo sexual, por que ejercen el trabajo sexual, en las que el riesgo es 30 veces más alto (ONUSIDA, 2021b). Sin embargo, otra fuente indica que el riesgo es 35 veces mayor en las PID, siendo el grupo clave con mayor exposición y riesgo (ONUSIDA, 2020).

Además del riesgo, las PID experimentan, en cada fase del continuo de atención en VIH, mayores brechas que otras personas y grupos clave que viven con VIH. Según Vallecillo y colaboradores (2020), las PID afrontan sustanciales barreras estructurales e interpersonales a la hora de acceder a servicios de prevención y atención en VIH, lo cual se atribuye al influjo negativo de las políticas antidrogas y al desconocimiento generalizado del personal sanitario frente al uso de sustancias y los trastornos asociados.

Desde 2013, el Banco Mundial señaló que la urgencia de desplegar estrategias de prevención combinada dirigidas a población PID era una discusión rezagada, a pesar de la fuerte evidencia de incidencia creciente de VIH en países en los que se da esta práctica (Dutta et al, 2013).

Reconocer la inyección de drogas como prioridad en salud pública no necesariamente se refleja en

la escala de aplicación de la reducción de daños, en particular en países de ingresos bajos y medios (The Global Fund, 2019; HRI, 2015).

De hecho, el informe bianual del Estado global de la reducción de daños indica que en 2015 solo la mitad de los países con práctica de inyección documentada implementaba estrategias de reducción de daños, mientras que países como Suiza, Reino Unido y Australia han ampliado su acceso a la escala necesaria, han reducido prácticamente a cero la incidencia de VIH entre PID. También Ucrania, tras una década de implementación de la reducción de daños, ha estabilizado las nuevas infecciones y ha logrado bajar la prevalencia de 48% a 19,7% (HRI, 2015; Larney et al., 2017).

Esto indica que, en general, las PID no cuentan con acceso suficiente a las tecnologías o enfoques basados en la evidencia que podrían reducir los riesgos, los daños y mejorar su calidad de vida. Además, enfrentan diversas barreras para el acceso efectivo a los servicios que necesitan (World Bank, 2013).

De hecho, la Declaración Política antes citada, reconoce que la mayor parte de países y regiones no han progresado de manera significativa en la ampliación de los programas de reducción de daños, ni en tratamientos e intervenciones ajustadas a la realidad de la transmisión de VIH, hepatitis virales y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) entre personas que usan y se inyectan drogas (ONU Asamblea General, 2021).

La cobertura es insuficiente tanto para el tratamiento de estos eventos, como para el tratamiento del consumo de sustancias que, entre otras cosas, mejora la adherencia a los servicios sanitarios y a los tratamientos antivirales. Se señala también la preocupación por el estigma y la discriminación basadas en género y en edad, pues constituyen barreras adicionales para que mujeres y jóvenes que usan y se inyectan drogas, accedan y usen tales servicios (ONU Asamblea General, 2021).

El Índice Global de Políticas de Drogas (Global Drug Policy Index) - desarrollado por Harm Reduction

Consortium en 2020, que, evalúa el financiamiento de la reducción de daños - ubica a Colombia en el puesto 21 entre 30 países, con una calificación general de 40/100 y en reducción de daños de 36/100. En el informe del perfil de país se reconoce que, aunque la reducción de daños se prioriza como política pública, el financiamiento es entre limitado y nulo, tanto como la disponibilidad, cobertura y equidad en el acceso a estos servicios (GDPI, 2021).

Desde la perspectiva de salud pública, la inversión de recursos en poblaciones clave en alto riesgo es consistente con los principios básicos en el campo: poblaciones con altas cargas de morbilidad deben priorizarse y los recursos asignados deben ser proporcionales a la prevalencia e incidencia que presentan, si se quieren lograr resultados e impacto. Por el contrario, ignorar poblaciones en alto riesgo y vulnerabilidad, podría socavar los esfuerzos que se hacen en salud pública (Dutta et al., 2013).

Según el Relator Especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, la reducción de daños es una obligación legal de los Estados comprometidos con el derecho a la salud de sus ciudadanos. Las personas que usan drogas no pierden ningún derecho fundamental, incluso si están privadas de la libertad, y esto es particularmente importante en el contexto de la respuesta al VIH y otras ITS (Dutta et al., 2013).

Mejorar la respuesta en países de ingresos bajos y medios como Colombia, demanda expansión de servicios para las PID donde sea necesario e intervenir de manera decidida para evitar la exclusión de este grupo de estrategias claves de prevención combinada y de servicios de asesoría voluntaria, tamizaje y acceso a tratamiento. Según el Banco Mundial, la evidencia indica que el escalamiento de estrategias de prevención combinada y de tratamiento para las PID no solo es deseable, sino urgente, efectivo y costo-efectivo (Dutta et al., 2013).

Aunque el balance necesidad-respuesta a razón del riesgo en las PID es evidente, según Pierce y colaboradores (2015), los sistemas que podrían

monitorear el progreso a lo largo de la cascada del continuo de atención en VIH son insuficientes e incluso inexistentes.

Pocos países calculan la cascada de manera específica para cada población clave, lo cual limita la acción de vigilancia y pocos cuentan con información programática en reducción de daños que permita estimar los indicadores de la cascada para este grupo en particular. Se pierden muchas oportunidades de acceso a información estratégica debido al estigma que impide que las PID reconozcan sus prácticas en entornos sanitarios y estas puedan ser registradas, reportadas y analizadas. En consecuencia, los índices de infección que se registran y reportan suelen ser bajos, el número de personas que acceden a atención integral y tratamiento también, y las tasas de reducción de carga viral son menores que en otros grupos clave (Pierce et al., 2015; Larney et al., 2017).

Para Viswasam y colaboradores (2020), los estigmas interseccionales producto de la pertenencia a un grupo determinado y del estatus frente al VIH u otras ITS, contribuyen a la exclusión de este y otros grupos de la vigilancia convencional en VIH, con el consecuente subregistro o falta de confiabilidad en la información existente.

1.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH, LAS HEPATITIS VIRALES Y SÍFILIS EN COLOMBIA

1.1.1 VIH

De acuerdo con la Cuenta de Alto Costo desde 2012, año en que se notificó la primera cohorte a este organismo, se ha presentado un incremento de casos de VIH pasando de 35 000 a 123 490 en 2020 y a 134 636 en 2021. El aumento puede atribuirse tanto al esfuerzo de búsqueda activa de casos, como al incremento real en la transmisión del virus (CAC, 2021; CAC, 2021b).

La incidencia ajustada por edad es de 25,25 por 100 000 habitantes (24,72-25,60 IC95%), con mayor incidencia en hombres y en las regiones de Bogotá D.C., Central y Pacífica.

Con corte a enero de 2020, 1626 personas diagnosticadas con VIH habían fallecido, de las cuales el 36,7% fue defunción por sida. La mortalidad ajustada por edad fue de 3,31 por cada 100 000 habitantes (3,15-3,47 IC95%) reflejando disminución en este indicador desde el periodo anterior (3,78 por 100 000: 3,61-3,96 IC95%) (CAC, 2021).

De los 116 862 casos con afiliación en salud, el 94,7% ha accedido a tratamiento antirretroviral (TAR), en contraste con el 85,6% del periodo anterior. Entre las PVV en TAR el 85,2% ha logrado cargas virales menores de 1000 copias/ml y el 73,4% cargas virales menores de 50 copias/ml. Las cifras en 2019 fueron de 85% y 72%, respectivamente (CAC, 2021; CAC, 2020).

Aunque esto sea indicativo de la posibilidad de alcanzar las metas y cerrar las brechas de la cascada del continuo de atención, además de reforzar el manejo y el tratamiento oportuno de los casos, es necesario reforzar la búsqueda activa, pues frente al primer 90 el mundo alcanza el 81%, América Latina el 71% y Colombia el 60% (CAC, 2021).

En referencia a los casos incidentes 2019-2020, el 57,05% pertenece a uno o más de los grupos clave, siendo el de mayor proporción el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) con el 53,05% (N=6646), seguido de las personas que usan drogas por vías distintas a la inyección con el 5,92% (N=31). La incidencia en las PID fue de 0,25%. La mediana de edad fue de 30 años y el promedio de 33,13 años (CAC, 2021).

Con corte a diciembre de 2021 de los 17 197 casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - Sivigila, el principal mecanismo de transmisión fue el sexual en 98 % de los casos (INS, 2021).

Para los casos prevalentes, en el mismo período se identificaron 123 490 personas viviendo con VIH (PVV) indicando un aumento del 13,23% en referencia al periodo anterior. El 76,8% fue hombre, 23,15% mujer, con una razón hombre/mujer de 3,32:1. La edad promedio fue de 39,65 años y la mediana de 38 años. Para este caso,

el 41,07% se identificó como perteneciente a algún grupo de población clave, el 1,36% en dos y el 5,34% en tres. En casos prevalentes también predomina el grupo de HSH (39,74%) seguido de personas que usan sustancias psicoactivas por vías distintas a la inyección (2,86%). Dentro de los grupos de interés, sin considerar los HSH, la mayoría pertenece al régimen subsidiado y habita en la región Central (CAC, 2021).

La prevalencia ajustada por regiones de interés de este estudio, indica para Bogotá 0,32%, Antioquia 0,26%, Valle del Cauca 0,35% y Risaralda 0,25%, frente a la prevalencia nacional de 0,25%.

Por último, según la CAC, el 42,95% de los casos incidentes no dice identificarse con ningún grupo de población clave, esto sugiere, quizás, un sesgo de información producto del estigma asociado a la pertenencia a estos grupos clave que impida que esta sea informada o incluso indagada por el mismo personal sanitario.

1.1.2 Hepatitis virales

La estrategia de eliminación de las hepatitis virales, igual que el VIH, hace parte de la Agenda de Desarrollo Sostenible a 2030. Son eventos prioritarios en salud pública que ocasionan la muerte de 1,4 millones de personas por infección aguda y por complicaciones asociadas a cirrosis y cáncer hepático, el 48% de las cuales se asocian a la hepatitis C (VHC). Al igual que la tuberculosis, las hepatitis incrementan la mortalidad de las personas que viven con VIH y se estima que 2,9 millones de personas presentan coinfección (CAC, 2021c).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 248 millones de personas viven con infección crónica de hepatitis B (VHB), mientras que 110 millones presentan anticuerpos contra VHC, de las cuales 80 millones tienen una infección viral activa, 58 millones de personas presentan hepatitis C crónica y hay cerca de 1,5 millones de nuevas infecciones al año. En 2019 se registraron aproximadamente 290 000 muertes por complicaciones derivadas del VHC (WHO, 2021). Se estima que más de 7 millones de personas en

América Latina están infectadas con el VHC y 125 000 muertes se atribuyen a esta infección en la región (CAC, 2021c).

Los antivirales de acción directa (ADD), altamente efectivos para el tratamiento, con tasas de recuperación de hasta el 95% en esquemas de 8-12 semanas, son de alto costo. En Colombia, en 2017, el costo se calculó entre 227 y 340 millones de pesos, lo cual es insostenible para el sistema de salud. Por todo ello, el mundo se ha propuesto reducir a menos de 500 000 las muertes a 2030, a través de estrategias de salud pública que permitan caracterizar las personas afectadas y faciliten el acceso al diagnóstico y al tratamiento (CAC, 2021c).

En referencia a los casos prevalentes en Colombia, durante el 2020 se detectaron 626 casos de VHC crónica, 0,94% menos que en 2019. La mayoría de estos casos corresponden al régimen contributivo (80%), a hombres (73,9%) con edad mediana de 41 años, concentrados en la región Central, seguida de la Pacífica. En hombres la distribución estuvo en las edades entre los 25 y 34 años.

En las zonas de interés del estudio, el 45% de los casos de VHC se halló en Bogotá, el 19,5% en Antioquia, el 9,27% en Valle del Cauca y el 4,31% en Risaralda. De los casos detectados en el periodo, 27 mencionaron infección por uso de equipos de inyección contaminados, correspondiente al 4,31%, mientras que en el 49,3% de los casos se reportó infección por vía sexual. Se registra un caso por uso de sustancias psicoactivas por vía intranasal (CAC, 2021c).

En áreas de baja prevalencia, ciertos grupos presentan altas tasas de VHC y VHB, entre ellas las PID, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y las personas que viven con VIH (PVV) (WHO, 2021). El reporte de la CAC en 2020 señala que la hepatitis C es una infección de transmisión sanguínea, principalmente asociada al uso de drogas por vía inyectada, procedimientos médicos en condiciones poco seguros y en menor grado por contacto sexual, lo cual contrasta con los datos antes referidos de casos incidentes en Colombia para el mismo año (CAC, 2021c). El

informe no ofrece información discriminada por grupos de población clave.

En cuanto a la incidencia cruda, se reportan 0,68 casos nuevos por cada 100 000 habitantes, mientras que la prevalencia cruda fue de 1,36 casos por 100 000. Se registra disminución de reportes de prevalencia pasando en los años 2017-2018 de 5,14 a 2,72 en 2019 y a 1,36 en 2020. Lo mismo ocurre con la incidencia pasando de 0,77 entre 2017-2018 a 1,12 en 2019 y a 0,68 en 2020. La mortalidad cruda fue de 0,03 defunciones por 100 000 habitantes en 2020 (CAC, 2021c).

Para el caso de la hepatitis B, la tasa de incidencia fue de 1,8 casos por 100 000 habitantes y de hepatitis C de 0,8 casos por 100 000 habitantes se incrementaron 24,7 % y 22,5 %, respectivamente, comparadas con la notificación en la semana epidemiológica 28 de 2020 (INS, 2021)

1.1.3 Sífilis

La OMS calcula que al menos un millón de personas adquiere una infección de transmisión sexual (ITS) cada día, 374 millones de nuevas infecciones cada año corresponden a una de las cuatro ITS más comunes, entre ellas la sífilis, la cual se estima en 7,1 millones de casos anuales. Junto con el herpes y la gonorrea, la sífilis incrementa el riesgo de adquirir VIH.

En 2016 se estimó que casi un millón de mujeres embarazadas tenían sífilis, generando más de 350.000 gestaciones con complicaciones, incluidos 200.000 eventos de mortinatos o muertes neonatales, así como de partos prematuros, bajo peso al nacer, sepsis, neumonía, conjuntivitis neonatal y malformaciones congénitas (WHO, 2021b). Por todo ello, las ITS también se han integrado a la Agenda de Desarrollo Sostenible, a través de la Estrategia Mundial del Sector Salud en respuesta a las ITS 2016-2021.

En Colombia se realiza vigilancia periódica para sífilis gestacional y sífilis congénita por tratarse de eventos de interés en salud pública que deben ser notificados de forma obligatoria, a razón

de las implicaciones como ITS y en respuesta a la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, impulsada tanto por la Organización Panamericana de la Salud como por UNICEF.

El informe más reciente del evento reporta 1980 casos de sífilis congénita y 10 301 casos de sífilis gestacional. La razón de prevalencia por las zonas de interés del estudio es: Bogotá 0,5 por 1000 nv más mortinatos, Antioquia 0,5, Valle de Cauca 0,5 y Risaralda 0,2 (INS, 2021).

1.2 RELEVANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS EN LA EPIDEMIA DE VIH Y HEPATITIS VIRALES

De acuerdo con la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en 2019 alrededor de 275 millones de personas usaron drogas al menos una vez, indicando una prevalencia de la práctica de 5,5% de la población mundial en edades entre 15 y 64 años, de las cuales el 13% tendría un trastorno por uso de sustancias y requeriría tratamiento.

Se estima que para 2030 el número de personas usuarias será cercano a 299 millones y el aumento se concentrará en los países de ingresos medios y bajos en los que se espera mayor crecimiento poblacional. En América Latina la estimación fue de 17 millones en 2018, proyectada a 19 millones en 2030 (UNODC, 2021). Un factor que podría contribuir al mayor incremento en el consumo en ciertas regiones es la reducción de la brecha de prevalencia entre hombres y mujeres. Actualmente, dos de cada tres personas que usan drogas son hombres, por lo que la mayor proporción sigue concentrada en ellos, pero ya se identifican ciertas sustancias en las que la prevalencia en mujeres es mayor, como es el caso de los tranquilizantes. En Colombia la prevalencia en hombres es 14,5% y en mujeres 6,3% (UNODC, 2021; Minjusticia/ODC, 2019).

De lejos la sustancia psicoactiva más usada en el mundo es el cannabis, con prevalencia del 4%; sin embargo, el uso de mayor preocupación lo

constituye el de opiáceos y opioides farmacéuticos y/o sintéticos sin prescripción (oxicodona, codeína, tramadol, fentanilo), con una prevalencia de 1,2% equivalente a 60 millones de personas, así como el de derivados del opio, entre ellos la heroína, que registran prevalencia de uso en el último año de 0,6%, equivalente a 31 millones de personas (UNODC, 2021).

Aunque la prevalencia de uso de estas sustancias es relativamente baja, los daños asociados se concentran desproporcionadamente en estos patrones de uso. La última década marcó una reducción del 14% en las muertes asociadas al VIH/sida, pero las consecuencias negativas para la salud se atribuyen en mayor grado a los trastornos por uso de opioides y a enfermedades como el cáncer hepático, la cirrosis y otras enfermedades hepáticas crónicas como resultado de la hepatitis C (UNODC, 2021).

El estudio mundial de carga de enfermedad en 2019 (citado por UNODC, 2021) registró 494 000 muertes y la pérdida de 30,9 millones de años de vida saludable por muertes prematuras y discapacidad, el 71% en hombres. Más de la mitad de estas muertes (271 000) por cáncer hepático y otras complicaciones derivadas del VHC.

De los años de vida perdidos por discapacidad (AVPD) atribuidos al uso de drogas en 2019, el 59% se atribuye a los trastornos por uso de sustancias psicoactivas y la pérdida de 18,1 millones de años de vida saludable por muerte prematura y discapacidad. El 71% de los AVPD atribuidos a trastornos asociados, fueron resultado de la dependencia a opioides y el 13% a enfermedades resultantes de la infección por hepatitis C.

La inyección de drogas es el patrón de uso más lesivo y las personas que se inyectan drogas experimentan múltiples consecuencias adversas en su salud, como resultado de la práctica de la inyección en condiciones inseguras. Infecciones como el VIH, la hepatitis C y la tuberculosis, así como la sobredosis y el riesgo de muerte por sobredosis, son los riesgos y daños más prominentes a los que se exponen las PID (UNODC, 2021; WHO, 2021).

1.2.1 VIH en PID a nivel mundial

Para la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, entre una de cada ocho y una de cada diez PID vive con VIH, siendo el riesgo 29 veces más alto que quienes no se inyectan drogas y concentran casi la mitad de las nuevas infecciones en regiones como Europa del Este, Asia Central, Medio Oriente y norte de África. Sin contar África subsahariana, las PID y sus parejas sexuales representan un cuarto de todas las nuevas infecciones que ocurren en el mundo (UNODC, 2021).

De igual modo, aunque la incidencia de las nuevas infecciones en población general se redujo en un 25% entre 2010 y 2017, la incidencia en este grupo de población se incrementó, pasando de 1,2% en 2011 a 1,4% en 2017.

Se estima que la prevalencia de VIH en 2019 fue de 12,6, equivalente a 1,4 millones de PID que viven con VIH (UNODC, 2021). Según Larney y colaboradores (2017) la prevalencia estimada sería de 18% (11 ± 25).

Las regiones en las que se registran las prevalencias más altas son Europa del Este y Asia suroccidental con tasas 2,3 y 2,1 veces por encima de la media mundial. El 32% de las PID viviendo con VIH está en Europa del Este, el 20% en el sudeste asiático y el 15% en Asia suroccidental. En China, Pakistán y la Federación Rusa está el 34% del total, aunque en estos países se concentra el 51% de las PID viviendo con VIH. Según este organismo, la información en otras regiones del mundo es limitada (UNODC, 2021).

El VIH se expande con rapidez entre las PID y los brotes de VIH en este grupo amenazan lo alcanzado en reducción de nuevas infecciones e imponen desafíos en el control de la epidemia, poniendo de relieve la vulnerabilidad de las PID ante los cambios socioeconómicos, los cambios en los mercados de drogas ilícitas y la fragilidad del éxito de las intervenciones de prevención del VIH (UNODC, 2021).

Según UNODC, la mera existencia de intervenciones preventivas no significa que se

esté llegando de manera efectiva a todas las PID en riesgo de infección. De hecho, se han detectado brotes de VIH entre PID en países de Europa y en Estados Unidos durante la última década, que han impactado las cifras nacionales de nuevas infecciones. Por ejemplo, en Estados Unidos la incidencia venía declinando entre 2008 y 2014 en un 44%, pero en 2015 un brote importante en algunos condados llevó a que la tendencia ya no fuera de reducción, sino de estabilización (UNODC, 2021; Larney et al., 2017).

Los factores comunes en tales condados fueron, en algunos casos, la ausencia de terapias de sustitución de opiáceos y de programas de distribución de jeringas y terapia antirretroviral (TAR), por ser ilegales en ese momento; y en otros, en los que sí existían, se identificaron debilidades a la hora de proveer de manera efectiva equipos estériles de inyección a todas las PID en riesgo, lo que llevó a ampliar su alcance. Estos brotes se atribuyen también al cambio en las políticas farmacéuticas de restricción de acceso a fármacos analgésicos, lo que llevó a muchas personas a transitar al uso de opioides ilícitos y a la inyección, entre 2015 y 2018 (UNODC, 2021).

De igual modo, se identificaron brotes entre 2011-2013 en ciudades de Europa como Berlín, Glasgow, Dublín, Atenas, Bucarest, entre otras. El incremento en los casos diagnosticados de VIH entre PID en los países respectivos se atribuyó a tales brotes, que marcaron anomalías en las tendencias entre 2010-2012 y 2014-2015. De forma similar, se detectó reducción de acceso efectivo a tratamiento de sustitución con extensas listas de espera, reducción en la distribución de material de inyección estéril (menos de 20 jeringas/persona/año) y bajo acceso a TAR para PID viviendo con VIH. En Bucarest, por ejemplo, el brote coincidió con la reducción de servicios preventivos, tras la terminación del financiamiento por parte del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria (FM), lo que llevó a reducir el número de jeringas de 97 en 2009 a 46 en 2011 y también con la baja cobertura de terapias de sustitución, que se mantuvo en 10% (UNODC, 2021).

En ciudades del Reino Unido que contaban con programas bien cimentados de sustitución con medicamentos y de distribución de más de un millón de jeringas anuales, el brote coincidió con el fenómeno de habitabilidad de calle y la dificultad de las PID viviendo en condiciones de alta precariedad y estilos de vida caóticos, para acceder a tales servicios (UNODC, 2021).

En Tel Aviv, Israel, se identificó un cambio repentino en los patrones de uso de sustancias que terminó saturando la capacidad de los programas de distribución de material de inyección. En Atenas, Grecia, se observó aumento en la precarización de condiciones de vida de las PID, producto de la recesión económica, lo cual incrementó la población en condición de habitabilidad de calle (UNODC, 2021).

Las condiciones de vida precaria y la habitabilidad en calle, según UNODC, son factores que se han asociado no solo al desarrollo de trastornos por uso de drogas y dependencia, sino a la recaída de las PID que en algún momento dejaron de inyectarse, así como a mayores tasas de uso compartido de equipos de inyección, en comparación con las PID que tienen vivienda estable. Más aún, de acuerdo con distintos estudios citados en el informe mundial de drogas 2021, la condición de habitar la calle resulta más predictiva de la infección por VIH entre PID, que los bajos niveles educativos, la mayor frecuencia de uso compartido de jeringas o el uso de una jeringa ya usada para dividir las dosis entre varias personas.

De igual modo, en referencia a la cascada del continuo de atención en VIH, la habitabilidad de calle actúa como barrera de acceso a la atención en VIH, a la adherencia a TAR y a alcanzar supresión de carga viral sostenida en el tiempo (UNODC, 2021).

1.2.2 VIH en PID en Colombia

El primer antecedente de un estudio de prevalencia de VIH y hepatitis C en personas que se inyectan drogas en Colombia se realizó en Bogotá, en el marco de la segunda fase del Estudio Mundial multicentro de la OMS sobre inyección de drogas y riesgos para la salud, el cual tuvo dos etapas

entre 2000 y 2002; la primera desarrollada por la Universidad de Los Andes y la segunda por el Programa Presidencial Rumbos (Fitch y Stimson, 2003; Mejía y Pérez, 2003).

Posteriormente, la Universidad CES llevó a cabo distintos de estudios en 2010, 2012 y 2014 con los que se pudo estimar la prevalencia de VIH y VHC entre PID. El estudio de 2010 incluyó a Medellín y Pereira, en 2012 a Cali y en 2013-2014 a Medellín, Pereira, Armenia, Bogotá y Cúcuta. Los resultados de todos estos estudios se compilaron en el documento La heroína en Colombia: producción, uso e impacto en la salud pública del Ministerio de Justicia y el Derecho y el Observatorio de Drogas de Colombia, publicado en 2015.

Las prevalencias de VIH de esos estudios (muestrales o crudas) indican un aumento para las ciudades de Medellín y Pereira entre 2011 y 2014, pasando de 3,8% y 1,9%, a 6,3% y 8,4%, respectivamente. En Bogotá la prevalencia fue de 3,6% en 2014 mientras que en 2002 fue de 1%. Cali y Armenia tuvieron una única medición en 2012 y 2014, siendo esta 3,5% para la primera ciudad y 2,6% para la segunda (Toro y Berbesi, 2019).

1.2.3 Hepatitis virales en PID a nivel mundial

Según el informe mundial de drogas de 2021, las proyecciones basadas en cifras de 108 países indican que dos de cada cinco nuevos casos de hepatitis C, correspondientes al 43%, se asocian a la inyección de drogas. Se estima que las PID tienen 37,2 más riesgo de exponerse a este virus que la población general y que la prevalencia global de VHC en 2019 entre PID fue de 50,2%, lo que equivale a 5,6 millones de personas que se inyectan drogas y viven con hepatitis C (UNODC, 2021).

De las PID que viven con VIH se estima que el 82% (1,2 millones) también vive con VHC, en contraste con las PVV de la población general en las que 2,4% presenta esta comorbilidad. La coexistencia de estas dos condiciones de salud lleva a acelerar la progresión de la enfermedad hepática y a complicar el tratamiento para VIH.

La elevada prevalencia de VHC entre las PID ha llevado a definir esta población como prioritaria en los esfuerzos por alcanzar las metas 2030 de reducir las nuevas infecciones en 90% y de reducir la mortalidad asociada en 65% (UNODC, 2021).

La hepatitis B también representa un riesgo para la salud y la vida de las personas, aunque en este caso se cuenta con vacunas efectivas y seguras. La prevalencia estimada es de 8,7%, equivalente a 0,97 millones de personas que se inyectan drogas y viven con el VHB (UNODC, 2021).

Es por todo esto que, desde 2009, varias agencias de la Organización de las Naciones Unidas hicieron el llamado a definir metas de atención y acceso universal a la prevención, tratamiento y cuidado del VIH entre personas que se inyectan drogas en el documento WHO, UNODC, UNAIDS Technical Guide for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users, guía que fue actualizada en 2012. En el mismo año, la OMS emitió lineamientos para la prevención de las hepatitis virales B y C en este grupo clave.

ONUSIDA hizo un llamado de atención sobre las brechas de prevención y cuidado de las PID a nivel global, descritas en el documento The Gap Analysis 2014 PWID. Y en 2016 la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió los Lineamientos consolidados en prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado del VIH en poblaciones clave, incluyendo un capítulo específico para las PID.

El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, como principal financiador internacional de intervenciones de reducción de daños para países de ingresos bajos y medios, emitió en 2020 lineamientos para orientar el financiamiento de acciones basadas en la evidencia, que aseguren acceso a prevención, tratamiento, cuidado y apoyo a las poblaciones clave, incluyendo a las PID. En ellos señala que el 50% del financiamiento destinado a países de ingresos medios y altos, debe destinarse a poblaciones rezagadas en la respuesta ante el VIH.

De igual modo, como lo señalan Larney y colaboradores (2019), los países con poblaciones de

PID más amplias deben escalar “dramáticamente” las intervenciones de prevención, cuidado y tratamiento para evitar incrementos de VHC y VIH. Puesto que los hallazgos sugieren que hay una asociación entre la prevalencia de anticuerpos contra VHC y la prevalencia de VIH entre PID, por lo tanto, se deben implementar intervenciones efectivas, con el fin de evitar brotes de VIH.

Es claro, como lo indica la OMS (citada por Larney et al., 2017), que los mayores beneficios se obtienen con la implementación integrada de estrategias de acceso a equipos estériles de inyección que distribuyan como mínimo 200 jeringas por PID al año y programas de sustitución de amplia cobertura que lleguen al menos a 40 de cada 100 PID. Esto demanda no solo inversiones sostenidas en el tiempo, sino lo suficientemente amplias para alcanzar la escala necesaria, desplegando intervenciones mínimas definidas por lineamientos internacionales y que consideren los aspectos estructurales que afectan los resultados en salud, entre ellos, las condiciones precarias de vida de las PID.

El rezago ampliamente documentado de la respuesta ante la compleja realidad de este grupo poblacional seguirá reflejándose en los altos índices de incidencia y prevalencia de VIH y hepatitis virales que, a su vez, serán reflejo de las desigualdades que estamos llamados a superar.

1.2.4 Hepatitis C en PID en Colombia

La prevalencia de hepatitis C entre PID se midió por primera vez en el estudio de 2002 en Bogotá y en los estudios de 2014 en Bogotá, Pereira, Medellín, Cúcuta y Armenia. Las cifras para ese momento ya indicaban una clara afectación por este virus en esta población.

En Bogotá se pasó de 1,7% en 2002 a 6,7% en 2014. Las ciudades con más baja prevalencia en ese año, fueron Cúcuta con 21,4% y Armenia con 30,9%, mientras que en Medellín la prevalencia estimada fue de 35,6% y en Pereira de 44,4% (MINJUSTICIA/ODC, 2015).



2. Objetivos del estudio



El objetivo general del estudio fue:



Estimar la prevalencia de VIH, anticuerpos de hepatitis C, hepatitis B, sífilis 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 Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas en 2021 para formular recomendaciones en el control de la epidemia.

Todos los **objetivos específicos** se establecieron para personas entre **18 y 65 años** que se inyectan drogas en las ciudades seleccionadas:

1. Estimar el tamaño de la población de las personas que se inyectan drogas en las ciudades seleccionadas.
2. Estimar la prevalencia de VIH, anticuerpos contra VHC, VHB y sífilis de las PID.
3. Identificar las principales características sociodemográficas de las PID.
4. Definir las condiciones de acceso a los servicios de salud y a los programas de reducción del daño.
5. Establecer los comportamientos de consumo de sustancias psicoactivas.
6. Identificar los conocimientos sobre VIH, VHC y los comportamientos sexuales.
7. Identificar los factores asociados a la infección por VIH y otras ITS.
8. Formular recomendaciones, con base en los factores asociados identificados, para el control de la epidemia en la población de personas que se inyectan drogas en las ciudades seleccionadas.



3. Metodología

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio bioconductual de tipo transversal analítico anónimo para valorar la asociación existente entre las características del uso de drogas por vía inyectada y la prevalencia de infección por VIH y hepatitis C en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas en el 2021.

Para ello, se estimó la prevalencia de VIH, anticuerpos anti-hepatitis C, antígeno de superficie de hepatitis B y anticuerpos de sífilis (*Treponema pallidum*) en personas que se inyectan drogas. La recolección de información biológica se llevó a cabo con la aplicación de pruebas rápidas específicas y altamente sensibles.

Con relación a las características del uso de drogas por vía inyectada, se recolectó información aplicando una encuesta de comportamientos para analizar las prácticas de consumo de sustancias psicoactivas, el comportamiento sexual, los conocimientos de prevención de VIH y hepatitis, entre otros temas. El muestreo guiado por el entrevistado (RDS) fue la técnica implementada.

Como se ampliará en la sección 3.4 y el capítulo 4 de este reporte, la estimación del tamaño poblacional se llevó a cabo con el método de captura-recaptura y método multiplicador, a partir de la entrega de un objeto único de alta recordación, semanas previas al inicio de trabajo de campo en cada ciudad. Cada entrega fue registrada en un formato diseñado para tal fin, previa verificación de cumplimiento de los criterios de elegibilidad definidos para el estudio y posteriormente, durante la encuesta, se indaga sobre la recepción previa de objetos únicos, así como a la utilización de servicios de reducción de daños provistos por ENTerritorio en cada ciudad, en últimos seis meses. Los listados de beneficiarios de los programas de reducción de daños provistos por ENTerritorio en cada ciudad, en el mismo período de tiempo y con los mismos criterios de elegibilidad, fueron usados como referencia para determinar las coincidencias.

3.2 MÉTODO DE MUESTREO (RDS)

3.2.1 Generalidades del método RDS

El estudio se desarrolló a través del método de muestreo guiado por el entrevistado o RDS (respondent-driven sampling), un tipo de muestreo de cadena de referidos desarrollado en 1997 por Heckathorn para alcanzar poblaciones ocultas, marginadas y de difícil acceso.

En ausencia de un marco muestral conocido (listas o conglomerados), el RDS ha demostrado ser eficaz a la hora de captar individuos pertenecientes a redes sociales que permanecen ocultas, a razón de la condición ilícita o altamente estigmatizada de ciertas de sus prácticas. Esto aplica a las PID y a otros grupos clave con los que se ha usado ampliamente esta metodología.

El principio del muestreo RDS es simple: el investigador busca inicialmente individuos (llamados semillas) que pertenecen a la población de interés y que conocen un número medible de personas en dicha población. Se contacta la semilla, se invita a la sede, se le aplica la encuesta y las muestras biológicas definidas y se le da un número determinado de cupones codificados que contienen además la información del estudio, la sede y los horarios de atención. Cada semilla entregará los cupones a personas conocidas que cumplan con los criterios de elegibilidad. Una vez las semillas han entregado sus cupones a sus pares, se espera que estos se acerquen a la sede a participar, completado el proceso de recolección de información. Se repite el proceso de enrolamiento con entrega de la misma cantidad de cupones a cada participante para su entrega a otros pares que cumplan con los criterios de elegibilidad. De esta forma, se va desarrollando el proceso de enrolamiento por olas hasta alcanzar el tamaño de muestra predefinido. Los códigos de los cupones permiten identificar quién reclutó a quién y reconstruir la cadena de referidos o de reclutamiento (Léon et al., 2016).

De acuerdo con Léon y colaboradores (2016) el RDS se alinea con la teoría de “small-worlds” (mundos

pequeños) según la cual, cada individuo en una población dada se asocia indirectamente, a través de su red social, con cualquier otro individuo de la misma población, a través de aproximadamente seis intermediarios. Según esta teoría, en un método de reclutamiento en cadena, cada individuo de un grupo tendría una probabilidad positiva de ser incluido en la muestra. El análisis del equilibrio permitirá determinar si estos supuestos se cumplen o si, por el contrario, la población se encuentra fragmentada en dos o más subgrupos o si la población no se encuentra interconectada socialmente por redes.

La metodología recoge elementos de la teoría de redes y cadenas de Markov para hacer frente a las limitaciones del muestreo intencional, tales como la falta de representatividad poblacional y el sesgo de selección inducido por un único punto de partida de la muestra (Abdul-Quader et al., 2006).

Los supuestos que subyacen al RDS son: 1) los informantes se reconocen los unos a los otros como miembros de la población de interés, de lo contrario no sabrían a quién seleccionar como nuevo informante; 2) las redes sociales permiten captar las características sociales y demográficas de las personas que pertenecen al grupo poblacional y 3) la población no debe estar muy segmentada en subgrupos, ya que las olas o encadenamientos que se generen a partir de los primeros informantes quedarían encapsuladas en los subgrupos (Mantecón et al., 2008).

La selección de las semillas parte de los siguientes supuestos: 1) es intencional, es decir, no aleatoria y la aproximación cualitativa determina la selección de perfiles óptimos que lleven a identificar pares que posteriormente podrán ser involucrados en el estudio y 2) las semillas no deben formar parte del conglomerado de datos para fines analíticos, precisamente por la falta de aleatoriedad (Heckathorn, 2007).

Para el caso de las PID, la clave de éxito está en vincular semillas conectadas con redes extensas en las que exista confianza, aspecto fundamental para el mejoramiento del reclutamiento en este grupo de población (Léon et al., 2016).

El uso de reconocimientos y estímulos es común en el RDS por la naturaleza marginal y oculta de las poblaciones que, en muchos casos, dificulta la participación espontánea e incondicional. Si bien para los participantes son claros los beneficios de participar más allá de los reconocimientos, estos últimos constituyen un factor fundamental para asegurar la dinámica de las cadenas de reclutamiento. Se utilizan reconocimientos primarios por participar como entrevistado y secundarios por enrolar nuevos pares. Con el fin de evitar el sesgo de “reclutadores” expertos y de extensas bolas de nieve, la participación de cada sujeto en la construcción de redes se limita con la entrega de un número determinado de cupones.

En conclusión, según Salganik y Heckathorn (2003) la perspectiva de redes ofrece un enfoque novedoso para el estudio de las poblaciones ocultas y de difícil acceso. Permite hacer uso de información disponible en la red social, habilitando el diseño de un esquema de muestreo y estimación que, en muchos casos, es menos costoso y más confiable que otros métodos.

En la actualidad se cuenta con múltiples revisiones sistemáticas del uso del método RDS en estudios bioconductuales con poblaciones clave en distintas regiones del mundo. Se han estandarizado y sofisticado los métodos inicialmente propuestos (Kim y Handcock, 2021), llegando incluso a crear lineamientos que definen parámetros para el reporte de resultados que permiten evaluar la calidad de los estudios, de la información recolectada y del análisis. Tal es el caso del STROBE-RDS Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology for respondent-driven sampling studies (White et al., 2015; Johnston et al., 2016).

3.2.2 Detalles de la aplicación del método RDS en el estudio

Para el presente estudio se consideró el número inicial de tres semillas para cada ciudad, cifra que podría aumentarse en caso de que la capacidad de reclutamiento de una o más de estas no lograra las 12 oleadas de muestreo, entendiendo estas

últimas, como la cantidad de reclutamientos que cada invitado (desde la semilla) pudiera incluir en el estudio.

A su vez, se empleó un número fijo de tres cupones por semilla y por participante. Los cupones fueron esenciales para conservar el vínculo entre referente y referido, además de ser un criterio para determinar si la persona era elegible para participar, ya que solo las PID con un cupón válido podrían participar.

A modo de reconocimiento se utilizaron bonos pre-pagados equivalentes a \$45 000 pesos (11,8 USD) por la participación en el ciclo de procesos del estudio y \$10 000 pesos (2,6 USD) por cada par reclutado que fuera elegible y cumpliera con la totalidad del proceso de recolección de información en la sede, para un máximo de tres referidos por PID participante. Los incentivos fueron los mismos para las semillas.

Las semillas fueron seleccionadas teniendo en cuenta los supuestos antes descritos y fueron vinculadas tras un proceso de construcción de confianza e inducción al estudio, motivándoles a participar activamente y dinamizar sus redes de pares. Para ello, se llevó a cabo un proceso de bienvenida que consistió en conocer la sede del estudio en cada ciudad, conocer el equipo de trabajo de campo y recibir una invitación a almorzar o a cenar. Luego del proceso de bienvenida cada semilla fue citada a la sede para

completar el proceso de aplicación de encuesta, pruebas biológicas y entrega de cupones para el enrolamiento de tres de sus pares.

Un gestor de campo en cada equipo local hizo acompañamiento y seguimiento a las semillas, cupones circulantes y redes. La gestión de campo tuvo también la función de detectar y contener cualquier dinámica de comercialización de cupones o de movilización de redes que no cumplieran con los criterios de elegibilidad o que pretendieran hacerse pasar por personas que se inyectan drogas; así como de detectar barreras de acceso económicas o geográficas a las sedes por parte de PID que tuvieran cupones válidos en su poder, para facilitar su participación. En estos casos se apoyó el transporte hacia las sedes.

La información de las semillas fue extraída del conglomerado de datos y no fue considerada en el análisis final. Sin embargo, se llevó a cabo el acompañamiento y seguimiento para el proceso de canalización de casos reactivos/positivos detectados al sistema de salud, de la misma forma que con el resto de los participantes.

Los cupones fueron preimpresos con un color diferente para cada ciudad. Cada cupón contenía la información de cada sede, incluyendo la dirección, horarios de atención y teléfono de contacto (Figura 1), así como el código RDS asignado a cada participante para hacer trazabilidad con la semilla de origen y su red de referencia.

Figura 1. Cupón de reclutamiento estudio de prevalencia y comportamientos asociados en personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y la zona conurbada de Pereira-Dosquebradas en el 2021.

Para participar en este estudio usted debe presentar este cupón

Con este cupón usted tiene derecho a:

- Una encuesta de comportamiento.
- Toma de muestras para diagnósticos de VIH y presuntivas para hepatitis virales y sífilis
- Recibirá incentivos por su participación.
- Su participación es completamente **confidencial**.

¡Gracias por participar!

Participante

Fecha participación

Código

Invitado

Bogotá

Su participación es anónima y confidencial, usted puede mejorar su salud y la salud de su comunidad

Dirección: Carrera 19 # 35 -84 (Esquina)

Barrio: Teusaquillo

Contacto: Levinson Niño

Teléfono: 313 463 9482

Correo electrónico: coordinacionc_campo@salutia.org

Horario de atención:

Código

Este cupón es válido desde [] hasta []

SALUTIA **El Futuro** **El Fondo Mundial** **eterritorio**

3.3 TAMAÑO ESTIMADO DE MUESTRAS

El tamaño de muestra para cada ciudad se calculó de forma independiente, teniendo en cuenta las características y dinámicas propias de la población de interés en cada caso. Sin embargo, para generar cifras comparables, se mantuvieron homogéneos los niveles de confiabilidad y error.

Sobre el cálculo del tamaño de muestras para encuestas basadas en RDS (Wejnert, 2009), prevalecen distintas posturas teóricas respecto a la cantidad de unidades de observación idóneas para el adecuado reconocimiento del tamaño poblacional en estudios basados en un método estimador multiplicador. La recomendación generalizada es aplicar el procedimiento tradicional de muestreos basados en selecciones aleatorias simples para prevalencias (Salganik, 2006).

Como consecuencia de la estructura de redes en la población, el tamaño de muestra obtenido a partir de la estimación para cálculo de prevalencias debe multiplicarse por un efecto de diseño (DEFF), previendo la falta de independencia de la selección, esto es, la probabilidad condicional de pertenecer a la muestra en tanto que un sujeto es informante de otro potencial participante (Salganik, 2006). Las revisiones empíricas de

las encuestas RDS verifican que la mayoría de los DEFF oscilan entre 2 y 4, siendo esto una indicación del cambio porcentual requerido a partir de una muestra completamente aleatoria (Goel y Salganik, 2010). Tomando en cuenta lo anterior, el tamaño de muestra para cada ciudad en el proyecto se determinó con la Fórmula 1:

Fórmula 1. Tamaño de muestra para estudios basados en RDS

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

Siendo n la muestra esperada, μ_p la proporción esperada de personas que se inyectan drogas que tienen VIH, “se(p)” su error estándar esperado, máximo 3%. Z corresponde con el percentil 95% (nivel de confiabilidad) de una distribución normal estándar y DEFF el efecto del diseño esperado (DEFF=2,5).

N representa el total de población adulta entre 18 y 65 años en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas que se estima en: 5 183 035, 1 694 637, 1 754 467 y 677 101, respectivamente³. Los resultados del cálculo se muestran en la Tabla 1:

Tabla 1. Tamaño de muestra requerido para la estimación de la población PID en cada ciudad

Ciudad	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira y Dosquebradas
f p*	0,036	0,063	0,035	0,084
n	208	354	202	460

* Prevalencia esperada de VIH en PID

3.4 MÉTODO PARA LA ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO POBLACIONAL

Con base en los lineamientos del muestreo RDS a nivel internacional (Johnston y Sabin, 2010), se usó el método multiplicador como una extensión del modelo de captura-recaptura para poblaciones

humanas difíciles de alcanzar. La aplicación de esta estrategia se basa en el reconocimiento de una cifra absoluta como punto de referencia y una tasa de incidencia o proporción relacionada (multiplicador). A partir de estos dos datos, se estima el total multiplicando la referencia por la inversa del multiplicador, como se muestra en la Fórmula 2.

³ Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE. Proyecciones de población, 2018-2023. Disponibles en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>

Fórmula 2. Estimación de la población

$$N = \frac{\text{Personas que asistieron a servicios o recibieron objetos únicos}}{\text{Proporción de respuestas correspondientes en la encuesta}}$$

Como alternativa al método multiplicador se utilizó la regresión log-lineal. Para efectos prácticos, el problema de la estimación del tamaño poblacional en un estudio RDS puede resumirse en identificar el valor desconocido de una tabla de clasificación de datos cuando

se tienen dos o más listas de sujetos que son verificables, a partir de una encuesta RDS. En este estudio los sujetos captados durante la encuesta pueden haber sido parte de una de dos posibles listas previas: 1) haber recibido un objeto único en la fase inicial del estudio y 2) haber tenido acceso a servicios de reducción de daños de ENTerritorio durante los últimos 6 meses.

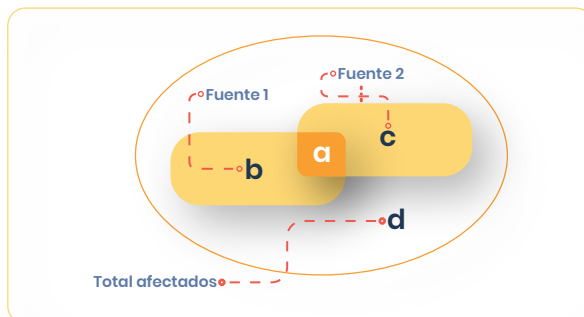
El propósito es estimar el valor desconocido de la Tabla 2:

Tabla 2. Tabla de clasificación de datos

¿Recibieron objetos únicos?	¿Acudieron a servicios XXX en los últimos 6 meses?		
	Sí	No	Total
Sí	A	B	A+B
No	C	D	C+D
Total	A+C	B+D	N

La celda “D” puede estar incorrectamente estimada a partir de la encuesta de recaptura por cuanto no es posible saber si todas las personas que contestaron “no” en ambas capturas son el total de personas que no recibieron objeto único ni acudieron en búsqueda de servicios, u otras que no lograron ser captadas por ninguna de las dos listas ni la recaptura, como se muestra esquemáticamente en la Figura 2.

Figura 2. Esquema de estimación del tamaño poblacional en una población de difícil acceso mediante el modelo Log-lineal.



Fuente: Tomado de Freixa Blanxart y colaboradores (2000).

Estadísticamente la celda “D” puede estimarse a través de un modelo log-lineal (Gujarati, 2003), aunque el método supone que para lograr insesgamiento la superposición de las listas es baja y los sujetos son completamente independientes en su selección, situación que no necesariamente es adecuada en un muestreo RDS.

El mecanismo de funcionamiento del método se basa en el hecho de que a partir de una tabla de clasificación es posible estimar la celda perdida con base en las oportunidades relativas (OR), que, en caso de independencia, deben ser iguales a 1, esto es, que la probabilidad de que un sujeto esté en una lista (por ejemplo, de objetos únicos) no afecta la probabilidad de estar en la otra (por ejemplo, servicios de ENTerritorio).

Si las listas son independientes debe cumplirse que en la Tabla 2:

$$A \cdot D = B \cdot C$$

O, equivalentemente,

$$(A \cdot D) / (B \cdot C) = 1$$

Usando esa propiedad es posible deducir que la celda desconocida “D” puede ser estimada mediante la expresión:

$$D = N * \frac{(B + D)}{N} * \frac{(C + D)}{N}$$

Tomando el logaritmo natural, la expresión se convierte en:

$$\ln(D) = \ln(N) + \ln\left(\frac{(B + D)}{N}\right) + \ln\left(\frac{(C + D)}{N}\right)$$

Expresión que puede ser estimada mediante un modelo lineal; este último conocido como modelo log-lineal.

Por la forma de estimación usada, conocida como método de máxima verosimilitud, el modelo no puede ser obtenido de forma manual, por lo que se requiere una serie de iteraciones computacionales para la estimación de los valores del modelo (McCarty et al., 1993).

El resultado del modelo es un valor de la celda perdida que se adjunta a las observaciones en la muestra y, en consecuencia, producen una estimación del tamaño global de la población. La estimación del total de la población PID en este estudio corresponde al tamaño máximo obtenido entre los dos métodos utilizados.

3.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Con el fin de evitar sesgos de selección o efectos que distorsionen la estimación de las variables de interés, se establecieron criterios de selección para delimitar la población de donde se extrajo la muestra (Arias-Gómez et al., 2016).

Los criterios de elegibilidad definidos para este estudio fueron:

1. tener entre 18 y 65 años al momento de participar;
2. haberse inyectado sustancias psicoactivas en los últimos seis meses;

3. residir en la ciudad o área metropolitana del estudio en los últimos seis meses;
4. tener nacionalidad colombiana y
5. presentar un cupón de invitación precodificado y válido para participar.

Como criterio de exclusión se consideró:

1. Tener limitaciones cognitivas o físicas que impidieran responder de manera autónoma la encuesta.

3.6 CENTROS DE ESTUDIO, SEDES Y EQUIPOS DE CAMPO

El estudio se llevó a cabo en cinco municipios de Colombia en los que se ha identificado inyección de drogas en redes de personas consumidoras: Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas. En este último caso, para efectos de muestreo, presentación de resultados, análisis y conclusiones, la unidad de estudio es el área conurbada, por la cercanía geográfica y la circulación constante de PID entre ellos.

Cada ciudad contó con una sede única. Las cuatro sedes estuvieron estratégicamente ubicadas, de acuerdo con la información derivada del estudio exploratorio en el que se identificaron los lugares de encuentro y circulación de las PID.

Las sedes cumplieron con criterios de: facilidad de acceso, cercanía a zonas de transporte público, condiciones de seguridad para equipos y participantes, con posibilidad de adecuar el número de espacios necesarios para el ciclo de procesos que garantizaran privacidad y confidencialidad para la PID participante.

3.7 RECOLECCIÓN Y GESTIÓN DE INFORMACIÓN

3.7.1 Instrumentos de recolección y sistematización de información

La información comportamental se recolectó a partir de una encuesta previamente piloteada,

ajustada, codificada y sistematizada en un aplicativo electrónico, para ser aplicada a través de una tableta informática por encuestadores entrenados.

La encuesta consistente en 236 ítems y 10 módulos exploró:

1. características sociales y demográficas,
2. redes sociales,
3. salud mental,
4. estigma y discriminación,
5. uso de drogas e inyección,
6. comportamiento sexual,
7. infecciones de transmisión sexual,
8. conocimientos en VIH, acceso a pruebas de VIH y TAR,
9. uso de servicios y
10. resultados de pruebas de VIH, hepatitis virales y sífilis (anexo 1).

Es importante señalar que para explorar la situación de la salud mental se emplearon dos preguntas de la prueba de Whooley para depresión⁴ y dos del GAD-2⁵ para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada.

Las preguntas originales de Whooley se responden en escala de SI o NO durante el último mes, sin embargo, por instrucción del Ministerio de Salud y Protección Social se indagó la escala de tiempo con mayor detalle en las categorías, conservando la misma periodicidad. Para el caso de GAD-2, la encuesta integró las categorías de respuesta de la prueba original.

La interpretación de los resultados de esta escala de dos ítems indica que una o dos respuestas positivas demandarían una evaluación más profunda y en ningún caso podrían interpretarse como diagnóstico de depresión (UCSF, s.f).

El aplicativo electrónico permitió contar con cada encuesta en tiempo real y hacer seguimiento diario al comportamiento del muestreo RDS (proceso de reclutamiento por cadena de referidos). Esto posibilitó conocer la dinámica de

cada red y su respectiva semilla, y orientar la toma de decisiones frente al reclutamiento de nuevas semillas cuando se estimó necesario.

Además de la encuesta, se diseñaron formatos y bases de datos, también piloteados, para hacer seguimiento y sistematizar información relevante al método de muestreo RDS y al proceso de canalización de casos reactivos/positivos detectados en el estudio.

Los formatos permitían registrar los códigos RDS, los códigos únicos del participante, el cumplimiento de los criterios de elegibilidad, el proceso de enrolamiento con el número y código de cupones de invitación entregados a cada semilla y PID participante, y el control de entrega de reconocimientos primarios y secundarios.

Se diseñó una base de datos de control sobre el número de cupones entregados con sus respectivos códigos, esto permitió determinar los cupones que se encontraban en circulación y las fechas de vencimiento para el respectivo seguimiento por parte del gestor de campo de cada sede.

Para hacer seguimiento al proceso de canalización de los casos reactivos/positivos al sistema de salud, se alimentó la información correspondiente en la plataforma del Sistema SISCO SSR del Proyecto VIH del FM en Colombia⁶. Este sistema de monitoreo integrado al sistema de seguimiento a prestación de servicios y gestión de casos de las empresas administradoras de planes de beneficio (EAPB) incluye el registro de casos reactivos/positivos, así como el registro de los procesos de seguimiento y gestión del caso en materia de acceso a la atención en salud, tratamiento y servicios de protección social.

Los casos reactivos/positivos detectados fueron notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública – Sivigila, siendo la Fundación Salutia la unidad de notificación temporal.

⁴ La prueba de Whooley se recomienda para el cribado de depresión en población adulta y en población en condiciones de alta vulnerabilidad socioeconómica, social y de salud mental. Se trata de una prueba con elevada sensibilidad y valor predictivo.

⁵ El GAD-2 Generalized Anxiety Disorder 2-item es una prueba que extrae dos ítems del GAD-7

⁶ El SISCO SSR o Sistema de información de actividades colectivas y comunitarias en salud sexual y reproductiva (SISCO SSR) es un sistema implementado para el seguimiento a indicadores y metas del Proyecto VIH del Fondo Mundial en Colombia.

Por último, se manejaron dos formatos de consentimiento informado, uno para la participación en el estudio y otro para la toma de muestras biológicas de detección de VIH, hepatitis virales y sífilis (Anexo 2 y Anexo 3).

3.7.2 Recolección de muestras biológicas

El estudio de prevalencia se realizó a partir de la aplicación de pruebas rápidas en sangre total por punción capilar dactilar a todas las personas participantes que aceptaron de manera voluntaria, firmaron consentimiento informado, recibieron asesoría pre y post prueba y recibieron sus resultados.

La aplicación de pruebas rápidas se rigió por la normatividad vigente; en particular, por los lineamientos para la realización de pruebas rápidas por fuera de laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y C (Resolución 1314 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social).

Para el caso de VIH se consideró el algoritmo diagnóstico (Figura 3) presentando en la Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en personas adultas, gestantes y adolescentes No. 39-2021 (Minsalud, ENTerritorio e IETS, 2021).

Para los otros eventos medidos, los resultados fueron presuntivos por tratarse de pruebas de tamización que requieren confirmación de diagnóstico y clasificación.

En todos los casos se emplearon pruebas de laboratorio con registro sanitario vigente del INVIMA y el equipo a cargo de la toma de muestras, además de tener el perfil, la formación y la experiencia requerida, de acuerdo con la normatividad, recibió entrenamiento por parte de la casa farmacéutica de las pruebas del laboratorio con el fin de garantizar la conservación, almacenaje, aplicación, manejo y lectura adecuada de pruebas y resultados.

Infección por VIH: se emplearon en primera instancia pruebas de cuarta generación Alere Determine™ HIV-1/2 con sensibilidad de 100% para detección de subtipos VIH 1 y 2 y especificidad de 99,75%. Ante resultados reactivos, se aplicaron pruebas de tercera generación Bioline™ HIV 1/2 3.0, prueba altamente sensible incluso en fases tempranas de la infección, con sensibilidad del 100% y especificidad del 99,8%.

Anticuerpos contra VHC: se emplearon pruebas Bioline™ HCV para la detección cualitativa de anticuerpos contra hepatitis C con sensibilidad entre 99,3% y 100% y especificidad entre 99,4% y 100%.

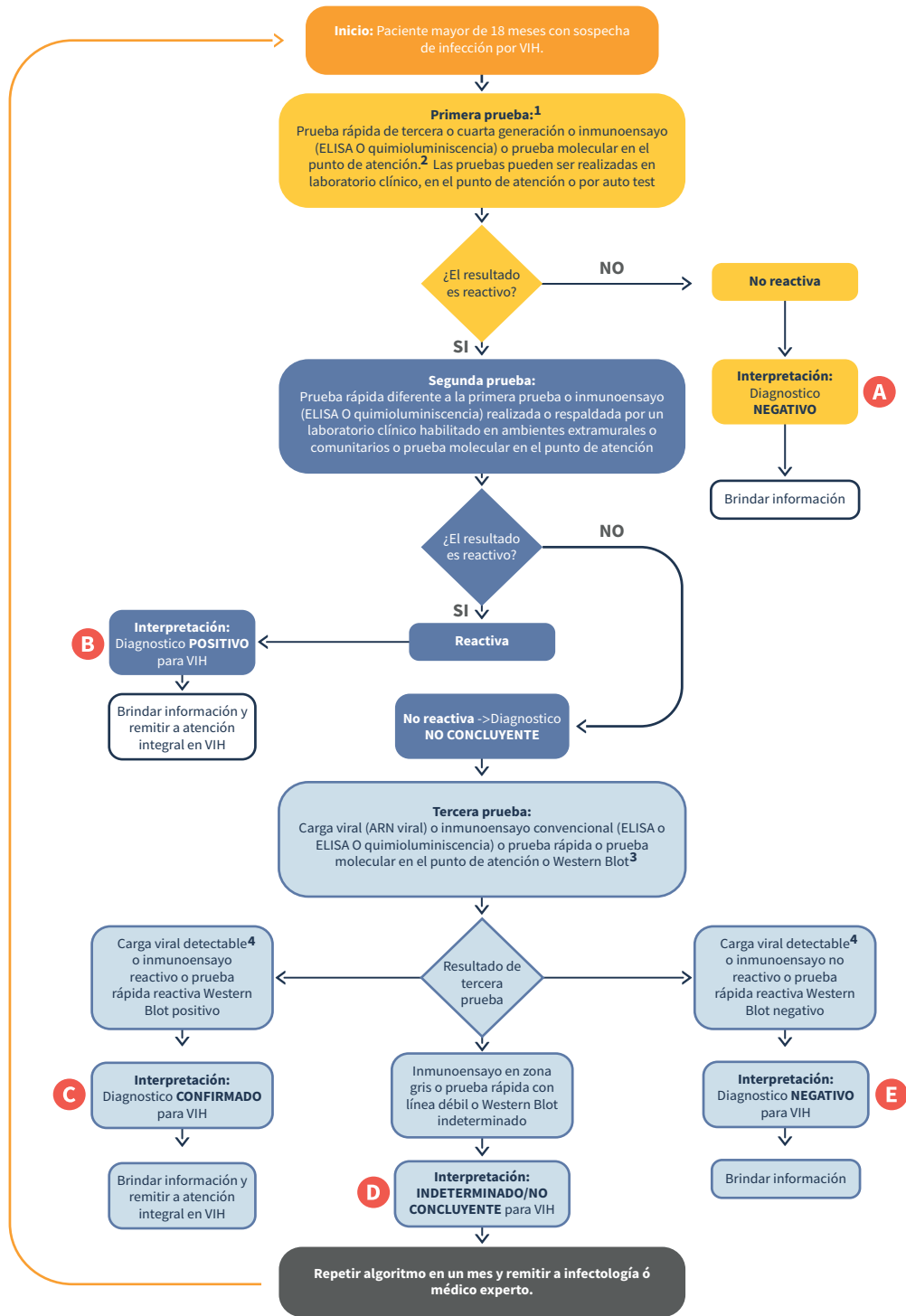
De acuerdo con la GPC de Hepatitis C (2019) se sugiere la aplicación de pruebas de detección de ácido ribonucleico (ARN) luego de obtener una prueba serológica positiva para VHC, con el fin de establecer el diagnóstico de infección crónica. Por tanto, las pruebas reactivas se consideran presuntivas y debe realizarse confirmación del diagnóstico (Minsalud e IETS, 2018).

Antígeno de superficie para VHB (Ags HB): se emplearon pruebas Determine™ HBsAg2 para detección de positividad de antígeno de superficie para VHB con sensibilidad de detección de antígeno de 0.1 IU/mL y especificidad de 99,5%.

Según la GPC de Hepatitis B el resultado de Ags HB positivo es indicativo de hepatitis B crónica y debe remitirse a evaluación del tratamiento indicado (Minsalud e IETS, 2016).

Anticuerpos contra TP/ Sífilis: Se emplearon pruebas Bioline™ Syphilis 3.0 para detección de anticuerpos de todos los isotipos contra el *Treponema pallidum* (TP), con una sensibilidad de 99,3% y especificidad de 99,5%.

Figura 3. Algoritmo diagnóstico de VIH para personas mayores de 18 meses, Colombia



Fuente: Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en personas adultas, gestantes y adolescentes No. 39-2021 (Minsalud, ENTerritorio e IETS, 2021).

3.7.3 Control de calidad de la información recolectada

Con el fin de asegurar la calidad de la información se llevaron a cabo una serie de procedimientos a lo largo del proceso de recolección y análisis de la información. Tales procedimientos fueron objeto de prueba y ajuste como parte de la prueba piloto.

a. Preparación de los equipos de trabajo de campo

Se definieron perfiles para los equipos de campo, de acuerdo con los roles a desempeñar: supervisión de sede, dinamización de sede, aplicación de encuesta de comportamientos, toma de muestras biológicas y gestión de campo.

Aunque todas las personas en el equipo deberían tener cierto grado de experiencia y familiaridad con la población PID, se llevó a cabo un entrenamiento presencial de seis días de duración.

El entrenamiento incluyó aspectos teóricos, talleres prácticos y simulaciones de procesos y procedimientos en sede. Los contenidos fueron: generalidades del estudio, método RDS, encuesta de comportamientos, diligenciamiento de formatos, manejo y archivo de información, consideraciones éticas, toma de muestras de sangre, aplicación y lectura de pruebas rápidas, asesoría pre y post prueba, aspectos de seguridad y bioseguridad, reducción de daños y educación en salud, con el fin de actualizar los conocimientos y asegurar que todas las personas incorporaban los contenidos descritos en el protocolo del estudio y el manual operativo de campo.

b. Supervisión

Se implementó un proceso de seguimiento que contempló la supervisión directa, indirecta, la validación de las bases de datos y un tablero de control en tiempo real. En la supervisión directa, el profesional a cargo verificó el proceso de recolección de información desde la bienvenida hasta la entrega de los cupones de invitación. La supervisión de cada uno de los profesionales del equipo de trabajo de campo se realizó en

el transcurso de las primeras semanas del operativo y la retroalimentación inmediatamente terminado el proceso, ello incluyó la supervisión de un número mínimo del 10% de las encuestas aplicadas en cada sede.

La supervisión indirecta se realizó durante todo el operativo y consistió en la verificación tanto de los consentimientos informados como del diligenciamiento adecuado de los formatos y bases de datos.

La coordinación de campo del nivel nacional, a cargo de la gestión de la calidad, diligenció el tablero de control semanalmente para verificar el cumplimiento del tamaño de muestra por ciudad. Dicho tablero se revisó semanalmente con el equipo de investigación y la supervisión de ENTerritorio para orientar la toma de decisiones.

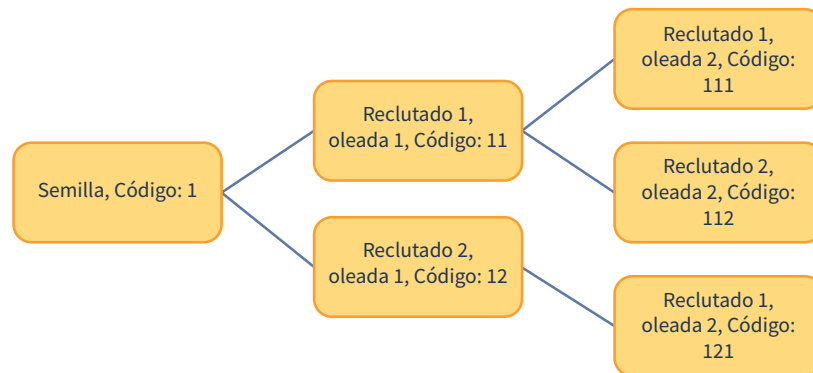
c. Muestreo y base de datos

Para el seguimiento del avance de la muestra por ciudad, cada semana se validaron los procesos de avance mediante el análisis de las redes y encuestas logradas en cada sede. Se generaron estadísticas descriptivas de la cantidad y distribución de los encuestados, así como la valoración de los códigos de asignación de encuesta y el número de cupones logrado por cada reclutador.

En cada ciudad se generaron códigos de muestreo RDS de forma independiente, siguiendo una estructura acumulativa y única para cada registro, a fin de valorar el desempeño de cada semilla y referente en la muestra (Figura 4). Estos valores, junto con la información categorizada del formulario de encuesta, se registró en la base de datos, previa revisión de cada encuesta de forma individual.

La base de datos se procesó con el software STATA (StataCorp, 2021), siguiendo los algoritmos idénticos indicados para la última versión de RDSAT (Wirtz et al., 2016). En ningún caso la base de datos incluyó la identificación de los participantes. Todas las bases de datos fueron almacenadas en formato de texto plano, en un aplicativo diseñado para tal fin.

Figura 4. Esquema de elaboración de códigos RDS



Fuente: elaboración propia

d. Toma de muestras

Los profesionales a cargo de la realización de las pruebas rápidas fueron entrenados de manera práctica por la casa comercial de las pruebas rápidas empleadas, siguiendo las indicaciones de almacenamiento, aplicación y lectura de cada prueba, para asegurar la calidad del proceso diagnóstico.

3.7.4 Gestión y análisis de la información

Se detallan a continuación los procesos para la gestión y análisis de la información recolectada.

a. Sistematización de la información

En el proceso de trabajo de campo la información fue sistematizada directamente por cada encuestador usando un aplicativo y una tableta informática. Los datos, filtros, saltos y restricciones de la encuesta fueron preprogramados y validados en múltiples aplicaciones de prueba, durante el estudio piloto y durante el entrenamiento de los equipos de campo.

b. Gestión de la información

En todas las ciudades la información fue recolectada en tres fases: 1) fase exploratoria o formativa 2) fase de captura anónima a través de la entrega de un número determinado de objetos únicos y 3) fase RDS o de muestreo guiado por el entrevistado.

a. Fase exploratoria: se desarrolló entre marzo y abril de 2021, aplicando 20 entrevistas por ciudad, a informantes clave, tomadores de decisión y personas que se inyectan drogas.

Esta fase corresponde a un tipo de estudio o investigación formativa (formative research), definida por el National HIV Behavioral Surveillance System (NHBS, 2013) cuyo propósito fue determinar aspectos clave para el acceso a la población de PID, entre ellos, las zonas de encuentro y afluencia, los horarios más propicios para el contacto y las preferencias en términos de incentivos. Se trató de una primera aproximación al mapeo de dinámicas de las PID en las ciudades, al número percibido de PID existentes en las redes, la verificación de la interconexión de las PID en redes que harían plausible la implementación del muestreo RDS y la identificación temprana de posibles semillas. Esta información orientó también la selección de un objeto único útil de fácil recordación entre la población, así como la ubicación más conveniente para la sede del estudio en cada ciudad.

b. Fase de entrega de objeto único (captura): se desarrolló desde finales de junio hasta finales de julio de 2021. El operativo se llevó a cabo inicialmente teniendo en cuenta los resultados del estudio exploratorio que indicaron las zonas de mayor afluencia de las PID en cada ciudad. El desarrollo del operativo planificado inicialmente para dos semanas se extendió en tiempo y el mapeo inicial se amplió a otras zonas y horarios.

El operativo consistió en la entrega de objetos únicos (canguro o riñonera que tenía impreso un

logotipo único y neutro) a PID que cumplieran con los criterios de selección del estudio en determinadas zonas de las ciudades y horarios. Cada entrega de objeto único quedaba registrada en un formato diseñado para tal fin.

c. Fase RDS (recaptura). Esta fase corresponde al estudio de prevalencia y comportamientos asociados, a partir del cual se aplicó una encuesta estructurada que, entre otras variables, exploraba si la persona participante había recibido un objeto único semanas atrás por parte del equipo de la Fundación Salutia y si había sido usuaria de los servicios de reducción de daños del Proyecto VIH del Fondo Mundial, operado por ENTerritorio, en los últimos 6 meses.

Además de las fuentes de información recopiladas en las fases 1 al 3 del estudio, se llevó a cabo la triangulación con la información registrada en el Sistema de información de actividades colectivas y comunitarias en salud sexual y reproductiva (SISCO SSR), sistema que permite el seguimiento a indicadores y metas del Proyecto VIH del Fondo Mundial en Colombia. Este sistema de información consolida toda la operación del proyecto dirigida a las poblaciones clave priorizadas que se benefician de las actividades y servicios de promoción y prevención, entre ellas, las personas que se inyectan drogas en las ciudades de referencia del estudio.

c. Análisis estadístico exploratorio

Las características basales se analizaron utilizando un esquema de ponderación que tomó en cuenta los ajustes estadísticos para el muestreo RDS en la medida que permita lograr estimaciones asintóticas de las características individuales ponderadas según el tamaño de la red social (estimador RDS-II) (Schonlau et al., 2012). A nivel exploratorio se desarrolló un análisis inicial a fin de evaluar errores por el reclutamiento, en particular, presencia de datos atípicos en las variables de caracterización demográfica; estos incluyeron estadísticas descriptivas según la escala de medición de cada variable, así como un análisis de sensibilidad. En todos los casos se calcularon frecuencias y

porcentajes crudos y ajustados por el diseño RDS para cada variable en el instrumento.

Para la estimación de las prevalencias de interés, las proporciones ajustadas en cada caso fueron acompañadas de un intervalo de confianza ajustado por el diseño RDS (Spiller et al., 2017). En todos los análisis y ciudades se eliminaron los registros correspondientes a las semillas con el fin de evitar el efecto de no aleatoriedad inducido por la selección conveniente de estos sujetos en la muestra. Así mismo, indicadores de homofilia y equilibrio de la estimación fueron calculados conforme a lo indicado por la metodología RDSAT para variables seleccionadas (Abdul-Quader et al., 2006b).

d. Análisis estadístico de asociación

Al definir que este sería un estudio transversal analítico se buscó la relación entre el VIH y la hepatitis C y las características conductuales de las PID, para ello se realizó una primera aproximación a través de un análisis bivariado. El cual consistió en comparar cada una de las variables de la encuesta respecto a los resultados de VIH y anticuerpos contra la hepatitis C, mediante una prueba de χ^2 . Esta prueba permitió determinar, para cada par de variables, la existencia o no de la relación mediante la diferencia entre el valor que debería resultar si las dos variables fueran totalmente independientes y el observado en los datos. Entre mayor sea la diferencia, mayor es la relación entre las variables. La significancia de esta relación se determinó mediante el valor-p de la prueba: si este valor es inferior a 0,05, se acepta que hay una asociación estadística entre las dos variables analizadas.

Una vez se definieron las variables que presentaron una relación estadística, se estimaron Oportunidades Relativas (OR) ajustadas por edad, sexo y tiempo que la persona llevaba inyectándose sustancias psicoactivas. Para eliminar la multicolinealidad existente entre la edad y el tiempo de inyección se aplicó una regresión lineal utilizando como variable independiente la edad y como variable dependiente el tiempo que las personas llevan inyectándose sustancias

psicoactivas. El residual obtenido en esta regresión lo podemos interpretar como el tiempo que las personas llevaba inyectándose sustancias psicoactivas sin el efecto de la edad. Una vez hecha esta transformación las OR fueron estimadas utilizando una regresión de Poisson multivariada (Espelt y colaboradores, 2016; Coutinho y colaboradores, 2008), donde la variable dependiente fue estar infectado por VIH (sí/no) y cada una de las variables que tuvieron un valor de p significativo en las pruebas χ^2 , mencionadas previamente. Este procedimiento se realizó de igual manera, pero como variable dependiente anticuerpos contra la hepatitis C (sí/no).

Una vez construidos los modelos se valoró cada una de las variables y se estimó su efecto sobre la probabilidad de estar infectado con VIH aplicando los siguientes conceptos: la relación desde el punto de vista teórico debía tener explicación; las relaciones que no tuvieran explicación, como mínimo debían tener una hipótesis plausible o sustentable con base en el marco teórico y, como se indicó previamente, la asociación presentada en los análisis bivariados de cada variable contra el hecho de estar infectado o no con VIH debía ser significativa o en su defecto tener un tamaño de efecto que se pueda considerar relevante desde el punto de vista práctico. Asimismo, se validaron los demás supuestos necesarios para el modelo de regresión de Poisson (Coutinho y colaboradores; 2018) y definir el modelo definitivo de cada ciudad y el consolidado (Garson, 2013; Pérez y colaboradores, 2013).

Para evaluar la estructura teórica de los diferentes capítulos del instrumento aplicado se utilizó el análisis factorial de correspondencias múltiples (Lebar & Saporte, 2014; Pardo & Del Campo, 2007), donde la variable columna fue la ciudad (Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y la zona conurbada de Pereira-Dosquebradas) y las variables fila fueron las diferentes preguntas de cada capítulo o unidad temática. Se realizaron siete análisis factoriales de correspondencias múltiples: demografía salud mental; estigma y discriminación; uso de drogas de inyección; comportamiento sexual; infecciones de transmisión sexual y conocimiento

sobre VIH/Sida, pruebas diagnósticas y tratamiento antirretroviral. Esta técnica permitió determinar perfiles, tipologías de las diferentes variables dependientes con relación a la variable independiente que es la ciudad y así determinar si existen diferencias o patrones comunes en cada una de estas unidades temáticas en función de las diferentes ciudades.

e. Limitaciones del diseño de muestreo RDS

Aunque el método de muestreo guiado por entrevistados (RDS) es una alternativa de gran utilidad al momento de investigar poblacionales de difícil acceso, deben tomarse en consideración los alcances y limitaciones del método.

En primer lugar, existe un potencial de sesgo en las estimaciones por cuanto no es posible estimar con exactitud las probabilidades de inclusión de cada sujeto en la muestra en el método; en su lugar, un conjunto analítico de ponderaciones permite la aproximación de los parámetros a estimar.

En el mismo sentido, la elección subjetiva de las semillas o puntos de partida de la muestra impiden garantizar la total objetividad de la muestra finalmente seleccionada. Si bien se espera que este fenómeno esté controlado con el incremento de las oleadas de muestreo, en caso de fragmentación de la población o de la existencia de subredes incomunicadas debido a factores no conocidos, el sesgo de selección no es cuantificable o evitable.

Otros autores han mencionado la supuesta favorabilidad que el modelo de selección confiere a personas de estratos bajos, desempleados o habitantes de albergues (Ramírez-Valles et al., 2005). Si bien en algunas situaciones este puede constituir el núcleo de interés de las poblaciones abordadas, podrían esperarse resultados sobrerrepresentados sobre estos segmentos de población.

Todo ello indica la necesidad de entender, usar y generalizar los hallazgos del presente trabajo con cautela. Las cifras presentadas en este informe no constituyen una estimación inferencial directa

sino una aproximación al total de las personas que se inyectan drogas en cada una de las ciudades analizadas, a la vez, que una aproximación a las cifras de prevalencia y proporción presentadas.

Por ello se recomienda no considerar las muestras de cada ciudad como enteramente comparables, sino como muestras independientes, mientras que cifras combinadas de las cuatro ciudades no deberían usarse, aunque en este caso se presente un dato ponderado de estimación de prevalencia de VIH para las cuatro ciudades. Finalmente, la verificación cuantitativa de los supuestos teóricos subyacentes al RDS no es plausible, por lo que el alcance de los resultados debe analizarse en el contexto de cada ciudad.

También es importante señalar que el muestreo RDS llegó a PID con estratos socioeconómicos 5 y 6 en todas las ciudades, pero es probable que haya habido limitaciones, en tanto que la metodología empleada y los reconocimientos previstos pueden no haber sido lo suficientemente atractivos para redes de PID en estratos medio y altos, con lo cual, estas características podrían estar subrepresentadas en las estimaciones.

3.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo con Dawson y colaboradores (2018) es importante determinar la justificación ética de llevar a cabo un estudio de este tipo en grupos clave como son las personas que se inyectan drogas. Dentro de las consideraciones éticas es relevante preguntarse si la evidencia se traducirá en la práctica, si la investigación exacerbará los riesgos a los que ya se someten y exponen las PID o sus condiciones de vulnerabilidad, y si es posible conservar estándares de prevención de VIH como parte de la investigación (Dawson et al., 2018).

Estos autores listan una serie de criterios para establecer la aceptabilidad de un estudio con personas que se inyectan drogas, entre ellos:

1. que el estudio aporte evidencia relevante para mejorar los servicios en salud para las PID, aunque esto demande cambios de política pública que no se materialicen en el corto plazo.

2. Que se haya realizado un proceso de consulta previa con PID, informantes clave y otras partes interesadas en abogar por el bienestar de la población.
3. Que la investigación asegure mecanismos de cuidado para no exacerbar la criminalización, el estigma y la violencia sobre la población.
4. Que la investigación sea de riesgo mínimo y en caso de que lo supere, provea beneficios directos a los participantes que contrarresten y compensen los potenciales riesgos.
5. Que la prevención que se provea sea del mayor estándar posible, en la misma sede del estudio y que incluya entrega de equipos higiénicos de inyección.
6. Que el equipo de investigación contribuya con el avance en las políticas públicas, coopere y dialogue con organizaciones nacionales y locales que abogan por el bienestar de las PID.
7. Que el equipo de investigación apoye y contribuya a reforzar los estándares de atención y tratamiento basados en la evidencia, así como de protección de los derechos humanos de las PID.

El protocolo del estudio y sus consideraciones éticas fueron verificadas por el Comité de Ética de la Universidad del Norte, entidad que dio su aval para que fuera desarrollado. Es de resaltar, que para el equipo de investigación y las entidades involucradas en el financiamiento, ejecución y gestión intersectorial fue prioritario asegurar que el estudio no agregara carga adicional a los daños sociales y sanitarios que viven las PID; que los resultados fueran divulgados y tenidos en cuenta como fundamento a las acciones de respuesta al VIH en el ámbito nacional y local; que el estudio ampliara su alcance hasta donde fuera posible, para ofrecer orientación, educación en salud y en reducción de daños, más allá de la asesoría pre-post prueba, como para hacer la gestión necesaria que llevara a la canalización de los casos detectados al sistema de salud para su adecuado manejo y seguimiento.

Esto último, sin desconocer las barreras de acceso a servicios de salud en Colombia, ampliamente

documentada en distintos estudios (Ayala, 2014; Restrepo-Zea et al., 2014; Rodríguez et al., 2015).

Además de actualizar las líneas de base con las que cuenta Colombia desde 2014, para orientar las acciones programáticas y de política pública, el análisis de beneficios de llevar a cabo el estudio en las ciudades seleccionadas determinó que los beneficios eran significativos para la PID participantes y superaban los riesgos de participar.

En consecuencia, el marco ético del estudio con fundamento en normas emitidas por organismos nacionales e internacionales en materia de investigación con seres humanos en el campo de la salud pública definió los principios éticos que se garantizaron en cada fase del proceso: respeto a la dignidad, privacidad, anonimato, bienestar/seguridad de los participantes e integridad científica. Esta investigación se clasificó como de riesgo mínimo según Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 1993). Siendo los posibles riesgos:

- a. **Riesgo físico** producto de la recolección de muestras de sangre a partir de punción digital para detectar VIH, hepatitis virales y sífilis, la cual puede generar dolor y ardor.
- b. **Riesgo psicológico** producto de la información indagada y de los resultados reactivos detectados. La contención y la empatía fueron habilidades centrales del equipo a cargo y se pusieron al servicio de las PID que así lo requirieron en el curso de su participación.
- c. **Riesgo social** asociados al estigma y la discriminación que afecta de manera particular a esta población.

La ubicación de la sede y demás aspectos de implementación del estudio en cada ciudad, entre ellos el manejo, sistematización y archivo de la información, se planificaron cuidadosamente para reducir al máximo los riesgos en materia de confidencialidad, privacidad y anonimato.

El perfil de las personas a cargo del operativo de campo en cada ciudad y del equipo de

investigación del nivel nacional con experiencia previa de trabajo con personas que usan drogas o con poblaciones en alta vulnerabilidad permitió asegurar sensibilidad y empatía frente a este grupo clave, sus particularidades, condiciones de vida y de sufrimiento. Siendo central el trato respetuoso, tolerante y flexible a lo largo del operativo de campo, aspectos que fueron reforzados durante el entrenamiento.

Además de asegurar que las personas a cargo de la asesoría pre y post prueba (APV) y la toma de muestras biológicas tuvieran las certificaciones previstas por la ley⁷, la capacitación del equipo aseguró la apropiación de aspectos centrales al desarrollo de la investigación en condiciones de idoneidad, sensibilidad y cuidado de los participantes en el estudio.

Todas las personas del equipo de trabajo de campo firmaron una cláusula de confidencialidad sobre la identificación y la información proporcionada por cada uno de los participantes.

Todo participante en el estudio:

- a. consintió participar de forma voluntaria tras la lectura y firma de consentimiento informado impreso e inducción inicial a la naturaleza, objetivos y procesos que se llevarían a cabo durante su participación (Anexo 2);
- b. recibió y firmó consentimiento informado para la toma de muestras biológicas y de sangre (Anexo 3), así como asesoría pre y pruebas y post-pruebas en las que se hizo entrega de los resultados de forma inmediata y
- c. recibió educación en salud, asesoría en reducción de daños asociados a la inyección y consumo de drogas y kits de inyección de menor riesgo en la visita inicial y en la visita para entrega de compensaciones secundarias por enrolamiento de pares.

Durante el proceso de inducción al estudio, firma de consentimiento informado y asesoría pre y post prueba, se insistió a los participantes en los beneficios que obtendrían por hacer parte del

⁷Decreto 1543 de 1997, Resolución 3442 de 2006, Resolución 2338 de 2013, Resolución 1314 de 2020.


estudio, entre ellos:

- Acceso a pruebas de detección de VIH/ hepatitis virales y sífilis gratuitas
- La obtención de información relevante para el auto - cuidado
- La reducción de riesgos y daños asociados a prácticas de consumo
- Acceso a material higiénico de inyección
- Remisión a servicios de reducción de daños operando a nivel local

- Acompañamiento a través de las rutas de atención integral en casos reactivos detectados durante el estudio

Los datos personales se utilizaron únicamente para efectos de notificación de casos al Savigila y de canalización a servicios a las EAPB y esto ocurrió solo en los casos en los que se contó con el consentimiento explícito de la persona para ello (anexo 3).





4. Estimación del tamaño poblacional



Este capítulo presenta los resultados de la estimación del tamaño poblacional para dar respuesta al segundo componente del objetivo general del estudio y al primer objetivo específico.

Como lo señala la literatura, la inyección de drogas es un fenómeno oculto y limitado a una pequeña porción de la población, por lo que no es fácil acceder a cifras de prevalencia de la práctica a través de métodos estándar (EMCDD, 2010).

En Colombia no hay antecedentes de estimación del tamaño de la población de personas que se inyectan drogas. Los estudios realizados en el pasado en población PID se han centrado en caracterizar principalmente la prevalencia de VIH (algunas series han incluido las hepatitis virales) y los comportamientos asociados, pero sus resultados no permiten estimar el tamaño de esta población con precisión.

El informe del Ministerio de Justicia y el Derecho, La heroína en Colombia publicado en 2015, presentó una ponderación del tamaño de redes de PID por ciudad y estos números constituyeron, durante los últimos años, la única aproximación al universo de PID en el país. Fueron útiles, por ejemplo, para la planeación de metas del Proyecto VIH del Fondo Mundial vigente hasta 2022. De otro lado, los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas en sus distintas entregas (2008, 2013 y 2019) han medido, a partir de encuestas de hogares, el uso de la heroína, sin discriminar el modo de administración, lo que impide conocer el número de personas que se inyectan, pero permite una aproximación a este patrón de uso en tanto que se trata de una sustancia típicamente inyectable. En estos estudios se indaga por las sustancias que se han consumido en la vida (prevalencia de vida), en el último año y en el último mes (consumo reciente).

El único estudio epidemiológico que exploró la inyección de drogas fue el Estudio Epidemiológico Andino sobre uso de sustancias sintéticas en población universitaria en el 2009, encontrando

una prevalencia de 0,33% (Unión Europea y Comunidad Andina, 2009). Posteriormente, el estudio PRADICAN (2012) incluyó la variable de estudio, pero no reportó los resultados.

En el estudio nacional de 2019 con población entre 12 y 65 años de zonas urbanas de 138 municipios del país, se halló una prevalencia de vida de uso de heroína de 0,09% equivalente a 20 600 personas y una prevalencia de último año de 0,02% equivalente a 3 600 personas. Como lo indica el mismo informe, este tipo de estudios presentan limitaciones a la hora de identificar patrones de uso marginales, como lo es el de la heroína. De hecho, por el número limitado de personas que dijeron haber usado esta sustancia en el último mes (0,01%), no se incluyeron análisis para otras variables de interés (Minjusticia y ODC, 2019).

En consecuencia, el presente estudio es el primero en estimar el tamaño de la población de PID, en cinco de los siete municipios de Colombia en los que se ha identificado este patrón de uso de manera más consistente. Los resultados presentan cierto grado de coincidencia tanto con las ponderaciones publicadas en el informe de 2016, como con las cifras del estudio nacional en las que cabe esperar un importante subregistro.

La ponderación realizada por la Universidad CES en 2015 a partir de las series 2012, 2013-2014 realizadas en las ciudades de Cali, Medellín, Bogotá, Pereira-Dosquebradas, Armenia y Cúcuta, arrojó cifras de tamaño de redes entre 3 548 personas en Medellín hasta 1 546 personas en Bogotá.

Las cifras estimadas en el presente estudio no pueden ser comparadas por las consideraciones antes mencionadas, pero vale la pena señalar que el último estudio de hogares detectó, entre 2013 y 2019 una reducción significativa de la prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita alguna vez en la vida, al pasar de 12% a 8,7% y también en la prevalencia de último año la cual bajó de 3,4% a 2,9%.

Estas cifras podrían ser indicativas de cambios en los patrones de uso y de comportamiento, comunes también en las PID y en otros grupos

clave como las personas que ejercen el trabajo sexual. Es usual que las personas que usan drogas pasen de periodos de inyección a períodos de no inyección, que abandonen la práctica por completo e incluso se abstengan de consumir cualquier sustancia (APMG Health, 2019).

Del mismo modo, factores externos como los cambios en las dinámicas del mercado de drogas, cambio en las rutas, disponibilidad de sustancias inyectables de calidad y aptas para la inyección, políticas de control de la oferta e interdicción o incluso cambios culturales, podrían hacer que el número de personas que se inyectan drogas aumente o disminuya (o que aumente en unas zonas y se reduzca en otras) (APMG Health, 2019).

Si estos cambios no eran inusuales hasta 2019, año previo a la pandemia por COVID-19, lo fueron mucho más tras esta crisis sin precedentes. UNODC publicó un capítulo especial en el Informe mundial de drogas 2020, dedicado a analizar el impacto de la pandemia en las dinámicas de producción, tráfico y consumo de drogas. En él se explica cómo el tráfico de sustancias ilícitas depende en alto grado del correcto funcionamiento de la economía lícita porque gran parte del comercio clandestino ocurre de manera subrepticia en ella. Así mismo, el uso de muchas drogas ocurre en entornos de encuentro social como bares o clubes y depende en alto grado de la industria de servicios. Estos dos aspectos se vieron fuertemente afectados por las restricciones de movilidad, cercanía y encuentro, lo que se manifestó en cambios en la oferta, la distribución y la demanda de sustancias ilícitas (UNODC, 2021).

Sin duda la COVID-19 llevó a cambios en el uso de drogas, especialmente aquellas asociadas a entornos de ocio. Las condiciones de estrés elevado, aburrimiento, aislamiento, tiempo libre y limitaciones de trabajo y flujo de ingresos incrementaron el uso de sustancias como el cannabis y tranquilizantes tipo benzodiazepinas. Pero al tiempo, los confinamientos llevaron a un aumento en el impacto en la salud de las personas usuarias por la interrupción de tratamientos, entre ellos los de sustitución con opiáceos como la metadona, la interrupción o reducción de servicios

de reducción de daños, incluyendo la distribución de naloxona para revertir las sobredosis, entre otros (UNODC, 2021).

El presente estudio no fue ajeno a esta realidad, sumada a la coincidencia en tiempo, de problemas de orden público derivados del paro nacional que se extendió entre finales de abril hasta julio de 2021 en las principales ciudades del país. Ello implicó problemas de movilidad, presencia excepcional de fuerza pública en las ciudades para reforzar el control sobre la ciudadanía, y en algunos casos, cambios en la dinámica del mercado de drogas, entre ellos, desabastecimientos tanto de drogas ilícitas como de medicamentos como la metadona. Estas dinámicas impusieron dificultades no previstas, especialmente en el operativo de entrega de objeto único, ya que muchas de las dinámicas identificadas durante el estudio exploratorio en las ciudades, cambiaron durante estas semanas.

A pesar de las condiciones inusuales fue posible llevar a cabo las distintas fases de implementación del estudio: la estimación del tamaño poblacional con la entrega del objeto único y la fase de recolección de información a partir del RDS.

La estimación más amplia de población PID corresponde a Bogotá con 2841 personas (Tabla 4), seguida de Cali con 1349 (tabla 6), Pereira-Dosquebradas con 1228 (Tabla 7) y Medellín con 1183 (Tabla 5), para un total de 6601 personas que se inyectan drogas en todas las ciudades del estudio.

Estas cifras de estimación, aunque constituyen una importante herramienta para el cálculo de la cascada del continuo de atención en VIH, pues determinan la cobertura actual de los programas dirigidos a las PID y las brechas que es necesario superar, deben leerse en conjunto con los resultados del componente de estimación de prevalencias y comportamientos de riesgo.

Con ellas será posible orientar la focalización, definición de metas y programación de intervenciones dirigidas a esta población clave en las ciudades en las que operan los programas de reducción de daños asociados a la inyección de drogas.

Tabla 3. Estimación del tamaño de la población PID, Bogotá, 2021

BOGOTÁ										
Estimación poblacional	RDS - Objetos Únicos			Estimación poblacional	ENTerritorio			Combinación de fuentes		
	N	IC 95%			Pob.	IC 95%		N	IC 95%	
Ref.	236	—	—	Ref.	1017	—	—			
p: m2p31	0.15421	0.1307	0.17771	p: m2p37	0.28505	0.257	0.313	2773	2580	2966
N C-Re	1530	1328	1806	N C-Re	3568	3249	3957			
N Chapman	1498			N Chapman	3529					
N log-lineal	2841									
N final	2841									
Proporción PID Bogotá 2021	0,05%									
Proyección población 18-65 años Bogotá 2021	5.380.417									

Tabla 4. Estimación del tamaño de la población PID, Medellín, 2021

MEDELLÍN										
Estimación poblacional	RDS - Objetos Únicos			Estimación poblacional	ENTerritorio			Combinación de fuentes		
	N	IC 95%			Pob.	IC 95%		N	IC 95%	
Ref.	512	—	—	Ref.	544	—	—			
p: m2p31	0.39058	0.36902	0.41214	p: m2p37	0.51247	0.49103	0.5339	1183	1169	1197
N C-Re	1311	1242	1387	N C-Re	1062	1019	1108			
N Chapman	1163			N Chapman	991					
N log-lineal	1081									
N final	1183									
Proporción PID Medellín 2021	0,07%									
Proyección población 18-65 años Medellín 2021	1.747.957									

Tabla 5. Estimación del tamaño de la población PID, Cali, 2021

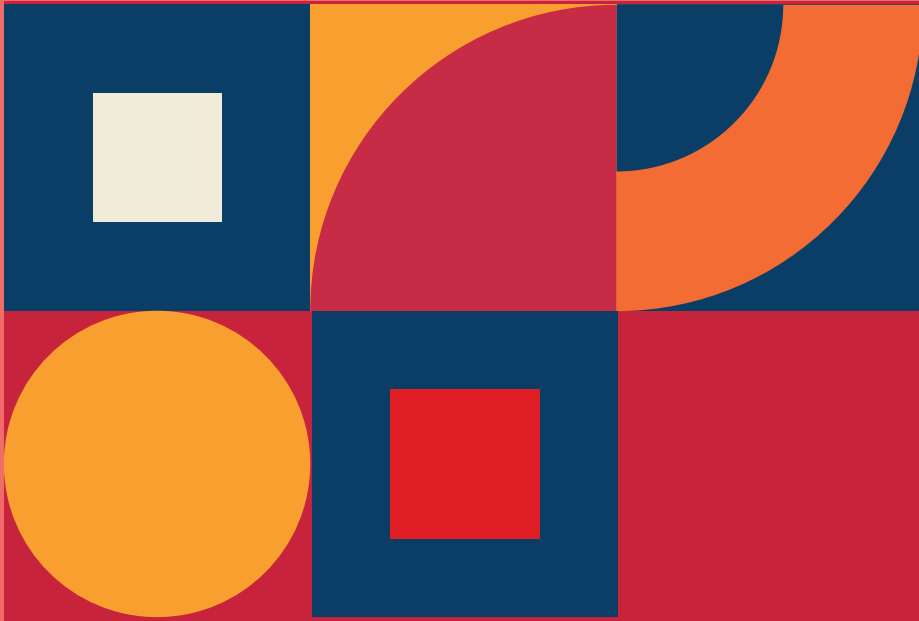
CALI										
Estimación poblacional	RDS - Objetos Únicos			Estimación poblacional	ENTerritorio			Combinación de fuentes		
	N	IC 95%			Pob.	IC 95%		N	IC 95%	
Ref.	426	—	—	Ref.	665	—	—			
p: m2p31	0.46602	0.44185	0.49019	p: m2p37	0.80583	0.776	0.836	880	871	889
N C-Re	914	869	964	N C-Re	825	795	857			
N Chapman	910			N Chapman	825					
N log-lineal	1349									
N final	1349									
Proporción PID Cali 2021	0,07%									
Proyección población 18-65 años Cali 2021	1.747.957									

Tabla 6. Estimación del tamaño de la población PID, Pereira-Dosquebradas, 2021

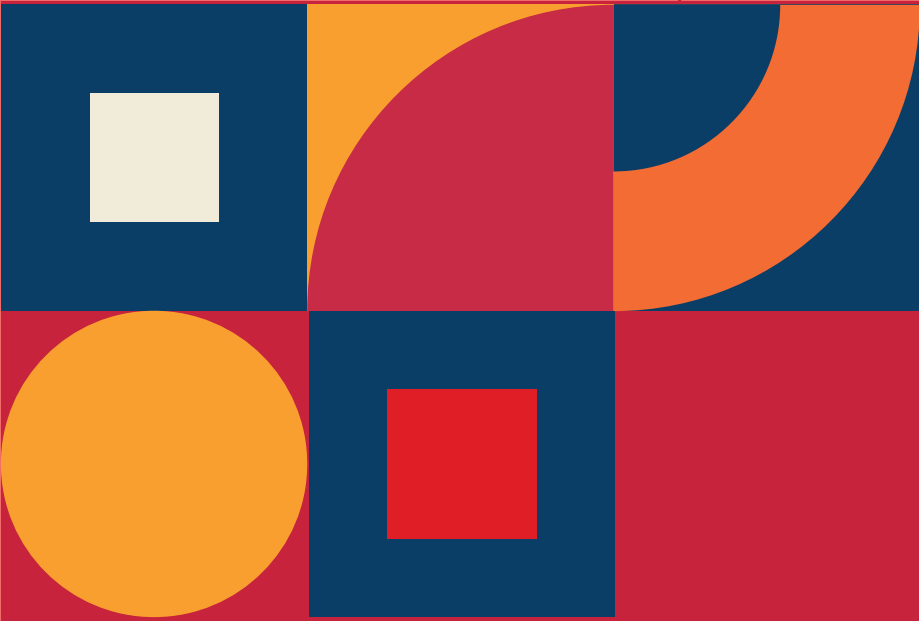
PEREIRA / DOSQUEBRADAS										
Estimación poblacional	RDS - Objetos Únicos			Estimación poblacional	ENTerritorio			Combinación de fuentes		
	N	IC 95%			Pob.	IC 95%		N	IC 95%	
Ref.	595	—	—	Ref.	892	—	—			
p: m2p31	0.60317	0.58312	0.62323	p: m2p37	0.94558	0.93798	0.95317	978	975	981
N C-Re	986	955	1020	N C-Re	943	936	951			
N Chapman	986			N Chapman	944					
N log-lineal	1228									
N final	1228									
Proporción PID Pereira - Dosquebradas 2021	0,26%									
Proyección población 18-65 años Pereira - Dosquebradas 2021	463.801									

En cada tabla se presentan las siguientes cifras:

- **Ref.:** referencia del listado usado: “NOU” es la cantidad de objetos únicos entregados y “Pob.” la cantidad de personas que asistieron a servicios según lo indicado.
- **p: m2p31:** proporción de personas que respondieron afirmativamente a la pregunta de haber recibido un objeto único en la encuesta.
- **p: m2p37:** proporción de personas que respondieron afirmativamente a la pregunta de haber asistido a servicios durante los últimos 6 meses en la encuesta.
- **N C-Rc:** estimador de captura-recaptura del total poblacional, multiplicador.
- **N Chapman:** corrección por finitud del estimador N C-Rc.
- **N log-lineal:** estimador del total poblacional con el método de regresión log-lineal.
- **IC 95%:** estimaciones de intervalo de confianza al 95%.



5. Resultados de la encuesta



5.1 RESULTADOS DEL RDS

5.1.1 Enrolamiento y muestra

Se distribuyeron 3362 cupones en total: 587 en Bogotá, 1014 en Medellín, 476 en Cali y 1285 en Pereira-Dosquebradas. El 90,8% de participantes recibieron tres cupones para enrolar a otros pares. 34 personas no recibieron cupones por no tener a quién entregarlos.

Un total de 33 cupones fueron anulados porque las personas que llegaron con ellos no cumplían con alguno de los criterios de elegibilidad, principalmente porque no se inyectaron drogas en los últimos 6 meses o porque el equipo a cargo del tamizaje inicial dudó que se tratara efectivamente de una persona que se inyectaba drogas. La tasa de retorno de cupones en Bogotá fue de 35,4%, en Medellín de 35,0%, en Cali de 42,4% y en Pereira-Dosquebradas de 33,9%.

El tamaño final de la muestra alcanzada frente a la muestra estimada fue: Bogotá 208 (100%), Medellín 355 (100,2%), Cali 202 (100%) y Pereira-Dosquebradas 436 (94,8%), para un total de 1201 personas que se inyectan drogas participantes, de la muestra total estimada de 1224. La mayoría de los cupones fueron recibidos por amigos en Bogotá (82,6%), Medellín (73,1%) y Cali (82,7%). En Pereira-Dosquebradas el 60,2% los recibió de amigos y el 38,8% de conocidos, en mayor proporción que en las demás ciudades. (Tabla 7).

Mientras en Bogotá y Medellín el 46% y el 54,6%, respectivamente, participaron por el interés frente a las pruebas de VIH y hepatitis virales, en Cali y Pereira-Dosquebradas, primó el interés por el incentivo económico con el 62% y el 51%, respectivamente. En Bogotá el 23% de las PID expresó que el estudio era de interés para ellas.

Tabla 7. Relación con la persona que le entregó el cupón

Característica	Bogotá (N=208)	Medellín (N=355)	Cali (N=202)	Pereira/DQ (N=436)
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Amigo	82,6 (71,9 – 86,4)	73,1 (66,2 – 79)	82,7 (74,9 – 88,6)	60,2 (51,8 – 68)
Conocido	13,8 (8,6 – 21,2)	22,4 (17,1 – 28,9)	17,0 (11,2 – 24,9)	38,8 (31 – 47,2)
Pareja	3,5 (1,3 – 8,6)	4,4 (2,2 – 8,6)	0,2 (0,03 – 1,6)	0,9 (0,2 – 5)

Fuente: base de datos seguimiento a cupones, 2021.

5.1.2 Características de las redes

El proceso con RDS se llevó a cabo entre julio y noviembre de 2021. La duración del operativo fue variable por ciudad: 8 semanas en Cali, 13 en Bogotá y 16 semanas en Medellín y Pereira-Dosquebradas, respectivamente (Tabla 8).

El número de cadenas corresponde al número de semillas con al menos una persona referida. Bogotá tuvo seis semillas, dos de las cuales

reclutaron el 86% de la muestra. Medellín tuvo cinco semillas activas y una que no floreció, dos de las semillas reclutaron el 67% de la muestra. Cali tuvo cuatro semillas, una de ellas siendo el origen de cerca del 80% del reclutamiento en la ciudad. Pereira y Dosquebradas tuvieron cinco semillas y de una de ellas derivó el 71% del total de la muestra. Mientras Bogotá llegó a un máximo de 12 olas de reclutamiento, las ciudades restantes llegaron a un máximo de 13 (Tabla 8). (Anexo 4).

Tabla 8. Enrolamiento con RDS del estudio en personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Cali y la zona conurbada de Pereira – Dosquebradas, 2021

	Periodo de muestreo (semanas)	Número de semillas	Promedio de olas por semilla	Composición por cadena de reclutamiento	
				Número de participantes por semilla	Máximo número de olas por semilla
Bogotá (n=208)	13 semanas	6	7,5	110	110
				69	69
				24	24
				3	3
				1	1
				1	1
Medellín (n=355)	16 semanas	5	7,6	147	13
				93	11
				57	7
				46	2
				12	5
Cali (n=202)	8 semanas	4	7	161	13
				22	8
				16	5
				3	2
Pereira/DQ (n=436)	16 semanas	5	7,8	309	13
				63	11
				43	6
				16	6
				5	3

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.2 CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE PID POR CIUDAD

La Tabla 9 resume las características sociales y demográficas de las personas que se inyectan drogas en las ciudades seleccionadas. A continuación, se describe la caracterización de las PID para cada ciudad.

5.2.1 Bogotá

En Bogotá la edad media de las PID es la más baja entre las ciudades de estudio, con 29,2 años (19 mínimo – 48 máximo). El 60,5% de las personas está en el grupo de edad entre 25 y 34 años y es la ciudad que muestra la mayor proporción de jóvenes entre 18 y 24 años con el 22,5%. Aunque el 68,5% de las PID en Bogotá indicó ser hombre, de acuerdo con su sexo al nacer, y el 66,4% se identifica

con el género masculino, el 31,4% nació mujer y el 33,4% se identifica con el género femenino. Esto hace de Bogotá la ciudad con la mayor proporción de mujeres que se inyecta drogas.

En referencia a los grupos étnicos con los que se identifican, el 56,2% no se identifica con ningún grupo étnico; las PID que se consideran mestizas son el 34,8%, seguido de indígenas con el 5,2%, afrocolombiano con el 2,1%, raizal con el 1,3% y rom con el 0,4%. Se exploraron otros grupos con los que las PID se identifican en las categorías desplazado(a), víctima del conflicto, desmovilizado(a) y gestantes, encontrando que en Bogotá se registra la menor proporción de personas desplazadas en este grupo, con el 3,2%, igual que desmovilizadas con el 3,7%. Ninguna persona dijo ser víctima del conflicto o ser gestante.

El estudio indagó sobre el estrato socioeconómico actual y el familiar o de origen. Estas dos variables

indican la movilidad social descendente o ascendente. El 57,9% de las PID pertenece en la actualidad al estrato socioeconómico bajo, frente al 43,4% que indica que su familia está en este mismo estrato. El 33,6% es de estrato socioeconómico medio, frente al 51% de su familia. El 3,2% es de estrato socioeconómico alto, frente al 4,9% de su familia. El 5,3% habita en la calle o no tiene techo en la actualidad, mientras que el 0,6% registró esta situación en su familia de origen.

El 36,1% de las PID en Bogotá viven solas y, entre las que no viven solas, el 47,5% vive con sus padres/madres y el 35,9% con otros familiares mayores. En contraste con las otras ciudades, en Bogotá hay mayor proporción de PID que viven con su pareja sexual del sexo opuesto o del mismo sexo (19,4% y 1,8%, respectivamente), al tiempo es la ciudad con mayor proporción de personas solteras con el 84,7%.

El nivel de escolaridad indica que en Bogotá una de cada tres PID terminó la educación media y el 18% alcanzó nivel técnico/tecnológico. Es la ciudad en la que hay mayor proporción de PID que tiene nivel universitario completo con el 15,4%, igual que nivel universitario incompleto con el 13,2%.

El 41% de las PID dice ser independiente con fuente de ingresos por venta de bienes o servicios, el 18,7% tiene trabajo temporal sin contrato formal y el 15% empleo con salario estable. El 6% vive de la venta ambulante, el 3,8% “retaca” para obtener dinero, el 2,8% ejerce el trabajo sexual y un 0,7% vende drogas.

Bogotá es la ciudad con mayor proporción de PID en régimen contributivo con el 46,6% frente al 39,5% de régimen subsidiado y el 12,7% PID sin aseguramiento.

5.2.2 Medellín

En Medellín se presenta la edad media más alta entre las PID, con 33,3 años (20 mínimo – 53 máximo). El 53,7% está en el rango entre 25 y 34 años y es la ciudad con la menor proporción de personas entre 18 y 24 años con el 6,3%. El rango

entre 35 y 44 años presenta la mayor proporción con el 36,7%, en contraste con las otras ciudades. La mayor proporción de hombres que se inyectan drogas se registra en Medellín con el 83,3% y el 16,7% de mujeres. El único caso de persona intersexual registrada en el estudio está en esta ciudad. En cuanto a identidad de género, el 83,8% se considera masculino y cinco personas se consideran transgénero.

El 49,2% se identifica como mestizo, el 43,1% afrocolombiano, el 4% indígena y el 3,8% como palenquero. En esta ciudad hay mayor diversidad en la identificación étnica frente a las otras ciudades. De igual modo, es la ciudad con mayor diversidad en cuanto a los otros grupos de identidad explorados. Acá se presenta el mayor porcentaje de personas desplazadas con el 21%, de desmovilizadas con el 20,1% y de víctimas del conflicto armado con el 3,1%. Las madres gestantes en Medellín corresponden al 3,1% (n=13).

La situación de estrato socioeconómico actual en contraste con el familiar es similar a la de Bogotá. En la actualidad vive en estrato bajo el 52,3% frente al 50,6% de este estrato familiar. En estrato medio vive el 27,9% frente al 40,6% de estrato familiar medio. El 19,4% está sin techo en la actualidad, frente a un 3,7% de situación de calle a nivel familiar. Tres personas en esta ciudad no nacieron o crecieron en una familia.

Es la ciudad con menor proporción de PID que viven solas con el 34,4%. El 61,4% de quienes conviven con otros, lo hace con sus padres/madres, mientras el 22,6% vive con otros familiares mayores de 18 años. El 17,4% vive con pareja del sexo opuesto y el 0,9% con pareja del mismo sexo.

En Medellín un porcentaje igual al de Bogotá (18%), alcanza la educación técnica/tecnológica, un 21,5% tiene básica secundaria incompleta y un 24,6% básica secundaria. Y, en contraste con Bogotá, el 27% de las PID de Medellín dice ser independiente, el 26,3% vive de la venta ambulante. El 10% vive de trabajos informales o tiene empleo, respectivamente. El 6% dice robar para obtener ingresos y solo un 1% dice vender drogas. El 61% de las PID en la ciudad pertenece al régimen

subsidiado y es la que tiene mayor proporción de personas sin aseguramiento con el 17,5%.

5.2.3 Santiago de Cali

Las PID de Cali tienen 31 años en promedio (20 mínimo – 49 máximo). El 61% está en el rango entre 25 y 34 años, el 22,7% tiene entre 35 y 44 años y el 14% entre 18 y 24 años. El 82,9% son hombres y el 17,1% mujeres. El 82,3% se identifica con el género masculino y tres personas se consideran transgénero.

En referencia a los grupos étnicos con los que se identifican las PID, Cali presenta la mayor proporción de personas que se consideran mestizas con 62%, le sigue afrocolombiano con 15,7% y 9% de indígenas. Los otros grupos con los que se identifican las PID en esta ciudad son: 10,3% desplazadas, 4,7% desmovilizadas, 2,7% víctimas del conflicto armado y 2,7% gestantes (n=5).

En Cali cerca de la mitad de las PID dijo ser de estrato socioeconómico bajo (49,5%), mientras que la familia del 58,6% de ellas, vive en este estrato. El 16,5% dijo ser de estrato socioeconómico medio y el 37,8% su familia. En estrato socioeconómico alto vive el 3,6% de las PID frente al 2,6% del estrato socioeconómico de su familia. El 30,3% de las PID en Cali no tiene techo, frente al 0,8% de sus familias. Una persona no nació o creció en una familia.

La mayor proporción de PID que viven solas está en Cali con el 53,3%. De las PID que no viven solas, la mayoría comparte vivienda con sus padres, siendo mayor esta proporción en Cali, con el 76,3%. A esta categoría le sigue en proporción la convivencia con otros familiares mayores de 18 años, siendo 52,6% para esta ciudad. El 11% vive con pareja del sexo opuesto y ninguna con pareja del mismo sexo. El 82,5% de las PID son solteras y el 8,8% está en unión libre.

El 46,8% tiene educación básica secundaria incompleta y el 30,1% básica secundaria. El 1% tiene nivel universitario completo y el 1,9% nivel universitario incompleto. Un poco más de una de cada tres PID en Cali vive de la venta ambulante, frente al 18,3% que es independiente, el 8,8% tiene trabajo temporal y cerca del 8% vive de “retacar”.

Cali es la ciudad en la que el empleo formal es el más bajo con 4,7%. Esta ciudad presenta la mayor proporción de PID en régimen subsidiado con el 75,2% y el 11,3% se encuentra sin aseguramiento.

5.2.4 Pereira y Dosquebradas

En Pereira-Dosquebradas la edad media de las PID es 30,2 años (18 mínimo – 55 máximo). En el rango entre 25 y 34 años se encuentra el 65,1%, siendo la mayor proporción entre las ciudades de estudio. El 14,1% está entre 18 y 24 años y el 20% entre 35 y 44 años. El 84,3% se define como hombre y el 83% como género masculino. El 15,7% se identifica como mujer y constituye la menor proporción de mujeres entre las ciudades de estudio.

El 50,1% de las PID en estas dos ciudades se identifica como afrocolombianas, seguidas del 45,3% como mestizas, el 4,1% indígenas y el 0,5% palenqueras. El 6,4% de las PID son desplazadas, el 4,7% desmovilizadas y el 0,7% víctimas del conflicto armado. El 0,7% corresponde a madres gestantes (n=4).

En cuanto al estrato socioeconómico, el perfil en Pereira y Dosquebradas es similar al de Cali. El 45,8% vive en estrato bajo, frente al 60,7% de sus familias. En estrato medio vive el 19,3% de las PID y el 29,2% de sus familias. En estrato alto vive el 1,1% frente al 5,5% de las familias. El 33,8% de las PID en estos dos municipios está en condición de calle, frente a un 1,6% de sus familias. Dos personas no nacieron o crecieron en una familia.

El 44,4% de las PID viven solas. El 66,7% de quienes conviven con alguien, lo hacen con sus padres/madres y el 42,9% con otros familiares mayores de 18 años. El 15,1% vive con pareja sexual del sexo opuesto y dos personas dijeron vivir con pareja del mismo sexo. El 75,8% es soltero y el 12,2% vive en unión libre.

En Pereira y Dosquebradas el 35,2% tiene básica secundaria incompleta y un 28,5% completó la educación media. El porcentaje más bajo de nivel universitario completo está en estas dos ciudades con 0,4% y el incompleto con 2,7%. El 41,3% vive de la venta ambulante, el 16,7% tiene trabajo temporal, el 5,5% vive de “retacar” y el

Tabla 9. Características sociales y demográficas de las PID en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Edad								
Entre 18 y 24 años	48	22,5 (15,8 – 31)	16	6,3 (3,7 – 10,7)	27	13,9 (8,2 – 22,7)	66	14,1 (9,3 – 20,6)
Entre 25 y 34 años	124	60,5 (50,7 – 69,5)	200	53,7 (45,9 – 61,4)	126	61 (51,5 – 69,7)	281	65,1 (57,3 – 72,2)
Entre 35 y 44 años	33	15 (9,1 – 23,7)	129	36,7 (29,5 – 44,5)	43	22,7 (15,9 – 31,3)	84	19,9 (14,5 – 26,6)
Mayores de 44 años	3	2 (0,6 – 7)	10	3,3 (1,5 – 6,8)	6	2,4 (0,9 – 5,9)	5	0,9 (0,3 – 3,3)
¿Cuál es su estrato social actual?								
Estrato urbano 0 (habitante de calle, sin techo)	19	5,3 (2,9 – 9,7)	77	19,4 (14,1 – 26)	58	30,3 (22,8 – 38,9)	149	33,8 (26,6 – 41,8)
Estrato urbano 1 – 2 (bajo)	102	57,9 (48,4 – 66,9)	183	52,3 (44,5 – 60)	106	49,5 (40,3 – 58,6)	213	45,8 (37,9 – 53,8)
Estrato urbano 3 – 4 (medio)	83	33,6 (25,6 – 42,6)	90	27,9 (21,4 – 35,5)	33	16,5 (10,2 – 25,4)	71	19,3 (13,5 – 26,8)
Estrato urbano 5 – 6 (alto)	4	3,2 (0,7 – 12,8)	5	0,4 (0,1 – 1,2)	4	3,6 (0,9 – 12,8)	3	1,1 (0,3 – 4,2)
¿Cuál fue el último nivel de estudios que alcanzó?								
Ninguno	0	–	2	0,7 (0,1 – 3,7)	0	–	9	0,8 (0,3 – 2,1)
Primaria	0	–	14	4 (2,1 – 7,4)	16	6,5 (3,5 – 11,7)	21	7,9 (4 – 14,9)
Primaria incompleta	2	0,3 (0,1 – 1,5)	14	3,8 (1,8 – 7,8)	9	3,7 (1,6 – 8,4)	19	5,2 (2,7 – 9,9)
Básica secundaria	13	4,6 (2,5 – 8,6)	75	24,6 (18,1 – 32,5)	59	30,1 (22 – 39,6)	26	3,9 (2,1 – 7)
Básica secundaria incompleta	9	3,4 (1,5 – 7,6)	84	21,5 (16 – 28,2)	90	46,8 (37,7 – 56,1)	185	35,2 (28,2 – 42,8)
Media (10° y 11°)	63	32,9 (24,1 – 43,2)	33	6,1 (4 – 9,3)	2	1 (0,2 – 4,8)	117	28,5 (21,6 – 36,7)
Media (10° y 11°) incompleta	13	5,5 (2,8 – 10,4)	16	6,5 (3,2 – 12,6)	1	0,8 (0,1 – 5,3)	31	9,2 (5,3 – 15,3)
Técnico/tecnológico	41	18 (12,2 – 25,7)	64	17,7 (12,7 – 24,2)	15	5,9 (3,2 – 10,7)	13	5,3 (2,2 – 12,4)
Técnico/tecnológico incompleto	7	2,3 (1 – 4,9)	11	3 (0,9 – 9,9)	4	2,3 (0,8 – 6,5)	3	0,5 (0,1 – 2)
Unversitario	26	15,4 (9,2 – 24,7)	14	2,9 (1,4 – 6)	3	1 (0,3 – 3,2)	3	0,4 (0,1 – 1,3)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Universitario incompleto	29	13,2 (7,6 – 22)	28	9,1 (5,4 – 15,2)	3	1,9 (0,6 – 6)	8	2,7 (1,2 – 5,9)
Postgrado	5	4,3 (1,3 – 12,8)	0	–	0	–	0	–
Postgrado incompleto	0	–	0	–	0	–	1	0,4 (0,1 – 2,9)
En los últimos seis meses, ¿cuál de las siguientes actividades ha sido su principal fuente de ingresos?								
Empleo con salario estable (medio tiempo o tiempo completo)	30	15,2 (9,5 – 23,3)	33	10,5 (6,9 – 15,6)	5	4,7 (1,5 – 13,6)	19	5,4 (2,6 – 10,9)
Trabajo temporal (pago semanal/diario, no contrato formal)	33	18,7 (11,8 – 28,5)	30	10,3 (6 – 17,3)	16	8,8 (4,4 – 16,7)	72	16,7 (11,5 – 23,6)
Trabaja en un negocio familiar o finca	3	1,6 (0,4 – 6,1)	7	1,7 (0,6 – 4,2)	6	4,5 (2 – 10)	2	0,2 (0 – 0,7)
Independiente (ingresos por ofrecer bienes o servicio - no salario)	96	41,2 (32,1 – 50,8)	91	27,3 (20,7 – 35)	41	18,3 (12,4 – 26,1)	40	13,7 (8,6 – 21)
Ingresos de pareja, amigo (a), familiar	8	6,1 (2,5 – 14,3)	31	7,9 (4,9 – 12,6)	14	5,2 (2,5 – 10,6)	24	7,1 (3,8 – 13)
Limosna, retaco	12	3,8 (1,7 – 8)	28	5,7 (3,3 – 9,7)	15	7,7 (4,3 – 13,4)	25	5,5 (2,6 – 11,4)
Venta de drogas	2	0,7 (0,2 – 3,1)	8	1 (0,4 – 2,2)	9	3,8 (1,7 – 8,5)	10	1 (0,3 – 3,2)
Sexo por dinero o trabajo sexual	8	2,8 (1,2 – 6,5)	6	1,7 (0,7 – 4)	6	6,2 (2,4 – 15)	13	5 (2,2 – 11,2)
Robo, hurto	1	0,2 (0 – 1,1)	15	6,1 (2,6 – 13,7)	6	3,5 (1,4 – 8,8)	9	3,6 (1,3 – 9,5)
Otras actividades ilegales o posiblemente ilegales	2	1,4 (0,3 – 7)	4	1,6 (0,6 – 4,3)	5	2,9 (1 – 7,8)	5	0,2 (0,1 – 0,4)
Venta ambulante (calles, buses), trabajo informal “rebusque”	11	6 (2,4 – 13,9)	102	26,3 (20,2 – 33,5)	78	34 (26 – 43)	214	41,3 (33,9 – 49,2)
No responde	2	2,4 (0,4 – 14)	0	–	1	0,5 (0,1 – 3,3)	3	0,3 (0,1 – 1,1)
Actualmente, ¿cuál es su régimen de afiliación en salud?								
Contributivo	95	46,6 (37 – 56,5)	64	21,7 (15,5 – 29,5)	24	13,5 (7,8 – 22,4)	58	18,2 (12,1 – 26,6)
Subsidiado	89	39,5 (30,6 – 49,2)	242	60,9 (52,7 – 68,5)	160	75,2 (65,6 – 82,9)	307	67,5 (59,4 – 74,6)
Especial	2	1,2 (0,3 – 49,2)	0	–	0	–	0	–
No asegurado	28	12,7 (7,4 – 21,1)	49	17,5 (11,9 – 24,9)	18	11,3 (6,3 – 19,3)	71	14,3 (10,4 – 19,4)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

3,6% roba para conseguir dinero. Junto con Cali, Pereira y Dosquebradas son las ciudades en las que el empleo formal es más bajo en proporción, siendo en este caso 5,4%. En régimen subsidiado está el 67,5% y el 14,3% de las PID se encuentra sin aseguramiento en salud.

5.3 PATRONES DE USO DE DROGAS Y COMPORTAMIENTOS DE RIESGO ASOCIADOS A LA INYECCIÓN DE DROGAS

5.3.1 Caracterización del uso de drogas por ciudad

a. Bogotá

Las personas que se inyectan drogas en Bogotá han usado diversas drogas en el curso de su vida, principalmente marihuana con el 96,7% y cocaína con el 91,3%, sustancias que también registran uso en el último año con el 91,6% y el 73,7%, respectivamente. La edad media de inicio con alcohol fue de 13,6 años, marihuana 14,3 años, cocaína 16,6 años, heroína 20,4 años y ketamina 21,5 años.

El uso en el último mes para marihuana y cocaína fue de 85,5% y 58,3% respectivamente, indicando que son sustancias que se consumen de forma simultánea con la práctica de la inyección. En referencia al basuco, el 49,0% lo usó alguna vez en la vida, 22,4% en los últimos 6 meses y 19,1% en el último mes. En cuanto a sustancias lícitas o reguladas, el 96,2% ha consumido alcohol alguna vez en su vida y el 93% cigarrillo, seguidos de tranquilizantes en el 65,1%.

El 80% de las PID en Bogotá que reporta uso de ketamina alguna vez, está por encima de la heroína con el 55,9%. Otras sustancias con alta prevalencia de vida son el LSD con 86,3%, el 2CB o “tusi” con 78,6% y los poppers con 77,3%. Para el caso de la ketamina se registra uso reciente en alta proporción, siendo 64,9% en los últimos 6 meses y 46,5% en el último mes. En cuanto a la heroína se registra uso en los últimos 6 meses del 31,8% y del 24,1% en el último mes.

El uso diario se concentra en marihuana con el 65,9% y cigarrillo con el 43,4%. Varias veces por semana el porcentaje aumenta para cocaína con 25,3%, éxtasis 22,9%, seguido de ketamina con 20,2%, en tanto que el uso de heroína lo reporta el 4,5%.

Antes de la transición a la inyección, las sustancias de mayor uso en los 30 días previos fueron marihuana (90,7%), alcohol (80,1%) y cocaína (61,7%). El 41,8% fumaba marihuana más de dos veces al día, durante el mismo período de tiempo. El 18,4% ya usaba heroína sola antes del inicio en la inyección y alrededor del 4% usaba heroína mezclada con marihuana o con cocaína. El 20,8% usaba ketamina por otras vías. Alrededor de una de cada tres personas usaba poppers o LSD en el mes previo al inicio en la inyección y dos de cada cinco usaba tranquilizantes.

De las sustancias consumidas alguna vez, el 89,4% se ha inyectado ketamina, el 88,9% heroína y el 55,3% cocaína. El porcentaje de mezcla de heroína con cocaína es 54,3%. Se registra inyección de multiplicidad de sustancias adicionales, entre ellas alcohol (16,5%), metanfetamina (17,8%) y tranquilizantes (18,2%) (Tabla 10).

b. Medellín

La sustancia con mayor prevalencia de vida entre las PID de Medellín es la cocaína con 98,1%, seguida de marihuana con 97,8%. No obstante, y a diferencia de lo registrado en Bogotá, el 98,4% de las PID han usado heroína alguna vez en la vida y solo el 23,8% ha probado ketamina, mientras que el 56,8% ha usado basuco. La edad media de inicio con marihuana y alcohol fue a los 13,9 años, basuco a los 20,8 años y heroína a los 21 años. El inicio con ketamina se dio a los 22,7 años.

La prevalencia de vida para alcohol es de 96,7% y para cigarrillo de 96,1%. El 90,7% dijo haber usado tranquilizantes alguna vez y el 72% poppers. Así mismo, el 69,9% indica uso de metadona no prescrita o adquirida de fuentes no reguladas. Cerca de la mitad de las PID en esta ciudad han probado 2CB (49,9%), hongos (49,3%) y LSD (44,2%), entre otras sustancias.

Virtualmente todas las PID que probaron alguna vez heroína, la han usado en el último año (98,3%) y en los últimos 6 meses (98,3%). El 44,7% la ha mezclado con cocaína y el 35,7% con marihuana, alguna vez en la vida. Además de heroína el 80,4% usó marihuana en el último año, seguida de cocaína con el 71,9% y por debajo están los tranquilizantes con 61,5%. El 56,8% usó metadona no prescrita en el mismo período de tiempo y el 34,1% usó basuco. El uso en el último mes se concentra en heroína con el 95,3%, le sigue marihuana con 66,2% y cocaína con el 53,7%. Diariamente el 63,1% usa heroína, el 39% marihuana y 21,6% basuco.

En los 30 días previos a la transición a la inyección, a diferencia de Bogotá, el 73,2% ya usaba heroína por otras vías y el 13,5% la usaba mezclada con marihuana. El 44,2% usaba tranquilizantes, el 84,2% marihuana y el 66,3% cocaína.

De las sustancias consumidas alguna vez, el 100% se ha inyectado heroína, el 78,1% heroína con cocaína, el 42,9% cocaína y el 33,8% ketamina. Al igual que en Bogotá, se reporta inyección de diversidad de sustancias adicionales en porcentajes marginales, siendo el más alto metadona (11,5%), seguido de alcohol (10,8%) y tranquilizantes (7,8%) (Tabla 10).

c. Santiago de Cali

En Cali la sustancia de mayor uso alguna vez en la vida es marihuana con 99,3%, seguida de heroína con 98,9% y basuco con el 88,8%. A estas le siguen los tranquilizantes con el 85,9% y la cocaína con el 82,2%. A diferencia de Bogotá, la ketamina solo se registra en el 5,7% de los casos. El uso de heroína mezclada con marihuana lo reporta el 57,7%. El 92,8% ha fumado cigarrillo, mientras que 69,1% ha usado alcohol. El inicio con marihuana se dio a los 13,5 años en promedio, con alcohol a los 15,1 años, con cocaína a los 15,7 años, con heroína a los 19,7 años y con ketamina a los 22,7 años.

La proporción de uso en el último año se concentra en heroína con 98,7%, basuco con 75,2%, marihuana con 73,7% y cocaína 38,9%. El uso durante el último mes indica que el 97,6% ha consumido heroína, el 71,0% basuco, el 65,9%

marihuana, mientras que el 51,4% ha usado tranquilizantes. Diariamente el 88,1% usa heroína, seguido del 56,9% que usa basuco y el 48,9% que usa marihuana.

En los 30 días antes de empezar a inyectarse el 78% usaba marihuana, el 75,8% heroína, el 52,7% basuco, 48,9% tranquilizantes y 25,4% cocaína. De las sustancias consumidas alguna vez, el 99,9% se ha inyectado heroína, seguida de ketamina con 29,8% y heroína con cocaína 16,7%. Solo el 7,8% se ha inyectado cocaína (Tabla 10).

d. Pereira y Dosquebradas

El 100% de las PID en Pereira/Dosquebradas usaron heroína alguna vez en la vida, por encima de sustancias como marihuana con 95,8%, cocaína con 88% y basuco con 84,5%. En estas ciudades se registra el mayor uso de inhalables con 72,8%, en contraste con las otras ciudades de estudio. El inicio con marihuana se dio en promedio a los 13,2 años, con alcohol a los 15 años, con cocaína a los 15,5 años, con heroína a los 18,2 años, siendo este el más temprano entre las ciudades de estudio, y con ketamina a los 22,7 años.

El 77,1% ha usado metadona sin prescripción en algún momento de su vida, siendo esta una proporción mayor a la registrada en Medellín. El uso de ketamina alguna vez en la vida fue de 16,3%. Heroína con marihuana lo reporta el 51,9% de las PID y de heroína con cocaína el 8,2%. Otras sustancias de uso alguna vez, son los poppers con 47,1% y 2CB con 42,8%. En alcohol se reporta el 62,6%, mientras que en cigarrillo el 95,3%.

El 99,5% de las PID usó heroína en el último año, siendo la sustancia de mayor uso, por encima de marihuana con 76,0%, basuco con 71,3% y metadona sin prescripción con el 54%. En el último mes el 96% usó heroína, seguida de marihuana 68,3% y basuco 61,4%. El uso diario se concentra en heroína en el 80,8% de las PID, seguida muy por debajo la marihuana con el 43,4% y el basuco con 42,8%.

En el mes previo al inicio en la inyección, el 91,4% ya usaba heroína, el 24,5% la usaba mezclada con marihuana. El 84,1% usaba marihuana, el

Tabla 10. Prevalencia de uso de drogas: vida, último año, últimos 6 meses, último mes y sustancias consumidas antes de la transición a la inyección, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira -Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Alguna vez en su vida ha consumido?								
Marihuana	202	96,7 (87,4 – 99,2)	349	97,8 (93,8 – 99,2)	199	99,3 (97 – 99,8)	428	95,8 (88 – 98,6)
Basuco	120	49 (39,3 – 58,7)	201	56,8 (49 – 64,3)	186	88,8 (79,6 – 94,2)	397	84,5 (75,6 – 90,6)
Cocaina / Perico	192	91,3 (83,7 – 95,6)	346	98,1 (95,5 – 99,2)	174	82,2 (73 – 88,7)	386	88 (82 – 92,2)
Reudas, Roches (tranquilizantes - benzodiazepinas)	138	65,1 (55,4 – 73,7)	319	90,7 (85,8 – 94)	177	85,9 (77,7 – 91,5)	359	81,3 (73,8 – 87,1)
Alcohol	201	96,3 (90,8 – 98,5)	343	96,7 (93,8 – 98,3)	140	69,1 (59,6 – 77,3)	286	62,7 (54,6 – 70,1)
Ketamina	161	80 (71,6 – 86,4)	85	23,8 (17,5 – 31,6)	10	5,7 (2,3 – 13,5)	77	16,3 (11,4 – 22,9)
Meatdona (no prescrita, mercado negro)	74	27,2 (19,7 – 36,4)	253	69,9 (62,2 – 76,6)	102	46,6 (37,6 – 55,8)	326	77,2 (70 – 83)
Heroína	133	55,9 (45,8 – 65,5)	352	98,4 (94 – 99,6)	200	98,9 (92,4 – 99,8)	436	100
¿La usó en el último año?								
Marihuana	183	91,6 (84,7 – 95,6)	281	80,4 (6,9 – 15,6)	151	73,7 (64,4 – 81,2)	344	76 (68 – 82,5)
Basuco	72	25,3 (18,4 – 33,9)	134	34,1 (27,2 – 41,8)	159	75,2 (65,5 – 82,8)	344	71,3 (62,6 – 78,6)
Cocaina / Perico	152	73,7 (64,4 – 81,2)	255	71,9 (64,4 – 78,3)	81	38,9 (30,3 – 48,3)	173	32,8 (25,8 – 40,6)
Reudas, Roches (tranquilizantes - benzodiazepinas)	73	31,9 (23,5 – 41,6)	217	61,5 (53,7 – 68,7)	130	61 (51,6 – 69,6)	181	40,7 (25,8 – 40,6)
Alcohol	185	93 (87,9 – 96,1)	232	62,1 (53,9 – 69,7)	74	33,8 (25,9 – 42,8)	145	30,8 (23,9 – 38,6)
Ketamina	129	66,8 (57 – 75,2)	28	5,5 (3,4 – 8,7)	3	3,6 (0,9 – 13,1)	41	9,4 (5,4 – 15,9)
Meatdona (no prescrita, mercado negro)	36	14,6 (9 – 22,7)	200	56,9 (49 – 64,4)	58	27,5 (20,1 – 36,5)	237	54 (45,9 – 61,9)
Heroína	91	34,2 (25,9 – 43,6)	351	98,3 (94,1 – 99,5)	199	98,7 (93 – 99,8)	434	99,5 (97,4 – 99,9)
¿La usó en los últimos 6 meses?								
Marihuana	179	91,3 (84,5 – 95,3)	264	76,1 (69,3-81,8)	145	72,2 (63 – 79,8)	338	73,9 (65,9 – 80,6)
Basuco	65	22,4 (15,8 – 30,6)	129	32,7 (25,9-40,3)	156	73,5 (63,9 – 81,4)	338	68,1 (59,3 – 75,7)
Cocaina / Perico	145	71,9 (62,7 – 79,6)	231	66,7 (59,2-73,4)	64	28,1 (20,8 – 36,7)	149	27,5 (21 – 35,2)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Reudas, Roches (tranquilizantes - benzodiazepinas)	57	23,8 (16,7 - 32,9)	196	54,3 (46,5 - 62)	122	58,6 (49,3 - 67,3)	167	37,7 (30,3 - 45,7)
Alcohol	181	91,4 (86 - 94,9)	203	54,7 (46,7 - 62,4)	66	29,9 (22,3 - 38,7)	133	28 (21,4 - 35,8)
Ketamina	121	64,9 (55,1 - 73,5)	20	4,1 (2,4 - 7,1)	2	1,4 (0,3 - 7,1)	32	7,2 (3,6 - 13,9)
Meatdona (no prescrita, mercado negro)	29	8,1 (4,9 - 13)	185	53,7 (45,9 - 61,4)	49	23,6 (16,5 - 32,4)	216	49,7 (41,7 - 57,8)
Heroína	86	31,8 (23,8 - 41,1)	351	98,3 (94,1 - 99,5)	197	98,4 (93,6 - 99,6)	433	99,5 (97,5 - 99,9)
¿La usó en el último mes?								
Marihuana	168	85,5 (77,9 - 90,8)	237	66,2 (58,3 - 73,2)	128	65,9 (56,7 - 74,1)	307	68,3 (60,2 - 75,5)
Basuco	58	19,1 (13,1 - 27,2)	124	32 (25,2 - 39,6)	151	71 (61,3 - 79)	317	61,4 (52,7 - 69,4)
Cocaína / Perico	123	58,3 (48,4 - 67,6)	193	53,7 (45,8 - 61,4)	37	17,6 (11,6 - 25,9)	93	16,3 (11,4 - 22,8)
Reudas, Roches (tranquilizantes - benzodiazepinas)	41	17,4 (11,1 - 26,3)	170	45,8 (38,1 - 53,7)	103	51,4 (42,2 - 60,5)	121	26,8 (20,3 - 34,5)
Alcohol	168	87 (80,9 - 91,4)	153	37,3 (30,4 - 44,7)	44	21,7 (15 - 30,3)	82	18,1 (12,6 - 25,3)
Ketamina	87	46,5 (37 - 56,3)	15	3,5 (1,9 - 6,5)	1	1,2 (0,2 - 7,8)	20	3,9 (1,5 - 9,5)
Meatdona (no prescrita, mercado negro)	16	4,2 (2,2 - 7,7)	149	41,7 (34,3 - 49,5)	24	12,9 (7,4 - 21,7)	162	35,9 (28,6 - 44)
Heroína	75	24,1 (17,4 - 32,4)	341	95,3 (90,9 - 97,6)	193	97,6 (93,5 - 99,1)	415	96 (92,6 - 97,9)
Durante los 30 días antes de empezar a inyectarse, ¿consumió alguna de las siguientes drogas?								
Marihuana	185	90,8 (83,3 - 95,1)	299	84,3 (77,1 - 89,5)	158	78 (70,1 - 84,3)	378	84,2 (76,3 - 89,8)
Basuco	52	16,4 (11,5 - 22,8)	70	18,3 (13,2 - 24,9)	109	52,8 (43,5 - 61,8)	218	42,8 (35,3 - 50,7)
Cocaína / Perico	138	61,7 (51,7 - 70,9)	239	66,3 (58,5 - 73,3)	61	25,5 (18,6 - 33,9)	174	30,3 (23,9 - 37,7)
Reudas, Roches (tranquilizantes - benzodiazepinas)	53	20,5 (13,8 - 29,3)	171	44,3 (36,7 - 52,1)	106	48,9 (39,8 - 58,1)	183	37,7 (30,3 - 45,7)
Alcohol	168	80,2 (70,9 - 87)	189	55,5 (47,7 - 63)	43	18 (12,5 - 25,2)	131	29,6 (22,9 - 37,4)
Ketamina	40	20,9 (14 - 30)	10	2,7 (1,2 - 5,6)	1	0,3 (0,1 - 2,4)	19	3,8 (1,5 - 9,2)
Heroína	56	18,4 (13,1 - 25,2)	267	73,2 (65,4 - 79,8)	161	75,9 (65,8 - 83,7)	395	91,4 (85,9 - 94,9)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

42,8% basuco, el 30,3% cocaína y el 29,6% usaba alcohol. El 100% de las PID en estas dos ciudades se ha inyectado principalmente heroína, seguida del 15,4% que se ha inyectado ketamina y el 8,9% cocaína (Tabla 10).

5.3.2 Características del inicio en la inyección de drogas

En Bogotá la edad media de inicio en la inyección fue 20,4 años (mínimo 12 – máximo 38) y a los 21,9 años, en promedio, inició la inyección de manera regular. En esta ciudad 10 casos refirieron nunca haberse inyectado de manera regular, en contraste con las otras ciudades de estudio en las que el 100% de las PID participantes lo han hecho regularmente. El 65,5% de las PID en Bogotá empezó a inyectarse de forma regular entre los 14 y 24 años y el 22% entre los 25 y 34 años.

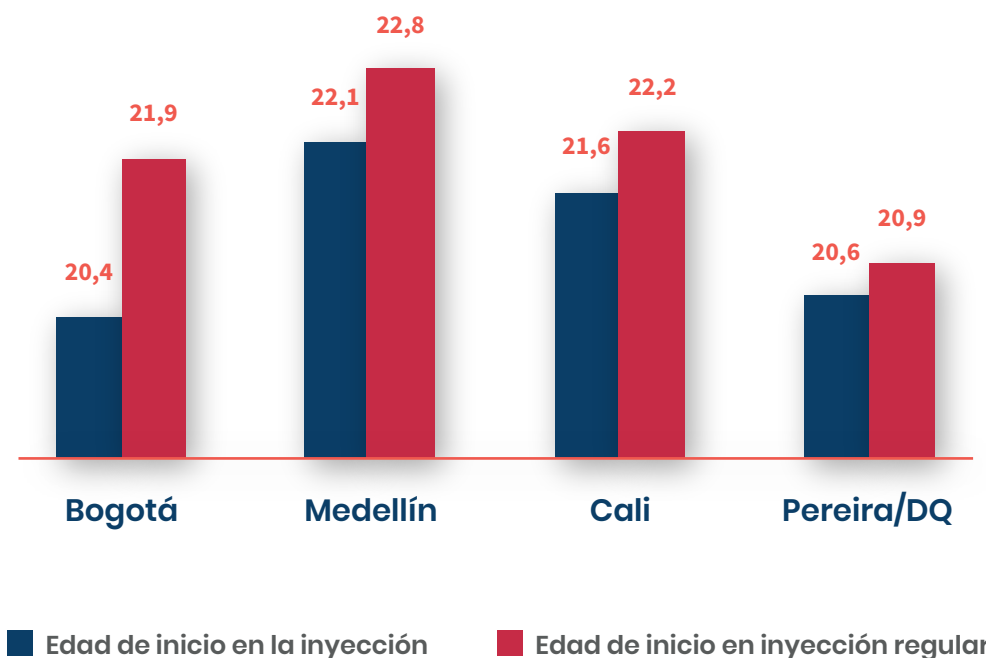
En Medellín la edad promedio de inicio en la inyección fue 22,1 años (mínimo 12-máximo 48) y de esta práctica como patrón regular a los 22,8

años. El 58,6% tenía entre 18 y 24 años y el 27,2% entre 25 y 34 años cuando empezaron a inyectarse de forma regular al menos una vez por semana.

En Cali la edad media de inicio en la práctica de la inyección fue 21,6 años (mínimo 10 – máximo 41) y de este modo de uso como práctica regular, a los 22,2 años. El 51,2% tenía entre 18 y 24 años y el 24% entre 25 y 34 cuando empezó a inyectarse regularmente. En Pereira y Dosquebradas la edad media de inicio en la inyección fue 20,6 años (mínimo 6 – máximo 39) y de inyección como patrón regular a los 20,9 años. En estas ciudades se concentra la mayor proporción de personas que iniciaron la inyección regular entre los 14 y 17 años con el 22%, mientras que el 48% tenía entre 18 y 24 años y el 22,9% entre 25 y 34 años.

Esto indica que en Bogotá la transición a la inyección se da más temprano y en Medellín más tarde. También se evidencia que en Pereira-Dosquebradas las PID inician la inyección regular más rápido que en el resto de las ciudades,

Gráfico 1. Edad de inicio en la inyección y edad media en la que empezó a inyectarse regularmente, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021



Fuente: base de datos encuesta 2021.

seguida de Medellín y Cali. La transición al uso regular toma más tiempo en Bogotá lo cual es consistente con la menor proporción de personas que se inyectan heroína (Gráfico 1).

Mientras en Bogotá el 42,4% inició la inyección con ketamina, el 25,3% con heroína y el 24,9% con cocaína, el 99,4% de las personas en Cali, el 98,2% en Pereira-Dosquebradas y el 91,7% en Medellín se inyectaron heroína la primera vez. El 23,5% de las PID en Medellín, el 19,6% en Cali, el 18,1% en Pereira-Dosquebradas y el 12,9% en Bogotá se inyectó la primera vez con una jeringa usada, mientras que la mayoría en todas las ciudades usó jeringa nueva.

Bogotá es la ciudad que registra mayor proporción de PID que recibió asistencia de otra persona la primera vez que se inyectó con el 88,3%, seguida de Medellín con 75,3%, Pereira-Dosquebradas con 68,1% y Cali con 66,4%. La mayoría fueron asistidos por amigos cercanos siendo 75% en Bogotá, 69,7% en Medellín, 65,9% en Cali y 59,5% en Pereira-Dosquebradas. En estas últimas ciudades el 21,7% recibió ayuda de conocidos.

El análisis desagregado por género indica que en Bogotá el 88% de hombres y mujeres, respectivamente, recibió asistencia de alguna persona la primera vez que se inyectó. Un patrón similar ocurre en Medellín con el 75% para ambos géneros, mientras que en Cali las mujeres en mayor proporción recibieron asistencia con el 85,4% frente a los hombres con el 62,9%. En Pereira-Dosquebradas el porcentaje de mujeres es mayor con el 72,8% frente al 66,4% de hombres.

La mayoría de las PID estaba en la ciudad de residencia, coincidente con la del estudio, la primera vez que se inyectó, siendo esta proporción más alta en Cali (93%), seguida de Pereira-Dosquebradas (92%), Bogotá (88,1%) y Medellín (85,3%).

Las personas en Cali perciben en mayor medida que la práctica de inyectarse drogas era común o muy común en la ciudad cuando iniciaron, siendo 42,9% y 6%, respectivamente. Lo mismo ocurre en Pereira-Dosquebradas con 36,9% y 7,2%, y Bogotá

con 32,7% y 9,6%, respectivamente. En Medellín, por el contrario, el 36,6% y el 32,3% considera que la práctica era algo muy raro o raro, en tanto que solo una de cada cuatro personas considera que era común.

Los entornos en los que se da el inicio en la inyección son altamente variables por ciudad. En Cali el 58,3% y Pereira/Dosquebradas el 19,6% se inyectó la primera vez en una “olla” o lugar al que se va a consumir, mientras que en las otras dos ciudades tales porcentajes son marginales. En Medellín el lugar de inicio para el 54,8% fue la calle o un lugar público, mientras que en Bogotá una de cada tres PID se inició en casa de un amigo(a) cercano(a) y el 22,9% lo hizo en la calle u otro lugar público.

Mientras que en Pereira-Dosquebradas, Bogotá y Cali entre el 46% y 44% se inyectó la primera vez por curiosidad, en Medellín fue el 39,5%. Una de cada cuatro PID en Medellín y una de cada cinco en Cali y Pereira y Dosquebradas, lo hizo por buscar mejores efectos. El porcentaje de personas que dijo haberse iniciado en la práctica por la baja calidad de la droga disponible en calle fue: 5,7% Pereira-Dosquebradas, 1,8% Medellín, 1,15% Cali y 0,7% Bogotá.

Cerca de una de cada cuatro PID en Bogotá y Medellín ha iniciado a otras personas en la inyección de drogas, en tanto que el 10,8% y el 8,8% en Pereira-Dosquebradas y Cali, respectivamente, indicó haberlo hecho alguna vez.

5.3.3 Patrones de inyección de drogas por ciudad

a. Bogotá

En Bogotá el 64,2% dice emplear por igual la inyección y la no inyección como métodos de consumo de drogas frente al 11,4% que indica que la inyección es el método de preferencia. En contraste, el 15,4% prefiere no inyectarse para consumir drogas, siendo la proporción más alta frente al resto de las ciudades.

La frecuencia de inyección de drogas en los últimos 6 meses indica que si bien en Bogotá, el

inicio de la carrera de inyección involucra muy distintas sustancias, algunas muy atípicas para el patrón, la experimentación cesa y se estabiliza con un menor número de drogas. Así, las drogas de mayor consumo en los últimos seis meses, con frecuencias de 1 a 4 veces al mes, son ketamina con el 31,1%, seguida de cocaína con 18,9% y heroína con 8,9%. Las frecuencias de varias veces por semana se concentran en quienes usan ketamina con un 8,3% y las frecuencias de 2 o más veces al día se presentan en una proporción marginal de 4,8% entre quienes usan heroína.

El número de días en los que se han inyectado en el último mes indica que el 47,6% lo hizo entre 1 y 7 días, el 13,8% lo hizo entre 15 y 31 días y el 8,5% entre 8 y 14 días. El 30,1% no se inyectó durante el último mes. En referencia al número de veces en que se inyecta en el día, el 61,7% señala que lo hace entre 1 y 2 veces, en tanto que el 28,0% lo hace entre 3 y 5 veces al día.

b. Medellín

En Medellín el 55,3% dice preferir la inyección y 35,2% usa inyección y no inyección por igual. En cuanto a frecuencia de inyección se encuentra que el 43,9% de las PID de la ciudad usan heroína entre 2 y 4 veces por día, mientras que el 17,8% lo hace varias veces por semana al menos una vez por día. La inyección de cocaína se presenta entre 1 y 4 veces por mes con 7,5% y con frecuencias mayores en porcentajes marginales, siendo 2,6% para varias veces por semana, al menos una vez al día.

El 65,6% de las PID en Medellín señalan que se inyectan entre 15 y 31 días, frente al 26,1% que lo hace entre 1 y 7 días al mes. El 48,5% se inyecta de 3 a 5 veces diarias, en tanto que el 40,7% lo hace entre 1 y 2 veces al día.

c. Santiago de Cali

En Cali el 71,9% utiliza primordialmente la inyección y el 26% emplea ambos métodos por igual. Las frecuencias de inyección por sustancia indican que el 57,1% de las PID de la ciudad se inyectan heroína entre 2 y 4 veces por día, mientras

el 17,2% lo hace 5 o más veces por día. Apenas un 1,5% se inyecta cocaína entre 1 y 4 veces al mes y, en la misma frecuencia, lo hace el 9% con heroína. La mezcla de heroína y cocaína solo se registró en un caso con baja frecuencia.

El 89,2% de las PID en la ciudad se inyecta entre 15 y 31 días en promedio, mientras que el 6,4% lo hace entre 1 y 7 días en el mes. En los días en los que se inyectan el 71% lo hace entre 3 y 5 veces, y el 22% entre 1 y 2 veces al día, en tanto que el 6,3% lo hace entre 6 y 10 veces diarias.

d. Pereira-Dosquebradas

En Pereira-Dosquebradas el 95,8% consume drogas principalmente por vía inyectada, mientras que el 3,6% utiliza inyección y no inyección por igual. La frecuencia de la práctica indica que el 48,1% de las PID usa heroína entre 2 y 4 veces al día, en tanto que el 39,1% lo hace 5 o más veces por día. Apenas un 4,7% lo hace al menos una vez por día y un 5% lo hace entre 1 y 4 veces al mes con heroína.

El 83,8% de las PID se inyecta entre 15 y 31 días al mes, mientras que el 10,9% lo hace entre 1 y 7 días al mes. El 49,3% cuando se inyecta lo hace entre 3 y 5 veces al día, el 25,3% 1 a 2 veces y el 22,8% entre 6 y 10 veces diarias.

Tabla 11. Patrones de inyección de drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Qué edad tenía cuando comenzó a inyectarse drogas, al menos una vez a la semana regularmente?								
Menores de 14 años	0	-	4	0,9 (0,2 - 3,6)	5	2,6 (0,8 - 7,6)	16	3,1 (1,5 - 6,6)
Entre 14 y 17 años	25	9,5 (5,7 - 15,6)	49	9,9 (6,7 - 14,6)	38	15,8 (10 - 24,2)	108	22,1 (16,3 - 29,1)
Entre 18 y 24 años	127	65,5 (55,7 - 74,2)	182	58,6 (51 - 65,9)	94	51,2 (42 - 60,3)	200	48 (40,1 - 56,1)
Entre 25 y 34 años	40	22,1 (14,8 - 31,6)	105	27,2 (21 - 34,4)	52	24,1 (17,4 - 32,3)	101	22,9 (16,8 - 30,4)
Entre 35 y 44 años	6	2,9 (1 - 7,7)	13	2,2 (1,1 - 4,5)	12	6,3 (3,2 - 11,9)	10	3,4 (1,2 - 9,8)
Mayores de 44 años	0	-	2	1 (0,3 - 4,2)	1	0,1 (0 - 0,4)	1	0,4 (0,1 - 2,9)
En la actualidad, ¿cuál es el principal método que utiliza para consumir sus drogas?								
Inyección	48	17,5 (11,4 - 25,9)	214	55,3 (47,3 - 63,1)	152	71,9 (62,7 - 79,6)	414	95,8 (92,6 - 97,7)
No inyección	27	15,4 (9,6 - 23,8)	31	9,4 (5,6 - 15,4)	2	1 (0,2 - 4,8)	1	0,5 (0,1 - 3,8)
Ambos métodos por igual	127	64,3 (54,6 - 72,9)	109	35,2 (27,9 - 43,4)	45	26,1 (18,6 - 35,3)	21	3,7 (2 - 6,6)
No responde	6	2,8 (1,2 - 6,6)	1	0 (0 - 0,3)	2	1 (0,2 - 4,6)	0	-
Durante el último mes, en promedio, ¿cuántas veces al día se ha inyectado?								
1 a 2 veces	85	61,7 (51 - 71,4)	118	40,7 (33 - 48,8)	38	22 (15,2 - 30,7)	96	25,3 (18,8 - 33,2)
3 a 5 veces	51	28 (19,5 - 38,5)	186	48,5 (40,6 - 56,4)	143	71,1 (61,7 - 78,9)	206	49,3 (41,1 - 57,5)
6 a 10 veces	19	6,7 (3,8 - 11,7)	29	8,9 (4,7 - 16,2)	13	6,4 (2,8 - 13,9)	100	22,8 (16,6 - 30,4)
Más de 10 veces	9	3,6 (1,7 - 7,4)	8	2 (0,8 - 4,8)	1	0,6 (0,1 - 4,1)	18	2,6 (1,3 - 5,1)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.3.4 Comportamientos de riesgo en la inyección de drogas por ciudad

a. Bogotá

La frecuencia de uso de jeringas nuevas en los últimos 6 meses muestra que el 54,7% de las PID en Bogotá usa siempre jeringas estériles y el 26,3% casi siempre; no obstante, el 18,8% lo hace ocasionalmente.

Entre quienes lo hacen casi siempre, ocasionalmente o nunca, el 58,5% indica como razón para no usar siempre jeringas estériles: “porque no tenía sus propias jeringas para inyectarme”. El 23,5% indica que “las jeringas son costosas”, seguido del 11,1% que señala que “las jeringas son difíciles de conseguir”. El 41,6% de las PID nunca reutiliza las propias jeringas, en tanto que el 27,6% lo hace ocasionalmente y el 23,8% lo hace casi siempre.

Solo un 1,3% de las PID de la ciudad, dice no haber logrado conseguir jeringas estériles en los últimos 3 meses. Entre la mayoría que sí ha tenido acceso a jeringas nuevas, la fuente de acceso ha sido a través de farmacias con el 88,4%, seguida de programa de reducción de daños con 18,3%, amigos 12% y otros usuarios de drogas 9,3%. Para el 81,7% la fuente más frecuente de acceso a jeringas nuevas ha sido la farmacia, en tanto que para el 6,9% ha sido los programas locales de reducción de daños.

Al respecto, el 34,4% dice que en las farmacias le han negado la venta de jeringas nuevas y el 19,8% indica que la policía u otra autoridad le ha decomisado el equipo de inyección. Adicionalmente, mientras el 67,4% dice no haber compartido jeringas con nadie en los últimos 6 meses, el 28,4% lo ha hecho con 1 o 2 personas y un porcentaje marginal con 3 o más personas. Solo el 28,1% indica hacer siempre limpieza previa de las jeringas usadas, frente al 46% que no lo hace nunca y un 12,8% que lo hace ocasionalmente o casi siempre, respectivamente. Entre quienes limpian las jeringas, el 47,7% usa agua, el 18,6% alcohol y ninguna persona reporta uso de hipoclorito, por ejemplo.

El 15,4% de las PID ha dividido la dosis pasándola de una jeringa a otra en los últimos 6 meses, un 36,3% ha tomado la dosis de una bolsa o recipiente común en el que se mezcló la dosis para inyección y un 45% ha extraído su dosis de una cuchara o recipiente que compartía con otras personas. En cuanto al uso compartido de elementos de la parafernalia, el 38,3% dice haber compartido al menos con 1 o 2 personas y el 10,7% con 3 a 5 en los últimos 6 meses. El 31,6% de las PID ha compartido el agua para enjuague, preparación de dosis o filtros con otras personas en el mismo período de tiempo explorado.

Mientras el 65,4% nunca filtra la sustancia antes de inyectarla, solo un 14,1% lo hace siempre. El 84,8% usa algodón como filtro y el 11,25% lo hace con colillas de cigarrillo. El 56,4% nunca calienta la sustancia antes de inyectarla, frente al 20,6% que lo hace siempre (Tabla 12).

La fuente de agua utilizada en las inyecciones del último mes es principalmente de llave o grifo en el 40% de los casos, en tanto que el 24,7% indica que usa agua destilada. Un 12,3% dice haberse inyectado en una “olla” o recinto cerrado al que las personas van a comprar y consumir sustancias y el 2,1% dice haber pagado alguna vez para que otra persona le inyecte la sustancia.

En referencia al destino final de las jeringas ya utilizadas, el 9,4% indica que las ha cedido o regalado ocasionalmente, en tanto que el 87,6% no lo ha hecho nunca. Las jeringas se ceden principalmente a amigos/as cercanos/as (79,2%) y a parejas sexuales estables u ocasionales en 7,5% y 10%, respectivamente. En cuanto al último evento de inyección, para el 47,9% fue entre 1 y 15 días antes a la medición y para el 40% ocurrió hace más de dos semanas, máximo tres meses atrás. El 43,6% lo hizo en su lugar de vivienda, en tanto que el 21,5% lo hizo en casa de un amigo/a cercano/a, el 15% lo hizo en un lugar público.

El 65,2% estaba con otra persona que también se inyectó, el 8% indicó que lo hizo con una persona que vivía con VIH y un 1% con alguien que vivía con una hepatitis viral. El 15,9% indica que se la persona con la que se inyectó la última vez se

trataba de la pareja sexual estable. En referencia al ritual de inyección en esa última oportunidad: el 86,3% usó una jeringa nueva y el 5,1% jeringa usada por otra persona. El 41,7% compartió agua, el 20,6% filtros, el 68% extrajo su dosis de un recipiente común. El 9,3% compartió jeringa u otro elemento de la parafernalia con alguien desconocido y el 6,5% cedió su jeringa usada a otra persona.

El 69,8% preparó su propia dosis, el 43,5% desinfectó la zona de la punción, el 50,7% hizo rotación de venas. El 58,7% arrojó la jeringa usada en una caneca, mientras que el 10,9% la dispuso en un recipiente seguro y solo el 0,4% la regresó al programa local de reducción de daños. El 0,5% la cedió a otra persona.

b. Medellín

La frecuencia de uso de jeringas nuevas en los últimos 6 meses muestra que el 29,5% de las PID en Medellín siempre usan jeringas estériles, mientras que el 30,5% lo hace casi siempre. El 39% dice hacerlo ocasionalmente, siendo este el porcentaje más alto entre las ciudades. Solo 0,4% indica no hacerlo nunca. La principal razón para no usar siempre jeringas nuevas es que las mismas son costosas (44,4%) y que son difíciles de conseguir (42,3%).

El 43,4% de las PID de Medellín reutiliza sus propias jeringas siempre, frente al 16,1% que no lo hace nunca. El 94% dice haber logrado conseguir jeringas nuevas en los últimos tres meses, mientras que el 6% no. El 88,5% las consigue en farmacias y para el 9,8% el programa local de reducción de daños es la fuente primaria de acceso a jeringas nuevas.

Medellín es la ciudad en la que una mayor proporción de PID refiere negativas por parte de farmacias a vender jeringas estériles con el 58,3%. Así mismo, un 27,9% indica que sus equipos de inyección han sido decomisados por la policía y otras autoridades. El 21,3% indica que ha compartido jeringas con 1 o 2 personas en los últimos 6 meses, mientras que el 64,3% no ha compartido con ninguna persona.

Entre quienes han compartido jeringas el 75% señala limpiarlas siempre, en tanto que el 13,1% nunca. Quienes limpian las jeringas el 66,8% lo hace con agua, el 25,9% con alcohol y ninguna persona refiere usar hipoclorito.

El 24,8% ha obtenido su dosis a partir de la división de dosis entre jeringas, el 75,2% no. En contraste, poco más de la mitad de las PID (50,8%) ha dividido la dosis con otra persona desde una bolsa o recipiente común y el 28,2% ha sacado la dosis de una cuchara o cazoleta compartida con otros. Frente al uso compartido de elementos de la parafernalia el 29,6% lo ha hecho con 1 o 2 personas y el 11,6% con 3 a 5.

Ante la pregunta de frecuencia con la que se filtra la droga el 44,5% señala que lo hace siempre y el 9,3% casi siempre. El 52,5% lo hace con algodón, en tanto que el 52,5% usa colillas de cigarrillo. El 64,6% indica que nunca calienta la mezcla antes de aplicarla y solo el 10,3% lo hace siempre (Tabla 12)

El agua que ha utilizado el 58,5% durante el último mes proviene del grifo y el 29,7% usa agua destilada. El 82,8% nunca se ha inyectado en una “olla” o recinto cerrado al que las personas van a comprar y consumir sustancias y el 93,2% nunca ha pagado a otra persona para que le inyecte (Tabla 13).

En cuanto a la frecuencia con la que han cedido a otros las jeringas usadas, el 62,4% indica que nunca lo ha hecho en los últimos 6 meses y el 27,2% ocasionalmente. Las jeringas las ha cedido el 68% a una persona conocida y el 56,2% a pares cercanos, en tanto que el 27,4% las ha cedido a desconocidos (Tabla 12).

En Medellín el 88% de las PID se habían inyectado por última vez entre 1 y 15 días antes de la medición, solo el 2,4% lo había hecho hace más de tres meses. El 43,1% lo hizo en un lugar público y el 39,6% en su lugar de vivienda. El 34,1% se inyectó la última vez con alguien que también lo hizo, el 5,1% indica que la persona vivía con VIH, el 33,4% no conoce el estatus de la persona ante el VIH, pero el 19,9% indica que con quien se inyectó vive con alguna hepatitis viral. Más de la mitad lo

hizo con un par cercano y el 27,8% con una pareja sexual estable.

El 89,9% preparó su propia dosis de inyección, el 77% usó una jeringa nueva y el 6,1% se inyectó con una jeringa ya empleada por otra persona. Solo el 44,1% indica haber limpiado la jeringa, el 35,9% desinfectó la zona de punción y el 52,7% rotó venas.

El 34,5% indica haber compartido elementos como cuchara, cazoleta o filtro, pero el 57% compartió la preparación o el agua y el 50,7% extrajo la dosis de un recipiente común. El 16,3% indica haber compartido jeringas u otros elementos de la parafernalia con una persona desconocida. El 43,3% guardó la jeringa para reutilizarla después y el 31,4% la botó en una caneca. Solo el 7,5% la guardó en un recipiente seguro y el 1,2% la retornó al programa de acceso a jeringas. El 3% la cedió a otra persona (Tabla 12, Tabla 13).

c. Santiago de Cali

La frecuencia de uso de jeringas nuevas en los últimos 6 meses muestra que el 50,3% de las PID en Cali usan jeringas estériles siempre, mientras que el 38,9% lo hace casi siempre. Solo 1,0% dice no hacerlo nunca. El 59,1% de las PID que no usa siempre jeringas nuevas señala que no las usa porque no dispone de ellas, en tanto que el 30,7% considera que son costosas. La reutilización de las propias jeringas es menor en Cali que en el resto de las ciudades y muestra que el 19% no lo hace nunca, mientras que el 36,9% lo hace ocasionalmente y un 17,6% lo hace siempre.

La inmensa mayoría de PID en Cali, correspondiente al 99,3% dice haber tenido acceso a jeringas estériles en los últimos tres meses, principalmente a través de los programas locales de reducción de daños, mencionados por el 94,1%. Para el 85,2% los programas de acceso a jeringas y reducción de daños son la principal fuente de acceso, mientras que para 6,3% lo son las farmacias. El 35,3% señala que las farmacias les han negado la venta de jeringas nuevas, mientras que el 64,6% no. Y en cuanto al decomiso de equipos de inyección por

parte de autoridades y de policía el 32,7% indica que sí le ha ocurrido.

El 35,4% indica que no ha compartido con ninguna persona jeringas en los últimos 6 meses, en tanto que el 35,4% lo hace con 1 o 2 personas y el 20,8% con 3 a 5 personas. Esto hace de Cali la ciudad en la que una menor proporción de PID evita compartir jeringas con otras personas. El 71% de las PID que ha usado jeringas previamente usadas las limpian siempre, mientras que el 5,3% no lo hace nunca. El 51,3% usa agua para limpiarlas y el 45,2% usa alcohol, mientras que ninguna refiere usar hipoclorito.

El 47,5% ha dividido con otros la dosis pasándola de una jeringa a otra en los últimos 6 meses, mientras que el 52,5% no lo ha hecho. En contraste, el 65,8% ha dividido con otros la dosis preparada en una bolsa o recipiente común y 34,9% ha sacado su dosis de una cuchara o cazoleta compartida con otras PID. El número de personas con las que ha compartido elementos de la parafernalia es de 1 a 2 para el 36% y de 3 a 5 para el 21,4%.

Después de Bogotá, Cali es la ciudad en la que una menor proporción de PID filtra la sustancia antes de inyectársela con el 36,7% que dice nunca hacerlo y el 34,7% que lo hace ocasionalmente. Una de cada cuatro lo hace siempre. Cuando se filtra, el 73,6% usa algodón y 25,6% filtros de cigarrillo.

El 61,6% no calienta nunca la mezcla antes de la inyección y solo el 7,6% lo hace siempre, en contraste con cerca de la mitad de las PID que lo hace en Pereira/Dosquebradas. Cali es la ciudad en la que las PID usan agua destilada en mayor proporción que en las otras ciudades con el 73,8% y un 20,4% que usa agua de llave.

En contraste con Bogotá y Medellín, el 77,9% sí se ha inyectado en una “olla” o recinto cerrado al que se va a comprar y consumir drogas, siendo Cali en donde esto ocurre con mayor frecuencia. Lo mismo pasa con el 26,2% que refiere haber pagado alguna vez para que le inyectaran drogas.

De nuevo Cali es la ciudad en la que se presenta menor proporción de PID que dice nunca haber

cedido las jeringas ya usadas a otros en los últimos 6 meses con el 55,2% y 33,4% que lo ha hecho ocasionalmente. El 42% indica que las ha cedido a personas desconocidas, siendo la proporción más alta entre las ciudades, aunque la mayoría las han cedido a pares cercanos o a personas conocidas (89,4% y 73%, respectivamente).

La inmensa mayoría de las PID se inyectó por última vez en el curso de las dos semanas previas a la participación en el estudio, el 1,9% lo hizo entre el día 16 y los tres meses previos. El 69,1% se inyectó la última vez en una “olla”, el 18,7% en otro lugar público y solo el 11,1% lo hizo en su vivienda.

El 64,8% se encontraba solo/a al momento de inyectarse la última vez. De quienes tuvieron compañía el 6,7% indica que al menos una persona vivía con VIH y el 6,5% con hepatitis viral. El 63,4% lo hizo en compañía de un par cercano y el 11,3% de pareja sexual estable.

En referencia al ritual en la última ocasión, el 94,1% preparó su propia mezcla, el 89,5% utilizó jeringa nueva frente al 4,5% que usó una jeringa previamente utilizada por otra persona. El 58% limpió la jeringa previamente. El 45,4% compartió agua para el enjuague o la mezcla, el 36,6% extrajo la dosis de un recipiente compartido y el 15,5% compartió elementos de la parafernalia con otros. El 7,7% indica haber compartido parafernalia o jeringa con una persona desconocida. El 51,1% reservó la jeringa para otro uso, el 38,9% la arrojó a una caneca, el 15,1% la guardó en un recipiente seguro y solo el 3,4% la retornó al programa de acceso a jeringas.

En cuanto a otras medidas de autocuidado el 29,5% filtró la dosis antes de aplicarla, el 53,2% limpió la zona de la punción y el 58,7% rotó venas (Tabla 12, Tabla 13).

d. Pereira y Dosquebradas

La frecuencia de uso de jeringas nuevas en los últimos 6 meses indica que mientras el 50,7% usa jeringas nuevas casi siempre, el 30,6% lo hace siempre. El 18,1% dice hacerlo ocasionalmente y

solo el 0,33% dice no hacerlo nunca. Entre quienes no usan siempre jeringas nuevas, el 73% dice que no dispone de ellas, en tanto que el 12,6% indica que las jeringas son difíciles de conseguir. El 44,8% indica que casi siempre reutiliza sus propias jeringas, el 12,4% lo hace siempre y el 25% ocasionalmente. El 17,6% no lo hace nunca.

En estos dos municipios el 97,6% dice haber tenido acceso a jeringas nuevas en los últimos tres meses. El 89,3% indica que accede a ellas a través de los programas de reducción de daños, el 34% a través de farmacias y llama la atención el 16,4% que las consigue a través de vendedores de drogas. Para el 70,9% la principal fuente de jeringas nuevas son los programas de acceso a material de inyección, para el 10,4% las farmacias y para el 8,2% los vendedores de drogas. El 38,1% refiere negativa de farmacias a venderle jeringas nuevas y el 30% refiere que sus equipos de inyección han sido decomisados alguna vez por la autoridad de policía.

El 62,5% no ha compartido con ninguna persona jeringas en los últimos 6 meses, en tanto que el 20,6% lo ha hecho con 1 o 2 y el 12% con 3 a 5 personas. El 66% de quienes han empleado jeringas usadas las limpian siempre y el 15,6% lo hace casi siempre, en tanto que el 9,4% no lo hace nunca. El 61,9% usa agua para limpiar las jeringas, el 22,6% alcohol y solo el 0,3% indica usar hipoclorito.

Una de cada tres PID en estas dos ciudades ha dividido su dosis pasándola de jeringa a jeringa, el 51,2% ha extraído la dosis de una bolsa o recipiente común y el 51% lo ha hecho desde una cuchara o recipiente que compartía con otras personas que se inyectan. En cuanto al uso compartido de la parafernalia el 27,4% indica que lo ha hecho con 1 o 2 personas y el 23,8% con 3 a 5 personas en los últimos 6 meses.

En Pereira y Dosquebradas está la mayor proporción de PID que filtra siempre la droga antes de inyectarla con el 84,5% y el 88,7% de quienes lo hacen usan principalmente algodón, mientras que el 11% lo hace con filtros de cigarrillo. Mientras el

47,1% calienta siempre la dosis antes inyectarla, el 34,4% no lo hace nunca. En cuanto a la fuente de agua que utilizan para la mezcla, el 52,6% usa agua destilada y el 41,4% agua de grifo.

En proporción similar a Cali, en Pereira-Dosquebradas el 73% se ha inyectado en los últimos 6 meses en una “olla”, en tanto que solo el 13,4% ha pagado alguna vez, en el mismo período de tiempo, para que le inyecten drogas. El 63,2% dice nunca haber cedido a otros sus jeringas usadas en los últimos 6 meses y el 27% ocasionalmente. Al igual que en Cali, un poco más de una de cada tres PID que ceden sus jeringas, lo hacen a personas desconocidas, en tanto que el 63,7% las cede a personas conocidas y el 50,3% a pares cercanos.

El último evento de inyección ocurrió en el curso de las dos semanas previas a la medición en el 96,4% de los casos, solo el 2,8% lo hizo hace más de tres meses. Mientras el 36,7% se encontraba en una “olla”, el 36,9% lo hizo en un lugar público o en la calle y el 22,6% en su lugar de residencia. El 42,4% se encontraba con alguien más que también se inyectó. El 2,5% indicó saber que al menos un acompañante vivía con VIH y el 20,6% que vivía con hepatitis viral. Las personas con las que se

encontraban fueron amigos cercanos (36,1%) y conocidos (31,7%), así como otros usuarios de drogas (30,7%).

En referencia al ritual de inyección, la última vez el 95,3% preparó su propia dosis, el 74,5% utilizó una jeringa nueva y un 3,3% lo hizo con una jeringa previamente usada por otro. En menor proporción que en las otras ciudades se presentó uso compartido de elementos de la parafernalia. El 36,7% compartió filtros, cucharas o cazoletas, el 35,9% compartió agua para la preparación o el enjuague y el 33,3% extrajo la dosis de un recipiente compartido con otros. El 5,1% compartió algún insumo con persona desconocida.

Llama la atención que, a diferencia de otras ciudades, el 31% descartó la jeringa en un recipiente bioseguro tipo “guardián”, el 9,6% la arrojó a una caneca, el 8,5% la dejó en el piso y el 29,1% la guardó para emplearla de nuevo. El 7% la retornó al programa de acceso a jeringas. También en mayor proporción, en estas dos ciudades el 90% filtró la dosis antes de aplicarla, en tanto que el 45,9% desinfectó la zona de punción y el 53,4% rotó las venas (Tabla 12, Tabla 13).

Tabla 12. Comportamientos de riesgo en la inyección de drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
En los últimos 6 meses, ¿ha dividido con otra persona la dosis, pasándola de una jeringa a otra?								
No	166	84,6 (76,2 - 90,4)	254	75,2 (67,8 - 81,4)	104	52,5 (43,3 - 61,5)	273	67 (59,5 - 73,8)
Sí	44	15,4 (9,6 - 23,8)	101	24,8 (18,6 - 32,2)	97	47,5 (38,5 - 56,7)	163	33 (26,2 - 40,5)
En los últimos 6 meses, ¿ha dividido con otra persona la dosis preparada en un recipiente/bolsa común?								
No	118	63,7 (54,3 - 72,2)	154	49,1 (41,3 - 56,9)	69	34,2 (26 - 43,4)	190	48,7 (40,7 - 56,8)
Sí	90	36,3 (27,8 - 45,7)	201	50,9 (43,1 - 58,7)	132	65,8 (56,6 - 74)	246	51,3 (43,2 - 59,3)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
En los últimos seis meses, ¿ha sacado su dosis de una cuchara u otro recipiente que otras personas también estaban compartiendo?								
No	115	55 (45,1 - 64,6)	237	71,8 (64,3 - 78,2)	128	65,1 (55,8 - 73,4)	188	49 (41 - 57)
Sí	93	45 (35,4 - 54,9)	118	28,2 (21,8 - 35,7)	73	34,9 (26,6 - 44,2)	248	51 (43 - 59)
En los últimos 6 meses, ¿ha compartido con otras personas agua de enjuague, agua para preparar la dosis o filtros?								
No	134	68,4 (59 - 76,5)	177	56,1 (48,4 - 63,6)	80	40,4 (31,6 - 50)	159	40,9 (33 - 49,3)
Sí	74	31,6 (23,5 - 41)	178	43,9 (36,4 - 51,6)	121	59,6 (50 - 68,4)	277	59,1 (50,7 - 67)
¿Con qué frecuencia filtra su droga antes de inyectársela?								
Nunca	120	65,4 (56,2 - 73,6)	83	23,8 (18,3 - 30,2)	80	36,7 (28,1 - 46,3)	18	5,5 (2,6 - 11,2)
Ocasionalmente	22	8,9 (5,2 - 14,8)	69	21 (14,9 - 28,8)	67	34,8 (26,8 - 43,7)	18	2,7 (1,3 - 5,5)
Casi siempre	15	6,4 (3,2 - 12,4)	35	9,4 (5,2 - 16,4)	13	3,8 (1,9 - 7,2)	23	6,9 (4,1 - 11,4)
Siempre	42	14,1 (9,5 - 20,6)	164	44,5 (36,9 - 52,3)	41	24,7 (17,3 - 34)	375	84,6 (78,3 - 89,3)
No responde	9	5,1 (1,9 - 12,9)	4	1,4 (0,4 - 4,7)	0	-	2	0,2 (0,1 - 1,1)
¿Con qué frecuencia calienta su droga antes de inyectársela?								
Nunca	109	56,4 (46,6 - 65,8)	241	64,6 (56,5 - 71,9)	130	61,6 (52,2 - 70,2)	141	34,4 (27,1 - 42,5)
Ocasionalmente	27	11,9 (7 - 19,3)	68	19,9 (13,9 - 27,5)	50	26 (19,1 - 34,3)	81	13,4 (9,5 - 18,5)
Casi siempre	19	6,8 (3,7 - 12,2)	17	4,9 (2,6 - 9,1)	10	4,8 (1,7 - 12,6)	31	4,3 (2,5 - 7,3)
Siempre	47	20,6 (13,8 - 29,6)	28	10,3 (6,2 - 16,6)	11	7,7 (3,6 - 15,7)	182	47,1 (39,1 - 55,2)
No responde	6	4,2 (1,3 - 12,6)	1	0,3 (0 - 2,1)	0	-	1	0,8 (0,1 - 5,6)
¿Con que frecuencia reutiliza sus propias jeringas?								
Nunca	75	41,6 (32,3 - 51,5)	52	16,1 (10,9 - 23,1)	36	19 (12,9 - 27,2)	60	17,6 (12 - 25,2)
Ocasionalmente	51	27,7 (19,4 - 37,8)	70	22,1 (15,9 - 29,8)	72	36,9 (28,4 - 46,3)	128	25 (19 - 32,3)
Casi siempre	65	23,8 (17,2 - 32)	70	18,4 (13,2 - 25)	55	26,4 (18,8 - 35,7)	187	44,9 (37 - 53)
Siempre	17	6,9 (3,2 - 14,5)	163	43,5 (36 - 51,2)	38	17,6 (12,1 - 25)	61	12,4 (8,3 - 18,2)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Cuando se ha inyectado en los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia le ha dado, regalado o cedido su jeringa usada a otra persona?								
Nunca	168	87,6 (80,7 - 92,3)	194	62,4 (54,7 - 69,5)	105	55,2 (46 - 64,1)	233	63,3 (55,7 - 70,3)
Ocasionalmente	29	9,5 (5,3 - 16,4)	113	27,3 (21,2 - 34,3)	74	33,4 (25,5 - 42,3)	151	27 (21,1 - 33,9)
Casi siempre	8	1,6 (0,7 - 3,6)	34	7,1 (4,3 - 11,3)	11	4,3 (2,1 - 8,4)	34	4,9 (2,9 - 8,1)
Siempre	2	1 (0,2 - 4,7)	13	2,9 (0,8 - 9,7)	11	7,1 (3,1 - 15,3)	17	3,2 (1,6 - 6,2)
No responde	1	0,3 (0 - 2,1)	1	0,4 (0,1 - 2,6)	0	-	1	1,6 (0,2 - 10,7)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

Tabla 13. Características del último evento de inyección, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Puede recordar la fecha en la que se inyectó la última vez?								
1 -15 días	113	47,9 (38,3 - 57,7)	317	88 (81,7 - 92,3)	192	97,2 (93,6 - 98,7)	410	96,4 (93,3 - 98,1)
16 días - 3 meses	76	40,1 (30,8 - 50,1)	31	9,6 (5,7 - 15,6)	5	1,9 (0,7 - 5,3)	10	0,7 (0,3 - 2)
Más de 3 meses	18	12 (6,8 - 20,4)	7	2,5 (1 - 5,8)	4	1 (0,3 - 3,4)	14	2,9 (1,4 - 5,9)
¿En qué lugar se encontraba la última vez que se inyectó?								
El sitio donde vive	79	43,6 (34 - 53,6)	135	39,6 (32,3 - 47,5)	23	11,1 (6,4 - 18,7)	71	22,6 (15,8 - 31,2)
La casa de una pareja sexual	3	1 (0,3 - 3,4)	4	0,7 (0,2 - 2,1)	0	-	1	0,3 (0 - 2,3)
La casa de una persona conocida	10	7,8 (3,6 - 15,8)	1	1,8 (0,3 - 11,9)	0	-	2	0,7 (0,1 - 3,4)
La casa de un amigo (a) cercano	37	21,5 (14,1 - 31,4)	7	2,3 (0,9 - 5,6)	1	0,2 (0 - 1,1)	1	0,5 (0,1 - 3,8)
En el colegio/universidad	0	-	1	0,1 (0 - 0,4)	38	-	108	-
En una "olla" o sitio al que se va a consumir	0	-	5	2,4 (0,8 - 6,6)	142	69,1 (60,2 - 76,8)	186	36,8 (29,7 - 44,4)
En un club o bar	16	6,9 (3,9 - 11,9)	2	0,7 (0,2 - 3)	0	-	2	0,7 (0,1 - 3,4)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿En qué lugar se encontraba la última vez que se inyectó?								
En otro lugar público (calle, parque, edif. abandonado)	50	15 (10,4 - 21,3)	157	43,2 (35,5 - 51,1)	33	18,7 (12,9 - 26,4)	162	36,9 (29,5 - 45)
En un lugar al que se va para que lo inyecten	0	-	0	-	2	0,8 (0,2 - 3,4)	1	0,1 (0 - 0,6)
Hotel/Residencia	3	1,5 (0,3 - 6,9)	9	2,5 (1 - 6,1)	0	-	2	0,1 (0 - 0,7)
Otro lugar	10	2,6 (1,2 - 5,6)	34	6,7 (4,3 - 10,3)	0	-	8	1,2 (0,5 - 3,3)
La última vez que se inyectó, ¿estaba con alguien que también se inyectó?								
No	68	34,8 (25,8 - 44,9)	237	65,9 (58,1 - 72,8)	143	64,8 (55 - 73,5)	218	57,5 (49,7 - 65)
Sí	140	65,2 (55,1 - 74,2)	118	34,1 (27,2 - 41,9)	58	35,2 (26,5 - 45)	217	42,4 (34,9 - 50,3)
No responde	0	-	0	-	0	-	1	0,1 (0 - 0,4)
¿La persona o personas con las que se inyectó la última vez, alguna vive con VIH?								
No	94	65,7 (53,6 - 76,1)	72	61,4 (48,2 - 73,2)	22	40,6 (24,7 - 58,8)	66	33,3 (23,6 - 44,5)
Sí	6	8 (2,8 - 20,9)	10	5,2 (1,9 - 13,4)	4	6,7 (2 - 20,8)	9	2,5 (0,8 - 7,9)
No sabe	40	26,3 (17,5 - 37,4)	36	33,4 (22,4 - 46,6)	32	52,7 (35,2 - 69,5)	142	64,2 (53 - 74,1)
¿La persona o personas con las que se inyectó la última vez, alguna tiene hepatitis viral?								
No	98	70 (58,3 - 79,6)	52	42,3 (30 - 55,7)	19	36,4 (21,1 - 55,1)	35	19,6 (11,8 - 30,8)
Sí	4	1,1 (0,3 - 3,6)	19	19,9 (10,6 - 34,4)	4	6,6 (2 - 19,4)	45	20,7 (13,5 - 30,2)
No sabe	38	28,9 (19,4 - 40,7)	47	37,8 (26,2 - 50,9)	35	57 (39,1 - 73,3)	137	59,7 (48,7 - 69,9)
¿Qué tipo de relación tenía con la persona o personas que se inyectaron con usted la última vez?								
Pareja sexual estable	25	15,9 (9,8 - 24,7)	32	27,9 (17,9 - 40,6)	4	11,3 (3,1 - 33,4)	13	2,6 (1,1 - 5,8)
Pareja sexual ocasional	0	-	3	2,4 (0,5 - 10,4)	1	1,3 (0,2 - 9,4)	2	1,4 (0,3 - 5,6)
Conocido	18	13,2 (6,6 - 24,9)	15	14,3 (6,3 - 29,3)	18	27,1 (15,3 - 43,2)	69	31,7 (22,4 - 42,7)
Amigo cercano	108	81,6 (72,3 - 88,3)	64	51 (37,9 - 64)	36	63,4 (45,5 - 78,3)	80	36,2 (26,8 - 46,7)
Familiar	7	4,3 (1,6 - 11,4)	9	9,2 (4,4 - 18,2)	3	6,8 (2 - 20,9)	14	8,5 (3,1 - 21)
Dealer / Jíbaro / persona que inyecta	1	0,4 (0,1 - 3,2)	2	5,5 (0,8 - 29,1)	1	1,3 (0,2 - 9,4)	4	0,8 (0,2 - 2,5)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Qué tipo de relación tenía con la persona o personas que se inyectaron con usted la última vez?								
Usuario de drogas	4	6 (1,6 - 19,8)	1	0,5 (0,1 - 3,9)	2	0,9 (0,2 - 4,3)	69	30,7 (22 - 41,1)
Otro	1	1,2 (0,2 - 8,2)	2	0,6 (0,1 - 2,6)	0	-	0	-
No recuerda	0	-	0	-	0	-	0	-
¿La última vez que se inyectó hizo algo de lo que le voy a leer?								
¿Preparó usted mismo la droga que se inyectó?	147	69,8 (60,1 - 78)	325	90 (83,8 - 93,9)	194	94,1 (83,9 - 98)	414	95,3 (89,6 - 97,9)
¿Utilizó una jeringa nueva?	179	86,3 (77,3 - 92,1)	265	77 (70,2 - 82,7)	177	89,6 (83,7 - 93,5)	331	74,5 (67 - 80,9)
¿Utilizó una jeringa que alguien ya había usado antes?	11	5,2 (2,5 - 10,4)	18	6,2 (3,4 - 10,9)	11	4,6 (2,3 - 8,8)	14	3,3 (1,8 - 6,2)
¿Reutilizó su propia jeringa?	65	37,3 (28 - 47,7)	104	25,2 (19,2 - 32,3)	41	22,5 (15,3 - 31,7)	112	24 (17,8 - 31,5)
¿Limpió la jeringa?	74	34 (25,5 - 43,6)	165	44,1 (36,6 - 51,9)	101	58 (49 - 66,5)	205	45,1 (37,3 - 53,2)
¿Filtró la sustancia que se inyectó?	67	24,2 (17,7 - 32,2)	219	63,7 (56,2 - 70,6)	61	29,5 (21,8 - 38,6)	402	90,1 (83,2 - 94,3)
¿Desinfectó la zona del cuerpo en la que se inyectó?	76	43,5 (34 - 53,5)	125	35,9 (28,9 - 43,6)	102	53,2 (44,1 - 62,2)	214	46 (38,2 - 54)
¿Hizo rotación de venas?	105	50,8 (41 - 60,5)	198	52,7 (44,8 - 60,5)	114	58,7 (49,4 - 67,4)	241	53,5 (45,4 - 61,4)
¿Compartió agua de enjuague/o de la mezcla con otra persona?	47	41,7 (30,4 - 54)	73	57,1 (43,5 - 69,6)	23	45,4 (28,8 - 63,1)	75	35,9 (26,2 - 47)
¿Compartió filtros o cucharas/ cazoletas con otra persona?	31	20,7 (12,8 - 31,6)	51	34,5 (23,9 - 47)	12	15,6 (7,5 - 29,5)	79	36,8 (26,9 - 47,9)
¿Sacó su dosis de un recipiente del que otros también sacaron sus dosis?	89	67,9 (56 - 77,9)	63	50,7 (37,6 - 63,7)	19	36,6 (21,1 - 55,5)	67	33,4 (23,9 - 44,5)
¿Cedió su jeringa usada a alguien más para que se inyectara?	13	6,6 (3,1 - 13,2)	30	24,7 (15,5 - 37)	11	15 (5,7 - 33,8)	28	10,9 (6,1 - 18,8)
¿Compartió jeringa u otro elemento con alguien desconocido?	11	9,3 (3,8 - 20,9)	15	16,3 (8,6 - 28,8)	7	7,8 (2,6 - 21)	12	5,2 (2,3 - 11,5)
La última vez que se inyectó, ¿qué hizo con la jeringa después de usarla?								
La guardó para usarla de nuevo	45	13,3 (8,4 - 20,3)	156	43,3 (35,8 - 51,2)	75	37,5 (28,8 - 47,1)	148	29,1 (22,6 - 36,6)
Se la dio o regaló a otra persona	3	0,5 (0,2 - 1,7)	16	3 (1,5 - 5,8)	8	4,5 (1,4 - 13,2)	17	2,4 (1 - 5,4)
La devolvió a la persona a cargo, el jibaró o a quien estaba inyectando	1	0,3 (0 - 1,8)	0	-	1	0,5 (0,1 - 3,3)	3	1,1 (0,3 - 3,6)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
La última vez que se inyectó, ¿qué hizo con la jeringa después de usarla?								
La dejó donde se inyectó	6	2,5 (1,1 - 5,7)	2	0,4 (0,1 - 1,9)	3	1 (0,2 - 4,7)	10	1,1 (0,5 - 2,8)
La botó en el piso	7	2 (0,8 - 4,6)	18	3,2 (1,7 - 5,9)	7	2,6 (1,1 - 6)	31	8,5 (5 - 14,2)
La botó en una caneca	106	58,7 (48,8 - 67,9)	107	31,4 (24,7 - 39)	14	6,6 (3,6 - 11,9)	42	9,7 (6,3 - 14,6)
La puso en un recipiente/ tarro/frasco y lo botó	19	10,9 (5,6 - 20)	18	7,5 (3,6 - 15,1)	10	3,7 (1,8 - 7,7)	16	3,4 (1,8 - 6,5)
La puso en un recipiente médico de seguridad	7	3,1 (1,4 - 6,9)	13	2,7 (1,3 - 5,5)	3	1,6 (0,3 - 6,8)	115	31 (23,6 - 39,6)
La botó por el inodoro, caño, etc.	1	2,3 (0,3 - 14,6)	6	3,4 (1 - 10,6)	9	6 (2,5 - 13,7)	9	2,6 (1 - 6,7)
La regresó al programa de reducción de daños / distribución de jeringas	1	0,5 (0,1 - 3,2)	6	1,2 (0,4 - 3,5)	69	33,8 (26,1 - 42,5)	25	7,1 (3,8 - 12,8)
Otro	8	3 (1,2 - 7,4)	11	3,5 (1,7 - 7,3)	2	2,3 (0,6 - 8,7)	19	3,9 (1,6 - 9,4)
No recuerda	4	3 (0,6 - 12,8)	2	0,4 (0,1 - 1,9)	0	-	1	0 (0 - 0,2)
¿En los últimos seis meses ha vendido jeringas u otros elementos de inyección que usted ya había usado?								
No	208	-	322	91,9 (87,3 - 94,9)	148	70,9 (61,6 - 78,7)	408	94,5 (90,9 - 96,8)
Sí	0	-	33	8,1 (5,1 - 12,7)	53	29,1 (21,3 - 38,4)	28	5,5 (3,2 - 9,1)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.3.5 Sobredosis

En Cali se registra la mayor proporción de PID que indican haber estado presentes cuando alguien tuvo una sobredosis de heroína hasta el punto de perder la conciencia, ya que el 87,3% así lo indica. Le sigue Medellín con 66,2%, Pereira-Dosquebradas con 57,6% y Bogotá con 49,2%.

El 46,9% de las PID de Cali lo han visto ocurrir entre 3 y 5 veces, mientras que alrededor de una de cada tres lo ha visto ocurrir 6 veces o más. En Bogotá y Pereira-Dosquebradas se registra la misma proporción de personas que lo han visto suceder entre 3 y 5 veces con 35,2% en cada ciudad y en Medellín tal proporción es de 28,9%.

Alrededor de una de cada cinco PID en Medellín y Pereira-Dosquebradas ha presenciado sobredosis 6 o más veces.

En términos de temporalidad, en Bogotá, Medellín y Pereira/Dosquebradas el último evento presenciado ocurrió hace un año o más de un año, con el 76,1%, 61% y 57,8%, respectivamente. En contraste, en Cali el 31,2% indica que ocurrió en el último mes, el 24,2% en la última semana y el 29,1% durante los últimos 6 meses. En Pereira-Dosquebradas se encuentra que según el 23,5% ocurrió también durante el último semestre.

En referencia a la reacción inmediata ideal, en Bogotá se reporta mayor llamado de auxilio a

través de ambulancia con el 29,1%, en tanto que en Medellín es el 13,1%, en Cali 6,9% y en Pereira-Dosquebradas 3,2%. Aplicación de técnicas de reanimación se registra en mayor medida en Cali en alrededor del 16% de los casos. La aplicación de naloxona como medicamento para revertir los efectos de la sobredosis es baja y se registra en mayor proporción en Bogotá con 7,5%, seguida de Pereira-Dosquebradas con 3,4%, Cali con 3,3% y Medellín con 1,9%.

De nuevo Cali es la ciudad en la que se conocen más casos de personas que han muerto por sobredosis, pues un poco más de una de cada diez PID (12,8%) dijo no haber conocido casos de muertes, mientras que el resto ha conocido al menos un caso. En las otras ciudades cerca de una de cada tres PID no ha sabido de muertes relacionadas con sobredosis.

En referencia a haber sobrevivido a una sobredosis, es en Medellín en donde se presenta la mayor proporción con el 49,8%, seguida de Pereira-Dosquebradas con 44%, Cali con 38,5% y por último Bogotá con 22,9%. La temporalidad de estos eventos es de un año o más, en particular en Bogotá (89,7%) y Pereira-Dosquebradas (83,2%). En Medellín el 70,3% indica que esto ocurrió hace un año o más y en Cali el 52,5%. Hace más de tres meses, durante el último año, se registra en poco más de uno de cada tres casos en Cali.

La sustancia principalmente involucrada en el autoreporte del último evento de sobredosis es la heroína, siendo el 97,3% en Pereira-Dosquebradas, el 89,8% en Medellín, el 79,2% en Cali y el 69,4% en Bogotá. Llama la atención el 23,7% que en Bogotá reporta ketamina como la sustancia de inyección en el último episodio. La cocaína se menciona en el 4,1% y 4,4% para Bogotá y Medellín, respectivamente.

La mayoría de las PID recibieron ayuda la última vez que tuvieron un episodio de sobredosis, siendo el porcentaje más bajo registrado en Medellín (71,9%). La mayor tasa de hospitalización se registra en Pereira-Dosquebradas con 53,3%, seguida de Bogotá con 45%, Medellín con 42,7% y Cali con 37,8%.

En referencia a la naloxona, es ostensiblemente mayor la proporción de PID que desconoce este medicamento en Medellín, con el 73,9%, frente al 61,5% en Pereira-Dosquebradas, 37,6% en Cali y 40,1% en Bogotá. Esto concuerda con el 35,7% de las personas que en Bogotá reportaron haber recibido aplicación de naloxona alguna vez, en tanto que en Cali fue el 28,6%, en Pereira/Dosquebradas el 26,3% y en Medellín el 16,1%.

Sin embargo, el acceso directo a naloxona para tenerla consigo cuando se requiere es bajo, ya que el 19% de las PID en Bogotá indica que sí ha tenido este medicamento consigo, el 10% de las PID en Cali y en Pereira-Dosquebradas, respectivamente, y el 6% en Medellín.

En general, se registra confianza en la idoneidad de la atención médica ante un futuro evento de sobredosis. Esta es mayor en Pereira/Dosquebradas con 80,9% y Cali con 79,4%, y menor en Bogotá con 44,1% y Medellín con 52%.

5.3.6 Historia de arrestos y detenciones

En términos generales la proporción de PID que han sido arrestadas por inyectarse drogas en zonas públicas es baja. El 8,6% de las PID en Pereira/Dosquebradas lo reportó en los últimos 6 meses, frente al 4,6% en idéntica proporción para las otras tres ciudades del estudio.

Es llamativa la reducción de episodios de arresto en el tiempo reciente, al menos en Medellín y Pereira-Dosquebradas, ya que el 17% y 18,2% de las PID, respectivamente, señalaron que les ha ocurrido, pero no en los últimos 6 meses, en tanto que en Bogotá y Cali tales porcentajes fueron 8,1% y 7,7%, respectivamente.

En referencia a la privación de libertad por períodos de más de 72 horas, se encontró que en Cali y Pereira-Dosquebradas es más alta la proporción, con 21,1% en los ambos casos. En Bogotá lo refiere el 13,7% y en Medellín el 14,2%.

Tabla 14. Historia de arrestos y detenciones de PID en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Alguna vez lo han arrestado por estar inyectándose en un lugar público?								
No	162	86,4 (80,4 - 90,8)	266	78,4 (70,8 - 84,4)	174	87,7 (79,8 - 92,8)	294	73,1 (66,2 - 79)
Sí, en los últimos 6 meses	16	4,7 (2,6 - 8,4)	31	4,6 (2,9 - 7,4)	10	4,6 (2,1 - 9,9)	43	8,6 (5,4 - 13,3)
Sí, pero no en los últimos 6 meses	28	8,1 (4,8 - 13,4)	58	17 (11,3 - 24,8)	17	7,7 (3,7 - 15,3)	97	18,2 (13,4 - 24,3)
No responde	2	0,8 (0,2 - 3,6)	0	-	0	-	2	0,1 (0 - 0,5)
¿Alguna vez ha estado detenido o en prisión por más de 72 horas?								
No	169	85,8 (78,3 - 91)	288	85,8 (79,8 - 90,2)	164	78,9 (69,8 - 85,8)	329	78,8 (72,1 - 84,3)
Sí	38	13,7 (8,6 - 21,1)	67	14,2 (9,8 - 20,2)	37	21,1 (14,2 - 30,2)	105	21,1 (15,7 - 27,9)
No responde	1	0,6 (0,1 - 4)	0	-	0	-	2	0,1 (0 - 0,3)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.4 CARACTERIZACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL

5.4.1 Características generales de la actividad sexual

La mayor parte de las PID en las ciudades se considera heterosexual, siendo este porcentaje mayor en Pereira-Dosquebradas con 95,4%, seguidas de Medellín con 93,8%, Cali y Bogotá con 88% en cada una. La proporción de personas con otras orientaciones es baja, siendo bisexual la siguiente categoría más amplia con 6,9% en Bogotá, 5,8% en Cali y 2,4% tanto en Medellín como en Pereira-Dosquebradas.

La mayor proporción de PID que no tiene pareja sexual estable está en Cali con 85,8% y Pereira-Dosquebradas con 80,8%, en tanto que en Medellín es el 65,3% y en Bogotá el 49%. En el 49,9% de los casos en Bogotá las parejas sexuales estables son de género masculino y en el 50,1% femenino. Dicha proporción en las otras ciudades para género femenino es mayor en Medellín con 74%, seguido

de Cali con 64,2% y Pereira-Dosquebradas con 58,5%. Solo un caso en Pereira-Dosquebradas indicó tener pareja sexual estable transgénero.

La mayor proporción de quienes dicen tener pareja sexual ocasional está en Bogotá con 54,1%, le sigue Medellín con 42,8%, Pereira-Dosquebradas con 39,5% y Cali con 38,5%. En promedio el número de parejas sexuales ocasionales mayor a cinco, es bajo en todas las ciudades, siendo en Medellín 12,6%, en Bogotá 7,4%, en Cali 5,8% y en Pereira-Dosquebradas 1,2%. Entre quienes dijeron tener parejas ocasionales, más del 80% en todas las ciudades reporta tener entre 1 y 5. Las parejas ocasionales son mayoritariamente de género femenino. Solo una persona en Medellín y otra en Pereira/Dosquebradas indican que su pareja ocasional es transgénero.

La actividad sexual a cambio de dinero u otros bienes materiales se registra en todas las ciudades en proporciones menores a una de cada tres PID. Así, la ciudad en la que se reporta menor trabajo sexual entre las PID es Bogotá con 11,1%. En

Medellín el porcentaje es de 26,2%, en Cali 28% y en Pereira-Dosquebradas 27%.

El análisis desagregado por género muestra mayor proporción de mujeres que de hombres en esta actividad. En Bogotá el 18,7% de las mujeres lo reportó, frente al 7,2% de los hombres. En Medellín el 49,4% de las mujeres, frente al 21,8% de los hombres. En Cali la proporción es del 73,9% de las mujeres, frente al 19% de los hombres. En Pereira-Dosquebradas es el 86,1% de las mujeres, frente al 17% de los hombres.

Esta actividad inicia principalmente entre los 18 y 24 años en Bogotá con el 87,3% y en Medellín con el 52,6%. En cambio, en Cali el 24% inició entre los 14 y 17 años, frente al 47% que inició entre los 18 y 24 años. En Pereira-Dosquebradas el 37,1% inició también entre los 14 y 17 y el 39,5% lo hizo entre los 18 y 24 años.

Entre quienes respondieron haber practicado el trabajo sexual, el 48,9% de Bogotá, el 61,9% de Cali, el 39,1% de Pereira-Dosquebradas y el 36,7% de Medellín lo han hecho en los últimos 6 meses. Siendo entonces la mayor proporción de actividad más reciente en Bogotá y Cali.

Mientras en Bogotá el 57,3% contacta a sus clientes de trabajo sexual por páginas de internet u otras aplicaciones digitales, en las otras ciudades el contacto se da mayoritariamente en lugares públicos y en la calle, siendo la proporción más alta en Pereira-Dosquebradas con 75,1%, Cali 73,2% y Medellín 65,4%. En cuanto al género de los clientes, es notoriamente alto el porcentaje que en Pereira-Dosquebradas, Medellín y Cali indica que sus clientes son de género masculino con el 87%, 82,1% y 71,6%, respectivamente.

Por otra parte, el pago por tener relaciones sexuales se presenta también, aunque en menor medida. Así, en Bogotá el 96,4% dice que no lo ha hecho en los últimos 6 meses, le sigue Medellín con el 90,3%, Cali y Pereira-Dosquebradas con 84%, respectivamente. Quienes lo han hecho en el mismo período de tiempo, reportan haber pagado a 1 o 2 personas principalmente en Bogotá con 92,2%, Cali con 88,9% y Pereira-Dosquebradas con 71,4%. En Medellín, se registran porcentajes

de 26,1% y 24,7% de quienes reportaron haber pagado por servicios sexuales a 3 a 5 personas o a más de 5 personas, respectivamente. El género de las personas a las que se les paga es mayoritariamente femenino.

5.4.2 Uso de condón por ciudad

a. Bogotá

El 60,7% de las PID que dijeron tener pareja sexual estable nunca ha usado condón en sus relaciones sexuales, solo el 13,6% lo hace siempre y el 15,3% ocasionalmente. La última vez que tuvieron relaciones con su pareja estable, solo el 18,5% usó condón. Entre quienes dijeron haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales durante los últimos 6 meses, el 32,5% nunca usó condón, frente al 17,1% que lo hizo siempre, el 30,3% que lo hizo casi siempre y el 19,3% que lo hizo ocasionalmente.

La frecuencia de uso de condón con clientes, en los casos en los que se reportó, es mayor a las anteriores, ya que el 64,6% indica que los usó siempre en los últimos 6 meses y el 8,8% casi siempre, en tanto que el 18,4% no usó nunca. Frente a este último dato, llama la atención que en Bogotá y en Medellín se registra menor uso de condón con clientes de trabajo sexual que en las otras ciudades. En relaciones sexuales por las que se pagó se encuentra que el 71,1% usa siempre condón, mientras que el 11,1% no lo hace nunca. El 88,8% usó condón la última vez que se tuvieron relaciones sexuales de este tipo (Tabla 15).

La última relación sexual que ocurrió para el 80% de los casos durante las últimas dos semanas, el 76% no usó condón y el 23,3% sí lo hizo. Las razones principales para no haberlo usado, en uno de cada tres casos, fue que la pareja es estable y el 18,7% dice que no tenían condones disponibles. El 18,9% dice haber usado lubricante y solo el 2,8% indicó haber usado antirretrovirales como parte del tratamiento regular porque vive con VIH, pero no como profilaxis preexposición (PrEP).

El último encuentro sexual se dio en el 54,8% de los casos con pareja estable, en 43,1% con pareja

ocasional y en 1,4% con un cliente. El 47,1% reportó uso de alcohol la última vez por parte de ambos miembros de la pareja y el 47,2% dijo que ninguno usó alcohol. El uso de otras drogas por ambas partes ocurrió en el 55,0% de los casos, en tanto que no hubo consumo en el 28%.

b. Medellín

Igual que en Bogotá, el 60,4% de las PID en Medellín nunca usa condón con pareja sexual estable, el 18,4% lo usa siempre y el 16,5% lo usa ocasionalmente. En la última ocasión el 24,5% usó condón con su pareja estable.

Entre quienes tuvieron relaciones con parejas ocasionales, el 22,2% nunca usó condón y el 37,2% lo hizo siempre, junto con el 10,8% que lo hizo casi siempre y el 29,4% que lo hizo ocasionalmente. En las relaciones con clientes en los últimos 6 meses el 60,6% usó condón siempre, mientras el 7,7% nunca lo usó. En el último encuentro sexual de este tipo el 80,9% reporta haber usado condón. En relaciones sexuales en las que la persona pagó durante los últimos 6 meses, 64,9% usó siempre condón, el 10,7% nunca usó. En la última relación sexual por la que pagó, el 82,5% usó condón.

La última relación sexual ocurrida en el 48,2% de los casos en las últimas dos semanas y en la otra mitad entre 16 días y tres meses atrás, el 47,4% usó condón, mientras el 52,2% no lo hizo. El 12,9% usó lubricantes en esa última ocasión. Quienes no utilizaron condón la última vez reportan que no lo hicieron porque la pareja es estable con el 48,2%, porque no les gusta usar condón con el 24,9% y porque no tenían disponibilidad con el 11,2%. El 50,3% tuvo este último encuentro sexual con pareja ocasional, el 44,6% con pareja estable y el 3,9% con cliente. El 0,6% dice haber usado antirretrovirales en la última relación sexual como parte del tratamiento rutinario y una persona sí indicó haberlo usado como medida de protección (0,1%).

El uso de alcohol se presentó en el 29,3% de los casos y el 63,5% dijo no haber usado alcohol y tampoco la pareja. En contraste, el 43,5% reportó que las dos personas usaron drogas, mientras que el 25,4% indicó que ninguno las usó.

c. Santiago de Cali

En Cali se presenta la menor proporción de uso de condón con pareja sexual estable, solo el 7,2% lo usa siempre y 14,2% ocasionalmente, en tanto que el 78,1% nunca lo usa. En la última relación sexual de este tipo el 88,3% no usó condón.

Entre quienes tuvieron relaciones sexuales con parejas ocasionales el 21,1% nunca usó condón en los últimos 6 meses, en tanto que el 43,8% lo usó siempre, el 15,3% lo usó casi siempre y el 19,8% ocasionalmente. Entre quienes dijeron haber ejercido el trabajo sexual en los últimos 6 meses, el 54,3% usó condón siempre y el 12,9% nunca lo usó. En el último encuentro con cliente el 84% usó condón. El uso de condón en las relaciones sexuales por las que la persona pagó en los últimos 6 meses arroja 63,1% que lo usó siempre y 8% que nunca lo usó. La última vez el 85,9% dice que sí usó condón.

La última relación sexual ocurrió durante los últimos 15 días para el 39,9%, para el 24,3% entre 16 días y 3 meses atrás, para el 35,6% restante ocurrió más de tres meses atrás. El 52% indica que dicha relación ocurrió con pareja ocasional, el 38,9% con pareja estable y el 8,7% con cliente. El 43% indicó no haber usado condón en esa ocasión y el 56,6% sí lo hizo. Entre las principales razones por las que no usaron condón se encuentra que la pareja es estable en el 31,1% y porque no les gusta usarlo en el 23,1%, mientras que el 11,2% no usó por falta de disponibilidad. En cuanto a lubricantes el 89,2% no usó. De igual modo el 98,2% no usó antirretrovirales como medida preventiva y un 1,3% lo hizo como parte de su esquema de tratamiento porque vive con VIH.

El 81% indicó que no se bebió alcohol en el último encuentro sexual y el 13,8% afirmó que lo hicieron ambos. En cambio, el 55,1% indicó que los dos consumieron drogas, mientras el 23,1% dijo que no.

d. Pereira y Dosquebradas

El 66% de quienes tienen pareja sexual estable nunca usa condón en sus relaciones sexuales de este tipo, mientras que el 13% lo usa siempre

y el 10% casi siempre u ocasionalmente, respectivamente. El 77,8% no usó condón en el último encuentro sexual con pareja estable.

Quienes tuvieron parejas ocasionales en los últimos 6 meses, el 10,6% indica que nunca usó condón, el 53,6% lo hizo siempre y el 20,5% lo hizo casi siempre. Con clientes en los últimos 6 meses, el 77,1% indica haber usado condón siempre y el 10,7% nunca. En la última ocasión el 88,8% usó condón con cliente. En las relaciones sexuales por las que se pagó en los últimos 6 meses, el 77,5% siempre usó condón y el 17,1% casi siempre, solo el 0,7% nunca lo usó. En la última ocasión el 95,4% usó condón.

La última relación sexual para el 41,3% de las PID ocurrió dentro de las dos semanas previas a la medición, para el 21,4% entre dos semanas y tres

meses atrás y para el 37,2% más de tres meses atrás. El 66,1% usó condón y 33,3% no lo hizo durante el último encuentro sexual. Entre quienes no usaron condón, el 41,7% indica que no lo usó porque la pareja es estable, el 33,1% porque no le gusta usarlo y el 12,7% porque no tenía disponible. El 51,5% indica que en dicha oportunidad la pareja era ocasional, el 31,5% estable y el 17% cliente. El 84,7% indica que no usaron lubricantes, en tanto que el 96% no usó antirretrovirales como medida preventiva y un 3,14% lo hizo como parte del tratamiento por vivir con VIH.

Frente al uso de alcohol en la última ocasión el 86% señala que ninguno de los dos lo hizo y el 11,2% que ambos. El 39% dice que las dos personas estaban bajo efectos de drogas, el 29% que ella misma lo estaba y el 32% dice que ninguna.

Tabla 15. Caracterización del comportamiento sexual y uso de condón, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Tiene pareja sexual estable?								
No	95	49 (39,3 - 58,7)	234	65,4 (57,5 - 72,4)	173	85,8 (76,9 - 91,6)	344	80,9 (73,9 - 86,3)
Sí	112	50,9 (41,1 - 60,6)	121	34,6 (27,6 - 42,5)	29	14,2 (8,4 - 23,1)	92	19,1 (13,7 - 26,1)
No responde	1	0,2 (0 - 1,1)	0	-	0	-	0	-
¿El género de su pareja estable es...?								
Femenino	65	50,1 (37,2 - 63)	86	74 (62,1 - 83,2)	18	64,2 (36,5 - 84,8)	63	58,6 (39,6 - 75,3)
Masculino	47	49,9 (37 - 62,8)	35	26 (16,8 - 37,9)	11	35,8 (15,2 - 63,5)	28	41,4 (24,7 - 60,3)
Trans (transexual, transgénero, travesti)	0	-	0	-	0	-	1	0,1 (0 - 0,7)
La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja estable, ¿usaron condones?								
No	95	81,1 (65,9 - 90,5)	83	75,2 (62,9 - 84,5)	21	88,3 (72,4 - 95,6)	73	77,8 (60,6 - 88,9)
Sí	16	18,5 (9,2 - 33,8)	27	24,5 (15,3 - 36,9)	8	11,7 (4,4 - 27,6)	19	22,2 (11,1 - 39,4)
No recuerda	0	-	1	0,3 (0 - 1,9)	0	-	0	-
No responde	1	0,5 (0,1 - 3,3)	0	-	0	-	0	-

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
En los últimos seis meses, ¿con qué frecuencia ha utilizado condones durante las relaciones sexuales con su pareja estable?								
Nunca	75	60,7 (47 - 72,8)	78	60,4 (46,6 - 72,7)	17	78,1 (55,8 - 91)	56	66,1 (49,1 - 79,7)
Ocasionalmente	16	15,3 (8,6 - 25,8)	19	16,5 (8,1 - 30,6)	5	14,2 (4,6 - 36,4)	16	10,8 (5,4 - 20,5)
Casi siempre	9	8,6 (3,9 - 18,1)	5	4,7 (1,6 - 13,2)	1	0,5 (0,1 - 4,5)	8	10,1 (3,7 - 24,8)
Siempre	9	13,6 (5,4 - 30,5)	19	18,4 (10,4 - 30,4)	6	7,2 (2,5 - 18,6)	12	13 (5,2 - 29,1)
No responde	3	1,7 (0,5 - 6,1)	0	-	0	-	0	-
¿Tiene pareja sexual ocasional?								
No	110	45,7 (36,3 - 55,5)	215	57,2 (49,1 - 64,9)	118	61,5 (52,3 - 69,9)	259	59,9 (51,8 - 67,5)
Sí	97	54,1 (44,4 - 63,5)	140	42,8 (35,1 - 50,9)	84	38,5 (30,1 - 47,7)	175	39,5 (32 - 47,6)
No responde	1	0,2 (0 - 1,1)	0	-	0	-	2	0,6 (0,1 - 3,6)
Si tiene pareja sexual ocasional, ¿cuál es el género?								
Femenino	76	78 (64,5 - 87,4)	123	93,1 (87,8 - 96,3)	73	85,2 (72,5 - 92,6)	160	91,5 (83 - 96)
Masculino	24	24 (14,3 - 37,5)	21	9,9 (5,4 - 17,5)	12	15,4 (7,8 - 28)	16	9,3 (4,6 - 17,9)
Trans (transexual, transgénero, travesti)	0	-	1	0,9 (0,1 - 6)	0	-	1	0,1 (0 - 0,6)
¿Alguna vez ha recibido dinero, droga u otros beneficios a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?								
No	178	88,6 (81,3 - 93,3)	262	73,8 (66,3 - 80,1)	150	72 (62,8 - 79,7)	321	72,4 (64,4 - 79,1)
Sí	29	11,2 (6,5 - 18,4)	93	26,2 (19,9 - 33,7)	52	28 (20,3 - 37,2)	113	27 (20,3 - 35)
No responde	1	0,2 (0 - 1,6)	0	-	0	-	2	0,6 (0,1 - 3,6)
En los últimos seis meses, ¿Ha recibido dinero, droga u otros beneficios a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?								
No	15	48,3 (23 - 74,5)	56	63,3 (47,3 - 76,8)	25	36,4 (21,7 - 54,1)	68	60,9 (44,2 - 75,5)
Sí	12	48,9 (23 - 75,5)	37	36,7 (23,2 - 52,7)	26	61,9 (44,1 - 77)	45	39,1 (24,5 - 55,8)
No responde	2	2,8 (0,6 - 12,2)	0	-	1	1,7 (0,2 - 12,2)	0	-

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
La última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente ¿usaron condones?								
No	2	18,4 (2,3 - 68)	13	19,1 (8,1 - 38,6)	2	16 (2,9 - 55,1)	5	11,1 (3,7 - 29,1)
Sí	10	81,6 (32 - 97,7)	24	80,9 (61,4 - 91,9)	24	84 (44,9 - 97,1)	40	88,9 (70,9 - 96,3)
En los últimos 6 meses, ¿con que frecuencia ha utilizado condones durante las relaciones sexuales (vaginal o anal) con sus clientes?								
Nunca	2	18,4 (2,3 - 68)	6	7,7 (2,5 - 21,2)	1	12,9 (1,7 - 56,4)	4	10,1 (3,1 - 28,3)
Ocasionalmente	2	8,2 (1,1 - 41,3)	4	21,9 (4,2 - 64,3)	3	19,2 (4,5 - 54,7)	3	2,6 (0,6 - 11,3)
Casi siempre	2	8,8 (1 - 47,6)	5	9,8 (2,8 - 28,7)	4	13,6 (4 - 37,2)	5	10,1 (2 - 38)
Siempre	6	64,6 (20,9 - 92,6)	22	60,6 (31,6 - 83,7)	18	54,3 (28,1 - 78,3)	33	77,1 (52,9 - 91)
En los últimos 6 meses ¿ha dado dinero, droga u otros beneficios a cambio de tener relaciones sexuales?								
No	195	96,4 (93,2 - 98,1)	322	90,3 (85,3 - 93,7)	171	84,4 (76,9 - 89,8)	363	84 (77,2 - 89,1)
Sí	12	3,4 (1,7 - 6,7)	33	9,7 (6,3 - 14,7)	31	15,6 (10,2 - 23,1)	72	16 (10,9 - 22,8)
No responde	1	0,2 (0 - 1,1)	0	-	0	-	1	0 (0 - 0,3)
La última vez que pagó por relaciones sexuales ¿usaron condones?								
No	1	11,1 (1,1 - 59)	7	17,4 (6,2 - 40,1)	3	11,2 (2,4 - 38,6)	6	4,6 (1 - 19)
Sí	11	88,9 (41 - 98,9)	26	82,6 (59,9 - 93,8)	27	85,9 (60,5 - 96)	66	95,4 (81 - 99)
No recuerda	0	-	0	-	1	3 (0,4 - 20,4)	0	-
En los últimos 6 meses ¿con que frecuencia ha usado el condón cuando ha pagado por tener relaciones sexuales (vaginal o anal)?								
Nunca	1	11,1 (1,1 - 59)	5	10,7 (3,3 - 29,7)	2	8 (1,2 - 38,6)	2	0,7 (0,1 - 3,5)
Ocasionalmente	2	17,8 (2,8 - 61,8)	4	18,9 (5,7 - 47,5)	4	14,8 (4,5 - 39,1)	6	4,6 (1,4 - 13,7)
Casi siempre	0	-	3	5,4 (1,3 - 19,8)	4	14,1 (4 - 39,5)	10	17,2 (7,2 - 35,6)
Siempre	9	17,8 (2,8 - 61,8)	21	64,9 (41 - 83,1)	21	63,1 (39,1 - 82)	54	77,5 (59,4 - 89)

Fuente: Base de datos encuesta 2021.

5.4.3 Acceso a condones, lubricantes e información sobre uso de condón durante los últimos tres meses

Es notorio el mayor acceso a condones durante los últimos tres meses para las PID en las ciudades de Cali y Pereira-Dosquebradas, ya que el 93,6% y el 93,7%, respectivamente, indica que les han regalado condones. En contraste, en Bogotá tal porcentaje es de 45,6% y en Medellín de 50,6%. Ante la pregunta que incluye entrega de condones y lubricantes baja la proporción, siendo quienes indican que sí el 49,1% en Pereira-Dosquebradas, el 50% en Cali, el 27,7% en Bogotá y el 14,5% en Medellín.

La principal fuente de acceso a condones en los últimos 3 meses han sido las campañas de las organizaciones de la sociedad civil y/o de los proyectos, siendo el 85% en Cali y 83% en Pereira-Dosquebradas, les sigue Medellín con el 42%, mientras que en Bogotá es de solo el 21%. En estas dos últimas ciudades se registra el mayor porcentaje de PID que indica que los compra, con el 30,1% y 25,1%, en su orden. Llama la atención el 15% que refiere acceder a condones a través de amigos, conocidos o parejas en Bogotá.

En cuanto a la disponibilidad inmediata de condones, el 47,1% de las personas en Pereira-Dosquebradas y el 43% de las de Cali dijo llevar consigo al menos un condón, en tanto que en Medellín fue el 25,6 y en Bogotá el 9,8%.

Las razones para no adquirir condones durante los últimos tres meses se centran en la falta de

disponibilidad, siendo esta la razón argüida por el 91,1% de las personas en Pereira-Dosquebradas, el 71,9% en Cali y el 61,5% en Medellín. Mientras en Bogotá el 36,2% indica la falta de disponibilidad, el 12,4% percibe que son costosos, el 13,2% que no sabe cuándo los va a necesitar y el 12,4% que siempre los ha conseguido.

Ante la pregunta por uso de lubricantes en las relaciones sexuales anales, tanto en Medellín (65,4%) como en Pereira-Dosquebradas (70,1%) indican que no han tenido este tipo de relaciones. En Cali y Bogotá dichos porcentajes fueron de 37,7% y 19,7% respectivamente. Entre quienes sí han tenido este tipo de intercambio, el 57% de Cali y el 59,5% de Bogotá no ha usado lubricantes, mientras que en Medellín es 25,2% y en Pereira/Dosquebradas es 21%. La mayor proporción de uso de lubricantes se presenta en Bogotá con 20,4%.

Entre quienes usan lubricantes, el 59,1% en Bogotá, el 32,4% en Pereira-Dosquebradas, el 29,7% en Cali y el 28,1% en Medellín usa a base de agua. Sin embargo, importantes proporciones usan vaselina o pomadas con el 48,6% en Medellín, el 32,2% en Cali, el 17% en Pereira-Dosquebradas y el 15,7% en Bogotá.

Acceso a información y asesoría para el correcto uso del condón y prácticas sexuales seguras se registra, de nuevo, en mayor proporción en Cali con 58,4% y en Pereira-Dosquebradas con 47,4%. En contraste, el 24,1% de las personas en Medellín y el 19,8% en Bogotá indican haber tenido acceso a este tipo de información durante los últimos tres meses.

Tabla 16. Acceso a información preventiva, fuentes de acceso y acceso a condones en los últimos 3 meses, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Durante los últimos 3 meses, ¿le han regalado condones?								
No	104	54,4 (44,7 - 63,9)	157	49,4 (41,7 - 57,3)	13	6,4 (2,9 - 13,8)	44	6,3 (4,1 - 9,4)
Sí	104	45,6 (36,1 - 55,3)	198	50,6 (42,7 - 58,3)	189	93,6 (86,2 - 97,1)	392	93,7 (90,6 - 95,9)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿El principal medio por el cual consiguió condones en los últimos 3 meses fue?								
Los compró	44	25,2 (17,4 - 34,9)	95	30,1 (23,3 - 38)	6	3,4 (0,9 - 12,4)	23	5,1 (3 - 8,6)
Se los entregó su EPS / IPS	10	6,3 (3,1 - 12,2)	12	3,1 (1,5 - 6,1)	7	2,4 (1 - 5,7)	19	4,7 (2 - 10,5)
Se los regalaron en campañas de ONG, Fundaciones, Proyectos	61	20,6 (14,8 - 27,8)	170	41,8 (34,4 - 49,6)	174	84,6 (75,8 - 90,6)	352	82,9 (76,1 - 88)
Se los regalaron en sitios de encuentro	7	3,8 (1,1 - 12,3)	3	1,4 (0,3 - 5,5)	1	0,4 (0,1 - 2,7)	3	0,1 (0 - 0,4)
Se los regalaron amigos, conocidos, parejas	23	14,7 (8,6 - 24)	15	3,7 (2 - 6,9)	8	6,4 (2,7 - 14,6)	16	4,3 (1,8 - 10)
Otro	63	29,5 (21,2 - 39,5)	60	19,9 (14,1 - 27,2)	6	2,8 (1,2 - 6,6)	23	2,9 (1,6 - 5,4)
Durante los últimos 3 meses, ¿cuáles han sido los motivos para no adquirir condones?								
Son costosos	23	12,4 (6,9 - 21,5)	17	6,1 (2,9 - 12,3)	2	2,9 (0,6 - 13,3)	0	-
Las entidades y las organizaciones que los regalan no le entregan	13	3,9 (2,1 - 7,2)	2	1 (0,1 - 6)	5	3,9 (1,1 - 13,3)	2	0,2 (0,1 - 1,1)
Siente vergüenza de adquirir condones	4	2,5 (0,8 - 7,7)	0	-	1	0,5 (0,1 - 3,3)	0	-
No sabe cuándo va a necesitar condones	25	13,2 (7,9 - 21,5)	66	22,2 (16 - 30,1)	20	9,9 (5,5 - 17,4)	20	3,3 (1,7 - 6,2)
No hay disponibilidad	67	36,3 (27,3 - 46,3)	231	61,6 (53,4 - 69,1)	154	72 (62,4 - 79,9)	393	91,2 (85,8 - 94,6)
Siempre los ha conseguido	23	12,4 (6,9 - 21,5)	17	6,1 (2,9 - 12,3)	2	2,9 (0,6 - 13,3)	0	-
Otro 1	81	32,8 (24,7 - 42,1)	39	10,4 (6,5 - 16,4)	15	7,9 (4,4 - 13,9)	18	3,9 (1,5 - 9,3)
Otro 2	1	0,5 (0,1 - 3,2)	1	0 (0 - 0,3)	3	1,6 (0,5 - 5,2)	3	1,2 (0,4 - 3,8)
En los últimos tres meses ¿le han entregado condones y lubricantes?								
No	140	72,3 (62,8 - 80,1)	297	85,4 (79,1 - 90,1)	94	50 (40,8 - 59,2)	220	50,9 (42,9 - 58,9)
Sí	68	27,7 (19,9 - 37,2)	57	14,5 (9,8 - 20,8)	108	50 (40,8 - 59,2)	216	49,1 (41,1 - 57,1)
No responde	0	-	1	0,1 (0 - 0,7)	0	-	0	-
En los últimos tres meses ¿le han asesorado sobre el uso del condón y prácticas sexuales seguras?								
No	165	80,2 (71,1 - 86,9)	268	75,7 (68,3 - 81,8)	81	41,6 (32,9 - 51)	211	52,6 (44,6 - 60,5)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
En los últimos tres meses ¿le han asesorado sobre el uso del condón y prácticas sexuales seguras?								
Sí	43	19,8 (13,1 - 28,9)	86	24,1 (18 - 31,5)	121	58,4 (49 - 67,1)	225	47,4 (39,5 - 55,4)
No sabe	0	-	1	0,2 (0 - 1,6)	0	-	0	-

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.4.4 Relaciones sexuales sin consentimiento

La mayoría de las PID en las ciudades indican que no han sido forzadas a tener relaciones sexuales sin su consentimiento, siendo este porcentaje en Bogotá 85,2%, en Medellín 84,4%, en Cali 87,1% y en Pereira-Dosquebradas 90,6%.

Quienes lo han vivido, porcentajes por debajo de 1% indica que ocurrió en los últimos 6 meses en todas las ciudades, a excepción de Medellín en donde el 6,4% indica que el o los eventos ocurrieron recientemente. Bogotá es la ciudad en la que esto ha ocurrido en mayor proporción en el pasado, con 14%, seguida de Cali con 11,9%, Medellín con 9,1% y Pereira-Dosquebradas con 8,6%.

El análisis desagregado por género muestra que, aunque es alta la proporción de mujeres que no han vivido este tipo de experiencia, la proporción de quienes las han vivido es más alta que en los hombres, así, en Bogotá el 23,4% de las mujeres lo han vivido en el pasado no reciente, frente al 9,3% y el 0,6% de los hombres que lo vivieron en el pasado o en los últimos 6 meses, respectivamente. En Medellín la proporción es de 29,5% frente al 5,4% y el 7,4% de hombres que lo vivieron en el pasado o recientemente, respectivamente, igual que el 16,1% de las personas transgénero.

En Cali el 27,7% y el 2,8% de las mujeres lo han vivido en el pasado o recientemente, respectivamente, igual que el 31,9% de las personas transgénero, frente al 8,4% y 0,2% de hombres. En Pereira-Dosquebradas cerca de una de cada dos mujeres PID ha vivido este tipo de experiencias, siendo la

ciudad en la que se presenta la mayor proporción, con el 48,3% de mujeres que lo vivieron en el pasado y el 2% que lo vivieron más recientemente. En contraste, solo el 1,8% y el 0,1% de los hombres vivieron esta experiencia en el pasado o recientemente, respectivamente. Ninguna de las personas transgénero en estas dos ciudades indicó haberlo vivido.

5.5 CONOCIMIENTOS SOBRE HEPATITIS VIRALES, TUBERCULOSIS, VIH, AUTOVALORACIÓN DEL RIESGO DE VIH, ESTATUS FRENTE AL VIH

4.5.1. Hepatitis virales y tuberculosis

En general se registra un buen nivel de familiaridad con la hepatitis C. La mayor proporción de personas que no han escuchado de este virus se encuentra en Cali con 22,6%, le sigue Bogotá con 20,3%, Medellín con 16,5% y Pereira-Dosquebradas con 14,4%.

No obstante, es alta la proporción de PID que dice no conocer los síntomas de la hepatitis C, siendo 71,3% en Cali, 62,9% en Pereira/Dosquebradas, 60,8% en Medellín y 43,3% en Bogotá. Porcentajes muy marginales en todas las ciudades están al tanto de que se trata de una infección que presenta síntomas tardíos.

Mientras cuatro de cada cinco PID en Bogotá dicen conocer las formas en que se transmiten las hepatitis virales, dos de cada tres, o un poco menos, las conoce en las otras ciudades. De hecho, llama la atención que alrededor de la mitad indica que compartir agujas y jeringas es un modo de transmisión, siendo 48,2% en Medellín, 51,3% en Bogotá, 52,9% en Pereira-Dosquebradas y

54,7% en Cali, mientras el porcentaje restante no lo menciona. Bajos porcentajes también indican bajo conocimiento de transmisión vía transfusión con sangre contaminada, por uso compartido de agua contaminada, por compartir objetos de uso personal o por tatuajes o piercings.

En referencia a la transmisión vía relaciones sexuales el 58,7% en Bogotá lo menciona, frente al 38,2% en Cali, 37,3% en Medellín y 31,7% en Pereira/Dosquebradas. Cali es la ciudad en la que el 24,6% dice haber sido vacunado contra la hepatitis B, les sigue el 21,7% en Bogotá, el 21,2% en Medellín y el 12,4% en Pereira-Dosquebradas (Tabla 17).

En referencia a las pruebas diagnósticas de hepatitis B, el 76,5% de las PID en Cali, el 73,3% en Bogotá, el 62,4% en Pereira - Dosquebradas y el 60,4% en Medellín nunca se ha realizado una prueba para detectar este virus. Quienes se la realizaron en Bogotá lo hicieron hace más de un año en un 57,9%, en Medellín en un 58,3%, en Cali en un 50,5% y en Pereira-Dosquebradas en un 33,1%. El 45,4% de las PID que se hicieron esta prueba en Pereira/Dosquebradas lo hicieron entre 4 y 12 meses antes de la medición, igual que el 30,7% en Medellín, el 29,9% en Bogotá y el 20,6% en Cali. En los últimos 3 meses se la realizó el 28,8% de las personas en Cali, el 21,4% en Pereira/Dosquebradas, el 12% en Bogotá y el 11% en Cali.

Pocas personas dijeron haber recibido un diagnóstico de hepatitis B por parte de un profesional de la salud, siendo el más alto en Pereira/Dosquebradas con 6,1%, Medellín 3,4%, Cali 2,6% y Bogotá 1,3%. Entre estas personas la mayor proporción que dijo haber recibido tratamiento está en Bogotá con el 88,3%, seguida de Pereira/Dosquebradas con el 53%, Cali con el 23,9% y Medellín con el 5,4%.

Para detección de la hepatitis C en Pereira/Dosquebradas se registra la mayor proporción de PID que se han practicado pruebas con el 63,1%, seguidas de Medellín con 34,6%, Cali con 22,7% y Bogotá con 18,6%. Un poco más de la mitad se las practicó hace más de 12 meses en Bogotá (57,5%) y Medellín (53,7%), les sigue el 46,8% en Cali y en menor proporción en Pereira - Dosquebradas con

el 15,5%. En el período entre 4 y 12 meses antes se encuentra el 56% en Pereira/Dosquebradas, el 33% en Medellín, el 32,8% en Cali y el 30,9% en Bogotá. Se registran pruebas hechas en los últimos 3 meses en el 28,4% de los casos en Pereira - Dosquebradas, 20,3% en Cali, 13,2% en Medellín y 11,5% en Bogotá.

En contraste con el porcentaje de PID que se han realizado las pruebas para detección de VHC y con la prevalencia hallada en este estudio, llama la atención la baja proporción de personas que refirieron que un profesional de la salud les había dicho que tenían hepatitis C, siendo 33,9% en Pereira-Dosquebradas, 12,5% en Cali, 12% en Medellín y 3,6% en Bogotá.

No obstante, es Bogotá la ciudad en la que la mayor proporción de personas con diagnóstico recibió tratamiento, con el 76,8%, en comparación con el 20,2%, el 17,2% y el 15,8% que lo recibió en Cali, Medellín y Pereira - Dosquebradas, respectivamente. Entre quienes no recibieron tratamiento resaltan como razón las barreras administrativas para el 29,8% de las personas en Medellín, el 20,8% en Cali y el 19,9% en Pereira-Dosquebradas, razón que no se registró en ningún caso en Bogotá, aunque en esta ciudad sobresale como razón que “el médico no lo ordenó”.

Resulta interesante que motivos como estar sin aseguramiento, temor a ser discriminado o no saber cómo adquirirlo, aparecen, pero en porcentajes bajos en todas las ciudades. Sin embargo, esta última razón resalta en el 17% de los casos en Pereira/Dosquebradas, muy por encima de las otras ciudades.

Es también llamativa la baja frecuencia con la que se registran PID a las que se les haya diagnosticado tuberculosis, siendo la más alta en Pereira/Dosquebradas con 6%, seguida de Cali con 3,8%, Medellín con 1,6% y Bogotá con 0,5%. Entre las pocas personas que recibieron este diagnóstico, el 26,2% en Pereira - Dosquebradas y el 15% en Cali, refieren no haber recibido tratamiento. En Medellín y Bogotá, todas las diagnosticadas dijeron haber sido tratadas.

Tabla 17. Conocimientos sobre hepatitis virales, acceso a pruebas diagnósticas, tratamiento, vacunación, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Alguna vez ha escuchado de una enfermedad que se llama Hepatitis C?								
No	43	20,3 (13,8 - 28,9)	60	16,6 (12,1 - 22,2)	51	22,6 (15,7 - 31,5)	53	14,4 (9,3 - 21,8)
Sí	165	79,7 (71,1 - 86,2)	295	83,4 (77,8 - 87,9)	151	77,4 (68,5 - 84,3)	381	85,5 (78,1 - 90,7)
No responde	0	-	0	-	0	-	2	0,1 (0 - 0,3)
Con base en lo que conoce o ha oído, me indica por favor las formas como se puede infectar una persona con hepatitis								
Por relaciones sexuales con personas infectadas	101	58,7 (47,5 - 69,1)	109	37,4 (29,3 - 46,2)	56	38,2 (28,3 - 49,2)	113	31,8 (23,9 - 40,8)
Durante el embarazo de la madre al hijo	4	3,1 (1 - 9,5)	1	0,5 (0,1 - 3,8)	2	0,3 (0,1 - 1,2)	2	1,1 (0,2 - 5,9)
Por alimentos o agua contaminada	10	5,5 (2,4 - 12)	9	1,1 (0,4 - 2,8)	2	0,6 (0,1 - 3,2)	10	2,2 (1 - 5,1)
Por compartir objetos de uso personal	9	6,4 (2,3 - 16,4)	14	6,8 (3,2 - 13,9)	6	4,3 (1,6 - 11,4)	46	10,5 (6,4 - 16,6)
Por compartir agujas y jeringas	88	51,3 (40,2 - 62,3)	152	48,2 (39,5 - 57)	83	54,7 (44,3 - 64,8)	221	52,9 (44,3 - 61,3)
Por no estar vacunado	3	2,1 (0,5 - 8,7)	0	-	0	-	1	0,2 (0 - 1,4)
Por picadura de mosquitos	3	4,9 (1,3 - 16,5)	0	-	0	-	0	-
Por saludar de mano	2	0,5 (0,1 - 2,3)	0	-	1	0,6 (0,1 - 4,2)	1	0,1 (0 - 0,7)
Por transfusión sanguínea con sangre contaminada	56	34,6 (24,8 - 45,9)	29	7,1 (3,6 - 13,6)	28	17 (10,4 - 26,6)	36	9,8 (5,4 - 17,1)
Tatuajes o pearingas sin técnicas higiénicas	5	5,2 (1,5 - 16,3)	3	1 (0,2 - 4,4)	0	-	5	0,6 (0,1 - 2,2)
Cuando una persona enferma tose	3	1,1 (0,3 - 4,2)	3	1,1 (0,3 - 4,4)	0	-	3	0,2 (0 - 0,6)
No conoce formas de transmisión	24	20,1 (12,3 - 31)	94	30,2 (22,8 - 38,7)	53	35,2 (26 - 45,6)	104	29,6 (22,5 - 37,8)
¿Ha recibido la vacuna de la hepatitis B?								
No	11	49 (39,4 - 58,8)	161	51,3 (43,5 - 59)	97	42,2 (33,5 - 51,4)	316	71,1 (63,3 - 77,9)
Sí	41	21,7 (14,7 - 31)	77	21,2 (15,4 - 28,4)	46	24,7 (17,3 - 33,9)	57	12,4 (8,2 - 18,3)
No sabe	55	29,1 (20,7 - 39,2)	117	27,5 (21,7 - 34,1)	59	33,2 (25 - 42,5)	61	16,4 (11 - 23,7)
No responde	1	0,2 (0 - 1,1)	0	-	0	-	2	0,1 (0 - 0,3)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Alguna vez le han realizado pruebas diagnósticas de hepatitis B?								
No	151	73,4 (63,9 - 81,1)	224	60,4 (52,3 - 68)	164	76,6 (67,2 - 83,9)	264	62,5 (54,4 - 69,9)
Sí	54	24 (17 - 32,9)	126	37,7 (30,1 - 45,8)	31	18,9 (12,2 - 28,2)	157	34,3 (27,2 - 42,3)
No responde	3	2,6 (0,5 - 13,5)	5	1,9 (0,6 - 5,7)	7	4,5 (2 - 9,8)	15	3,2 (1,1 - 9,1)
Me indica por favor, ¿cuándo se realizó la última prueba de hepatitis B?								
Últimos 3 meses	7	12,1 (4,5 - 28,5)	19	11 (5,8 - 19,9)	5	28,8 (10,7 - 57,7)	37	21,4 (13 - 33,1)
Entre 4 y 12 meses	19	30 (16,4 - 48,3)	34	30,7 (18,9 - 45,7)	10	20,6 (8,4 - 42,5)	73	45,4 (32,5 - 59)
Más de 12 meses	28	57,9 (39,5 - 74,4)	73	58,3 (44 - 71,3)	16	50,5 (27,2 - 73,7)	47	33,2 (21,6 - 47,3)
¿Alguna vez un profesional de la salud le ha indicado que tiene hepatitis B?								
No	202	98 (95,3 - 99,1)	348	96,5 (89,7 - 98,9)	9	95,5 (89,8 - 98,1)	400	90,6 (84 - 94,6)
Sí	4	1,3 (0,5 - 3,8)	6	3,4 (1,1 - 10,3)	4	2,6 (0,9 - 7,3)	25	6,1 (3,2 - 11,5)
No responde	2	0,7 (0,2 - 3)	1	0,1 (0 - 0,7)	1	1,9 (0,5 - 7,5)	11	3,3 (1,1 - 9,6)
¿Recibió tratamiento para la hepatitis B?								
No	0	-	3	74 (12,7 - 98,2)	9	50,1 (15,9 - 84,2)	10	46,9 (17,1 - 79,2)
Sí	3	88,3 (9,7 - 99,8)	1	5,4 (0,2 - 61,3)	4	24 (5,7 - 62)	15	53,1 (20,8 - 82,9)
No sabe	0	-	2	20,7 (1,1 - 86,4)	1	2,4 (0,2 - 20,7)	0	-
No responde	1	11,7 (0,2 - 90,3)	0	-	1	23,6 (2,8 - 76,9)	0	-
¿Cuáles fueron las razones para no recibir tratamiento para la hepatitis B?								
No se encontraba asegurado en una EPS	0	-	0	-	0	-	1	2,8 (0,2 - 32,8)
No tenía dinero para comprarlo	0	-	0	-	0	-	0	-
Por dificultades administrativas en la EPS / IPS	0	-	0	-	0	-	2	5,7 (0,6 - 37,1)
Por temor a ser discriminado	0	-	0	-	0	-	0	-
No sabía cómo adquirirlo	0	-	0	-	0	-	1	2,8 (0,2 - 32,8)
Por falta de tiempo	0	-	0	-	0	-	2	21,8 (1,8 - 81,1)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Cuáles fueron las razones para no recibir tratamiento para la hepatitis B?								
El médico no lo ordenó	0	-	1	3,6 (0 - 96,9)	0	-	1	1,9 (0,1 - 24,2)
Otro	0	-	3	-	9	-	4	67,7 (14,7 - 96,2)
¿Alguna vez le han realizado pruebas diagnósticas de hepatitis C?								
No	160	79,6 (71,1 - 86)	222	64 (56,1 - 71,2)	153	74,9 (66,2 - 82,1)	139	34,9 (27,6 - 43,1)
Sí	44	18,6 (12,4 - 27)	129	34,6 (27,5 - 42,5)	46	22,7 (15,9 - 31,3)	292	63,1 (54,9 - 70,7)
No responde	4	1,8 (0,6 - 5,2)	4	1,4 (0,3 - 5,5)	3	2,3 (0,7 - 7,5)	5	1,9 (0,4 - 9,6)
Me indica por favor ¿cuándo se realizó la última prueba de hepatitis C?								
Últimos 3 meses	6	11,6 (4,3 - 27,8)	23	13,3 (7,4 - 22,7)	10	20,4 (9,6 - 38)	89	28,4 (20,7 - 37,6)
Entre 4 y 12 meses	14	30,9 (15,4 - 52,4)	44	33 (21,7 - 46,8)	18	32,8 (18,1 - 51,8)	146	56 (46,2 - 65,4)
Más de 12 meses	24	57,5 (36,4 - 76,2)	62	53,7 (40,3 - 66,6)	18	46,9 (28,2 - 66,4)	55	15,6 (9,8 - 23,9)
¿Alguna vez un profesional de la salud le ha indicado que tiene hepatitis C?								
No	197	93,3 (85,4 - 97,1)	307	88 (81,7 - 92,3)	169	85,2 (78,3 - 90,2)	257	63,9 (56,2 - 70,9)
Sí	8	3,6 (1,5 - 8,3)	48	12 (7,7 - 18,3)	31	12,5 (8,2 - 18,8)	173	33,9 (27,1 - 41,3)
No responde	3	3,1 (0,7 - 13)	0	-	2	2,2 (0,6 - 8,6)	6	2,3 (0,5 - 9,2)
¿Recibió tratamiento para la hepatitis C?								
No	3	18,8 (3 - 63,1)	37	82,1 (59,9 - 93,4)	24	73,6 (48,2 - 89,3)	146	83,6 (73,3 - 90,4)
Sí	4	76,8 (33,1 - 95,7)	10	17,2 (6,1 - 39,7)	6	20,2 (7,1 - 45,9)	26	15,8 (9,1 - 26,1)
No sabe	0	-	1	0,7 (0,1 - 5,7)	0	-	1	0,6 (0,1 - 4,3)
No responde	1	4,3 (0,3 - 42,2)	0	-	1	6,1 (0,8 - 35,4)	0	-
¿Cuáles fueron las razones para no recibir tratamiento para la hepatitis C?								
No se encontraba asegurado en una EPS	0	-	3	13,1 (3,3 - 39,9)	0	-	11	9,6 (4,1 - 20,8)
No tenía dinero para comprarlo	0	-	0	-	0	-	3	0,6 (0,2 - 2,2)
Por dificultades administrativas en la EPS / IPS	0	-	8	29,9 (9,2 - 64,3)	8	20,8 (8,4 - 43,1)	22	20 (11,6 - 32,1)
Por temor a ser discriminado	0	-	0	-	0	-	0	-

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Cuáles fueron las razones para no recibir tratamiento para la hepatitis C?								
El médico no lo ordenó	1	34 (0,1 - 99,7)	6	5,5 (2 - 14,3)	4	11,9 (3,2 - 35,4)	8	3,2 (0,9 - 10,7)
Otro	1	43,3 (0,1 - 99,8)	19	51,5 (25,9 - 76,3)	10	60,6 (36,3 - 80,6)	57	39,7 (27,4 - 53,4)
¿Alguna vez un profesional de la salud le ha indicado que tiene tuberculosis?								
No	203	96,3 (87,4 - 99)	352	98,4 (94 - 99,6)	192	96,2 (92,4 - 98,1)	411	93,5 (87,8 - 96,6)
Sí	1	0,5 (0,1 - 3,2)	3	1,6 (0,4 - 6)	10	3,8 (1,9 - 7,6)	21	6 (3 - 11,8)
No responde	4	3,3 (0,8 - 12,8)	0	-	0	-	4	0,5 (0,1 - 1,7)
¿Recibió tratamiento para la tuberculosis?								
No	0	-	0	-	2	15,1 (2 - 60,9)	4	26,2 (7,1 - 62,1)
Sí	1	-	3	-	8	84,9 (39,1 - 98)	17	73,8 (37,9 - 92,9)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.5.2 VIH

La mayoría de las PID en todas las ciudades han escuchado del VIH/sida en porcentajes superiores a 90%. Las ciudades en las que se registra mayor familiaridad con el tema son Bogotá con 97% y Cali con 94,3%. Sin embargo, en Medellín el 9,5% y en Pereira-Dosquebradas el 9,2% no han recibido información alguna sobre el VIH o el sida. En Cali y Pereira-Dosquebradas se registra acceso más reciente a esta información en mayor proporción que en las otras dos ciudades de estudio. Así, dos de cada tres PID en Pereira-Dosquebradas y cuatro de cada cinco en Cali, han recibido esta información durante el último año, en tanto que en Bogotá el 71,3% y en Medellín el 57% la recibió hace más de un año.

Un poco más de la mitad de las PID en Bogotá, Medellín y Pereira-Dosquebradas menciona que el VIH se puede transmitir compartiendo agujas o jeringas, mientras que en Cali el 72,3% lo tiene claro.

Muy pocas personas tienen claro el riesgo de infección por compartir otros elementos de la parafernalia para inyectarse, la mezcla preparada o teniendo contacto con sangre contaminada. El 21% de las PID tanto en Bogotá como en Medellín y alrededor del 10% en Cali y Pereira-Dosquebradas indica que el VIH se transmite por compartir equipos o soluciones para inyección. De hecho, solo el 26,6% en Medellín, el 36,2% en Pereira-Dosquebradas y el 38,4% en Cali reconocen riesgo al entrar en contacto con sangre contaminada, tal porcentaje en Bogotá es del 50%.

Sorprende el bajo porcentaje que refiere riesgo de infección por no usar condón, siendo el más bajo en Cali con 7,7%, seguido de Pereira-Dosquebradas con 11,7%, Bogotá con 14,6% y Medellín con 18%. Si el VIH se puede prevenir utilizando condón de manera correcta y de principio a fin en todas las relaciones sexuales, fue respondido afirmativamente por el 92,5% en Pereira-Dosquebradas, el 90,9% en Cali, el 89,3% en Medellín y el 83% en Bogotá.

Si el VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual que sea fiel y que no viva con VIH, o sea evitando tener múltiples parejas sexuales, respondió que sí el 92,9% en Cali, el 86,7% en Pereira-Dosquebradas, el 85,5% en Medellín y el 82,6% en Bogotá. Menor claridad se detecta ante la pregunta de si el VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo, en tanto que el 29% de las PID en Pereira-Dosquebradas responde afirmativamente, igual que el 27,9% en Cali, el 23,2% en Bogotá y el 18,7% en Medellín.

Lo mismo ocurre con la pregunta de si el VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado, ya que el 32,1% de las personas en Cali, el 28,3% en Pereira-Dosquebradas, el 17,8% en Medellín y el 16,7% en Bogotá respondieron afirmativamente. En la misma línea, ante la pregunta de si compraría verduras a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona vive con VIH el 45,5% de las PID en Cali y 39,5% en Pereira/Dosquebradas refieren que no lo harían, frente al 28,8% en Medellín y 21,2% en Bogotá.

En complemento, la pregunta de si cree que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela o colegio con los niños que no tienen VIH, el 38% en Cali, 25,8% en Pereira-Dosquebradas, el 20,5% en Medellín y el 13,6% en Bogotá dice que no. Se presenta más claridad en torno a la pregunta de si cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH, ya que el 94,4% de las personas en Cali, el 90,5% en Bogotá, el 88,4% en Medellín y el 87,8% en Pereira-Dosquebradas responde que sí.

A pesar de la respuesta por cerca de la mitad en torno al riesgo de infección por compartir equipos de inyección que se describió antes, la inmensa mayoría en todas las ciudades responde que el VIH sí se puede transmitir por inyectarse con agujas que han sido utilizadas previamente por otra persona. Porcentajes marginales, cercanos a 1% en las ciudades, refirieron que no (Tabla 18).

Tabla 18. Conocimientos sobre VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿El VIH se puede prevenir utilizando condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales?								
No	26	10,7 (6,4 - 17,3)	24	6,6 (3,2 - 13)	9	6,7 (2,8 - 15,2)	18	3,8 (1,9 - 7,5)
Sí	168	83 (74,2 - 89,2)	284	83,3 (82,6 - 93,7)	183	91 (82,7 - 95,5)	379	92,5 (87,6 - 95,5)
No sabe	6	6,3 (2,5 - 15,2)	12	4,1 (1,9 - 8,5)	4	2,4 (0,8 - 6,7)	14	3,7 (1,7 - 7,9)
¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales?								
No	34	14,8 (9,1 - 23,2)	39	11,2 (6,9 - 17,6)	11	4,2 (2 - 8,4)	39	8,5 (4,5 - 15,4)
Sí	161	82,7 (74,2 - 88,8)	269	85,5 (79 - 90,3)	179	93 (88 - 96)	352	86,8 (79,8 - 91,6)
No sabe	5	2,5 (1 - 6,1)	12	3,3 (1,6 - 6,6)	6	2,9 (1,2 - 6,7)	20	4,8 (2,6 - 8,7)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo?								
No	116	53,8 (43,7 - 63,6)	206	61,6 (53,3 - 69,3)	110	55,2 (45,8 - 64,2)	181	43,8 (35,8 - 52,1)
Sí	43	23,2 (15,6 - 33,1)	55	18,8 (13,1 - 26,2)	52	27,9 (20,3 - 37)	129	29,1 (22,6 - 36,5)
No sabe	41	22,9 (15,4 - 32,7)	59	19,6 (13,9 - 27)	34	16,9 (11 - 25)	101	27,1 (20,1 - 35,4)
¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado?								
No	152	78,1 (68,9 - 85,2)	234	70,4 (62,5 - 77,3)	123	55,1 (45,5 - 64,3)	241	59,9 (51,7 - 67,7)
Sí	38	16,7 (10,8 - 24,9)	51	17,8 (12,6 - 24,5)	51	32,1 (23,6 - 42)	119	28,4 (21,7 - 36,1)
No sabe	10	5,2 (1,9 - 13,1)	35	11,8 (7,2 - 18,7)	22	12,8 (7,5 - 21,1)	51	11,7 (7,1 - 18,8)
¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH?								
No	15	7 (3,6 - 13,1)	26	10,2 (5,8 - 17,1)	9	4,1 (1,9 - 8,5)	37	7,8 (4,4 - 13,3)
Sí	183	90,5 (82,1 - 95,2)	287	88,4 (81,5 - 93)	183	94,5 (89,6 - 97,1)	360	87,8 (80,9 - 92,4)
No sabe	2	2,5 (0,4 - 14,3)	7	1,4 (0,6 - 3,4)	4	1,4 (0,4 - 5,2)	14	4,4 (1,8 - 10,7)
¿El VIH se puede transmitir por inyectarse con agujas que han sido utilizadas previamente por otra persona?								
No	2	1,1 (0,2 - 4,9)	5	0,8 (0,2 - 2,9)	2	0,5 (0,1 - 1,9)	5	1 (0,3 - 3,6)
Sí	197	98,7 (95,2 - 99,7)	314	98,7 (96,1 - 99,6)	193	99 (96,8 - 99,7)	404	98,9 (96,4 - 99,7)
No sabe	1	0,2 (0 - 1,2)	1	0,5 (0,1 - 3,5)	1	0,5 (0,1 - 3,5)	2	0,1 (0 - 0,3)
¿Compraría verduras a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene VIH?								
No	56	21,2 (15,2 - 28,7)	83	28,8 (21,8 - 36,9)	77	45,5 (36,3 - 55)	171	39,6 (32,1 - 47,6)
Sí	140	77,3 (69,6 - 83,5)	233	69,4 (61,2 - 76,5)	116	52,7 (43,3 - 62)	225	57,7 (49,6 - 65,4)
No sabe	4	1,5 (0,5 - 4,1)	4	1,8 (0,5 - 6)	3	1,8 (0,5 - 6,3)	15	2,8 (1,2 - 6,3)
¿Cree que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela / colegio con los niños que no tienen VIH?								
No	34	13,6 (8,5 - 21,2)	58	20,5 (15 - 27,5)	61	38,1 (29,1 - 48)	116	25,8 (19,6 - 33,2)
Sí	162	85,1 (77,5 - 90,5)	257	78,6 (71,6 - 84,2)	130	58,4 (48,6 - 67,5)	281	68,4 (60,2 - 75,5)
No sabe	4	1,3 (0,4 - 3,6)	5	0,9 (0,3 - 2,6)	5	3,5 (1,3 - 9)	14	5,8 (2,3 - 13,8)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.5.3 Autovaloración del riesgo de VIH

Tanto en Bogotá con 39,1% como en Medellín con 36,5% las PID consideran que su propio riesgo de adquirir VIH es bajo. Lo mismo ocurre con el 28,1% en Pereira-Dosquebradas y el 26,5% en Cali. Alrededor de una de cada tres personas en

Pereira-Dosquebradas y en Cali, consideran que su riesgo es alto, en contraste con el 18,7% de las PID en Medellín y el 16,6% en Bogotá que así lo percibe. Entre tanto, el 15,7% de las personas en Pereira-Dosquebradas, el 14,2% en Bogotá, el 11,4% en Cali y el 5,4% en Medellín desconoce su grado de riesgo o vulnerabilidad ante el VIH.

Tabla 19. Autovaloración de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Cómo valora su grado de vulnerabilidad o riesgo frente al VIH?								
Alto	42	16,6 (10,9 - 24,4)	63	18,7 (12,8 - 26,4)	71	33,8 (25,7 - 42,9)	136	31,9 (25 - 39,6)
Medio	66	29,5 (21,4 - 39,1)	118	39 (31,2 - 47,5)	49	28 (20,5 - 37,1)	115	24,2 (17,9 - 31,9)
Bajo	72	39,2 (29,7 - 49,5)	117	36,5 (29,2 - 44,5)	46	26,6 (18,8 - 36,1)	85	28,2 (20,8 - 36,9)
No sabe cuál es su grado de riesgo o vulnerabilidad	19	14,3 (8,1 - 24)	20	5,4 (3,1 - 9,3)	29	11,5 (6,7 - 18,9)	74	15,7 (11,1 - 21,9)
No responde	1	0,5 (0,1 - 3,3)	2	0,3 (0,1 - 1,6)	1	0,1 (0 - 0,9)	1	0 (0 - 0,1)
¿Sabe a dónde dirigirse si desea realizarse la prueba de VIH?								
No	52	26,1 (18,3 - 35,8)	139	39,5 (32 - 47,4)	29	14,4 (9 - 22,1)	121	26,5 (20,5 - 33,4)
Sí	156	73,9 (64,2 - 81,7)	216	60,5 (52,6 - 68)	173	85,6 (77,9 - 91)	315	73,5 (66,6 - 79,5)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.5.4 PID que conocen su estatus frente al VIH antes de participar en el estudio

Porcentajes muy marginales en Medellín, Cali y Pereira-Dosquebradas obtuvieron resultados indeterminados, no recibieron sus resultados o no recuerdan sus resultados. Para Bogotá no se presentaron registros en ninguna de estas categorías (Tabla 20).

Es notorio el 2,9% de personas en Pereira/Dosquebradas y el 1,2% en Cali que dice no haber recibido sus resultados, frente al 0,1% en Medellín. Quienes obtuvieron un resultado reactivo en

la última prueba de VIH realizada antes de la participación en el estudio, fueron 15,7% en Cali, 13,5% en Pereira-Dosquebradas, 8,3% en Medellín y 3,9% en Bogotá.

Entre quienes recibieron resultados reactivos resalta el 47% que en Medellín no le ha comentado a nadie que vive con VIH, frente al 29,8% en Cali y el 15,6% en Pereira-Dosquebradas. En Bogotá no se presenta este caso, el 80,5% lo comentó con su pareja estable, el 15,5% con sus familiares y el 3,9% con sus amigos. La mayor proporción de personas que lo comentaron a sus familiares está en Pereira/Dosquebradas con 68,6% y Cali con 55,4%.

Tabla 20. Resultados de la última prueba de VIH realizada con antelación al estudio y a quién le ha comentado su estatus frente al VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Me indica, por favor, ¿cuál fue el resultado de esa última prueba de VIH?								
Reactivo/Positivo	5	3,9 (1,4-10,4)	24	8,4 (4,4 - 15,5)	32	15,7 (10,3 - 23,2)	48	13,5 (8,9 - 20,1)
No reactivo	161	96,1 (89,6-98,6)	259	89,9 (82,7 - 94,3)	152	81,3 (73,3 - 87,3)	352	82,8 (75,7 - 88,1)
Indeterminado	0	-	1	0,2 (0 - 1,1)	0	-	1	0,2 (0 - 1,3)
No recibí los resultados	0	-	1	0,7 (0,1 - 5,1)	1	1,3 (0,2 - 8,5)	5	3 (1,1 - 7,7)
No recuerda	0	-	1	0,7 (0,1 - 5,1)	1	0,5 (0,1 - 3,7)	4	0,5 (0,2 - 1,6)
No responde	0	-	1	0 (0 - 0,3)	2	1,2 (0,3 - 5,3)	0	-
Del siguiente listado de personas, ¿a quién le ha contado que vive con VIH?								
A nadie le ha contado que vive con VIH	0	-	10	47 (16,9 - 79,5)	10	29,9 (13,3 - 54)	12	15,6 (6,7 - 32,4)
Pareja estable	3	80,5 (14,6 - 99)	1	1,8 (0,2 - 14,5)	0	-	1	0,1 (0 - 0,5)
Profesionales de la salud	0	-	4	16,6 (4,4 - 46,6)	2	7,2 (1,6 - 26,8)	2	15,6 (3 - 52,2)
Familiares	1	15,6 (0,5 - 87,1)	6	23,7 (6,9 - 56,6)	16	55,5 (33,5 - 75,5)	32	68,6 (42,9 - 86,5)
Amigos	1	3,9 (0,1 - 57,9)	3	10,9 (1,8 - 45,3)	2	4 (0,7 - 19,7)	1	0,1 (0 - 1)
Otro	0	-	0	-	2	3,5 (0,6 - 16,8)	0	-

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.6 PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE LAS PID

5.6.1 Infecciones de transmisión sexual - ITS

La mayoría de las PID refiere no haber tenido una infección de transmisión sexual en los últimos 6 meses, siendo en Pereira/Dosquebradas el 95,6%, en Cali 88,7%, en Medellín 86,9% y en Bogotá 85,3%. Mientras no sabe si ha tenido una ITS el 9% en Bogotá, el 5,9% en Medellín, el 3,9% en Cali y el 1,1% en Pereira-Dosquebradas (Tabla 21).

Cali es la ciudad en la que el 7,3% refiere haber tenido alguna infección, seguida de Medellín con el 7,1%, Bogotá con 5,5% y Pereira-Dosquebradas con 3,2%. La mayor proporción de respuestas indican que se trató de sífilis, siendo la más alta en Cali con el 46,4%, le sigue Medellín con 24,5%, Bogotá con 16,3% y Pereira-Dosquebradas con 13,9%. En estas dos últimas ciudades, el 12,4% indica que se trató de herpes, en ninguna otra ciudad se registró esta ITS.

Por otro lado, la gonorrea mostró los mayores registros en Medellín con 27,2% y en Cali con

18,9%. No hubo referencia a hepatitis B y casos marginales de condilomas o verrugas venéreas, así como de otro tipo de ITS.

Hay mayor referencia a acceso a tratamiento para las ITS detectadas en Bogotá con el 96,2%, seguida de Pereira-Dosquebradas con 72,8%, Medellín con 66,1% y Cali con 60,1%. Quienes no recibieron tratamiento indican distintas razones que varían por ciudad. En las que hubo menor acceso a tratamiento, como en Medellín, el 75,3% refiere que “el médico no lo ordenó”, mientras que en Cali esta razón la esgrime el 7,6%. En las otras ciudades no se registra esta razón. En Bogotá, en cambio, el 44,8% indica que fue “por falta de tiempo”. Mientras que en Pereira-Dosquebradas

la razón de más peso fue “por vergüenza, ansiedad o temor para solicitarlo” con el 31%.

Un poco más de una de cada tres PID en Bogotá, Cali y Pereira-Dosquebradas indicó haber tomado medidas preventivas para protegerse de las ITS durante el último mes, mientras que en Medellín tal proporción es de una de cada dos. Entre quienes dijeron haber tomado medidas preventivas, la más común es el uso del condón en porcentajes mayores al 91% en todas las ciudades, a excepción de Medellín en que se registró el 62,3%, pues 21,8% dijo explícitamente no haber hecho nada para protegerse, lo cual contrasta con la mayor proporción de personas que en el apartado anterior dijeron haber tomado medidas preventivas.

Tabla 21. Ocurrencia de ITS en los últimos 6 meses, acceso a tratamientos y medidas preventivas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
En los últimos 6 meses, ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual?								
No	183	85,3 (76,8 - 91,1)	324	86,9 (78,8 - 92,2)	188	88,7 (79,3 - 94,2)	415	95,6 (91,7 - 97,7)
Sí	11	5,5 (2,6 - 11,1)	13	7,2 (3,3 - 14,9)	10	7,3 (3,3 - 15,5)	15	3,2 (1,5 - 7)
No sabe	13	9 (4,5 - 17,4)	18	5,9 (2,8 - 12)	4	4 (1,1 - 13)	5	1,1 (0,4 - 3,5)
No responde	1	0,2 (0 - 1,1)	0	-	0	-	1	0 (0 - 0,3)
Para esa o esas infecciones que tuvo, ¿recibió tratamiento médico?								
No	2	3,8 (0,6 - 20,7)	3	33,9 (6 - 80,5)	3	39,9 (6,9 - 85,5)	5	27,2 (6,6 - 66,3)
Sí	9	96,2 (79,3 - 99,4)	10	66,1 (19,5 - 94)	7	60,1 (14,5 - 93,1)	10	72,8 (33,7 - 93,4)
¿Cuál o cuáles fueran las razones para no recibir tratamiento médico?								
Por vergüenza, ansiedad o temor para solicitarlo	0	-	1	0,4 (0 - 76)	0	-	2	31 (1,8 - 91,6)
Por temor a ser discriminado	0	-	1	0,4 (0 - 76)	0	-	0	-
No sabía cómo adquirirlo	0	-	0	-	0	-	1	3,7 (0,1 - 58,1)
Falta de tiempo	1	44,9 (0 - 100)	1	0,4 (0 - 76)	0	-	0	-
El médico no lo ordenó	0	-	1	75,3 (0,2 - 100)	1	7,7 (0 - 98,9)	0	-

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
En los últimos 6 meses, ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual?								
No	183	85,3 (76,8 - 91,1)	324	86,9 (78,8 - 92,2)	188	88,7 (79,3 - 94,2)	415	95,6 (91,7 - 97,7)
Sí	11	5,5 (2,6 - 11,1)	13	7,2 (3,3 - 14,9)	10	7,3 (3,3 - 15,5)	15	3,2 (1,5 - 7)
No sabe	13	9 (4,5 - 17,4)	18	5,9 (2,8 - 12)	4	4 (1,1 - 13)	5	1,1 (0,4 - 3,5)
No responde	1	0,2 (0 - 1,1)	0	-	0	-	1	0 (0 - 0,3)
Para esa o esas infecciones que tuvo, ¿recibió tratamiento médico?								
No	2	3,8 (0,6 - 20,7)	3	33,9 (6 - 80,5)	3	39,9 (6,9 - 85,5)	5	27,2 (6,6 - 66,3)
Sí	9	96,2 (79,3 - 99,4)	10	66,1 (19,5 - 94)	7	60,1 (14,5 - 93,1)	10	72,8 (33,7 - 93,4)
¿Cuál o cuáles fueran las razones para no recibir tratamiento médico?								
Por vergüenza, ansiedad o temor para solicitarlo	0	-	1	0,4 (0 - 76)	0	-	2	31 (1,8 - 91,6)
Por temor a ser discriminado	0	-	1	0,4 (0 - 76)	0	-	0	-
No sabía cómo adquirirlo	0	-	0	-	0	-	1	3,7 (0,1 - 58,1)
Falta de tiempo	1	44,9 (0 - 100)	1	0,4 (0 - 76)	0	-	0	-
El médico no lo ordenó	0	-	1	75,3 (0,2 - 100)	1	7,7 (0 - 98,9)	0	-
Otra	1	55,1 (0 - 100)	3	-	2	92,3 (1,1 - 100)	3	69 (8,4 - 98,2)
Durante los últimos 30 días ¿ha realizado algo para protegerse de una infección de transmisión sexual?								
No	149	66,4 (56,1 - 75,3)	172	49,3 (41,5 - 57,1)	123	63,8 (54,8 - 71,9)	281	63,4 (55,2 - 70,8)
Sí	57	31,1 (22,6 - 41,1)	183	50,7 (42,9 - 58,5)	79	36,2 (28,1 - 45,2)	154	36,6 (29,2 - 44,7)
No responde	2	2,5 (0,4 - 14,2)	0	-	0	-	1	0 (0 - 0,3)
¿Qué cosa o cosas hizo para protegerse de una infección de transmisión sexual?								
Usar condón	52	91,4 (76,8 - 97,2)	119	62,4 (52 - 71,7)	76	96,4 (87,1 - 99,1)	149	97,4 (92,9 - 99,1)
Revisar la zona genital de la pareja antes de las relaciones	3	3,5 (0,8 - 13,1)	2	0,6 (0,1 - 2,9)	1	0,9 (0,1 - 6,3)	0	-
Lavar la zona genital o anal con jabón de la pareja antes de las relaciones	3	4,1 (1,2 - 13,5)	0	-	0	-	1	2,2 (0,3 - 14,4)

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
¿Qué cosa o cosas hizo para protegerse de una infección de transmisión sexual?								
Limpiar la zona genital de la pareja con sustancia desinfectante antes de las relaciones	2	4,4 (1 - 17)	0	-	0	-	0	-
Lavar su zona genital después de las relaciones	3	3,5 (1 - 12,1)	0	-	2	2,2 (0,5 - 9)	1	0,1 (0 - 0,7)
Usar lubricantes	6	8,1 (2,9 - 20,3)	0	-	1	1,3 (0,2 - 8,9)	3	2 (0,4 - 8,9)
No hizo nada	0	-	38	21,9 (14,7 - 31,2)	1	1,1 (0,1 - 7,5)	2	1,3 (0,3 - 5,8)
Otra	1	3,7 (0,5 - 23,1)	25	15,2 (9,4 - 23,9)	3	3,8 (1 - 13,3)	4	8,2 (2,5 - 24)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.6.2 Situación de la salud mental

Los resultados (Tabla 22) sugieren que las PID en Medellín y en Pereira-Dosquebradas perciben en mayor proporción su estado anímico reciente como depresivo, pues casi una de cada dos refiere frecuencias de más de 15 días o casi todos los días durante el último mes. Al tiempo, en estas dos ciudades se presenta la mayor proporción de PID que dicen “nunca” haber sentido síntomas de ánimo depresivo en el mismo período de tiempo (34,3% y 35,6% respectivamente).

En Medellín la proporción es de un poco más de una de cada tres PID que refiere sentirse con mayor frecuencia con ánimo depresivo, mientras que en Bogotá tal proporción es de una de cada cuatro.

En referencia a la pregunta sobre desinterés para hacer las cosas o anhedonia, Bogotá es la ciudad en la que cerca de una de cada dos PID presenta este síntoma con mayor frecuencia en el último mes, mientras que en las otras ciudades la proporción está por debajo del 40%. Mientras en Cali y Pereira-Dosquebradas el 44,1% y 47,6%, respectivamente, “nunca” sintió desinterés en hacer las cosas, lo cual coincide con la alta proporción del primer ítem para estas dos ciudades. En Bogotá este porcentaje es de 21,7% y en Medellín de 25,6%.

Los resultados de los ítems del GAD-2 indican que de nuevo en Cali y Pereira-Dosquebradas hay una mayor proporción de PID que indican “nunca” haber sentido ansiedad o nervios en las últimas dos semanas, con porcentajes de 32,4% y 34,3 %, respectivamente. En Bogotá es el 5,1% y en Medellín el 19,3%.

Sin embargo, las respuestas indicativas de mayor ansiedad muestran que la ciudad en la que hay mayor proporción de PID que puntúan alto es Bogotá con una de cada dos (19,9% y 32,02%), seguida de Pereira-Dosquebradas (11,52% y 37,43%) y Medellín (10,23% y 32,71%). En Cali los porcentajes son de 8,12% y 23,84%, respectivamente.

Frente a la sensación de no poder dejar de lado la preocupación, se presenta de nuevo concordancia con las respuestas al ítem anterior, siendo Cali y Pereira-Dosquebradas en donde un poco más de una de cada dos PID respondieron “nunca” haberse sentido de esa forma, mientras que en Bogotá y Medellín el 16,4% y el 18,9% de las personas, respectivamente, dieron esta respuesta.

No obstante, cerca de una de cada dos personas en Medellín (12,8% y 35,7%) y Pereira (8,6% y 36,5%) dicen sentirse preocupados con mayor

frecuencia que las PID en Bogotá (16,1% y 24,7%) y Cali (8,7% y 27,9%), aunque los porcentajes en todas las ciudades son altos para la mayor frecuencia indagada (casi todos los días) y sugiere importantes síntomas de ansiedad.

Tabla 22. Síntomas de depresión y ansiedad durante el último mes, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá		Medellín		Cali		Pereira/DQ	
	(N=208)		(N=355)		(N=202)		(N=436)	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido con ánimo deprimido, decaído o sin esperanza?								
Nunca	22	7,8 (4,4 - 13,4)	65	18,9 (13,3 - 26,1)	72	34,4 (26,5 - 43,4)	163	35,6 (28,6 - 43,3)
Menos de 15 días	79	41,3 (31,9 - 51,3)	125	33,3 (26,5 - 40,9)	66	30,9 (22,9 - 40,1)	85	18,7 (13,2 - 26)
Más de 15 días	39	18,4 (11,9 - 27,2)	49	15,4 (10,6 - 21,9)	10	4,7 (2,2 - 9,5)	46	12,7 (8 - 19,6)
Casi todos los días	68	32,6 (24,1 - 42,3)	116	32,4 (25,4 - 40,3)	54	30 (21,9 - 39,6)	142	32,9 (25,6 - 41,2)
En el último mes, ¿se ha sentido con falta de interés o placer en hacer algo?								
Nunca	41	21,7 (14,3 - 31,4)	85	25,6 (19 - 33,5)	82	44,1 (35,2 - 53,4)	193	47,6 (39,7 - 55,7)
Menos de 15 días	69	30,1 (22,2 - 39,4)	116	32,8 (25,8 - 40,6)	43	18,2 (12,3 - 25,9)	70	14,6 (10,1 - 20,6)
Más de 15 días	37	22,7 (14,9 - 32,9)	48	10,8 (7,4 - 15,6)	20	9,6 (5,1 - 17,4)	46	11,3 (6,9 - 17,9)
Casi todos los días	61	25,6 (18,4 - 34,2)	106	30,8 (24,1 - 38,4)	57	28,1 (20,5 - 37,2)	127	26,5 (20 - 34,3)
Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado?								
Nunca	11	5,1 (1,9 - 12,7)	62	19,3 (13,6 - 26,6)	64	32,4 (24,4 - 41,6)	147	34,3 (27 - 42,5)
Varios días, al menos una semana	77	43 (33,4 - 53,1)	140	37,8 (30,5 - 45,6)	79	35,6 (27,4 - 44,8)	85	16,7 (12 - 22,8)
Más de una semana	37	19,9 (13,1 - 29)	36	10,2 (6,4 - 16)	12	8,1 (3,9 - 16,3)	46	11,5 (7,1 - 18,2)
Casi todos los días	83	32 (24,2 - 41)	117	32,7 (25,9 - 40,4)	47	23,8 (16,9 - 32,4)	158	37,4 (30 - 45,6)
Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido que no puede dejar de preocuparse o controlar su preocupación?								
Nunca	31	16,4 (10,1 - 25,5)	71	18,8 (13,6 - 25,5)	76	37,1 (28,7 - 46,4)	154	34,8 (27,6 - 42,8)
Menos de 15 días	88	42,8 (33,5 - 52,6)	106	32,6 (25,4 - 40,6)	57	26,3 (18,9 - 35,2)	84	20,1 (14,8 - 26,6)
Más de 15 días	28	16,1 (9,9 - 25,1)	42	12,8 (8,5 - 19)	8	8,7 (3,8 - 18,7)	36	8,6 (5,1 - 14,3)
Casi todos los días	61	24,7 (17,4 - 33,8)	136	35,8 (28,7 - 43,4)	51	27,9 (20,9 - 36,1)	162	36,5 (28,9 - 44,8)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

5.7 ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

El impacto del estigma y la discriminación que viven las personas que se inyectan drogas se exploró en el ámbito de las redes cercanas, frente a las autoridades y a modo de barreras de acceso a los servicios sanitarios (Tabla 23). Las variables se distribuyeron en dos módulos de la encuesta: estigma y discriminación y uso de servicios.

En Bogotá y Medellín mayor proporción de PID han divulgado su práctica de inyección a otras personas con el 90,5% y 92,7% respectivamente, frente a 83% en Cali y 86% en Pereira-Dosquebradas. En Cali se ha comentado con mayor frecuencia a la familia (84%), igual que en Pereira/Dosquebradas (88%), en tanto que en Medellín y en Bogotá tal porcentaje es del 68% y 42,3%, en su orden.

El 82% de las PID de Bogotá y el 80,4% en Medellín lo han comentado a sus amigos y conocidos que comparten la práctica de inyección, mientras que en Pereira/Dosquebradas este porcentaje es de 74,3% y en Cali de 55,2%.

Frente a los profesionales de la salud, el porcentaje es bajo en Bogotá con 13,0%, seguido de Cali 22% y Medellín 24,3%, en tanto que en Pereira-Dosquebradas, tal porcentaje es 43,5%. Alrededor de una de cada tres PID en Bogotá y Medellín lo han dicho a sus parejas, al tiempo que solo el 18,7% de las PID de Pereira/Dosquebradas y el 15,2% de Cali, lo han hecho.

En referencia a la exclusión de las dinámicas familiares, Bogotá es en donde la mayor proporción dice que “no” (55,7%), lo cual muestra concordancia con el menor porcentaje de personas cuyas familias conocen la situación. Le sigue Medellín con 38,6%, Pereira-Dosquebradas con 33,5% y Cali con 30%.

La percepción reciente de exclusión es más alta en Medellín con 38,9%, seguida de Cali con 30%, Pereira/Dosquebradas con 25,4% y Bogotá con 23,2%. La ciudad en la que una mayor proporción de PID no tiene contacto con la familia es Cali con 9,7%. En Bogotá es 3,8%, Pereira-Dosquebradas tal porcentaje es 2,6% y en Medellín, 1,7%.

Entre quienes tienen contacto con sus familias, es Medellín en donde se presenta mayor proporción de percepción de comentarios injustos frente a las PID (46,5%), en Cali y Pereira-Dosquebradas es similar el porcentaje de personas que lo reportan con 36% y 37%, respectivamente, y en Bogotá lo reporta el 28,2%.

Frente a la evitación de servicios de salud por temor a ser estigmatizado o discriminado, hay un alto porcentaje de PID que indican que “no” les ha ocurrido, siendo el mayor porcentaje en Pereira-Dosquebradas (73,3%), seguido de Cali (72,3%), Medellín (67,7%) y Bogotá (66%). En Medellín el reporte de esta situación en los últimos seis meses es mayor que en el resto de las ciudades (26,3%).

En complemento a estos hallazgos y en referencia a los indicadores de estigma y discriminación sugeridos por ONUSIDA como parte del Monitoreo Global de Sida, se exploraron los motivos para evitar acudir a servicios de salud, pruebas diagnósticas, tratamiento o atención en VIH en los últimos 12 meses, encontrando que, como se ha descrito en apartados previos, existen barreras de acceso en proporciones menores y que el estigma no resulta ser un motivo primario para evitar los servicios de salud en esta población clave.

Ante la opción de haber evitado acceder a estos servicios por miedo o temor debido al estigma frente al VIH, las respuestas afirmativas fueron: 28,6% en Pereira-Dosquebradas, 21,7% en Medellín, 18,3% en Cali y 12% en Bogotá.

Sin embargo, el análisis desagregado por género indica que, aunque también es baja, la proporción de respuestas afirmativas es mayor en las mujeres que en los hombres. De esta forma, la preocupación frente al estigma la refiere el 13,5% de las mujeres, frente al 11,3% de los hombres en Bogotá. Dicha proporción en Medellín es de 27,8% contra 20,1%; en Pereira-Dosquebradas es de 39,4% contra 26,4%. En Cali, por el contrario, tal proporción se invierte, siendo 19,6% en hombres y 9,8% en mujeres.

Tabla 23. Indicadores de estigma y discriminación que experimentan las PID, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali, Pereira-Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá (N=208)		Medellín (N=355)		Cali (N=202)		Pereira/DQ (N=436)	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
¿Le ha contado a alguien que se inyecta drogas?								
No	12	9,4 (4,4 - 19,2)	26	7,3 (4,5 - 11,7)	41	17,1 (11,3 - 24,9)	54	14,3 (9,1 - 21,6)
Si	196	90,6 (80,8 - 95,6)	329	92,7 (88,3 - 95,5)	161	82,9 (75,1 - 88,7)	382	85,7 (78,4 - 90,9)
¿A quién le ha contado que se inyecta drogas?								
Pareja	60	30,2 (21,8 - 40)	132	34,1 (26,9 - 42,1)	29	15,2 (9,8 - 23)	79	18,7 (13,2 - 25,9)
Familia	98	42,3 (33,1 - 52,2)	237	68,1 (60 - 75,2)	129	83,7 (75,1 - 89,8)	342	88,1 (81,4 - 92,6)
Amigos / conocidos que se inyectan drogas	162	82,1 (72,6 - 88,9)	290	80,4 (71,2 - 87,2)	94	55,2 (44,9 - 65,1)	291	74,3 (65,7 - 81,3)
Profesionales de salud	20	13 (7 - 23)	97	24,3 (18,1 - 31,9)	42	22,1 (15,4 - 30,5)	185	43,5 (35,3 - 52)
Otros	8	2,8 (1,2 - 6,2)	11	4,9 (1,9 - 11,8)	6	2,1 (0,8 - 5,3)	5	1,7 (0,5 - 4,9)
¿Se ha sentido excluido de actividades familiares por su uso de drogas inyectadas?								
No	103	55,7 (46 - 65)	133	38,6 (31,3 - 46,4)	61	30 (22,1 - 39,4)	128	33,5 (26,3 - 41,6)
Si, en los últimos 6 meses	50	23,2 (16,3 - 31,9)	154	38,9 (31,7 - 46,6)	60	29,3 (21,4 - 38,8)	148	25,4 (19,7 - 32,1)
Sí, pero no en los últimos 6 meses	48	17,3 (11,6 - 25)	62	20,9 (14,7 - 28,8)	62	30,9 (23,4 - 39,6)	152	38,5 (30,8 - 46,8)
No tiene contacto con la familia	7	3,8 (1,1 - 12,4)	6	1,7 (0,7 - 4,1)	19	9,7 (5,6 - 16,3)	8	2,6 (0,7 - 9,2)

Característica	Bogotá (N=208)		Medellín (N=355)		Cali (N=202)		Pereira/DQ (N=436)	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Ha recibido comentarios por su inyección de drogas en su ámbito familiar que considera injustos?								
No	109	60,5 (50,8 - 69,4)	135	43,1 (35,3 - 51,2)	68	42 (32,6 - 52,1)	159	35,9 (28,7 - 43,8)
Sí, en los últimos 6 meses	61	28,2 (20,6 - 37,3)	178	46,5 (38,8 - 54,4)	74	36,1 (27,4 - 45,8)	159	37,2 (29,7 - 45,4)
Sí, pero no en los últimos 6 meses	28	9,4 (5,2 - 16,5)	35	9,8 (6,4 - 14,8)	41	21,9 (15 - 30,8)	109	26,6 (19,8 - 34,6)
No responde	3	1,9 (0,5 - 7,1)	1	0,6 (0,1 - 4,3)	0	.	1	0,3 (0 - 2,4)
¿Ha evitado ir al servicio de salud por temor a ser estigmatizado o discriminado por consumir drogas?								
No	131	65,9 (56,1 - 74,6)	231	67,7 (60,1 - 74,5)	138	72,3 (63,6 - 79,6)	292	73,3 (66,2 - 79,4)
Sí, en los últimos 6 meses	41	15,9 (10,5 - 23,5)	92	26,3 (20 - 33,8)	40	13,7 (9,1 - 20,2)	74	14,2 (9,8 - 20,1)
Sí, pero no en los últimos 6 meses	36	18,1 (11,3 - 27,8)	32	6 (3,7 - 9,4)	24	13,9 (8,5 - 22,1)	69	12,4 (8,3 - 17,9)
No responde	0	.	0	.	0	.	1	
¿Alguna vez lo han acosado físicamente o herido por inyectarse drogas?								
No	149	76,4 (67,3 - 83,6)	230	71,5 (64,3 - 77,7)	151	77,2 (68,7 - 83,9)	255	61,2 (53 - 68,8)
Sí, en los últimos 6 meses	32	9,2 (5,7 - 14,4)	70	18,2 (12,9 - 24,9)	38	14,6 (9,8 - 21,2)	79	17,3 (11,8 - 24,8)
Sí, pero no en los últimos 6 meses	26	13,3 (7,6 - 22,3)	55	10,4 (7,1 - 14,9)	13	8,3 (4 - 16,5)	102	21,4 (15,6 - 28,7)
No responde	1	1,1 (0,2 - 7,8)	0	.	0	.	0	

Fuente: base de datos encuesta 2021.

Ante la opción de haber evitado acceder a estos servicios por o preocupación de que alguien se entere que usa o se inyecta drogas, las respuestas afirmativas fueron: 26,7% en Medellín, 20% en Pereira-Dosquebradas, 17,2% en Bogotá y 13,4% en Cali. El análisis por género en este caso, indica que en Bogotá la proporción es de 27,9% en mujeres y 11,9% en hombres; en Medellín es 40,9% mujeres y 23,6% hombres; en Pereira-Dosquebradas es 34,1% mujeres y 18% hombres. Igual que el anterior, en Cali es inversa con 8,4% mujeres y 14,7% hombres.

Ante la opción de evitar los servicios por miedo o preocupación asociada a la violencia o a violencia ya experimentada, respondió afirmativamente el 10% de las personas, tanto en Pereira-Dosquebradas como en Cali, el 9,7% en Medellín y el 8,8% en Bogotá.

Por género se encuentra que la distancia entre los géneros es menor en todas las ciudades, con 9,6% femenino y 8,4% masculino en Bogotá;

12,7% femenino y 8,5% masculino en Medellín; 11,2% femenino y 10,1% masculino en Cali; y 14,9% femenino y 10% masculino en Pereira-Dosquebradas. En este caso resalta la mayor proporción de personas transgénero que así lo indican en Medellín con 70,9% y Cali con 31,9%. En las otras ciudades no hay registro al respecto.

Por último, para la opción de haber evitado el acceder a servicios por preocupación relacionada con actos de acoso policial o arrestos posibles o ya sufridos en el pasado las respuestas afirmativas fueron 14,6% en Medellín, 13,3% en Pereira-Dosquebradas, 12,7% en Bogotá y 11% en Cali.

Por género se encuentra que en Bogotá la proporción es 16,2% mujeres, 10,8% hombres y 100% trans; y en Medellín es 21% mujeres, 13,2% hombres y 32,2% trans. Tanto en Cali como en Pereira/Dosquebradas la relación es inversa con 4,2% mujeres y 12,6% hombres, y 11,2% mujeres y 14,1% hombres, respectivamente, sin registros para población trans (Tabla 24).

Tabla 24. Impacto del estigma y la discriminación en el uso de servicios de atención en VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Ha evitado usted acceder a servicios de salud, servicios de pruebas o atención en VIH, o tratamiento para el VIH en los últimos 12 meses por alguno de los siguientes motivos?								
Por tener miedo o estar preocupado/a debido al estigma	32	12,1 (7,8 - 18,3)	74	21,8 (16,2 - 28,6)	35	18,3 (11,9 - 27,2)	105	28,6 (21,4 - 37,1)
Por tener miedo o preocupación de que alguien sepa que usa o se inyecta drogas	39	17,3 (11,4 - 25,3)	96	26,8 (21 - 33,5)	24	13,4 (7,7 - 22,3)	85	20,1 (14 - 27,9)
Miedo o preocupación relacionada con la violencia o con violencia ya experimentada	18	8,8 (4,5 - 16,6)	38	9,8 (6,5 - 14,4)	20	10,7 (6 - 18,6)	45	10,5 (6,2 - 17,2)
Miedo o preocupación relacionada con actos de acoso policial o arrestos, o actos de acoso policial o arrestos ya sufridos	36	12,8 (8,3 - 19,1)	60	14,6 (10,1 - 20,7)	25	11,1 (6,9 - 17,3)	57	13,4 (8,4 - 20,6)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

Nota: Los valores corresponden a la proporción de personas que respondieron “si” a la pregunta en cada categoría. No se muestran los valores de quienes respondieron “no”.

5.8 ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD Y ATENCIÓN AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

5.8.1 Servicios de Salud

El 4,3% de personas en Bogotá y el 3% tanto en Cali como en Pereira-Dosquebradas refieren nunca haber estado donde un médico. La mayoría de las PID ha acudido a servicios de salud durante los últimos 6 meses o durante el último año, siendo, respectivamente y en su orden, 54,4% y 10,6% para Pereira-Dosquebradas; 48,1% y 26,8% para Cali; 45,4% y 15,4% para Bogotá; y 36,2% y 17,7% para Medellín (Tabla 25).

No obstante, cerca de la mitad de las personas en Medellín no ha recibido atención médica hace más de uno o hace más de dos años (13,8% y 29,7%,

respectivamente) y en Bogotá, cerca de una de cada tres PID (18,8% y 15,8%, respectivamente). También se encuentra que, en general, no se perciben dificultades para acceder a tratamiento médico si estuvieran enfermos/as y tuvieran que acudir a él. Así lo refiere el 86,9% en Pereira-Dosquebradas, el 85,9% en Cali, el 80,2% en Medellín y el 78,3% en Bogotá.

De nuevo, el alto costo y la dificultad para pagar se registra mayor en Bogotá con el 40,9%, en contraste con el 15% tanto en Cali como en Pereira-Dosquebradas y con el 10,2% en Medellín. Entre quienes dijeron anticipar dificultades de acceso, resalta como obstáculo la no afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para el 52% de las personas en Cali, el 47,3% en Medellín, el 45,1% en Pereira-Dosquebradas y el 24,1% en Bogotá.

Tabla 25. Acceso y barreras de acceso a servicios médicos y de salud, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Cuándo fue la última vez que usted acudió a un servicio médico por asuntos de su salud?								
Nunca ha estado donde un médico	6	4,4 (1,3 - 13,4)	7	1 (0,4 - 2,2)	7	3,5 (1,4 - 8,7)	11	3,6 (1,3 - 9,4)
Durante los últimos 6 meses	92	45,4 (35,9 - 55,3)	126	36,3 (29,1 - 44,1)	102	48,1 (39 - 57,4)	215	54,4 (46,4 - 62,2)
Hace más de 6 meses, durante el último año	36	15,4 (10,5 - 22,2)	52	17,8 (12,1 - 25,2)	46	26,9 (19 - 36,6)	50	10,6 (6,4 - 17)
Hace más de un año, en los últimos 2 años	33	18,9 (11,8 - 28,7)	58	13,8 (9,8 - 19,2)	29	12,4 (8 - 18,5)	69	15 (10,1 - 21,5)
Hace más de dos años	40	15,8 (10,3 - 23,6)	98	29,7 (22,9 - 37,6)	12	6,9 (3,6 - 12,8)	62	11,1 (7,7 - 15,6)
No recuerda	1	0,1 (0 - 0,8)	14	1,5 (0,8 - 2,8)	6	2,2 (0,8 - 5,8)	29	5,4 (3,1 - 9,1)

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Si en la actualidad estuviera enfermo y necesitara tratamiento médico, tendría dificultades para acceder a él?								
No	163	78,3 (69,1 - 85,4)	271	80,2 (73,7 - 85,5)	181	85,9 (77,5 - 91,5)	373	87 (81,3 - 91,1)
Si	44	21,6 (14,5 - 30,8)	81	19,1 (13,9 - 25,6)	21	14,1 (8,5 - 22,5)	62	13 (8,9 - 18,7)
No responde	1	0,1 (0 - 0,8)	3	0,7 (0,2 - 2,8)	0	.	1	0 (0 - 0,2)
¿Por qué tendría dificultades para acceder a tratamiento médico?								
No siempre están abiertos/ abiertos en horas no convenientes	1	1,4 (0,2 - 10)	2	2 (0,3 - 12,5)	1	2,7 (0,3 - 20,5)	1	0,6 (0,1 - 4,7)
No confía, no le gustan, ni cree en los médicos	4	5,1 (1,4 - 16,7)	1	0,3 (0 - 2,5)	3	8,2 (1,9 - 28,9)	3	5,7 (1,5 - 18,9)
Tratamiento disponible pero no puede pagar	13	41 (21,5 - 63,7)	9	10,3 (4,5 - 21,8)	3	15,5 (4 - 44,7)	7	15 (5,1 - 36,6)
Tratamiento disponible pero no pueden ayudarme, ni darme lo que necesito	3	5,8 (1,6 - 18,5)	9	11 (4,9 - 22,7)	2	4,9 (0,9 - 22,1)	2	3,2 (0,6 - 15,3)
Tratamiento disponible pero no cumple con los requisitos para ingresar	0	.	4	9,3 (2,8 - 26,9)	0	.	4	5,3 (1,7 - 15,1)
Temor a procedimientos dolorosos	1	5,3 (0,7 - 31,3)	1	0,5 (0,1 - 3,4)	0	.	1	0,4 (0,1 - 3,2)
Temor a ser arrestado por las autoridades	0	.	0	.	0	.	0	.
Los sitios son muy desatentos con los consumidores	4	4,4 (1,3 - 13,4)	7	4,2 (1,5 - 11,5)	1	8,2 (1 - 45)	0	.
No aceptan consumidores de drogas	0	.	6	6,7 (2 - 20,2)	0	.	3	15 (3 - 50,1)
No sabe a dónde acudir	3	12,6 (2,3 - 47,1)	12	9,7 (4,9 - 18,5)	3	12,5 (3,1 - 38,7)	4	6,4 (1,5 - 22,8)
No tiene afiliación al SGSSS	15	24,1 (11,8 - 42,9)	29	47,3 (31 - 64,2)	9	52,1 (25,7 - 77,3)	30	45,1 (27,3 - 64,2)
Otro	9	13,3 (5,6 - 28,6)	28	27,4 (16,6 - 41,8)	3	17,7 (4,9 - 47,5)	11	7,7 (3,1 - 17,8)

5.8.2 Acceso a diagnóstico y tratamiento ITS

a. Acceso previo a pruebas diagnósticas de VIH

El 39,4% de las PID de Medellín desconocen a dónde dirigirse para realizarse una prueba de VIH, igual que el 26%, tanto en Bogotá como en Pereira-Dosquebradas y el 14,3% en Cali. Ello contrasta con el alto porcentaje de personas que dicen haberse realizado una prueba de detección de VIH alguna vez, ya que el 92,9% de las PID se la ha hecho en Pereira-Dosquebradas, el 91,6% en Cali, el 82% en Medellín y el 75,7% en Bogotá (Tabla 26).

En cuanto al tiempo transcurrido desde la última prueba, se encuentra que en Cali está la mayor proporción de PID que se la han practicado en los últimos 3 meses con el 48,7% y el 36,3% que lo hizo hace más de tres meses, pero en el último año. Le sigue en proporción Pereira-Dosquebradas con el 31,3% que se la hizo más recientemente y el 43,6% en el último año. En Bogotá y Medellín, en cambio, el 58,3% y el 44,1% se la hicieron por última vez hace más de un año, respectivamente, mientras que, en su orden, el 13,6% y el 22,7% lo hizo en los últimos tres meses.

En general, se registra satisfacción por la atención recibida durante la realización de la prueba, siendo esta más amplia en Cali con el 99,3%. En Pereira-Dosquebradas el 6,3%, en Bogotá el 4,6% y en Medellín el 3,6% refieren incomodidad en la atención.

El panorama de lugares para realizarse las pruebas de VIH varía entre ciudades. Así, mientras en Bogotá y Medellín la mayor proporción se las practicó en una institución de salud con el 42,9% y 41,8%, respectivamente; en Pereira-Dosquebradas el 60,6% y en Cali el 47,4% se la hizo en el marco del proyecto del Fondo Mundial que opera ENTerritorio. A excepción de Pereira-Dosquebradas (5%), un alto porcentaje en las otras ciudades se las practicó con una organización de la sociedad civil o proyecto, siendo 28,5% en Cali, 25,8% en Bogotá y 24,9% en Medellín.

Las razones para realizarse la prueba también son variadas. Entre ellas resalta la iniciativa propia por percepción de riesgo para el 59% de las PID en Cali, el 57,9% en Bogotá y el 54,5% en Pereira-Dosquebradas, frente al 38% en Medellín. A esta le sigue el ofrecimiento por parte de campañas o estudios con el 30,8% en Medellín, el 23,6% en Cali, el 16,1% en Pereira/Dosquebradas y el 8,8% en Bogotá. Se presenta un bajo porcentaje de personas que dicen habérsela realizado por solicitud de personal de la salud, siendo el más bajo en Cali con 4,4%, le siguen Bogotá y Pereira-Dosquebradas con 10% en cada caso y Medellín con 14,2%.

Por otra parte, quienes no se habían realizado prueba de VIH antes de su participación en el estudio, reportan distintas razones para ello. En Bogotá y Medellín el 26,1% y el 29,3%, respectivamente, no lo han hecho porque no consideran que hayan estado en riesgo, mientras que en Cali el 12,1% y en Pereira-Dosquebradas el 8,3% así lo indican.

En Medellín, otra razón de peso es por el estigma por parte del personal de la salud para el 15,7% y para el 13,8% porque no ha tenido dinero para ello. Esta última razón la esgrime también el 20% en Cali y el 12,3% en Bogotá. Esta razón no la indica ninguna persona en Pereira-Dosquebradas.

Por último, en Pereira-Dosquebradas un porcentaje cercano al 20% indica que no sabe por qué no se ha realizado la prueba para detectar el VIH. Dicha proporción es de 8% tanto en Medellín como en Cali, en Bogotá fue del 7,5%.

Tabla 26. Acceso previo a pruebas de VIH, razones para acceder a ellas y percepción de calidad de la atención durante el acceso a la prueba, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Alguna vez se ha realizado la prueba para detectar el VIH?								
No	42	24,3 (16,6 - 34,1)	68	17,9 (13,3 - 23,7)	18	8,3 (4,9 - 14)	26	7 (3,8 - 12,5)
Si	166	75,7 (65,9 - 83,4)	287	82,1 (76,3 - 86,7)	184	91,7 (86 - 95,1)	410	93 (87,5 - 96,2)
¿Cuál ha sido la razón principal por la cual no se ha realizado una prueba para detectar el VIH?								
Considera que no tiene riesgo	12	29,3 (13,5 - 52,4)	20	32,6 (19,9 - 48,6)	5	12,1 (3 - 37,9)	3	8,3 (1,1 - 42,3)
Miedo a un resultado positivo	6	6,6 (2,4 - 16,9)	7	11,2 (4,6 - 25)	2	11,9 (2,1 - 46,5)	4	30,9 (7,2 - 72)
No ha tenido dinero para la prueba	6	13,9 (5,1 - 32,5)	14	18,2 (8,9 - 33,6)	3	20 (5,5 - 51,7)	0	.
No ha tenido tiempo para la prueba	5	9,6 (2,9 - 27,2)	7	4,2 (1,6 - 10,7)	2	12,4 (2,6 - 43,1)	7	27,3 (9,9 - 56,3)
Estigma de los trabajadores de la salud	6	15,7 (5,9 - 35,7)	1	0,5 (0,1 - 3,8)	0	.	0	.
Otro	6	21,6 (7,8 - 47,3)	11	13,1 (6,1 - 25,9)	3	14,3 (3,5 - 43,3)	9	16,8 (5,7 - 40,2)
No sabe	5	8,4 (2,8 - 22,3)	12	19,8 (10,3 - 34,8)	2	8,1 (1,5 - 33,3)	4	18,2 (4,7 - 49,9)
No responde	2	11,3 (2,1 - 43,4)	2	3,5 (0,5 - 20,8)	2	23 (5,3 - 61,7)	0	.
Me indica por favor ¿cuándo se realizó la última prueba de VIH?								
Últimos 3 meses	35	13,6 (8,8 - 20,4)	79	22,8 (16,4 - 30,7)	82	48,8 (39,1 - 58,5)	130	31,3 (24 - 39,6)
Entre 4 y 12 meses	53	28 (19,6 - 38,3)	99	33,1 (25,4 - 41,8)	80	36,3 (27,5 - 46,2)	190	43,6 (35,6 - 52)
Más de 12 meses	78	58,4 (47,7 - 68,3)	109	44,2 (35,4 - 53,3)	22	14,9 (8,7 - 24,4)	88	25,1 (18,3 - 33,4)

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
Cuando se ha realizado la prueba de VIH ¿se ha sentido cómodo con la atención durante la prueba?								
No	14	4,6 (2,5 - 8,4)	7	3,6 (1,6 - 8)	3	0,7 (0,2 - 2,6)	31	6,4 (3,8 - 10,5)
Si	150	95 (91,2 - 97,2)	280	96,4 (92 - 98,4)	181	99,3 (97,4 - 99,8)	379	93,6 (89,5 - 96,2)
No responde	2	0,4 (0,1 - 1,7)	0	.	0	.	0	.
Esa última vez que se hizo la prueba ¿Dónde se la hizo?								
Institución de salud	70	43 (32,5 - 54,1)	120	41,9 (33,4 - 50,8)	35	17,2 (11,2 - 25,5)	114	30,8 (23,3 - 39,3)
Laboratorio clínico particular	4	2,2 (0,8 - 6,2)	8	3,2 (1,4 - 7)	3	3,5 (0,8 - 13,8)	3	1 (0,3 - 3,2)
Organización / proyecto	46	25,9 (17,7 - 36,3)	51	25 (17,2 - 34,8)	53	28,5 (21,1 - 37,3)	14	5 (2,2 - 11,1)
Banco de sangre	2	1,8 (0,3 - 9,3)	1	0,6 (0,1 - 3,9)	1	0,1 (0 - 1)	2	0,5 (0,1 - 2,8)
ENTerritorio - FONADE	23	13,9 (7,3 - 24,9)	98	26 (19,4 - 33,8)	90	47,5 (37,9 - 57,3)	263	60,7 (52,1 - 68,6)
Otro	21	13,1 (7,1 - 23,1)	9	3,4 (1,5 - 7,8)	2	3,1 (0,6 - 14,4)	10	1,7 (0,6 - 4,5)
No responde	0	.	0	.	0	.	4	0,4 (0,1 - 1,4)
¿Por qué se hizo la prueba de VIH?								
Propia iniciativa y percepción de riesgo	96	57,9 (46,5 - 68,5)	123	38,1 (30 - 46,8)	112	59 (49,1 - 68,2)	229	54,6 (46,1 - 62,7)
Solicitud de trabajo o afiliación salud	7	5,9 (2 - 16,3)	2	0,9 (0,1 - 4,7)	2	0,2 (0,1 - 1)	2	0,4 (0,1 - 2,4)
Ofrecieron en estudio, campaña	16	8,8 (4 - 18,3)	83	30,8 (23 - 39,9)	39	23,6 (16,5 - 32,7)	67	16,1 (11,1 - 22,8)

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Por qué se hizo la prueba de VIH?								
Solicitud del personal de salud	25	10,2 (6 - 16,8)	41	14,2 (9,1 - 21,5)	9	4,4 (2,1 - 9,3)	52	10,8 (6,7 - 16,7)
Ingreso a tratamiento en drogas/desintoxicación	9	5 (2,2 - 10,7)	26	12,4 (7 - 21)	17	8,7 (4,3 - 16,7)	50	14,7 (9,1 - 23)
Otro	13	12,2 (5,8 - 24)	12	3,6 (1,7 - 7,6)	5	4 (1,1 - 13,6)	10	3,5 (1,6 - 7,4)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

b. Acceso a atención integral y tratamiento de VIH

Entre quienes conocen su diagnóstico frente al VIH es variable el acceso a la atención integral. Mientras en Bogotá el 96,1% indica que actualmente recibe atención, este porcentaje es 54,1% en Pereira-Dosquebradas, 32,3% en Cali y 15,6% en Medellín. La atención ocurrirá en menos de un mes para el 91,5% de quienes viven con VIH en Medellín, para el 77,2% en Pereira-Dosquebradas, 55,4% en Cali y 16,2% en Bogotá. Tiene programada cita entre uno y tres meses el 67,5% de las personas en Bogotá y a más de cuatro meses el 24,7% en Cali (Tabla 27).

Las razones por las que no están recibiendo atención integral se resumen para Cali en, temor al estigma para el 18,6%, junto con el 20,5% que denuncia barreras administrativas con las aseguradoras de planes de beneficios, tiempos de espera 7,1% y distancia 5,9%. En Pereira-Dosquebradas, el 15,3% denuncia barreras administrativas, el 5% tiempos de espera y en igual proporción, temor al estigma. En Medellín la mayoría esgrime razones distintas a las enunciadas previamente en la encuesta, el 4,7% señala temor al estigma y el 3,1% los tiempos de espera. Solo el 1,5% indica barreras administrativas y el 1% distancia. En Bogotá la barrera se resume a aspectos administrativos.

Una importante proporción reporta que nunca le han realizado un examen para el recuento de CD4 en Medellín con 75,4%, le sigue Cali con 48,9% y Pereira-Dosquebradas con 18,7%. No se presentan registros de nunca en Bogotá. Quienes lo han realizado en los últimos 6 meses o menos, son el 70,1% en Bogotá, 44,7% en Pereira/Dosquebradas, 33,7% en Cali y 12,5% en Medellín.

En Medellín y Cali se encuentra que nunca les han practicado el examen de carga viral a proporciones y distribuciones idénticas a las descritas previamente para recuento de CD4. Solo se refleja variación en Pereira-Dosquebradas con el 14,2%. Lo mismo ocurre con el período de 6 meses o menos en Bogotá y Medellín, sin embargo, hay leves variaciones en Pereira-Dosquebradas con el 51,9% y en Cali con el 28,3 % que dice que le han practicado este examen recientemente. En consecuencia, entre quienes conocen su diagnóstico de VIH, el 96,1% en Bogotá, el 73% en Pereira-Dosquebradas, el 38,4% en Cali y el 24,5% en Medellín, han tenido acceso a tratamiento antirretroviral en los últimos 12 meses.

En la actualidad recibe TAR el 100% de las personas en Bogotá, 69,5% en Pereira-Dosquebradas, 63,8% en Medellín y 63,1% en Cali. En ningún caso la razón para no estar recibiendo TAR es porque el recuento de CD4 sea alto. Resaltan razones como no querer iniciar tratamiento en Pereira/

Dosquebradas con 23,3%, falta de disponibilidad con 15,6% y ausencia de recuento de CD4 con 11,5%. En Cali, por el contrario, resaltan las barreras administrativas con el 23,6%, seguido de

no contar con prescripción en el 11,5% de los casos. En Medellín, el 11,9% no desea tomar tratamiento y el 6,3% enuncia barreras administrativas. a. c.

Tabla 27. Acceso y barreras de acceso a atención integral en VIH y tratamiento antirretroviral, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Actualmente está recibiendo atención integral para el VIH?								
No	1	3,9 (0,1 - 57,9)	18	84,3 (57,8 - 95,5)	17	67,6 (45,5 - 84)	21	45,8 (25,2 - 68,1)
Si	4	96,1 (42,1 - 99,9)	6	15,7 (4,5 - 42,2)	15	32,4 (16 - 54,5)	27	54,2 (31,9 - 74,8)
¿En cuánto tiempo tiene su próxima cita de atención integral?								
Menos de 1 mes	1	16,2 (0,3 - 93,5)	5	91,5 (30 - 99,6)	12	55,4 (19,7 - 86,3)	21	77,3 (44,9 - 93,4)
Entre 1 y 3 meses	2	67,6 (4,8 - 98,8)	1	8,5 (0,4 - 70)	1	9,9 (1 - 53,9)	1	12 (1,5 - 54,7)
Entre 4 y 6 meses	1	16,2 (0,3 - 93,5)	0	.	1	24,8 (3,1 - 77,2)	0	.
Más de 6 meses	0	.	0	.	1	9,9 (1 - 53,9)	0	.
No sabe en cuánto tiempo	0	.	0	.	0	.	4	6 (1,2 - 24,6)
No responde	0	.	0	.	0	.	1	4,8 (0,6 - 31,1)
¿Cuál ha sido la razón principal por la cual no está recibiendo atención integral?								
Estigma, no quiero que nadie lo sepa	0	.	3	4,7 (1,1 - 18,8)	3	18,6 (4,3 - 53,8)	3	5,5 (1,3 - 19,7)
Costoso / Distancia a la IPS	0	.	1	1,1 (0,1 - 9,9)	1	5,9 (0,6 - 37,9)	1	0,3 (0 - 2,2)
El tiempo de espera en la IPS	0	.	1	3,2 (0,3 - 25,3)	2	7,1 (1,3 - 30,6)	2	5,6 (0,8 - 31,2)

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Cuál ha sido la razón principal por la cual no está recibiendo atención integral?								
Aspectos administrativos de la EPS	1	.	1	1,6 (0,2 - 14,2)	3	20,5 (5,6 - 52,7)	5	15,4 (3,9 - 45,2)
Otro	0	.	12	89,5 (69,1 - 97)	8	47,9 (21,4 - 75,7)	15	73,4 (44,4 - 90,5)
¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un recuento de CD4?								
Hace menos de 6 meses	3	70,1 (7,5 - 98,6)	4	12,6 (3 - 39,9)	14	33,7 (16,7 - 56,3)	16	44,8 (24,5 - 67)
Entre 7 y 12 meses	1	26 (0,9 - 93)	1	1,3 (0,1 - 11,2)	1	0,8 (0,1 - 6,3)	4	4,8 (0,7 - 25,3)
Hace más de un año	0	.	2	10,7 (1,7 - 45,7)	2	11,8 (2,6 - 40)	2	13,6 (2,1 - 53,4)
Nunca se lo han realizado	0	.	17	75,5 (44 - 92,3)	13	48,9 (27,9 - 70,4)	13	18,7 (8,4 - 36,8)
No recuerda	1	3,9 (0,1 - 57,9)	0	.	2	4,8 (1 - 20,2)	4	3,8 (0,9 - 15,3)
No responde	0	.	0	.	0	.	9	14,3 (5,9 - 30,4)
¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una carga viral?								
Hace menos de 6 meses	3	70,1 (7,5 - 98,6)	4	12,6 (3 - 39,9)	13	28,3 (13,2 - 50,7)	21	52 (30,2 - 73)
Entre 7 y 12 meses	1	26 (0,9 - 93)	1	1,3 (0,1 - 11,2)	1	0,8 (0,1 - 6,3)	4	5,6 (1,1 - 24,2)
Hace más de un año	1	3,9 (0,1 - 57,9)	0	.	2	11,8 (2,6 - 40)	3	16,8 (3,7 - 51,9)
Nunca se lo han realizado	0	.	17	75,5 (44 - 92,3)	13	48,9 (27,9 - 70,4)	10	14,2 (5,6 - 31,8)
No recuerda	0	.	2	10,7 (1,7 - 45,7)	2	4,8 (1 - 20,2)	3	3,4 (0,6 - 15,7)
No responde	0	.	0	.	1	5,3 (0,7 - 32)	7	8 (3 - 19,3)

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Ha recibido tratamiento antirretroviral para el VIH en los últimos 12 meses?								
No	1	3,9 (0,1 - 57,9)	17	75,5 (44 - 92,3)	19	61,5 (38,6 - 80,2)	17	27 (13,6 - 46,4)
Si	4	96,1 (42,1 - 99,9)	7	24,5 (7,7 - 56)	13	38,5 (19,8 - 61,4)	31	73 (53,6 - 86,4)
¿Actualmente está recibiendo tratamiento antirretroviral?								
No	0	.	1	36,2 (2,8 - 91,7)	3	36,9 (9,4 - 76,6)	8	30,4 (9,3 - 65,3)
Si	4	100 (.)	6	63,8 (8,3 - 97,2)	10	63,1 (23,4 - 90,6)	23	69,6 (34,7 - 90,7)
¿Cuál ha sido la razón principal por la cual no ha recibido tratamiento antirretroviral?								
El recuento de CD4 es alto	0	.	0	.	0	.	0	.
Aún no tengo un recuento de CD4	0	.	0	.	0	.	1	6,6 (0,8 - 39,6)
Aún no lo han prescrito	0	.	2	3,2 (0,6 - 16)	4	11,5 (3,4 - 32,9)	3	11,5 (2,6 - 38,8)
Distancia a la IPS/ Costo de desplazamiento	0	.	3	3,9 (0,8 - 16,5)	1	5,3 (0,6 - 33,5)	3	8,5 (1,7 - 32,7)
Tratamiento costoso	0	.	1	1,6 (0,2 - 14,2)	0	.	0	.
No hay disponibilidad de tratamiento	0	.	1	1,6 (0,2 - 14,2)	0	.	3	15,6 (3,3 - 49,9)
Aspectos administrativos de la EPS	0	.	3	6,3 (1,3 - 25,1)	4	23,6 (8,1 - 52)	3	2,8 (0,5 - 13,1)
No deseo tomar tratamiento	0	.	3	11,9 (1,6 - 52,3)	1	2,1 (0,2 - 15,9)	10	23,3 (8,1 - 51,1) ^v
Otro	1	.	9	77,8 (43,5 - 94,1)	14	64,8 (38,3 - 84,6)	5	39,8 (11,8 - 76,7)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

c. Acceso a PrEP y PEP de VIH

La terapia pre-exposición o PrEP es poco conocida entre la población de personas que se inyectan drogas en todas las ciudades de estudio. La ciudad en la que se conoce en mayor medida es Bogotá con el 11,3%, le sigue Pereira-Dosquebradas y Medellín con 2%, en cada caso y Cali con 0,2%. Entre quienes conocen esta medida preventiva, el 29,1% la ha usado en Pereira-Dosquebradas, así como el 25,3% en Cali, el 20,9% en Bogotá y el 4,4% en Medellín.

Ante la pregunta de si tomarían PrEP para prevenir el VIH a pesar de los efectos secundarios, el 95,7% entre quienes han escuchado de ella en Medellín sí la tomarían, mientras que el 82,9% lo haría en Pereira-Dosquebradas y el 75,3% en Bogotá. En contraste en Cali el 74,6% no la tomaría y el 25,3% indica que desconoce los efectos secundarios, igual que el 20,2% en Bogotá y el 3,7% en Pereira-Dosquebradas. En Medellín no se registraron respuestas al respecto.

5.8.3 Acceso de programas de reducción de daño

En todas las ciudades, cuatro de cada cinco PID han tratado de reducir o dejar su consumo de sustancias en los últimos 6 meses. Así lo refiere el 81,4% en Pereira-Dosquebradas y el 79% en Bogotá, Medellín y Cali, respectivamente.

De hecho, el 76,1% de las PID en Pereira-Dosquebradas, el 72% en Medellín y el 68,5% en Cali han estado en un programa de tratamiento para dejar su consumo durante los últimos 6 meses, siendo este porcentaje más bajo en Bogotá con 36,3%.

Aunque se registran barreras de acceso, la mayoría de las personas lograron acceder a tratamiento en todas las ciudades, con algunas variaciones. En Pereira/Dosquebradas y en Cali el 28%, respectivamente, reportó haber enfrentado barreras de acceso en mayor medida que en Medellín con el 19,1% y Bogotá con 6,1%.

Esto se corrobora con la respuesta ante la percepción de dificultades para acceder a tratamiento, si así lo requiriera. En Medellín se presenta la mayor proporción de respuestas afirmativas con 44,6%, seguida de Cali con 38,2%, Bogotá con 33,6% y Pereira-Dosquebradas con 21,5%. Esto indica que más de la mitad de las PID considera que podría acceder a tratamiento para dejar el consumo de drogas sin mayores dificultades.

Quienes perciben dificultades para el acceso a este tipo de tratamiento señalan como razón, en mayor medida, la exigencia de la abstinencia total, siendo la más alta en Cali con 40,4%, seguida de Bogotá con 37,9%, Pereira-Dosquebradas con 26,3% y Medellín con 25,5% (Tabla 28).

El alto costo y la dificultad para pagar son referidos por el 46% de las personas en Bogotá, el 27,8% en Medellín, el 18,2% en Pereira-Dosquebradas y el 6,8% en Cali. En Cali resalta el 24,5% que dice no saber a dónde acudir, así como el 34% a quien no le gusta el enfoque religioso en Bogotá.

El porcentaje de personas que en todas las ciudades indicó que, aunque el tratamiento está disponible no los pueden ayudar o no les pueden dar lo que necesitan es del 18,3% en Pereira-Dosquebradas, el 12,2% en Bogotá, el 10,4% en Medellín y el 8,2% en Cali.

Frente al acceso específico a metadona como opción de tratamiento de sustitución y/o mantenimiento, la mayor proporción de PID que indica haberlo recibido está en Pereira-Dosquebradas con 45% y Medellín con 41,7%, en contraste con el 20,5% en Cali y el 6,8% en Bogotá. Cifras que muestran, al menos para Bogotá, consistencia con los patrones de inyección y uso de drogas antes descritos, referentes a un menor uso de heroína como opción inyectable. De otro lado, el 22% de las PID en Medellín, 17,9% en Cali y 13,4% en Pereira-Dosquebradas dice que no lo ha recibido, pero que les gustaría recibirlo. En Bogotá no hubo referencia al respecto.


Tabla 28. Acceso y barreras de acceso a servicios de tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
En los últimos 6 meses ¿trató de reducir o dejar de usar drogas?								
No	51	20,5 (14,3 - 28,6)	82	20,1 (15,3 - 26,1)	46	20,7 (14,3 - 28,8)	95	18,6 (13,4 - 25,3)
Si	157	79,5 (71,4 - 85,7)	273	79,9 (73,9 - 84,7)	156	79,3 (71,2 - 85,7)	341	81,4 (74,7 - 86,6)
En los últimos 6 meses ¿ha estado en un programa de tratamiento para dejar su consumo de drogas?								
No	108	63,6 (54,5 - 71,8)	111	28 (21,9 - 35)	55	31,5 (23,4 - 40,9)	95	23,9 (17,7 - 31,4)
Si	100	36,4 (28,2 - 45,5)	244	72 (65 - 78,1)	147	68,5 (59,1 - 76,6)	341	76,1 (68,6 - 82,3)
En los últimos 6 meses ¿trató de acceder a un programa de tratamiento de drogas, pero no pudo?								
No	106	95,7 (79,9 - 99,2)	104	94,1 (86,3 - 97,6)	50	91,4 (77,1 - 97,1)	91	88,2 (65,6 - 96,7)
Si	1	3,6 (0,5 - 21,8)	6	4,3 (1,6 - 10,8)	4	7,3 (2,2 - 22,2)	4	11,8 (3,3 - 34,4)
No responde	1	0,7 (0,1 - 5,2)	1	1,6 (0,2 - 11)	1	1,2 (0,2 - 8,8)	0	.
En los últimos 6 meses ¿recibió tratamiento con metadona para la dependencia a la heroína u otros opiáceos?								
No	184	91,6 (85,9 - 95,1)	105	36,2 (28,7 - 44,5)	108	59,5 (50,5 - 67,9)	189	41,5 (33,7 - 49,7)
Si	22	6,8 (3,9 - 11,7)	167	41,7 (34,4 - 49,4)	49	20,5 (14,3 - 28,5)	193	45 (37,2 - 53)
No, pero quisiera recibirlo	0	.	83	22,1 (16,5 - 28,8)	46	18 (12,6 - 25)	54	13,5 (8,7 - 20,2)
No, no conozco ese tratamiento	2	1,6 (0,4 - 7)	0	.	3	2,1 (0,6 - 7)	0	.
¿Si hoy lo necesitara, tendría dificultades para recibir tratamiento para dejar su consumo de drogas?								
No	122	61 (51,1 - 70,1)	168	51,6 (43,8 - 59,3)	132	59,6 (50,1 - 68,5)	351	77,8 (70,3 - 83,9)

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
¿Si hoy lo necesitara, tendría dificultades para recibir tratamiento para dejar su consumo de drogas?								
Si	76	33,6 (25,1 - 43,3)	172	44,6 (37,1 - 52,4)	66	38,2 (29,5 - 47,8)	82	21,5 (15,5 - 29)
No sabe	10	5,4 (2,1 - 13,1)	15	3,8 (2,1 - 6,7)	4	2,1 (0,7 - 6,3)	3	0,7 (0,1 - 3,3)
¿Por qué no tendría acceso a tratamiento de drogas si lo necesitara?								
Exigen abstinencia total de las drogas	22	37,9 (22,6 - 56,1)	33	25,5 (16,5 - 37,3)	30	40,4 (25,9 - 56,8)	19	26,3 (13 - 46,1)
No confía, no le gustan, ni cree en los servicios de tratamiento	17	26,2 (14 - 43,7)	10	4,2 (2,1 - 8,6)	5	4,1 (0,9 - 16,2)	5	6,7 (1,9 - 21,5)
No le gusta el enfoque religioso	19	34,1 (19,3 - 52,8)	6	2,6 (0,8 - 7,9)	3	6,1 (1,6 - 21,3)	1	0,4 (0,1 - 2,9)
Tratamiento disponible pero no puede pagar	26	46,1 (30,1 - 63)	39	27,8 (18,5 - 39,6)	8	6,8 (2,4 - 18)	17	18,2 (7,3 - 38,5)
Tratamiento disponible pero no pueden ayudarme, ni darme lo que necesito	13	12,3 (5,9 - 23,8)	23	10,5 (6,3 - 16,9)	8	8,2 (3,3 - 19,2)	10	18,3 (7,4 - 38,8)
Tratamiento disponible pero no cumple con los requisitos para ingresar	3	10,9 (2,8 - 34,2)	18	9,5 (5,3 - 16,3)	8	8,4 (3,6 - 18,6)	6	3,7 (1,3 - 10,4)
Temor a procedimientos dolorosos	12	16,5 (7,8 - 31,7)	5	2,2 (0,8 - 5,7)	15	15,8 (8,2 - 28,2)	3	0,7 (0,2 - 3,2)
Temor a ser arrestado por las autoridades	6	10,5 (3,9 - 25,1)	3	1,6 (0,5 - 5)	2	1,4 (0,2 - 7,6)	0	.
No sabe a dónde acudir	6	7,8 (2,7 - 20,2)	20	13,1 (7,4 - 22,2)	11	24,5 (12 - 43,5)	5	5,5 (1,7 - 16,3)
Otro	22	23,5 (12,2 - 40,4)	89	46,4 (35,9 - 57,2)	18	31,8 (19,2 - 47,8)	18	23,2 (12,5 - 38,9)

Fuente: base de datos encuesta 2021.





6. Prevalencia de VIH, hepatitis virales y sífilis

6.1 PREVALENCIA DE VIH

La prevalencia de VIH se midió a partir de lo indicado en el algoritmo diagnóstico vigente para el país, aplicando dos pruebas rápidas que siendo reactivas/positivas, indican confirmación de diagnóstico. Se empleó una prueba rápida inicial de cuarta generación y ante resultados reactivos, se aplicó una segunda prueba rápida de tercera generación.

La prevalencia de VIH en las ciudades es la siguientes: **Bogotá** 3,2 (1,2 - 8,1); **Medellín** 11,2% (IC 7,1% - 17,3%); **Pereira-Dosquebradas** 17,6% (IC 12,2% - 24,7%) y **Santiago de Cali** 23,9% (IC 17,4% - 31,9%) (Tabla 29).

Tabla 29. Prevalencia de VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

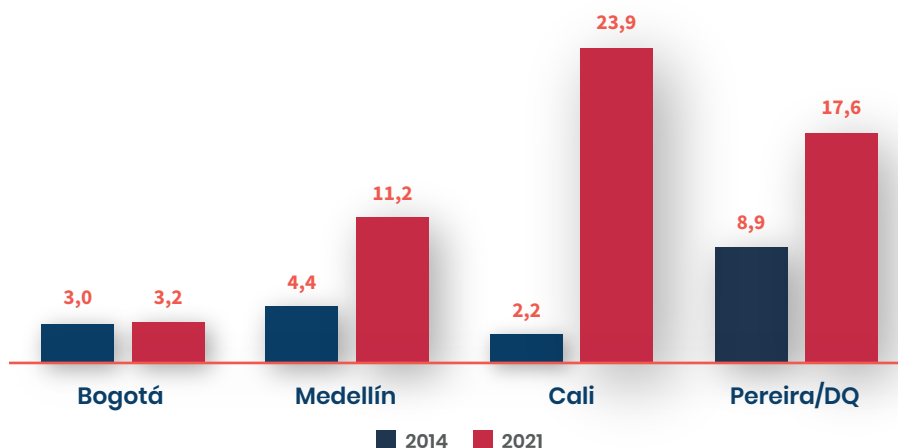
Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436		Total 4 ciudades	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% ponderado según estimados RDS 4 ciudades
Total general	208	3,2 (1,2 - 8,1)	355	11,2 (7,1 - 17,3)	202	23,9 (17,4 - 31,9)	436	17,6 (12,2 - 24,7)	1201	14,3
Grupo etario										
Menos de 25 años	48	Sin Observ.	16	23,3 (7,4 - 53,6)	27	5,8 (1,6 - 19,2)	66	14,3 (5,9 - 30,8)	157	13,1
25 años o más	160	4,1 (1,6 - 10,3)	339	10,4 (6,3 - 16,7)	175	26,8 (19,5 - 35,7)	370	18,1 (12,1 - 26,1)	1044	14,9

Fuente: base de datos encuesta 2021.

Nota: El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación de la prevalencia en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología.

Los datos comparativos de este estudio con los estudios realizados por la Universidad CES en el 2012 en Cali y 2014 en las otras ciudades, muestran un incremento de la prevalencia de VIH de manera general, como se presenta en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Comparativo de la prevalencia de VIH en PID en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2014 y 2021



Fuente: David Toro-Tobón & Dedsy Berbesi-Fernández (2019); base de datos encuesta 2021

6.1.1 Distribución de casos de VIH según características sociodemográficas

En Cali resalta una mayor proporción de personas afectadas en el grupo entre 25 y 34 años con 67,4% de porcentaje ajustado, lo mismo ocurre en Pereira-Dosquebradas con el 59,8%. En contraste, en Bogotá, el grupo mayormente afectado es de 35 o más años con 57,8% y en Medellín el de 18-24 años con el 60,1%.

En cuanto al análisis por género se encuentra que, de acuerdo con los porcentajes ajustados, las personas que se identifican con el género femenino se encuentran en proporción más afectada en Medellín con el 66,4%, frente al 21,4% en Pereira-Dosquebradas y el 7,4% en Cali. El análisis desagregado para otra identidad de género distinta a la masculina y femenina, indican porcentajes bajos.

En referencia al estado civil, la mayoría de las personas que viven con VIH están solteras, siendo el 100% en Bogotá, el 94,2% en Medellín, el 89,8% en Cali y el 62,6% en Pereira-Dosquebradas. En estas últimas, el 27,3% indica estar separado/a o divorciado/a.

El análisis por nivel educativo indica que la mayoría de las personas que resultaron reactivas al VIH cuentan con educación secundaria o superior, siendo el 100% para Bogotá, el 79,3% para Cali, el 78% para Pereira-Dosquebradas y el 68,6% en Medellín.

De acuerdo con el estrato socioeconómico, a excepción de Bogotá, la mayoría de los casos reactivos se concentra en el estrato cero o en condición de habitabilidad de calle con 67,8% en Pereira-Dosquebradas, 66% en Medellín y 55,1% en Cali.

En contraste en Bogotá, el 89,1% de los casos detectados corresponde al estrato medio o estrato 3-4. En estratos 1-2 o bajo, está una de cada tres PID que viven con VIH tanto en Medellín como en Cali.

6.1.2 Distribución de casos de VIH según características de la práctica de la inyección y comportamientos de riesgo asociados

Según la edad de inicio en la inyección, a excepción de Bogotá, la mayor proporción de casos reactivos está en personas que iniciaron su práctica después de los 25 años, siendo este el caso del 90,6% de las personas reactivas en Medellín, el 83,1% en Pereira-Dosquebradas y el 67,7% en Cali. En Bogotá, el 74,7% de los casos fueron en personas que iniciaron su práctica antes de los 25 años.

En referencia al tiempo transcurrido desde la primera vez que se inyectaron o el tiempo de la carrera de inyección, se encuentra que en Bogotá la infección ocurre en personas con carreras de inyección más cortas en el 74,7% de los casos. En contraste, en Medellín, la infección se concentra en personas cuyas carreras de inyección están entre 6 y 10 años con el 77,3%. Tanto en Cali como en Pereira-Dosquebradas hay cierta similitud en la distribución de quienes tienen carreras de más de 11 años, con el 41,8% y el 45,7%, respectivamente. Sin embargo, en Cali poco más de una de cada tres PID que viven con VIH tienen carreras de inyección relativamente cortas (entre 0 y 5 años).

La frecuencia de inyección en los últimos 6 meses muestra que mientras en Bogotá la mayor proporción de casos reactivos se encuentra en personas que se inyectan en baja frecuencia o pocas veces, con el 50,6%, ocurre lo contrario en las otras ciudades, pues el 99% en Medellín, el 94,6% en Pereira-Dosquebradas y el 89,5% en Cali son personas que se inyectan a diario.

La sustancia primariamente usada en Medellín, Cali y Pereira-Dosquebradas, entre quienes viven con VIH es la heroína en el 100% de los casos en todas las ciudades. En Bogotá, en cambio, el 50% de las personas que viven con VIH usan sustancias distintas a heroína, un caso refiere inyección de cocaína o cocaína con heroína (speedball) y el 10,8% heroína.

En cuanto a la frecuencia de uso de jeringas estériles en los últimos 6 meses, solo un caso en Cali que vive con VIH indica que nunca usó, en tanto que la mayor proporción de casos reactivos se encuentra entre quienes dicen haber usado siempre o casi siempre jeringas estériles en el período explorado, siendo mayor el porcentaje en Pereira-Dosquebradas con 83,1%, seguidas de Bogotá con 81,9%, Cali con 79% y Medellín con 48,9%. En esta última ciudad, la mayor proporción se encuentra entre quienes respondieron haberlo hecho ocasionalmente.

De igual modo, la inmensa mayoría de PID viviendo con VIH dijo haber tenido acceso a jeringas nuevas en los últimos 3 meses, con el 100% de los casos tanto en Bogotá como en Cali, con el 94,5% en Pereira-Dosquebradas y el 92,6% en Medellín.

Las personas que viven con VIH han cedido sus jeringas usadas a otras personas en los últimos 6 meses, siempre o casi siempre, en el 12,2% de casos en Medellín y Cali, cada una y en el 8,2% en Pereira-Dosquebradas; en Bogotá un caso entre los 6 que resultaron reactivos, lo hizo. Quienes dicen nunca haberlo hecho son la mayoría en Bogotá con 92,7% y en Medellín con 71%. En Cali y Pereira-Dosquebradas, una de cada dos PID que viven con VIH nunca ha cedido sus jeringas usadas en los últimos 6 meses.

En el último evento de inyección las PID que viven con VIH que se inyectaron con jeringa ya usada por otra persona fueron el 13,3% en Cali, el 4% tanto en Medellín como en Pereira-Dosquebradas y en ningún caso en Bogotá. Quienes cedieron su jeringa ya usada a otros fueron el 10,8% en Pereira-Dosquebradas, el 3,4% en Medellín, el 2,4% en Cali y en ningún caso en Bogotá.

6.1.3 Distribución de casos de VIH según comportamiento sexual

En referencia a los hombres PID que tuvieron relaciones sexuales con parejas ocasionales femeninas en los últimos 6 meses, se encuentra que fueron dos o más en el 74,7% de los casos en Bogotá, 31,3% en Medellín, 28,2% en Cali y 24,9% en

Pereira-Dosquebradas. El contacto con trabajadora sexual femenina se dio en el 34,6% en Pereira-Dosquebradas y en el 24,7% de casos en Cali.

No usaron condón en su último encuentro sexual de cualquier tipo el 81,9% de las personas en Bogotá, el 36,9% en Cali, el 34,9% en Pereira-Dosquebradas y el 27,8% en Medellín; habiendo sido esta última relación sexual con pareja ocasional en el 57,9% de los casos reactivos en Cali, en el 39,9% en Medellín, en el 30,6% en Pereira-Dosquebradas y en el 21,7% en Bogotá.

6.1.4 Distribución de casos de VIH según estigma, violencia experimentada o privación de libertad

Mientras en Bogotá y Cali la mayoría de las PID que viven con VIH no han sido violentadas físicamente por inyectarse drogas con el 96,3% y el 82,5%, respectivamente, en Medellín es el 40,1% y en Pereira-Dosquebradas el 51,2%.

En referencia a la privación de libertad por más de 72 horas, la mayor proporción de PID viviendo con VIH se encuentra en Pereira-Dosquebradas con 18,7%, en el resto de las ciudades los porcentajes son menores de 7%.

En referencia al estigma como barrera de acceso a servicios de salud, resalta el 53,8% de las personas en Pereira-Dosquebradas que indican haber evitado acudir a servicios por tal motivo, en tanto que en las demás ciudades los porcentajes son menores al 27%.

La negativa de venta de jeringas por parte de las farmacias arroja un porcentaje alto en Medellín con 61,4%, seguido del 40,5% en Pereira-Dosquebradas, frente al 27,5% en Cali y el 21,7% en Bogotá.

6.1.5 Distribución de casos de VIH según conocimiento previo de diagnósticos de VIH y otras ITS

La proporción más alta de PID viviendo con VIH que han tenido ITS en los últimos 6 meses está en Bogotá con el 89,1%, seguido de Medellín con 34,2%.

En referencia a haberse practicado pruebas de VIH en los últimos 12 meses, lo hizo el 54,2% de las personas en Bogotá, el 49% de las personas en Pereira-Dosquebradas y en Medellín, respectivamente, y el 23,9% en Cali.

Pruebas de hepatitis C previas se practicaron en el 95,1% de los casos en Medellín, en el 87,4% en Cali, 44,2% en Pereira-Dosquebradas y solo en el 3,6% en Bogotá.

6.1.6 Distribución de casos de VIH según conocimiento previo de diagnósticos de VIH y otras ITS

La proporción más alta de PID viviendo con VIH que han tenido ITS en los últimos 6 meses está en Bogotá con el 89,1%, seguido de Medellín con 34,2%.

En referencia a haberse practicado pruebas de VIH en los últimos 12 meses, lo hizo el 54,2% de las personas en Bogotá, el 49% de las personas en Pereira-Dosquebradas y en Medellín, respectivamente, y el 23,9% en Cali.

Pruebas de hepatitis C previas se practicaron en el 95,1% de los casos en Medellín, en el 87,4% en Cali, 44,2% en Pereira-Dosquebradas y solo en el 3,6% en Bogotá.

6.2 PREVALENCIA DE ANTI-VHC

Los resultados de prevalencia de anticuerpos contra hepatitis C son presuntivos, solo indican que la persona ha estado infectada con el virus en algún momento de su vida, sin que ello signifique que tiene una infección activa. Por tanto, es necesario determinar con análisis adicionales si se trata de una infección aguda o crónica, si el virus se encuentra activo o si el cuerpo logró eliminarlo.

La reactividad hallada con los respectivos intervalos de confianza al 95% es la siguiente: Cali con 80,2% (71,3% - 86,8%) es la ciudad con más alta reactividad, seguida de Pereira-Dosquebradas con 71,4 (62,5% - 78,9%). En Medellín se halló reactividad de anticuerpos en el 32,7% (25,9% - 40,3%) de las PID y en Bogotá en el 10,7% (6,8% - 16,5%) de ellas (Tabla 30).

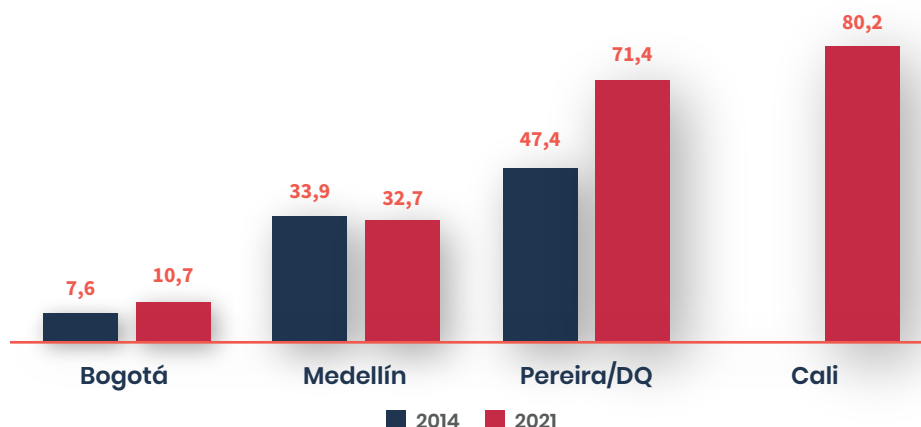
La comparación de los hallazgos entre este estudio y el estudio de la Universidad CES en el 2014 muestra una ligera reducción en Medellín en las cifras de hepatitis C, e incremento de varios puntos porcentuales en Bogotá y Pereira-Dosquebradas (Gráfico 3). No se cuenta con datos previos de hepatitis C para Cali.

Tabla 30. Prevalencia de anticuerpos contra hepatitis C, anti-VHC, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
Prevalencia de anti-VHC	35	10,7 (6,8 - 16,5)	138	32,7 (25,9 - 40,3)	161	80,2 (71,3 - 86,8)	351	71,4 (62,5 - 78,9)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

Gráfico 3. Comparativo de la prevalencia de anticuerpos contra hepatitis C en PID, Bogotá, Medellín y Pereira - Dosquebradas, 2014 y 2021



Fuente: David Toro-Tobón & Dedsy Berbesi-Fernández (2019); base de datos encuesta 2021

Nota: No se cuenta con datos de estimación RDS para VHC en Cali antes de la medición de 2021

6.3 PREVALENCIA DE VHB

Las pruebas de antígeno de superficie del virus de hepatitis B son marcadores indirectos de infección, que, junto con otros marcadores, permiten determinar si la infección es aguda, crónica o si ya se ha resuelto. No obstante, como se indicó en la descripción de pruebas aplicadas en el estudio, según la GPC, un resultado reactivo de HbsAg es indicativo de hepatitis crónica y la persona debe ser referida a tratamiento.

A continuación, se presentan los resultados de reactividad con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (Tabla 31). La mayor reactividad se presenta en Pereira-Dosquebradas con 5,4% (IC 2,6% - 10,9%), seguidas de Cali con 2,5% (IC 1% - 5,8%), Medellín con 0,3% (IC 0,1% - 0,9%) y Bogotá con 0,05% (IC 0% - 0,3%).

Tabla 31. Prevalencia de antígeno de superficie para VHB, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
Antígeno de Superficie HBV								
Prevalencia de Antígeno de Superficie HBV	1	0,05 (0 - 0,3)	3	0,3 (0,1 - 0,9)	6	2,5 (1 - 5,8)	26	5,4 (2,6 - 10,9)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

6.4 PREVALENCIA DE SÍFILIS

Esta prevalencia se midió a través de pruebas rápidas de detección de anticuerpos de los isotipos contra el *Treponema pallidum*, responsable de la sífilis.

La mayor positividad se encuentra en Cali con 11,8% (IC 7,3% - 18,6%), seguida de Pereira-Dosquebradas con 9,0% (IC 6,1% - 13%), Medellín con 5,7% (IC 3,3% - 9,5%) y Bogotá con 5,4% (IC 2,8% - 10,3%).

Tabla 32. . Prevalencia de anticuerpos contra sífilis (TP), Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Bogotá N=208		Medellín N=355		Cali N=202		Pereira/DQ N=436	
	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)	n	% (IC%)
Prevalencia de sífilis	15	5,4 (2,8 - 10,3)	22	5,7 (3,3 - 9,5)	23	11,8 (7,3 - 18,6)	62	9 (6,1 - 13)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

6.5 COINFECCIÓN VIH- ANTI-VHC

Los datos reflejan la prevalencia de las personas que resultaron reactivas para anticuerpos de VHC y positivas para VIH simultáneamente.

Tabla 33. . Proporción cruda y estimación de PID viviendo con VIH con anticuerpos reactivos a VHC, Bogotá y Medellín, 2021

Característica	Bogotá				Medellín			
	Numerador	Denominador	% crudo	Estimación % (IC=95)	Numerador	Denominador	% crudo	Estimación % (IC=95)
Total general	5	208	2,4	2,7 (0,9 - 7,7)	33	355	9,3	8,9 (5,2 - 14,9)
Género								
Femenino	0	64	0,0	0,0	5	69	7,2	13,5 (5,4 - 30,1)
Masculino	4	143	2,8	3,9 (1,8 - 11,4)	26	280	9,3	7,5 (3,8 - 14,5)
Grupo etario								
< 25 años	0	48	0,0	0,0	3	27	11,1	23,3 (7,4 - 53,6)
25 años y +	5	160	3,1	3,5 (1,2 - 9,8)	30	175	17,1	23,3 (4,3 - 14,1)

Fuente: base de datos encuesta 2021.

Nota: El denominador corresponde al total de encuestados, de acuerdo con el algoritmo. El numerador corresponde a los encuestados que resultaron reactivos a VIH y anti-VHC.

Tabla 34. . Proporción cruda y estimación de PID viviendo con VIH con anticuerpos reactivos a VHC, Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Característica	Cali				Pereira/Dosquebradas			
	Numerador	Denominador	% crudo	Estimación % (IC=95)	Numerador	Denominador	% crudo	Estimación % (IC=95)
Total general	50	202	24,8	23,6 (17,2 - 31,6)	65	436	14,9	14,1 (9,5 - 20,4)
Género								
Femenino	5	29	17,2	11 (2,9 - 33,8)	12	47	25,5	22,1 (9,4 - 43,6)
Masculino	44	170	25,9	25,9 (18,5 - 34,9)	52	382	13,6	12,1 (7,6 - 18,7)
Grupo etario								
< 25 años	3	27	11,1	5,1 (1,2 - 19,0)	10	66	15,2	14,3 (5,9 - 30,8)
25 años y +	47	175	26,9	26,6 (19,3 - 35,5)	55	370	14,9	14,1 (9,1 - 21,2)

Nota: El denominador corresponde al total de encuestados, de acuerdo con el algoritmo. El numerador corresponde a los encuestados que resultaron reactivos a VIH y anti-VHC.

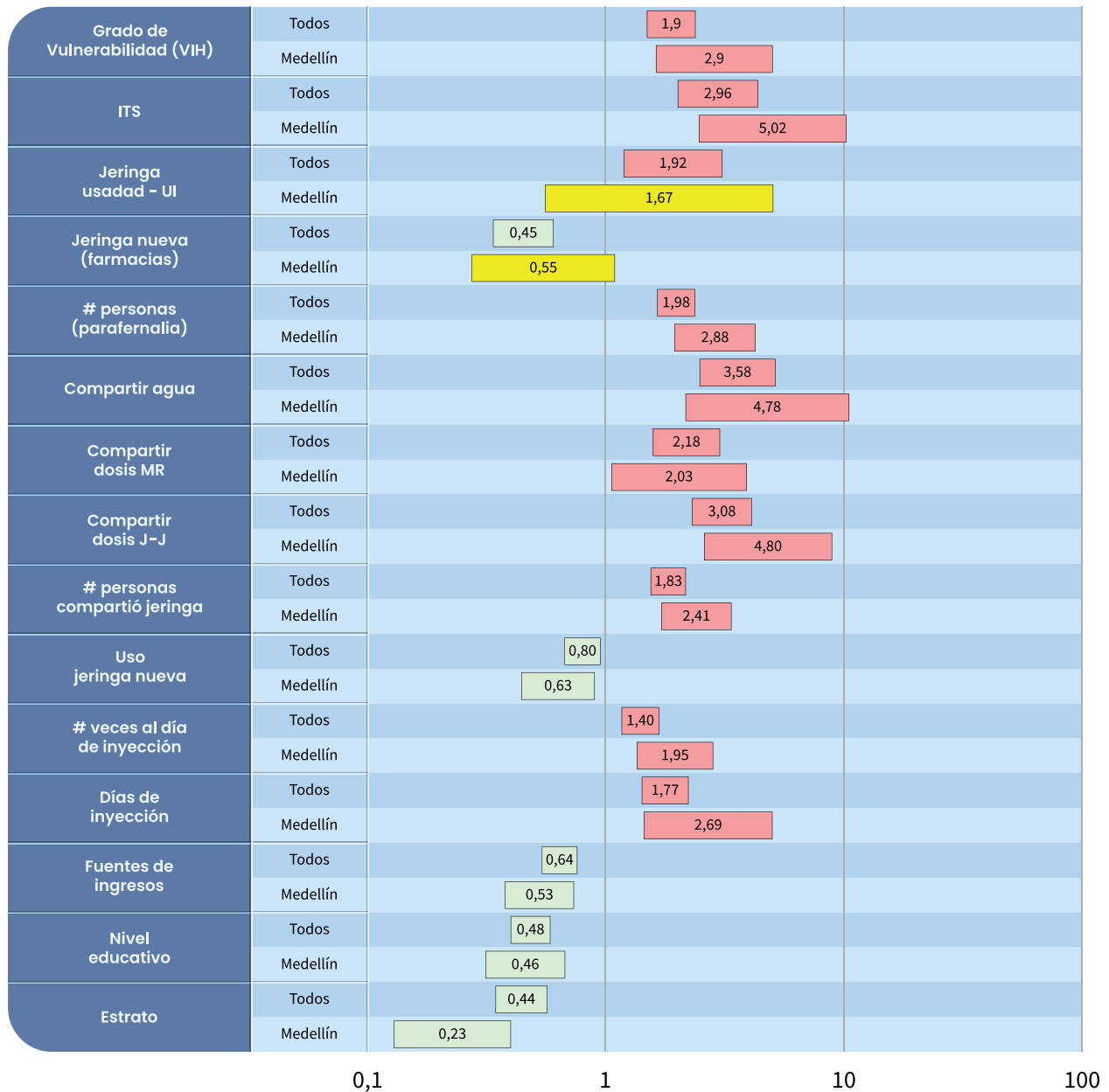
6.6 FACTORES ASOCIADOS A LA INFECCIÓN POR VIH Y OTRAS ITS

Los estudios transversales que persiguen objetivos principalmente analíticos, suelen ser estudios que aportan evidencia sobre la existencia de asociaciones entre variables, son considerados el primer peldaño en los niveles de evidencia para realizar estudios de cohorte y experimentales. La principal limitación, de los estudios transversales, es la imposibilidad de determinar una secuencia temporal clara entre la variable dependiente y la(s) variables independientes o covariables. Esto es debido a que la medición de ambos tipos de variables se hace de manera simultánea. La asociación estadística es necesaria pero no suficiente para inferir la existencia de una relación causal. En el estudio las asociaciones estadísticas estimadas con los coeficientes de correlación y las OR son de carácter exploratorio y servirán de evidencia para entender la dinámica del fenómeno y aportara información para futuros estudios de nivel analítico (Cvetkovic et al, 2021; Quispe et al, 2020).

6.6.1 Factores asociados a la infección por VIH

Como factores asociados que aumentan la probabilidad de estar infectado con VIH en la ciudad de Medellín, está la percepción del grado de vulnerabilidad frente a la enfermedad, con una OR igual a 2,9, así mismo el haber tenido una infección de transmisión sexual con una OR de 5,0. Son igualmente factores de riesgo significativos el compartir jeringas, usar jeringas usadas y compartir la parafernalia utilizada para la preparación de la dosis con OR que oscilan entre 2,0 y 4,3. Así mismo, la periodicidad con la que las personas se inyectan, tanto la cantidad de días y el número de veces al día, son factores de riesgo para tener infección por VIH, con OR que oscilan entre 1,4 y 2,6. Como factores protectores sobresalen la calidad o capacidad de generar sus propios ingresos, el estrato socioeconómico y el nivel educativo todos estos en la medida en que aumentan disminuye la probabilidad de tener la infección por VIH con OR de 0,5, 0,4 y 0,2 respectivamente. Es igualmente factor de protección uso frecuente de jeringas nuevas en los últimos 6 meses con OR igual a 0,63. (Gráfico 4).

Gráfico 4. Factores asociados a la infección de VIH en las personas que se inyectan drogas en Medellín y total ciudades de estudio, 2021

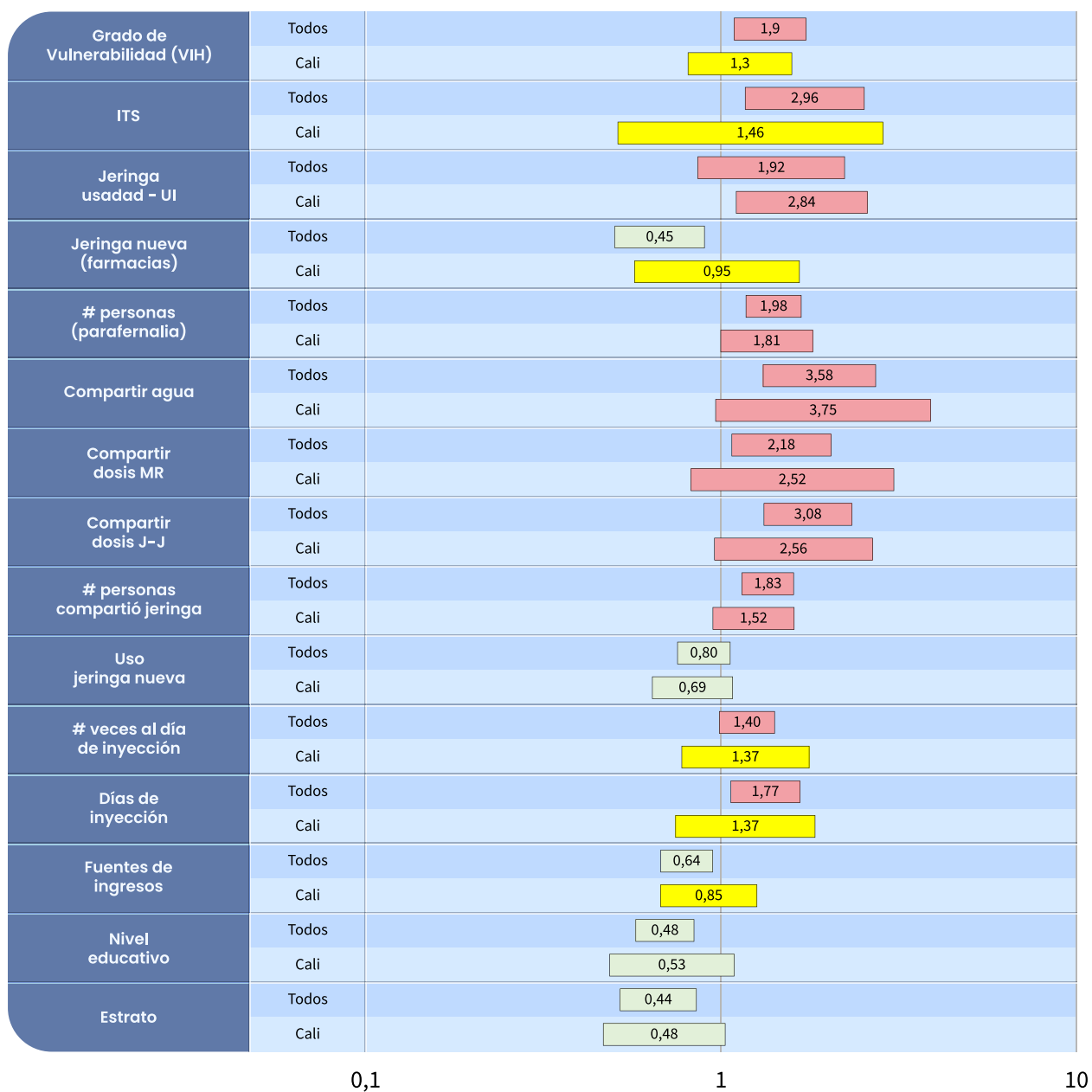


Fuente: base de datos encuesta 2021.

Al analizar los factores asociados para la ciudad de Cali se observa nuevamente que el compartir la parafernalia, tomar dosis de un recipiente común, compartir la dosis de jeringa a jeringa y en general compartir cualquier insumo y utensilio para preparar la dosis es considerado un factor de riesgo, con OR que oscilan entre 1,8 y 3,7. Como

factores protectores entre las personas que se inyectan drogas en Cali se encuentran el estrato socioeconómico y el nivel educativo con OR que varían entre 0,4 y 0,5, así como en el uso frecuente de jeringas nueva en los últimos 6 meses con un OR de 0,6, todos significativos (Gráfico 5).

Gráfico 5. Factores asociados a la infección de VIH en las personas que se inyectan drogas en Santiago de Cali y total ciudades de estudio, 2021

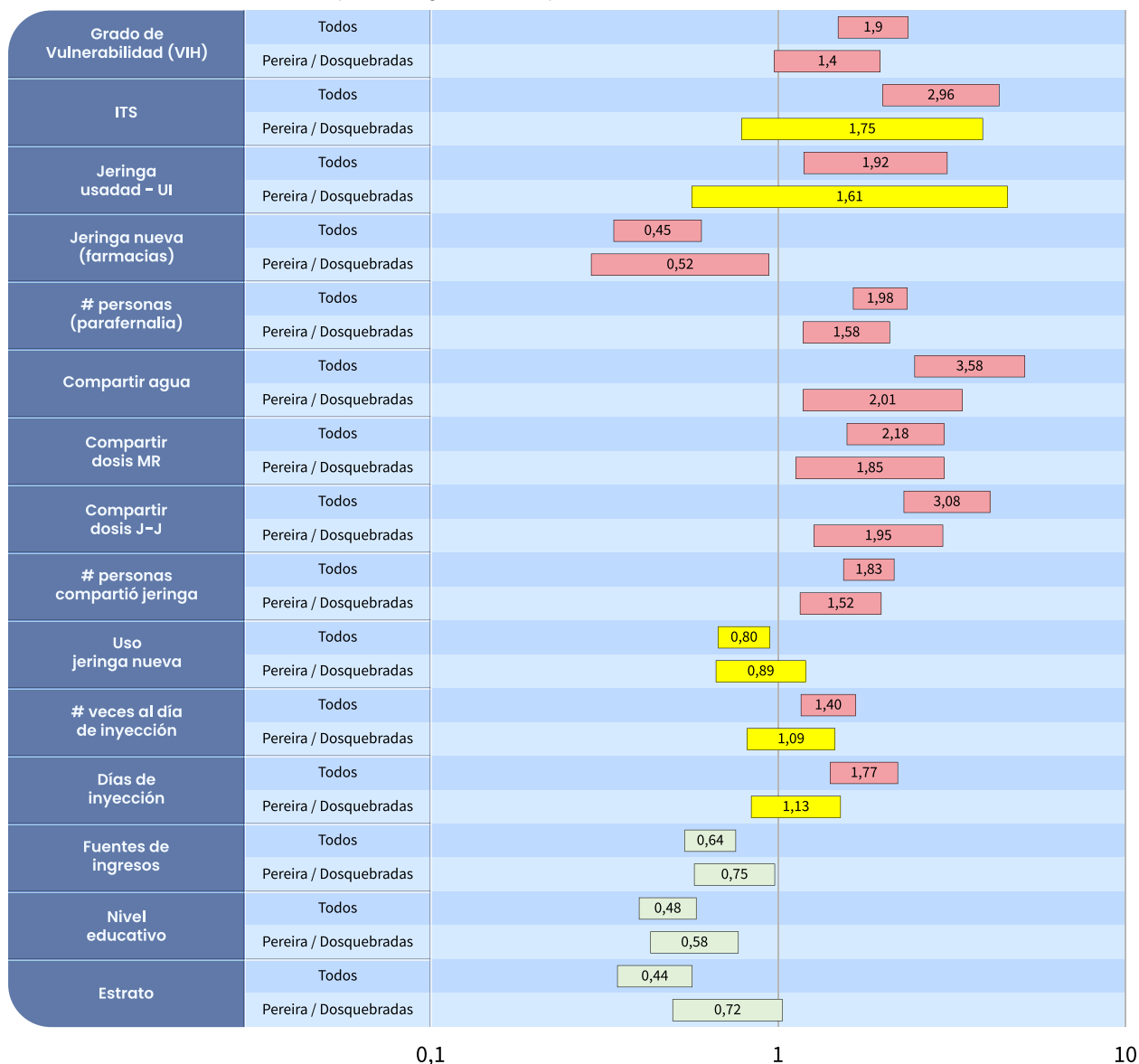


Fuente: base de datos encuesta 2021.

En la zona conurbada de Pereira - Dosquebradas los hábitos de compartir la dosis de jeringa a jeringa, compartir la parafernalia, tomar la dosis de un recipiente común y en general compartir insumos y utensilios para la preparación de la dosis, así como el grado de vulnerabilidad que percibe frente a la infección por VIH figuran como

factores de riesgo con OR que oscilan entre 1,5 y 3,5. Los factores socioeconómicos, capacidad de generar sus ingresos y el nivel educativo son factores de protección significativos con OR que se encuentran entre 0,5 y 0,7 (Gráfico 6).

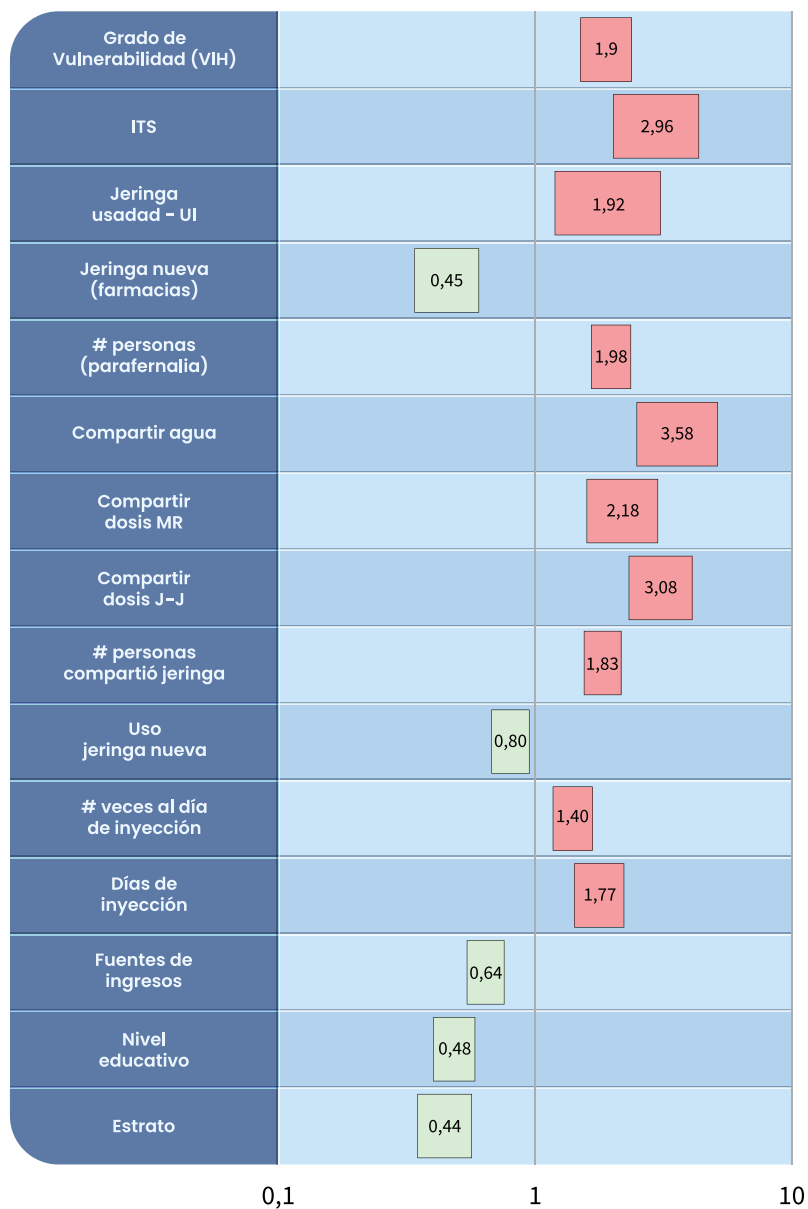
Gráfico 6. Factores asociados a la infección de VIH en las personas que se inyectan drogas en Pereira y total ciudades de estudio, 2021



A nivel general, para las personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y la zona conurbada de Pereira - Dosquebradas, se encuentra que cuanto mayor sea el grado de vulnerabilidad que la persona percibe frente al VIH la probabilidad de estar infectado aumenta con una OR igual a 1,9, igualmente el haber tenido una infección de transmisión sexual aumenta la probabilidad de tener infección por VIH con una OR de 2,9. Con relación a las practicas asociadas a la inyección de sustancias psicoactivas se encuentra que el compartir la parafernalia, la dosis de jeringa a jeringa y en general compartir cualquier utensilio o insumo, aumenta la probabilidad de tener VIH

con OR desde 1,4 hasta 3,5, de igual manera en la medida en que las personas se inyectan más días y más veces al día la probabilidad de tener VIH aumenta con OR entre 1,4 y 1,7. Mientras que los factores de protección para el modelo general son nivel educativo, capacidad de generar sus propios ingresos y el estatus socioeconómico con OR iguales a 0,6, 0,4 y 0,4 respectivamente. Dentro de los factores de protección significativos relativos a las prácticas de la inyección se encuentran el uso frecuente de jeringas nuevas en los últimos 6 meses (OR = 0,8) y adquirir las jeringas nuevas en las farmacias o droguerías (OR = 0,4) (Gráfico 7).

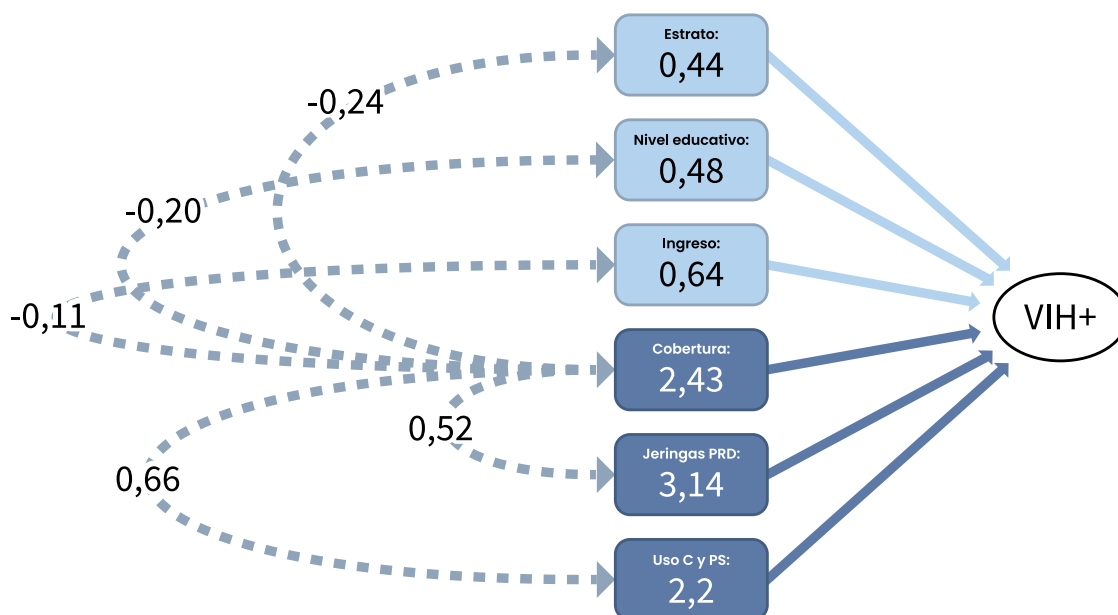
Gráfico 7. Factores asociados a la infección de VIH en las personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021



Para analizar la relación que se presenta entre la cobertura, la obtención de las jeringas del programa de reducción de daños y el uso del condón y prácticas seguras, se elaboró un diagrama de relaciones causales en el cual se muestra como estas variables aumentan la probabilidad de tener la infección de VIH con OR de 2,4, 3,1 y 2,2 respectivamente. Este comportamiento aparentemente contradictorio se explica porque estas variables tienen una correlación inversa con los factores de protección (estrato económico, nivel educativo y capacidad de generar sus

propios ingresos) con coeficientes de correlación de -0,2, 0,2 y -0,1 todos significativos, lo que quiere decir que cuanto más bajo es el estrato, el nivel educativo y la capacidad de generar sus propios ingresos tienen mayor cobertura y probabilidad de obtener sus jeringas en el programa de reducción de daño. Es decir, la cobertura del programa, la entrega de jeringas del programa de reducción de daños, están focalizadas en poblaciones con bajo estrato, bajo nivel educativo y baja capacidad de generar sus propios ingresos.

Gráfico 8. Diagrama general de relaciones causales para infección con VIH en las personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira -Dosquebradas, 2021



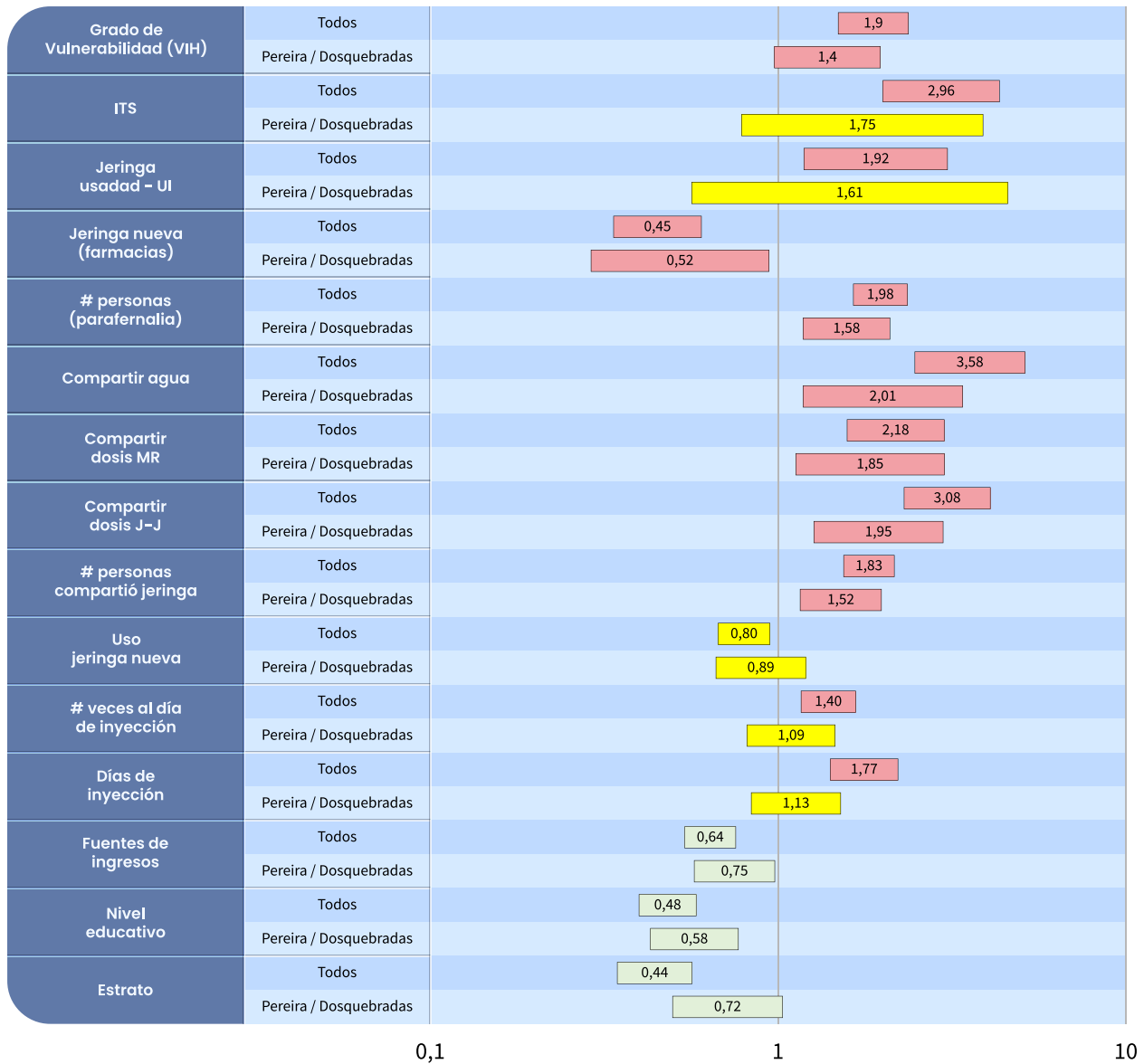
Fuente: base de datos encuesta 2021.

6.6.2 Factores asociados a la infección por VHC

En Medellín, los factores de protección que disminuyen la probabilidad de tener infección por hepatitis C son: la capacidad de generar sus propios ingresos, nivel educativo y estrato socioeconómico, con OR que oscilan entre 0,6 y 0,7, es decir cuanto más alto sea el estrato, el nivel educativo o mejor sea su capacidad de generar ingresos, menos probabilidad habrá de que la persona esté infectada con hepatitis C, igualmente el obtener una jeringa en una farmacia y uso frecuente de jeringas nuevas en

los últimos 6 meses, son factores de protección con OR que oscilan entre 0,5 y 0,8. Los factores de riesgo identificados para estar infectado con hepatitis C fueron el hábito de compartir la dosis de jeringa a jeringa y en general el hecho de compartir cualquier implemento o insumos para la preparación de la dosis, con OR que oscilan entre 1,3 y 2,1, la frecuencia de inyección de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo, es decir cuantos más días se inyecte y más veces al día se inyecte, mayor probabilidad tendrá de tener infección con hepatitis C, con OR de 1,3 y 1,5 respectivamente (Gráfico 9).

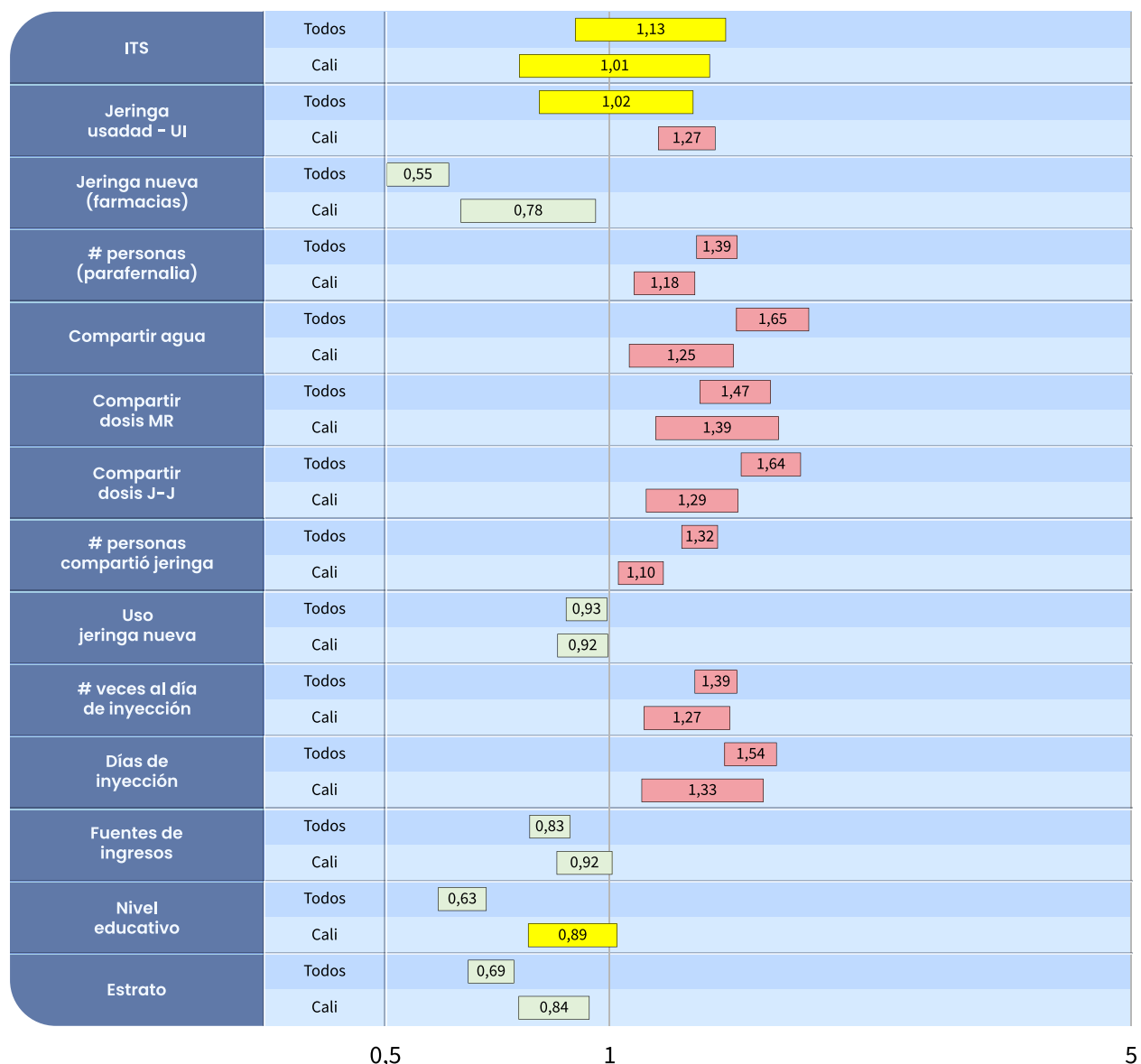
Gráfico 9. Factores asociados a la infección de HCV en las personas que se inyectan drogas en Medellín y total ciudades de estudio, 2021



Fuente: base de datos encuesta 2021.

Los factores de protección identificados en el modelo para la ciudad de Cali fueron: la capacidad de generar sus propios ingresos y el estrato socioeconómico, con OR de 0,9 y 0,8, son igualmente factores de protección comprar las jeringas nuevas en la farmacia y uso frecuente de jeringas nuevas en los últimos 6 meses, con OR que varían entre 0,7 y 0,9 respectivamente. La frecuencia (número de veces y número de días) con la que se inyectan

sustancias psicoactivas, a mayor frecuencia mayor probabilidad de tener infección por hepatitis C, con OR de 1,2 y 1,3 respectivamente. Igualmente figura como factor de riesgo el compartir la dosis de jeringa a jeringa, tomar su dosis de un recipiente en común y en general compartir cualquier tipo de insumo o parafernalia, es factor de riesgo para estar infectado con hepatitis C, estos factores tienen OR que oscilan entre 1,1 y 1,6 (Gráfico 10).

Gráfico 10. Factores asociados a la infección de HCV en las personas que se inyectan drogas en Cali y total ciudades de estudio, 2021

Fuente: base de datos encuesta 2021.

Los factores de protección identificados en Pereira/Dosquebradas fueron: la capacidad de generar sus ingresos, estrato socioeconómico y nivel educativo, con OR de 0,9, 0,7 y 0,8 todos estadísticos. El comprar la jeringa para la inyección en una farmacia y reportar uso frecuente de jeringas nuevas en los últimos 6 meses, son factores de protección, con OR es que oscilan entre 0,8 y 0,9. Como factores de riesgo en la zona conurbada de Pereira-Dosquebradas se

identificaron la frecuencia de inyección, es decir cuantos más días y más veces al día se inyecte, mayor probabilidad tendrá la persona de estar infectada con hepatitis C, con OR iguales a 1,0. Compartir la parafernalia para la preparación de la dosis y en general compartir cualquier utensilio o insumo es un factor de riesgo con OR que oscilan entre 1,1 y 1,6 (Gráfico 11).

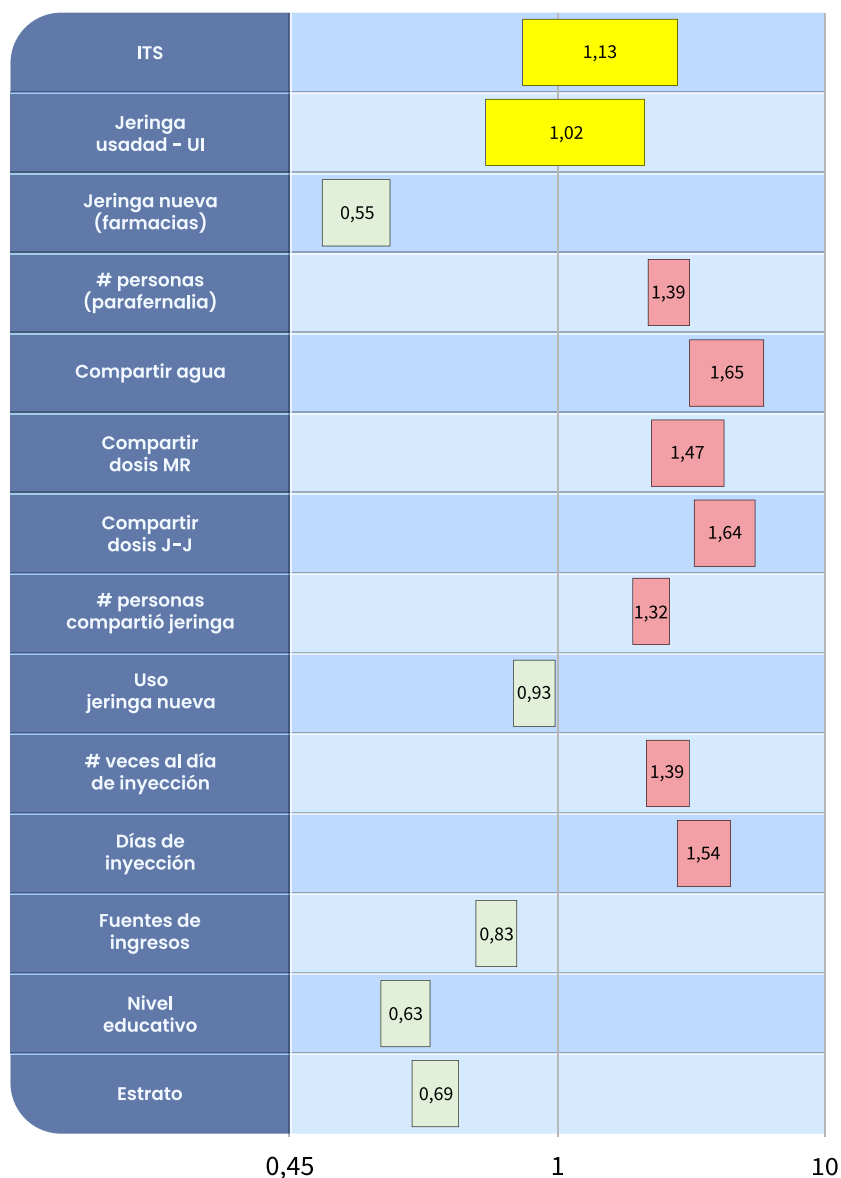
Gráfico 11. Factores asociados a la infección de HCV en las personas que se inyectan drogas en Pereira/Dosquebradas y total ciudades de estudio, 2021



Fuente: base de datos encuesta 2021.

Los modelos generales para estimar la asociación con estar infectado con hepatitis C, mantienen básicamente los mismos grupos de factores de riesgo y protección identificados en las ciudades estudiadas, los podemos clasificar en 2 grandes grupos de factores de riesgo: el primero es compartir parafernalia, la dosis de jeringa a jeringa y en general cualquier tipo de utensilio o insumo, estos factores presentan OR que varían entre 1,3 y 1,6, en el segundo grupo de factores de riesgo esta la frecuencia de inyección, tanto número de días, así como el número de veces que se inyecta

la persona al día, con OR estadísticas que oscilan entre 1,3 y 1,5. Mientras que los factores de protección identificados en el modelo general para estar infectado con hepatitis C fueron la capacidad de generar ingresos, el nivel educativo y el estrato socioeconómico con OR iguales a 0,8, 0,6 y 0,6 respectivamente, asimismo figuran como factor de protección el conseguir la jeringa en una farmacia y reportar uso frecuente de jeringas nuevas en los últimos 6 meses, con OR que oscilan entre 0,5 y 0,9 (Gráfico 12).

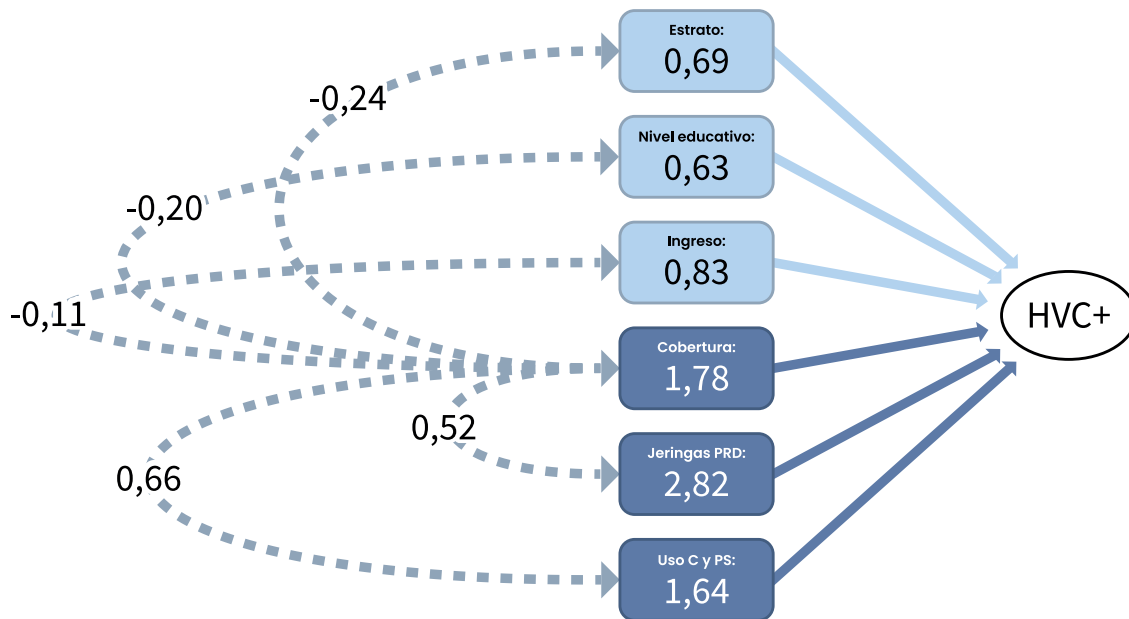
Gráfico 12. Factores asociados a la infección de VHC en las personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

Fuente: Base de datos encuesta 2021.


Para entender el comportamiento de la relación que se presenta entre obtener la jeringa del programa de reducción de daños y la cobertura del programa, es necesario evaluar las correlaciones entre las variables involucradas en todos los modelos. Para explicar este fenómeno en el Gráfico 13 se puede ver cómo existe una relación directa estadística entre estar infectado con hepatitis C y los factores de cobertura del programa, la obtención de las jeringas en el programa de reducción de daños y uso de condón y prácticas seguras, con OR iguales a 1,7, 2,8 y 1,6

respectivamente, esta asociación aparentemente incoherente se presenta porque las variables en mención, tienen una relación inversa con los factores de protección (estrato socioeconómico, nivel educativo y fuente de ingresos) es decir, existe más cobertura en personas con estrato socioeconómico bajo, bajo nivel educativo y baja capacidad de generar ingresos, esto se comprueba con los coeficientes de correlación negativos iguales a -0,2, -0,2 y -0,1 respectivamente.

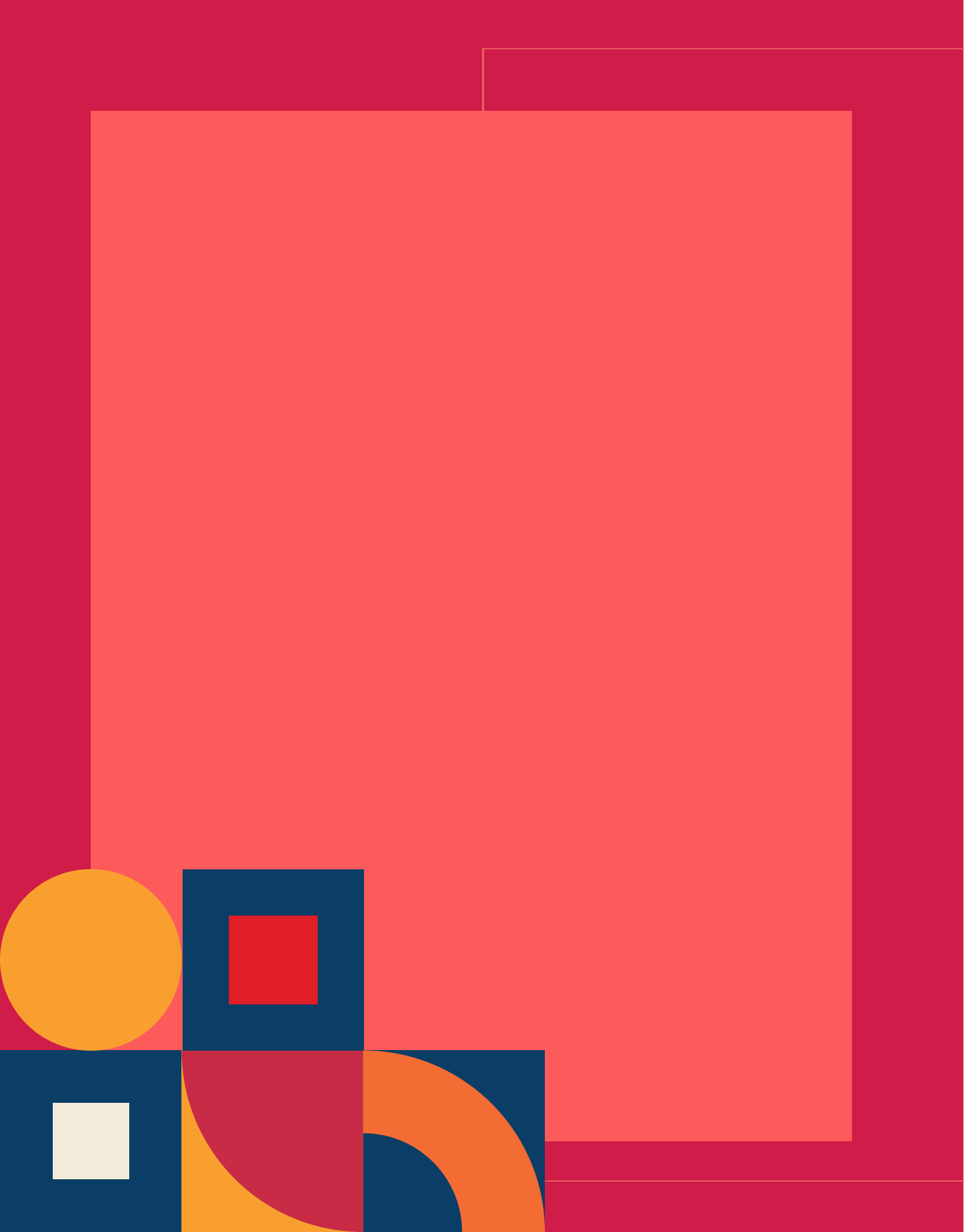
Gráfico 13. Diagrama general de relaciones causales para infección con HCV en las personas que se inyectan drogas en Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021



Fuente: Base de datos encuesta 2021.



7. Indicadores en personas que se inyectan drogas



En este capítulo se presenta el resumen de los indicadores calculados con base en las directrices de Monitoreo Global de sida de ONUSIDA 2021 para el seguimiento a la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin a la epidemia en el año 2030. Cada cálculo se realizó teniendo en cuenta las indicaciones de desglose de las mismas directrices y es así como se presentan. Los indicadores presentados son

- Prevalencia del VIH
- Pruebas de VIH
- Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con VIH
- Uso del condón entre las personas que se inyectan drogas
- Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas que se inyectan drogas
- Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables
- Prevalencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C
- Prevalencia de antígeno de superficie de la hepatitis B
- Prevalencia de coinfección VIH - hepatitis C
- Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH
- Evitación de los servicios de salud por causa del estigma y la discriminación
- Conocimientos sobre la prevención del VIH

7.1 PREVALENCIA DE VIH

Numerador	Número de personas que reciben resultados positivos de pruebas de VIH
Denominador	Número de personas que se someten a las pruebas de VIH

Tabla 35. Prevalencia de VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	3,2	11,2	23,9	17,6	14,3
Género					
Femenino	0,0	19,8	11,0	37,5	16,5
Masculino	4,6	9,0	26,2	13,5	13,1
Grupo etario					
Menores de 25 años	0,0	23,3	5,8	14,3	9,4
25 años o más	4,1	10,4	26,8	18,1	14,9

Fuente: base de datos encuesta 2021.

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.2 PRUEBAS DE VIH

Descripción	Porcentaje de personas de la población que se hicieron la prueba de VIH
Numerador	Número de personas que recibieron resultados de pruebas de VIH
Denominador	Número de personas encuestadas

Tabla 36. Pruebas de VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	42,3%	49,6%	78,2%	69,0%	60,2%
Género					
Femenino	40,6%	44,9%	58,6%	70,2%	51,2%
Masculino	42,7%	50,4%	81,2%	69,1%	61,9%
Grupo etario					
Menores de 25 años	37,5%	50,0%	70,4%	74,2%	59,9%
25 años o más	43,8%	49,6%	79,4%	68,1%	60,2%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.3 COBERTURA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ENTRE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Descripción	Porcentaje de personas que viven con VIH que han estado recibiendo terapia antirretroviral en los 12 meses previos
Numerador	Número de encuestados que viven con VIH que declaran haber recibido terapia antirretroviral en los últimos 12 meses
Denominador	Número encuestados que viven con VIH

Tabla 37. Cobertura de terapia antirretroviral entre las personas que viven con VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	80,0%	29,2%	40,6%	64,6%	52,8%
Género					
Femenino	Sin Casos	40,0%	33,3%	71,4%	33,9%
Masculino	100,0%	27,8%	42,9%	61,8%	54,3%
Grupo etario					
Menores de 25 años	Sin Casos	0,0	100,0%	60,0%	42,4%
25 años o más	80,0%	31,8%	38,7%	65,1%	52,2%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.4 USO DEL CONDÓN ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

Descripción	Porcentaje de personas que se inyectan drogas que reportan haber utilizado el condón en la última ocasión que tuvieron relaciones sexuales
Numerador	Número de personas que usan drogas inyectables que afirmaron haber utilizado preservativo en su última relación sexual
Denominador	Número de personas que usan drogas inyectables que afirman haberse inyectado drogas y mantenido relaciones sexuales en el último mes

Tabla 38. Uso del condón entre las personas que se inyectan drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	25,8%	43,3%	62,4%	64,6%	51,2%
Género					
Femenino	14,3%	36,4%	54,5%	75,0%	40,8%
Masculino	29,8%	44,6%	64,8%	62,3%	52,9%
Grupo etario					
Menores de 25 años	16,0%	33,3%	53,3%	70,4%	47,0%
25 años o más	34,6%	45,8%	52,6%	61,1%	50,7%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.5 USO DEL CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACIÓN DE ALTO RIESGO

Descripción	Porcentaje de personas que se inyectan drogas que reportan haber utilizado el condón en la última ocasión que tuvieron relaciones sexuales con pareja ocasional
Numerador	Número de personas que manifiesten haber utilizado condón en la última relación sexual ocasional
Denominador	Número de personas que reporten tener pareja ocasional

Tabla 39. Uso del condón entre las personas que se inyectan drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	25,8%	49,3%	53,6%	64,6%	51,5%
Género					
Femenino	18,2%	18,2%	22,2%	33,3%	22,1%
Masculino	28,0%	55,1%	56,8%	68,2%	56,5%
Grupo etario					
Menores de 25 años	15,0%	20,0%	50,0%	40,9%	32,4%
25 años o más	28,6%	50,4%	54,3%	68,0%	53,9%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.6 COBERTURA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH ENTRE LAS PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS

Descripción	Porcentaje de personas que se inyectan drogas que dan cuenta de haber recibido un conjunto combinado de intervención para la prevención del VIH
Numerador	Número de personas que se inyectan drogas que reportan haber recibido dos o más de las siguientes intervenciones: <ul style="list-style-type: none"> • En los últimos 3 meses le han dado condones y lubricantes • En los últimos tres meses ¿le han asesorado sobre el uso del condón y prácticas sexuales seguras? • En los últimos tres meses ¿ha recibido agujas y jeringas nuevas?
Denominador	Número de personas encuestadas

Tabla 40. Cobertura de los programas de prevención del VIH entre las personas que se inyectan drogas, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	25,0%	24,2%	71,8%	69,5%	48,8%
Género					
Femenino	25,0%	27,5%	65,5%	80,9%	44,0%
Masculino	24,5%	22,5%	73,5%	68,1%	49,5%
Grupo etario					
Menores de 25 años	20,8%	18,8%	66,7%	74,2%	51,0%
25 años o más	26,3%	24,5%	72,6%	68,6%	48,5%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.7 PRÁCTICAS SEGURAS EN EL CONSUMO DE DROGAS INYECTABLES

Descripción	Porcentaje de personas que reportan haber utilizado utensilios de inyección estériles en la última ocasión que se inyectaron drogas
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> Número de personas que se inyectan drogas que reportan haber utilizado una jeringa nueva
Denominador	Número de encuestados que se inyectó drogas en el último mes

Tabla 41. Prácticas seguras en el consumo de drogas inyectables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	85,4%	73,0%	87,7%	74,9%	78,3%
Género					
Femenino	82,9%	78,1%	96,2%	73,8%	81,1%
Masculino	87,2%	71,2%	86,7%	75,1%	77,8%
Grupo etario					
Menores de 25 años	96,9%	75,0%	88,5%	68,8%	81,4%
25 años o más	82,4%	72,9%	87,6%	76,1%	77,9%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.8 ACTITUDES DISCRIMINATORIAS HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Descripción	Porcentaje de personas que reportan haber utilizado utensilios de inyección estériles en la última ocasión que se inyectaron drogas
Numerador	Número de personas que responden no a las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Compraría verduras a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene VIH? • ¿Cree que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela / colegio con los niños que no tienen VIH?
Denominador	Número de personas que alguna vez les han hablado del VIH o del SIDA

Tabla 42. Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	12,0%	13,1%	24,0%	21,9%	17,9%
Género					
Femenino	9,8%	15,0%	14,8%	11,1%	12,5%
Masculino	13,0%	13,0%	25,9%	23,1%	19,2%
Grupo etario					
Menores de 25 años	10,6%	28,6%	32,0%	33,9%	25,9%
25 años o más	12,4%	12,4%	22,8%	19,8%	16,8%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.9 EVITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD POR CAUSA DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

Descripción	Porcentaje de personas que han evitado ir al servicio de salud por temor a ser estigmatizado o discriminado
Numerador	Número de personas que alguna vez ha evitado ir al servicio de salud por temor a ser estigmatizado o discriminado por consumir drogas
Denominador	Número de personas encuestadas

Tabla 43. Evitación de los servicios de salud por causa del estigma y la discriminación, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	37,0%	34,9%	31,7%	32,8%	34,0%
Género					
Femenino	43,8%	42,0%	44,8%	42,6%	43,1%
Masculino	33,6%	33,2%	30,0%	32,2%	32,3%
Grupo etario					
Menores de 25 años	33,3%	37,5%	25,9%	31,8%	31,8%
25 años o más	38,1%	34,8%	32,6%	33,0%	34,3%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.10 CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL VIH

Descripción	Porcentaje de personas que han evitado ir al servicio de salud por temor a ser estigmatizado o discriminado
Numerador	Número de personas que responden correctamente las siguientes preguntas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿El VIH se puede prevenir utilizando condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales? - Si • ¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales? - Si • ¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo? - No • ¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado - No • ¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH? - Si
Denominador	Número de personas encuestadas

Tabla 44. Conocimientos sobre la prevención del VIH, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	33,7%	36,9%	40,6%	26,6%	33,2%
Género					
Femenino	37,5%	49,3%	41,4%	36,2%	41,6%
Masculino	32,2%	33,6%	40,6%	24,9%	31,2%
Grupo etario					
Menores de 25 años	33,3%	31,3%	37,0%	16,7%	26,8%
25 años o más	33,8%	37,2%	41,1%	28,4%	34,2%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.11 PREVALENCIA DE ANTICUERPOS CONTRA EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

Numerador	Número de personas que se inyectan drogas que recibieron un resultado positivo de anticuerpos del virus de la hepatitis C
Denominador	Número de personas encuestadas

Tabla 45. Prevalencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	10,7%	32,7%	80,2%	71,4%	50,9%
Género					
Femenino	4,4%	35,4%	64,7%	72,8%	38,4%
Masculino	13,7%	32,0%	83,3%	72,1%	54,0%
Grupo etario					
Menores de 25 años	1,0%	37,6%	63,2%	88,8%	52,3%
25 años o más	13,5%	32,4%	82,9%	68,6%	50,8%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.12 PREVALENCIA DE ANTÍGENO DE SUPERFICIE DE LA HEPATITIS B

Numerador	Número de personas que se inyectan drogas que recibieron un resultado positivo de antígeno de superficie de la hepatitis B
Denominador	Número de personas encuestadas

Tabla 46. Prevalencia de antígeno de superficie de la hepatitis B, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	0,05%	0,3%	2,5%	5,4%	2,5%
Género					
Femenino	0,1%	0,0%	0,5%	0,0%	0,1%
Masculino	0,0%	0,3%	2,9%	5,8%	2,9%
Grupo etario					
Menores de 25 años	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,4%
25 años o más	0,1%	0,3%	2,9%	6,2%	2,8%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.

7.13 PREVALENCIA DE COINFECCIÓN VIH - HEPATITIS C

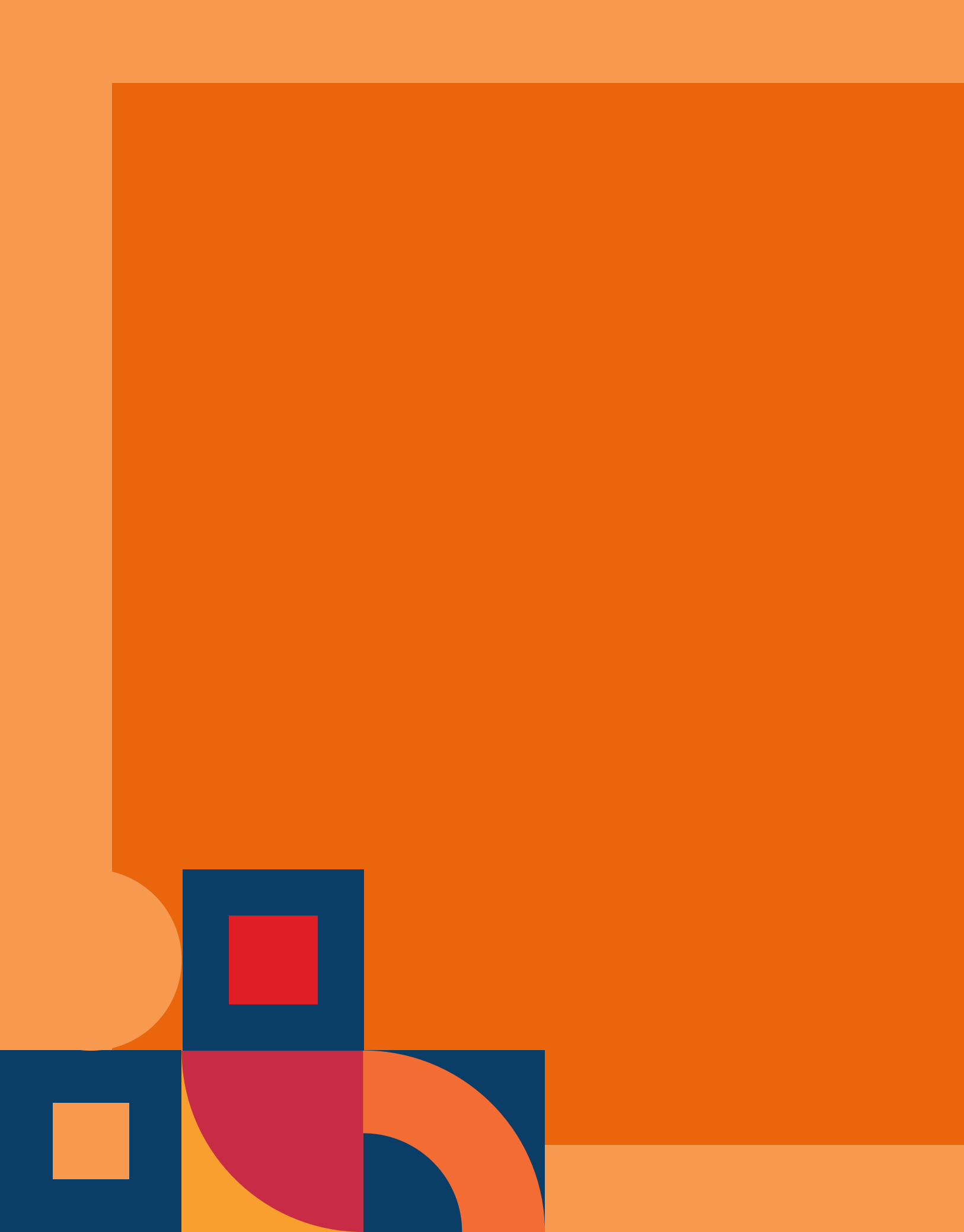
Descripción	Porcentaje de personas que se inyectan drogas que recibieron un resultado positivo de VIH y de anticuerpos del virus de la hepatitis C
Numerador	Número de personas que se inyectan drogas que recibieron un resultado positivo de VIH y de anticuerpos del virus de la hepatitis C
Denominador	Número de personas encuestadas

Tabla 47. Prevalencia de coinfección VIH-VHC, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

	Bogotá	Medellín	Cali	Pereira - Dosquebradas	Total ponderado 4 ciudades
Total	2,7%	8,9%	23,6%	14,1%	12,2%
Género					
Femenino	0,0%	13,5%	11,0%	22,1%	10,9%
Masculino	3,9%	7,5%	25,9%	12,1%	12,0%
Grupo etario					
Menores de 25 años	0,0%	23,3%	5,1%	14,3%	9,3%
25 años o más	3,5%	23,3%	26,6%	14,1%	17,6%

Nota: El valor reportado para el indicador por ciudad es el valor bruto sin ajustar. El cálculo del indicador combinado para las 4 ciudades se logró mediante la ponderación del indicador en cada ciudad según el tamaño de muestra en cada caso. Es una ponderación aritmética y no se usaron

los ponderadores RDS acorde con los alcances de esta metodología. No se incluyó el indicador desagregado para transgénero debido a la baja cantidad de personas de esta población que respondieron la encuesta.





8. Análisis de consistencia de la encuesta por ciudad



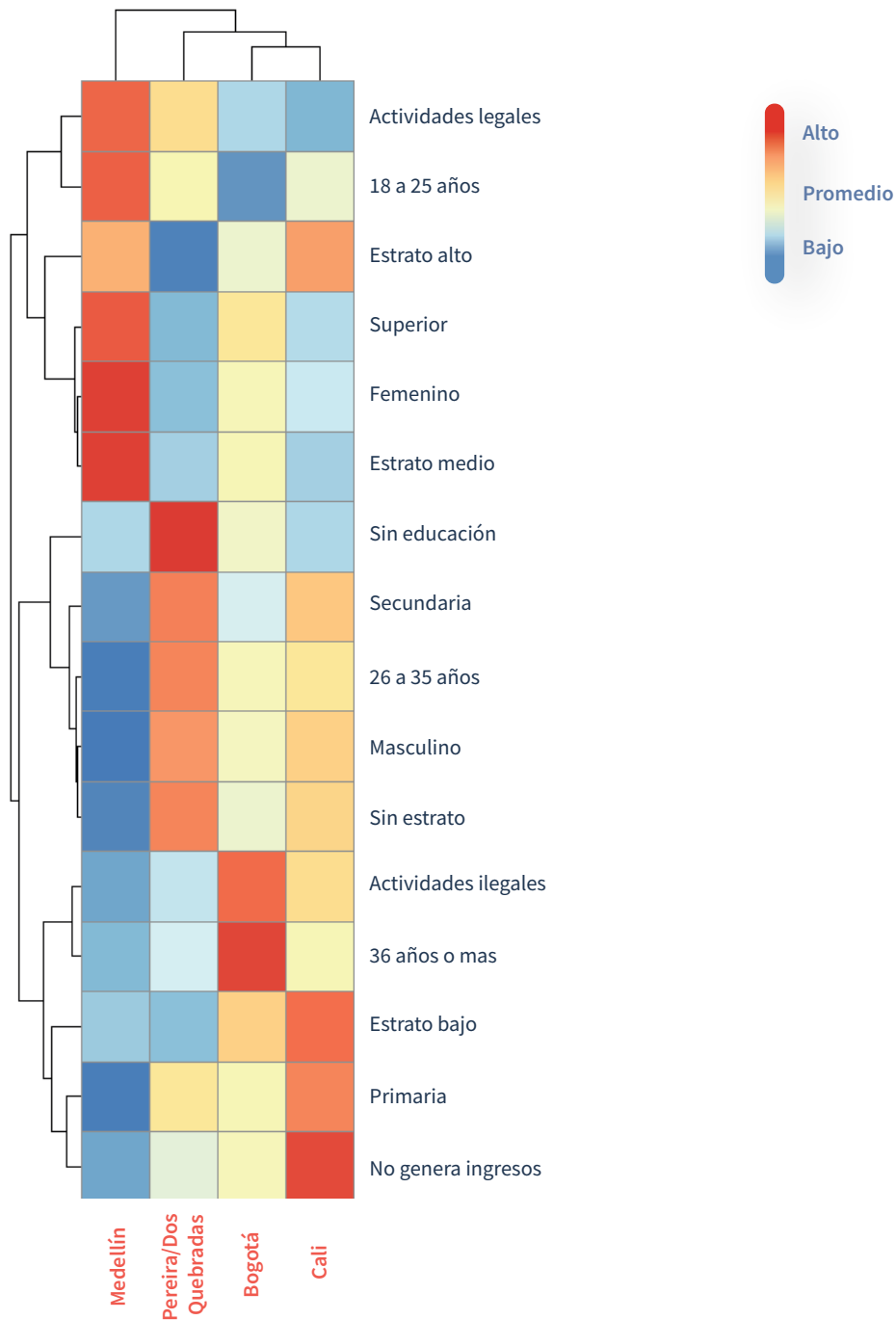
continuación, se representan los resultados de los análisis factoriales de correspondencias múltiples, así como las contribuciones y correlaciones de cada modalidad o variable tipo fila con la modalidad o variable tipo columna.

Para ilustrar gráficamente las diferencias entre los perfiles de columna, se muestra un mapa de calor estandarizado por fila y se clasificaron las columnas utilizando análisis de clúster jerárquico, para así determinar el posible parecido o diferencia que existe entre cada una de las ciudades y se aplicó igualmente clúster jerárquico en las variables tipo fila para determinar qué características estaban correlacionadas entre sí.

Cuando se analiza el perfil demográfico de las 4 ciudades estudiadas se observa como es evidente que Bogotá tiene un perfil atípico diferente a todo el resto, Medellín y Cali tienen un perfil similar en cuanto a su demografía y

Pereira se aproxima más al grupo conformado por Medellín y Cali. Al analizar los conglomerados de variables filas se observa una asociación entre realizar una actividad económica legal, tener una edad entre 18 y 25 años, formar parte del estrato medio o alto, tener nivel educativo superior y género femenino. También se puede observar un segundo conglomerado de variables en las cuales sobresale no tener algún estatus socioeconómico definido como sin ningún tipo de educación o secundaria, género masculino y una edad que oscila entre 26 y 35 años, las restantes variables conforman otro conglomerado donde se resalta que realizar actividades ilegales para obtener ingresos está asociado con tener una edad de 36 años o más, un nivel educativo de primaria y pertenecer a un estrato bajo. A este grupo también pertenecen las personas que manifiestan obtener sus ingresos de pedir en la calle o de donaciones realizadas por algún familiar (Gráfico 14).

Gráfico 14. Perfiles demográficos por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

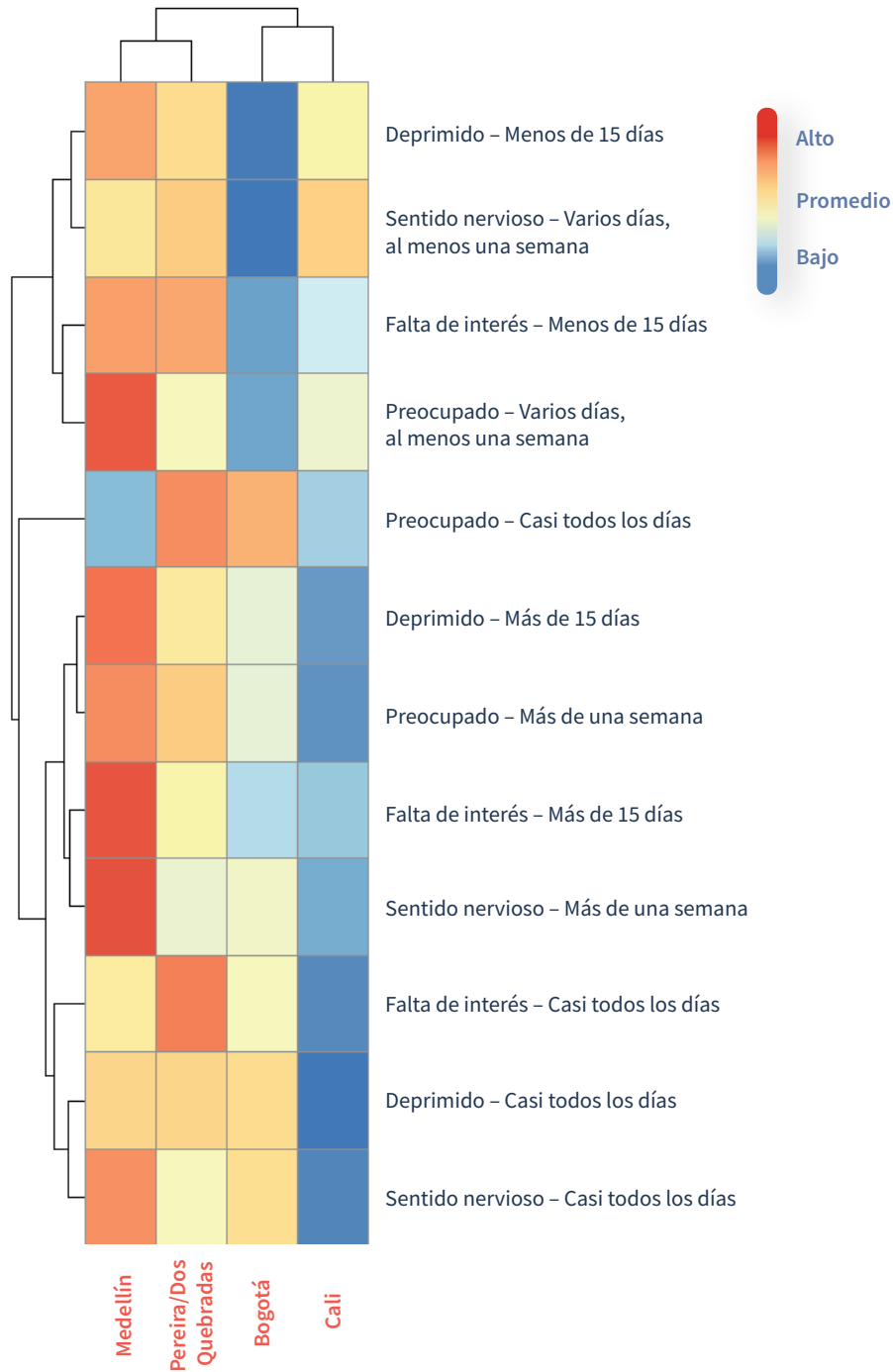


Fuente: base de datos encuesta 2021.

La ciudad donde las personas reportan mayor porcentaje de sintomatología de trastorno afectivo o de ansiedad es Bogotá, seguida por Medellín, presentando estas dos ciudades un gran parecido, en tercer lugar, está la ciudad de Pereira-Dosquebradas y ocupando el último lugar de las cuatro ciudades se encuentra Cali con una

proporción por debajo del promedio general en casi todas las sintomatologías. También se puede observar en el Gráfico 15 como la sintomatología de sentirse nervioso casi todos los días, a tener falta de interés casi todos los días, deprimido casi todos los días están correlacionadas entre sí.

Gráfico 15. Perfiles de sintomatologías de salud mental por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021



Fuente: base de datos encuesta 2021.

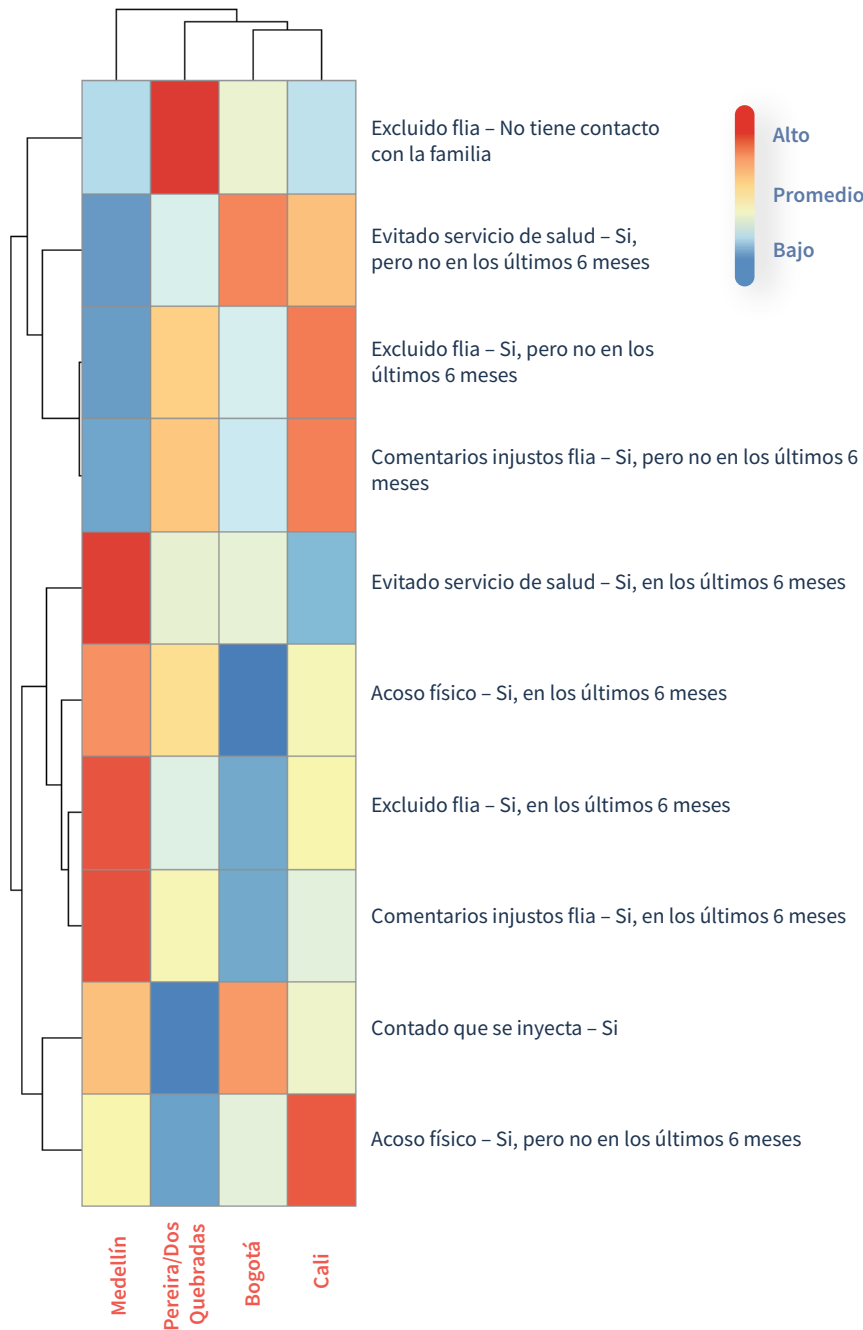
Al contrastar las ciudades en el constructo de estigma y discriminación se observa que Bogotá y Pereira-Dosquebradas presentan gran similitud, la tercera ciudad más parecida a este grupo sería Cali, por el contrario, el constructo de estigmatización y discriminación para la ciudad de

Medellín tiene un comportamiento diferente a las restantes tres (3) ciudades (evitar ir a los servicios de salud, recibir acoso físico, excluido de la familia y recibir comentarios injustos en los últimos seis meses) son factores que para Medellín tienen proporciones por encima de la media general.

Cuando se analiza los conglomerados se evidencia la correlación entre las variables de no tener ningún tipo de contacto con la familia, evitar ir a los servicios de salud, ser excluido por su familia o recibir comentarios injustos de su familia (estas últimas tres actitudes o percepciones ocurrieron hace más de seis (6) meses). Otro conglomerado

de variables que indica estigma y discriminación en un momento más reciente está conformado por las variables relativas a los últimos 6 meses: evitar ir a los servicios de salud, recibir acoso físico, ser excluido de su familia y recibir algún tipo de comentarios injustos (Gráfico 16).

Gráfico 16. Perfiles de estigma y discriminación por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021



Fuente: base de datos encuesta 2021.

Cuando se analizaron los perfiles de consumo de sustancias psicoactivas por ciudad se encontraron que Cali y Pereira tienen un perfil semejante presentando proporciones altas de consumo casi en las mismas sustancias (heroína, basuco, metadona y tranquilizantes), la tercera ciudad con proporciones de consumo semejantes fue Medellín y un perfil muy diferente fue la ciudad de Bogotá, la cual presentó una proporción de consumo por debajo de la media general en sustancias como heroína y metadona y unas proporciones de consumo por encima del promedio de sustancias como LSD, ketamina,

popper, éxtasis, hongos y 2CB. Al analizar la correlación existente entre el consumo y las diferentes sustancias se concluye que las personas suelen combinar los consumos de inhalables, basuco y la combinación heroína-marihuana, otro conglomerado de sustancias correlacionadas en función de su combinación de consumo fue tranquilizantes, marihuana, cigarrillo, metadona y heroína. Un conglomerado de consumo que vale la pena resaltar fue la combinación de speed, cocaína y alcohol (Gráfico 17).

Gráfico 17. Perfiles de consumo de sustancias por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

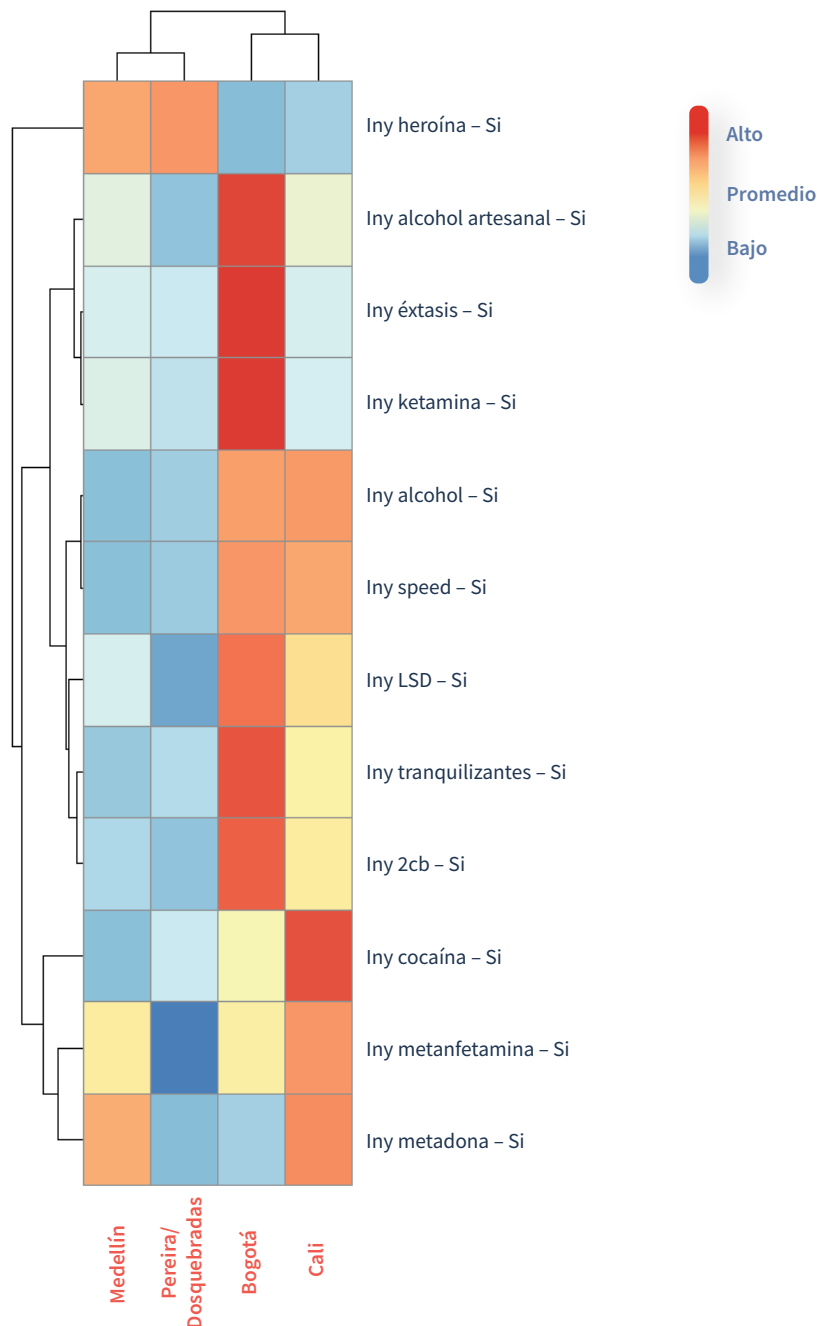


Fuente: base de datos encuesta 2021.

Cuando se analiza el perfil de consumo de sustancias inyectadas se aprecia como Bogotá y Medellín presentan proporciones y perfiles de inyección semejantes siendo Bogotá la ciudad que tiene mayores proporciones de personas que se inyectan diversas sustancias psicoactivas. En tercer lugar, se ubica Pereira y por debajo de la media general la ciudad de Cali. Al analizar los perfiles de las sustancias y cómo se combinan

se encontró una combinación frecuente entre heroína y metadona, de nuevo aparece la combinación de speed, cocaína, alcohol y tranquilizantes. Igualmente se observa cómo existe un gran conglomerado de sustancias que se pueden denominar alucinógenos cuyo consumo está altamente correlacionado (ketamina, LSD y éxtasis) (Gráfico 18).

Gráfico 18. Perfiles de Inyección de sustancias por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

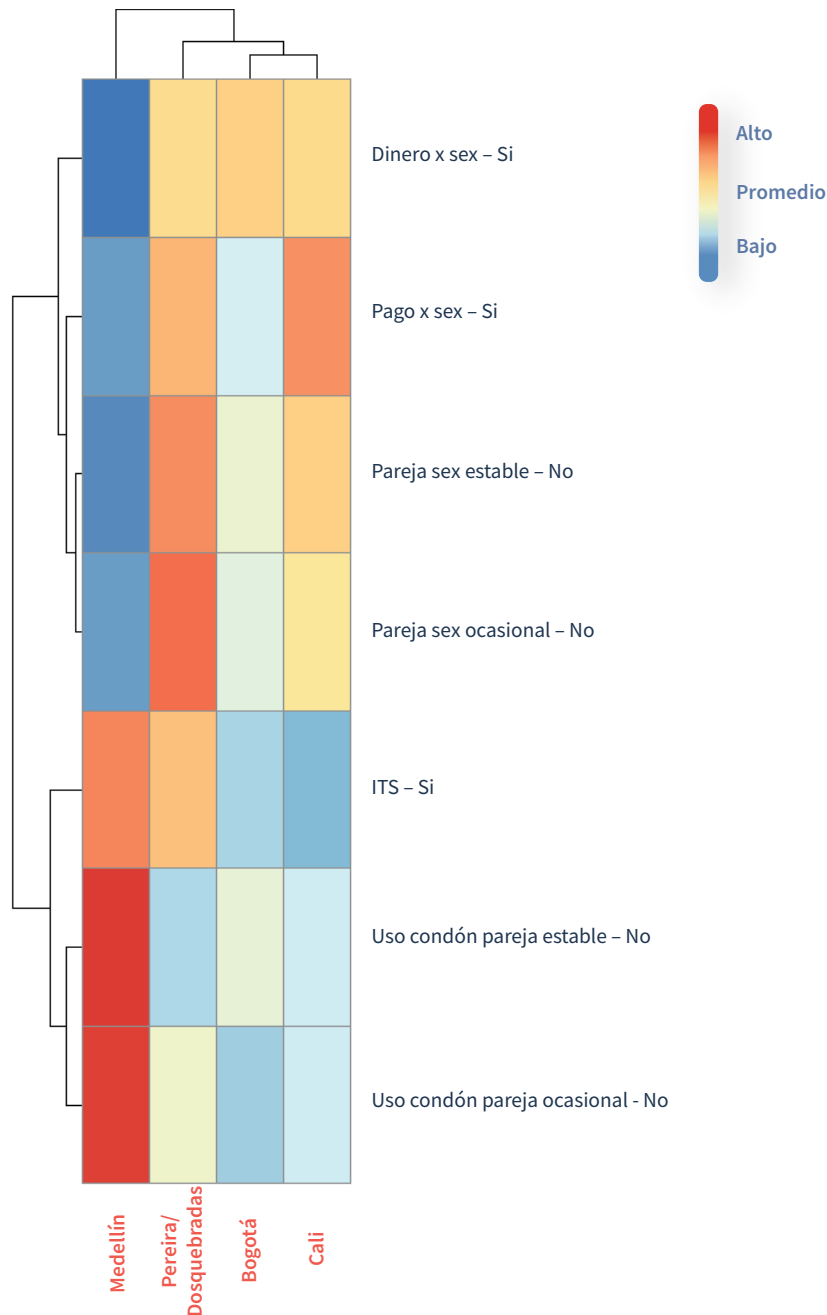


Fuente: base de datos encuesta 2021.

Cuando se analizan los comportamientos sexuales de riesgo se observa que en Medellín, Pereira y Cali se presentan patrones y proporciones semejantes, en su mayoría con valores por encima de la media general, en cuarto lugar, con las menores proporciones de comportamientos sexuales de riesgo se sitúa la ciudad de Bogotá la cual presenta un comportamiento diferente a las restantes tres (3) ciudades.

Al analizar la correlación existente entre las variables del comportamiento sexual se observa como existe un conglomerado de variables conformado por no usar condón con pareja sexual ocasional, no usar condón con pareja sexual estable y haber tenido una infección de transmisión sexual y este patrón presenta altas prevalencias por encima de la media en la ciudad de Bogotá (Gráfico 19).

Gráfico 19. Perfiles de comportamientos sexuales por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021

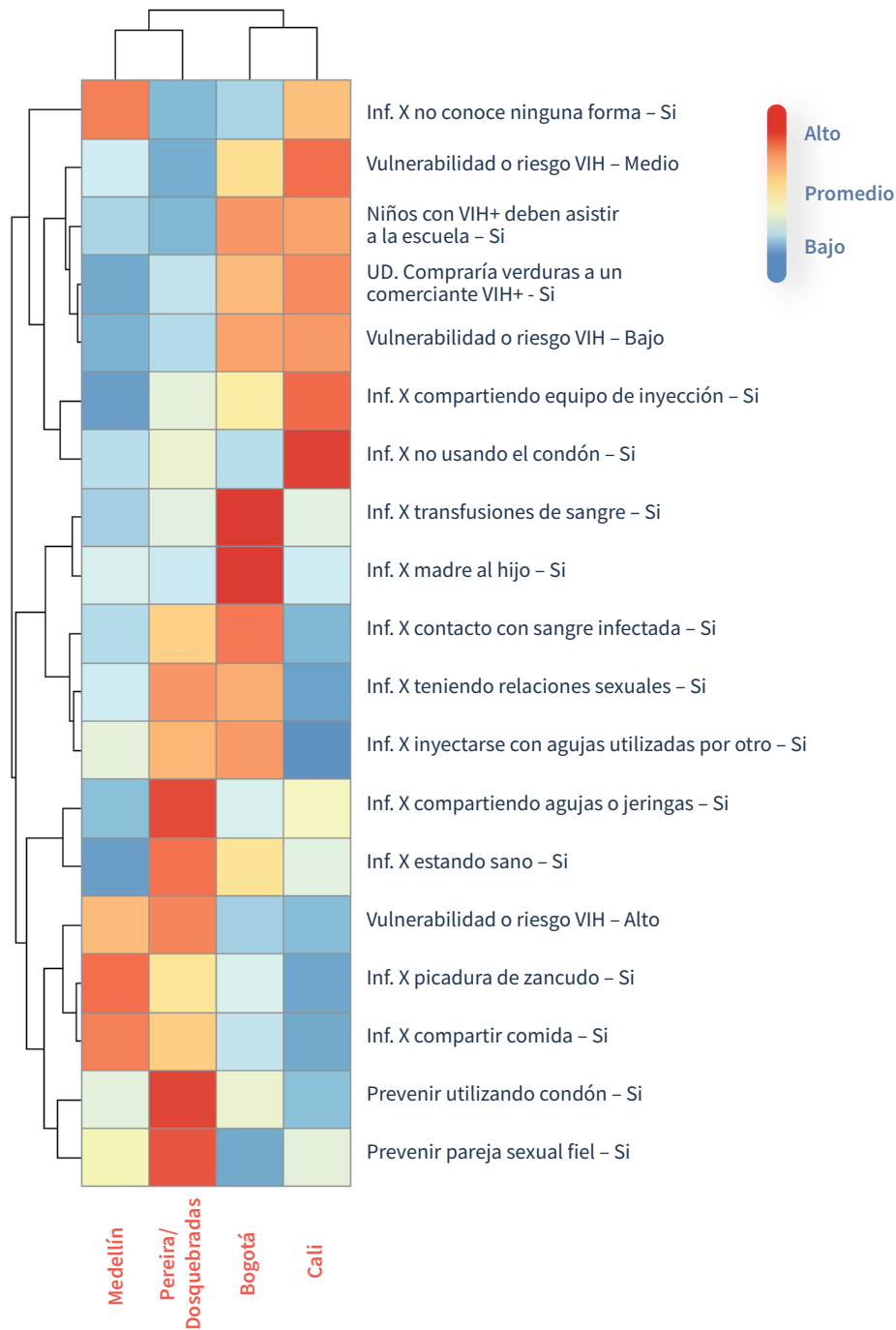


Fuente: base de datos encuesta 2021.

Analizando los perfiles de conocimiento que las personas tienen sobre el VIH se observa como las personas de Bogotá y Medellín presentan un perfil de conocimientos semejantes y mayores porcentajes de conocimiento sobre el VIH, se

puede apreciar igualmente que las ciudades de Pereira y Cali presentan perfiles de conocimientos semejantes y ubicados por debajo de la medida general (Gráfico 20).

Gráfico 20. Perfiles de conocimientos sobre VIH y actitudes discriminatorias a las personas con VIH por ciudad y correlaciones entre las variables, Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira - Dosquebradas, 2021



Fuente: base de datos encuesta 2021.





9. Discusión de resultados



Las prevalencias de la práctica de inyección en la población entre 18 y 65 años en las ciudades del estudio se encuentran por debajo de la prevalencia estimada de 0,46% en América Latina y de 0,33% a nivel global en 83 de los 179 países en los que se ha identificado esta práctica (Degenhardt et al., 2017). Así mismo, las cifras contrastan con las halladas en el último estudio nacional de consumo de drogas de 2020, en el cual se encontró una prevalencia de consumo de heroína de último año de 0,02% equivalente a 3600 personas en todo el país, en edades entre los 12 y 65 años, de las que cabe esperar que una proporción importante la consuma vía inyectada, ya que dicho estudio no provee una estimación de la práctica propiamente dicha (Minjusticia/ODC, 2019).

De acuerdo con Pacurucu y colaboradores (2019), el consumo de derivados del opio en América Latina es bajo, aunque reconocen que la información disponible es limitada, refieren prevalencias de uso de heroína alguna vez en la vida de 0,1% en Argentina y 0,14% en Colombia, según cifras de 2013. En 2015 la CICAD reconocía que este patrón de uso de heroína por vía inyectada es escaso en la región, con presencia en países como República Dominicana, Venezuela y Colombia, además de México, Estados Unidos y Canadá, en los que este patrón de consumo ha sido documentado por décadas. No obstante, como se evidenció en los resultados, el consumo de heroína es prevalente entre las PID de tres de las cuatro ciudades en las que se llevó a cabo la investigación.

De otro lado, mientras una de cada cinco PID en el mundo es mujer y en América Latina tal proporción es de 13%, con cifras más altas en países de Norte América con 30% y Australasia con 33% (Degenhardt et al., 2017), con datos relativamente similares, a los hallados por Berbesi y colaboradores (2015b), en Bogotá donde una de cada cuatro PID era mujer en el 2014, en este estudio tal proporción pasó a una de cada tres, siendo Bogotá la ciudad que arroja mayor proporción de mujeres.

Con relación a la edad media de las PID participantes en todas las ciudades esta fue mayor a la encontrada en estudios previos que sugieren que en la región latinoamericana la práctica se concentra en personas menores de 25 años (Degenhardt et al., 2017), así mismo fue mayor al promedio de edad de 26,6 años registrado por Berbesi y otros (2015b) en seis ciudades: Pereira, Medellín, Cali, Armenia, Cúcuta y Bogotá en el 2014. Cabe mencionar que el rango de la edad media en este estudio fue de 29 a 33 años.

Dentro de las características sociales y económicas, una tercera parte de las PID, tanto en Cali como en Pereira-Dosquebradas está sin techo o habita la calle, en Medellín es una de cada cuatro y en Bogotá solo el 5%. En todas las ciudades se presentó un patrón de empobrecimiento al contrastar el estrato familiar del cual provienen y el estrato en el que viven en la actualidad, situación que ya se había evidenciado en los estudios previos, situación indicativa de una pérdida de estabilidad y de activos sociales y económicos asociados a la práctica de la inyección.

De acuerdo con Degenhardt y colaboradores (2017), en la región el 19,6% de las PID habitan la calle, mientras que una de cada tres personas está en esta situación en Norte América. Esto indica que ciudades como Cali y Pereira-Dosquebradas estarían presentando perfiles similares a los que se hallan en países en los que la inyección de drogas ha sido histórica.

Según Arum y colaboradores (2021) es común que las PID estén expuestas a condiciones de entorno y vida adversas, entre ellas el encarcelamiento y la condición de calle, los cuales pueden incrementar el riesgo de VIH y de hepatitis C, de ahí que se haya encontrado un riesgo 1,55 veces mayor de adquirir VIH y 1,65 mayor de adquirir VHC cuando se exponen a estas condiciones.

Los resultados de los modelos de Poisson de esta investigación arrojan que el mayor riesgo a la infección por VIH y hepatitis C, puede atribuirse a mayor frecuencia en la inyección y a comportamientos sexuales de alto riesgo, tal como se ha reportado en diversidad de estudios

previos. Comportamientos que, a su vez, pueden ser el resultado de factores sociales y sanitarios más amplios y de condiciones socioeconómicas precarias, características de las personas que viven en calle o con condiciones de vida inestables, entre ellos: inestabilidad en la fuente de ingreso, nivel educativo y estrato social y económico bajo. Hallazgos que se alinean con el concepto de resultados en salud desde una perspectiva sindémica que sugiere que la coexistencia de problemas bio-sociales exacerban las inequidades en salud (Arum et al., 2021).

A ello se agrega el estigma, la discriminación y las inequidades estructurales que afrontan las personas que habitan la calle, que no solo amplifican los resultados adversos en salud, sino que provocan condiciones de estrés que amplifican de manera considerable el consumo de drogas y los comportamientos de alto riesgo (Arum et al., 2021).

A las condiciones de habitabilidad de calle o condiciones de vida precaria, común al estrato bajo - con la inestabilidad que ello conlleva - se suman las fuentes de ingreso. Proporciones importantes en Medellín, Cali y Pereira-Dosquebradas, reportaron percibir ingresos del “rebusque” o la venta ambulante, encontrando que la informalidad es muy común en las PID de estas ciudades, igual que lo reportado en 2014 (Minjusticia/ODC, 2015). En Bogotá se presentó el más alto porcentaje de PID que dice recibir ingresos por trabajo independiente.

El nivel educativo muestra un panorama distinto a los estudios previos, cuando se registraba que las PID contaban con nivel de estudios medio o universitario (Minjusticia/ODC, 2015). Mientras que, en este estudio se encontró que muchas de las PID tienen niveles educativos incompletos, la proporción de estudios técnicos o universitarios es baja en todas las ciudades.

De otra parte, de acuerdo con Laurent y colaboradores (2022), los trastornos de salud mental, en especial los trastornos de ánimo, ansiedad y desórdenes de personalidad son comunes en las PID y alcanzan el 40% de dicha

población, con variaciones asociadas a las sustancias consumidas. La evidencia indica que las personas con trastornos de salud mental son más propensas a incurrir en comportamientos de alto riesgo, a acceder más tardíamente a programas de sustitución con opiáceos a través de medicamentos como la metadona, cuando lo necesitan, y a integrar en menor grado comportamientos preventivos, de cuidado y recuperación de la salud (Laurent et al., 2022). Aunque en este estudio solo se hicieron cuatro preguntas sobre salud mental, las proporciones encontradas para estas variables podrían dar indicios de lo manifestado por la literatura.

Los hallazgos de este estudio indican que una de cada dos PID en Bogotá presenta más síntomas indicativos de depresión y de ansiedad, estando por encima de la prevalencia global reportada por Laurent y otros (2022). Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Liang y colaboradores (2015), según los cuales, las personas con dependencia a la ketamina, son jóvenes, suelen consumir múltiples sustancias, presentan comorbilidad psiquiátrica, en particular psicosis inducida por uso de sustancias y trastorno del ánimo o depresivo. Lo anterior tiene importancia, debido a que la mayor sustancia de uso común entre las PID de Bogotá es la ketamina.

Como lo indica Laurent y colaboradores (2012) es necesario que se integre el cuidado integral y multidisciplinario de la salud mental en las poblaciones clave, es una recomendación prioritaria, que debe incluir intervenciones innovadoras y alternativas, de base comunitaria, que se enfoquen en el desarrollo de habilidades y que involucren pares.

En términos generales los indicadores de estigma y discriminación sugeridos por ONUSIDA puntuaron bajos en todas las ciudades, lo cual sugiere avances y quizás mayor apertura por parte del personal de la salud a atender a esta población con sensibilidad y respeto. Esto se corrobora con la inmensa mayoría de PID que, en todas las ciudades indicaron haberse sentido cómodas en la atención durante las pruebas de VIH.

Igualmente, la gran mayoría de las PID no percibe dificultades para acceder a tratamiento médico si lo requiriera, más allá de las personas que no cuentan con aseguramiento en salud. Estos hallazgos son positivos, pues como lo recuerdan Paquette y colaboradores (2018), las distintas formas de estigma que afrontan las PID que acuden a servicios de salud, contribuyen a resultados sanitarios adversos. No obstante, el papel del estigma en las experiencias de las PID a modo de barreras de acceso y de utilización de servicios es innegable, enfatizando la importancia de desarrollar y evaluar intervenciones que contribuyan en la reducción del estigma estructural y personal que desencadenan efectos adversos para la salud de las PID.

Las sustancias de mayor preferencia varían según la ciudad. En Bogotá se presenta el mayor consumo reciente (últimos 6 meses y último mes) de marihuana, alcohol, cocaína y ketamina, superando el consumo de heroína. En Medellín, Cali y Pereira, la sustancia de preferencia para la mayoría de las PID es la heroína por encima de la marihuana. Se destaca el uso de cocaína en Medellín y también es, notorio el mayor uso de basuco en Cali y Pereira-Dosquebradas, así como el de benzodiazepinas en más de la mitad de las PID de Medellín y de Cali.

Patrones similares de uso, aunque ciertamente más bajos, fueron descritos en un estudio en Australia en el que el 82% de las PID prefieren la heroína por encima de otras sustancias en su consumo reciente (Scott et al., 2015). Los patrones de uso descritos en los estudios de 2014 muestran similitudes con los hallados en 2021 aunque estos también son más bajos. En ellas se encontró que la heroína era la sustancia preferente de inyección para el 93%, la ketamina no se registraba en la parrilla de sustancias inyectadas, y entre las no inyectables se encontraban: el 77,8% prefería usar marihuana, el 58,8% basuco, el 48,5% cocaína y el 39,4% heroína (Minjusticia/ODC, 2015).

Como Lankenau y Sanders (2007) lo señalaban, la inyección de ketamina es atípica y a diferencia de sustancias como heroína, cocaína, metanfetamina o crack la evidencia que explique

patrones de uso de sustancias emergentes es limitada. Un estudio en Nueva York con PID jóvenes concluyó que el uso de esta sustancia se explica por factores asociados a la historia de consumo, a la dimensión experiencial que ofrece la sustancia y otras características socioculturales y de asociación con otras personas jóvenes. Quienes usaron ketamina antes de inyectársela, que disfrutaban los efectos, que tenían techo y que se asociaban con otras PID que usaban esta sustancia, era más probable que fueran usuarios ocasionales o frecuentes, ya que iniciaron su carrera de inyección sin experiencia previa de inyección de sustancias “más duras” como heroína o cocaína. En contraste con las personas que iniciaron con heroína o cocaína quienes, con mayor probabilidad, permanecerán como usuarios experimentales de ketamina.

En cuanto a las sustancias de consumo en el mes antes de inyectarse por primera vez, se encontró que era alto el uso de basuco en Cali y Pereira-Dosquebradas, mientras que en Bogotá y Medellín era la cocaína, así como las benzodiazepinas en Medellín y Cali y la ketamina en Bogotá. La heroína se usaba por otras vías en porcentajes superiores al 70% en Medellín, Cali y en Pereira-Dosquebradas.

De ahí que, el riesgo de transición a la inyección se podría asociar con carreras de consumo activo con diversidad de sustancias, inicio a edad temprana y aumento en el uso de sustancias potencialmente inyectables. Igual que en los estudios previos (Minjusticia/ODC, 2015), el consumo de marihuana es prevalente antes del inicio en la inyección, así como el de cocaína, heroína y en menor grado basuco y benzodiazepinas, pero los porcentajes son mayores en 2021.

Las carreras de consumo en todas las ciudades inician en promedio entre los 13 y 14 años, principalmente con marihuana. En Bogotá y Cali el inicio con cocaína se da a los 16 años en promedio. Con alcohol se inicia más temprano en Bogotá y Medellín, alrededor de los 14 años, y a los 15 años en las otras ciudades. En Bogotá se inicia con ketamina a los 21,5 años, en tanto que en las otras ciudades se inicia a los 22,7 años en promedio.

El inicio regular de inyección con heroína es más temprano en Pereira-Dosquebradas que, en las otras ciudades, con 20,9 años en promedio. En las otras ciudades está alrededor de los 22 años en promedio.

La transición a la inyección de heroína presenta un patrón diferente al identificado en los estudios anteriores, cuando se registró un período de entre dos y tres años antes del inicio regular de la inyección como modo de uso (Minjusticia/ODC, 2015). Los tiempos hallados en 2021 son notablemente menores, siendo el más amplio en Bogotá con 18 meses, le sigue Medellín con 7 meses, Cali con 6 y Pereira-Dosquebradas con apenas 3 meses entre el uso inicial y el uso regular semanal.

Estos hallazgos son consistentes con lo descrito por Baluku y Wamala (2019) en Kampala, Uganda, ciudad en la que el consumo de drogas inicia en la adolescencia, en la mitad de los casos antes de los 17 años. La mayoría transita a la inyección a los 19 años en promedio, lo cual es comparable con muchos otros países en los que la edad de transición ocurre entre los 19 y los 22 años, mientras que contrasta con países como Irán en los que la primera inyección ocurre por encima de los 29,8 años.

Una vez ocurrida la transición de un modo de administración a otro y una vez se haya definido un modo predilecto, en este caso el de inyección, se constata que permanece estable, tal como fue descrito por Griffiths y otros (1994). En 2021 se encontró que esto ocurre principalmente en Pereira-Dosquebradas, Cali y Medellín con más de la mitad de los casos. En cambio, en Bogotá, el 64% usa inyección y no inyección por, lo cual guarda relación con los tipos de consumo hallados en esta ciudad.

Como lo concluyen Baluku y Wamala (2019), comprender a fondo los procesos de transición entre modos de uso, podría ayudar en los esfuerzos de un país para prevenir la creciente inyección de drogas y las infecciones por VIH y hepatitis virales que sobrevienen con ella. En un país como Uganda, la transición del 81% de las personas a

la inyección ocurre hacia los 24 años, más tarde que en las ciudades estudiadas. Esto reproduce la población de PID e incrementa los riesgos asociados a esta práctica, lo cual amerita, según estos autores, que la prevención de patrones de transición se integre a las intervenciones de reducción de daños, que esta llegue también a las personas con usos de drogas no inyectables antes de que hagan la transición, siendo este un componente clave de los esfuerzos de control de las epidemias de VIH y hepatitis virales, así como de su evaluación en futuros estudios.

De otra parte, se encontró un bajo porcentaje de personas que se inyectaron la primera vez con una jeringa usada, De acuerdo con Baluku y Wamala (2019), diversos estudios han demostrado que las PID que inician la práctica con jeringas usadas son más proclives a repetir esta práctica en el curso de su carrera de inyección que aquellos que la iniciaron con jeringas estériles (58,5% versus 16,5%; $p=0,003$).

No obstante, el uso compartido de jeringas y otros materiales de inyección de drogas sigue siendo prevalente entre las PID de las ciudades de estudio, aun cuando la mayoría de las personas han sido usuarias de los programas de acceso a material estéril de inyección o de reducción de daños, especialmente en Cali y en Pereira-Dosquebradas.

Según Chen y colaboradores (2016), el porcentaje de PID que comparten jeringas oscila entre 16% y 76% en diferentes países. Para Karlsson y colaboradores (2021), características como ser joven, tener bajo nivel educativo y habitar la calle, son reconocidos factores de riesgo a la hora de incurrir en conductas de riesgo de inyección. Anwar y colaboradores (2021) agregan la condición de estar desempleado como factor de riesgo. Condiciones que se evidenciaron en los modelos de Poisson de esta investigación.

Así como los resultados descriptivos en los que se evidenciaron mayores prevalencias de prácticas de riesgo en Pereira-Dosquebradas y Cali, ciudades en las que una de cada 3 PID habita la calle, y en menor grado en Medellín, ciudad en la

que una de cada cinco PID está en esta situación, igualmente la condición laboral de la mayoría de las PID, en ciudades distintas a Bogotá, en las que prevalece la informalidad.

Además de los riesgos propios de la inyección en condiciones inseguras, las PID afrontan riesgos elevados de sobredosis, siendo esta la principal causa de muerte en este grupo poblacional. Las sobredosis no fatales pueden dejar secuelas que incluyen lesiones físicas y parálisis. El monitoreo de las sobredosis no fatales y los factores asociados es crucial para informar las intervenciones de reducción de daños, el tratamiento del consumo de sustancias y reducir la morbi-mortalidad (Colledge et al., 2019).

Tras una revisión sistemática y meta análisis, los autores concluyeron que existe variabilidad en las tasas de sobredosis a nivel global y que las regiones de Norte América y Asia presentan las mayores tasas de sobredosis no fatales, comparadas con otras regiones del mundo. La alta incidencia de eventos se asocia con usuarios jóvenes, alta frecuencia de inyección diaria y altos niveles de habitabilidad de calle, así como con elevada exposición de riesgos y daños. La estimación de prevalencia de sobredosis fue consistente con revisiones sistemáticas previas que hallaron prevalencias entre 6,7% y 32,7% de sobredosis recientes y de 29% a 59% de sobredosis en la vida (Colledge et al., 2019). Las reducciones en el autoreporte de sobredosis no fatales podrían estar asociadas con la mayor edad media de las PID en 2021, la disponibilidad de naloxona, así como a las intervenciones de reducción de daños que se vienen desarrollando en las distintas ciudades desde 2014.

Los hallazgos de distintos estudios han mostrado que la prevalencia de ITS distintas al VIH es alta entre las PID, lo que sugiere que en ellas también se presentan prácticas sexuales de riesgo. Por ejemplo, en Estonia, la quinta parte de las PID son positivas a antígeno de superficie para VHB y en India el 9,2%. Prevalencias moderadas de sífilis se han hallado en Estonia (2,9%), China (5,4%), Rusia (8% – 20%) e India (12,9%) (Sharma et al.,

2019). Otro estudio de Ochanje y colaboradores (2019) en Nigeria, encontró que la prevalencia de comportamientos de riesgo sexual es más alta entre las PID que entre los hombres que tienen sexo con hombres y las mujeres que ejercen el trabajo sexual.

También se ha documentado que los hombres que se inyectan drogas suelen tener parejas sexuales que no se inyectan y bajo uso de condón con parejas sexuales estables, lo que incide en la transmisión de VIH y otras ITS. La prevalencia de sexo desprotegido en la última relación sexual asciende al 60% en la Federación Rusa, en donde la prevalencia de VIH entre parejas sexuales de PID no usuarias, es de 15%. Cifras similares se han encontrado en Kazakhstan (10,4%), Vietnam (11,5%), Chennai (5%) y Manipur (45%) en parejas femeninas de hombres que se inyectan drogas (Sharma et al., 2019).

Otros estudios de Estados Unidos y Rusia, citados por Sharma y colaboradores (2019), han encontrado que factores como prácticas de riesgo de inyección, baja autoeficacia en la reducción de prácticas sexuales de riesgo y frecuente interacción con pareja sexual, son predictores independientes del uso inconsistente de condón. De igual modo, factores como la confianza mutua y el deseo de intimidad y complacencia con parejas estables, inciden en la ocurrencia de prácticas sexuales de riesgo, sin embargo, señalan que los determinantes de sexo desprotegido en este grupo clave no han sido explorados a profundidad.

Por otro lado, de acuerdo con Esmaeili y colaboradores (2019), la prevalencia de sexo desprotegido con distintos tipos de pareja aumentó en Irán de 60,5% a 68,7% entre 2010 y 2013. Solo el 21,8% de las PID sexualmente activas reportaron uso consistente de condón en el tiempo reciente. El doble riesgo de prácticas de inyección inseguras y de sexo desprotegido no ha sido evaluado de forma sistemática, según estos autores, y señalan que en la literatura disponible es prácticamente imposible obtener una lectura comprensiva de la frecuencia con la que se da este doble riesgo

entre PID, pues los estudios suelen enfocarse en uno u otro comportamiento de riesgo, sin considerar la interacción entre ambos.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con la literatura revisada e indican que hay mayor estabilidad de parejas sexuales en Bogotá y Medellín y menor en Cali y Pereira-Dosquebradas. Sin embargo, se presentan encuentros sexuales con parejas ocasionales en todas las ciudades en los últimos seis meses. En la última relación sexual el uso de condón se registra más alto en Pereira-Dosquebradas y Cali y más bajo en Bogotá. Los hallazgos de este indicador muestran una mejoría, cuando se comparan con los estudios de 2014.

Como lo expresan Karlsson y colaboradores (2021), las mujeres que usan drogas tienden a estar menos priorizadas, tanto en las intervenciones de reducción de daños como en los esfuerzos investigativos en países de bajos, medios y de altos ingresos. Las mujeres afrontan barreras de acceso en salud y protección social por razones de género, mayor estigma y actitudes de juicio por parte del personal de salud en temas de maternidad, uso de drogas y trabajo sexual. Además, enfrentan barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, temor a perder la custodia de sus hijos, riesgo de embarazo y violencia de sus parejas íntimas.

La ausencia de aproximaciones diferenciales que aborden de manera activa las necesidades especiales de las mujeres que se inyectan drogas, les impide ejercer sus derechos sexuales, en salud y el acceso equitativo a la reducción de daños incluyendo los programas de acceso a material higiénico de inyección (Karlsson et al., 2021). Es importante recordar que de las 209 mujeres participantes en el estudio 22 se encontraban en embarazo.

De otra parte, según Degenhardt y colaboradores (2017), el uso compartido de equipos de inyección contribuye de forma importante a la carga de enfermedad y a la transmisión de virus por sangre. Se estima que 17,8% (IC 10,8-24,8) de las PID en el mundo viven con VIH, el 52,3% (IC 42,4-62,2)

son anti-VHC positivas y el 9,1% (IC 5,1-13,2) son positivas a antígeno de superficie para VHB, con variaciones importantes en las distintas regiones del mundo. América Latina y el Caribe, junto con Europa de Este, presentan las tasas más altas de VIH en PID, según los autores, con 35,7% para VIH, aunque más bajas para VHC con 6,9% y para VHB con 2,8%. En dicho estudio, en Colombia la prevalencia reportada era menor al 5% en VIH y menor al 40% en hepatitis C.

A los altos niveles de VIH entre PID en América Latina contribuyen países en los que la práctica ha estado instalada por más tiempo como es el caso de los países del Cono Sur en los que la inyección de cocaína es prevalente, México y Puerto Rico, así como factores de concentración de la práctica en jóvenes menores de 25 años, habitabilidad de calle (aunque es más alta en Norte América), altos niveles de encarcelamiento y mayor frecuencia de prácticas de riesgo de inyección (Degenhardt, et al., 2017).

Los hallazgos de este estudio sugieren cambios en el perfil epidemiológico de las PID en las ciudades, en los últimos años. La estimación de prevalencia de VIH parece baja, comparada con la registrada por Degenhardt y colaboradores en 2017 para la región, pero es ciertamente similar a las estimaciones globales con un porcentaje global ponderado de 14,3% para las cuatro ciudades. Lo que sugiere que el perfil se asemeja cada vez más a países con altos y medios niveles de ingreso que tienen tradición de inyección de décadas de evolución.

Las prevalencias de VIH en este estudio presentan variaciones importantes a las registradas en los estudios de 2014. Incrementos en la prevalencia aproximadamente de 3 veces en Medellín, pasando de 4,4% en 2014 a 11,2% en 2021. En Cali se registra un aumento considerable pasando de 2,2% en 2012 a 23,9% en 2021. En Pereira-Dosquebradas el aumento fue de más del doble pasando de 8,9% en 2014 a 17,6% en 2021. Por el contrario, en Bogotá el comportamiento del VIH en la población permaneció estable con 3% en las dos mediciones (Toro y Berbersi, 2019).

Ciertamente Bogotá arroja un perfil de PID y de comportamientos de riesgo asociados, completamente distinto a las otras ciudades, lo cual ya había sido descrito en estudios previos. Menor precariedad en las condiciones de vida, menor consumo de heroína, menor frecuencia de inyección (Minjusticia/ODC, 2015).

Dos de cada cinco nuevos casos de hepatitis C en el mundo corresponden a PID, quienes tienen 37,2 veces más riesgo de exposición a este virus que la población general, con una prevalencia global de 50,2% que puede ser incluso mayor a 80% en algunos países. En hepatitis B la prevalencia global se estima en 8,7% entre PID (UNODC, 2021; Martin et al., 2015).

Según cálculos descritos por Degenhardt y colaboradores (2016), el 75% de las infecciones por VHC son crónicas y entre el 3% y 11% de infecciones crónicas evolucionarán en cirrosis en el curso de 20 años. Lo cual ofrece una perspectiva frente a la gravedad potencial de esta infección en las ciudades de estudio puesto que las prevalencias de anticuerpos contra VHC halladas son elevadas y muy superiores a la media mundial (50,2%) y a la media de América Latina (61,9%). Si bien el análisis solo fue de anticuerpos, las cifras indican que las PID de Cali y Pereira-Dosquebradas se han visto particularmente expuestas a este virus en algún momento de la vida, y aunque un comportamiento distinto se encontró en Medellín y Bogotá, en estas ciudades también se refleja incremento en las prevalencias estimadas en 2014.

Para el caso de la hepatitis B y sífilis, no se cuenta con antecedentes de medición en PID en nuestro contexto. La prevalencia media de VHB en América Latina según Degenhardt y colaboradores (2017) es de 2,8% entre PID, siendo más baja que la global con 9,1%. Según Nelson y otros (2011), la prevalencia estimada de antígeno de superficie para este virus se encuentra entre 5-10% en algunos países y en otros supera el 10%. Entre las PID, 6,4 millones son positivas para anticuerpos contra VHB y 1,2 millones son positivas a antígeno de superficie.

Las cifras halladas en todas las ciudades para antígeno de superficie de VHB está por debajo de la media mundial en todas las ciudades y por debajo de la media de la región, con excepción de Pereira-Dosquebradas en donde se halló una prevalencia de 5,4%. Se encontró que alrededor de dos de cada cinco PID han recibido la vacuna contra la hepatitis B en Cali, Medellín y Bogotá, siendo la proporción más alta en Cali (24,6%) y la más baja en Pereira-Dosquebradas (12,4%).

Los esquemas de vacunación completos aseguran protección inmunológica extendida y esquemas acelerados de 0, 7, 21 días y un año, producen una reacción inmunitaria similar a los esquemas estándar en adultos saludables. Si bien, algunos estudios han advertido de riesgos en PID, por la respuesta inmunológica, la misma OMS recomienda los esquemas acelerados en esta población por las dificultades de mantener el contacto continuo con ella, así como privilegiar la aplicación del esquema de tres dosis por encima de la periodicidad específica con la que se apliquen. Contribuye a ello, la implementación de esquemas de incentivos, por ejemplo (Nelson et al. 2011).

En cuanto a la sífilis, en este estudio se encontró que afecta en menor medida a las PID en Bogotá y Medellín, es más alta en Pereira-Dosquebradas y en Cali. Tanto en Medellín como en Cali y Pereira-Dosquebradas, como ya se indicó, se encontraron mujeres gestantes entre la población de PID alcanzada, para un total de 22 mujeres. Esta realidad constituye un signo de alerta por lo que se podrían profundizar las condiciones de alta precariedad en las condiciones de vida, el trabajo sexual, el consumo de sustancias, el estigma y el juicio que afrontan las mujeres que se inyectan.

Según Gobran y colaboradores (2021), la coinfección VIH-VHC ocurre en cerca de 2,3 millones de personas en el mundo, el riesgo de infección por VHC es seis veces más alto en personas que viven con VIH, comparado con las contrapartes VIH negativas y las mayores prevalencias se encuentran en el grupo de PID y en hombres que tienen sexo con hombres. Para UNODC (2021), el 82% de las PVV también vive

con VHC. En este estudio la proporción global de coinfección VIH-VHC fue del 12,2%.

La coinfección impacta negativamente el curso natural de la hepatitis C porque conlleva mayores tasas de persistencia luego de la fase aguda, altas cargas virales, progresión acelerada de fibrosis hepática y de fases terminales de enfermedad hepática, cuando se comparan con personas con mono infección. De otro lado, la coinfección de VHC en personas viviendo con VIH con terapia antirretroviral, acelera la progresión de la enfermedad asociada al VIH, dado que la coinfección afecta de manera negativa la homeostasis del conteo de CD4, facilita la replicación del VIH y la persistencia de reservorios latentes de virus (Gobran et al., 2021). Es más, la evolución de la cirrosis ocurre entre 12 y 16 años más temprano en personas con coinfección VIH-VHC, comparadas con las personas infectadas solo con VHC. De hecho, entre el 80% y 90% de las muertes por causa hepática en PVV se atribuyen a la coinfección (Kim, 2021).

Como lo enfatizan Colledge y colaboradores (2020), la debilidad del sistema inmunológico, común en las PVV, las hace más vulnerables a contraer el virus causante de la hepatitis C y la coinfección no tratada, empeora el pronóstico de enfermedades crónicas a nivel hepático, renal y cardiovascular. De ahí que, el cumplimiento de las metas de la OMS de eliminación de la hepatitis C implique la reducción del grupo de personas infectadas, con lo cual se reduce el ciclo de transmisión y esto es posible a través del tratamiento con antivirales como prevención (Gountas et al., 2018).

Los modelos matemáticos demuestran que el tratamiento antiviral es eficiente como estrategia para reducir la prevalencia e incidencia de la hepatitis C crónica en las PID. De igual modo, las estrategias de reducción de daños, entre ellas la combinación de programas de sustitución con opiáceos y de programas de acceso a jeringas, son efectivas para prevenir la transmisión de este virus (Gountas et al., 2018). No obstante, la prevalencia de VHC entre PID sigue siendo alta,

indicando la necesidad urgente de intervenciones preventivas adicionales.

De hecho, los hallazgos de este estudio muestran que a pesar de la alta disponibilidad de jeringas y otros insumos de inyección estériles, en ciudades como Cali y Pereira-Dosquebradas, las PID continúan compartiendo jeringas y desconociendo información relevante sobre los riesgos del intercambio indirecto de sangre.

Es necesario considerar aspectos adicionales de los comportamientos de riesgo de inyección, entre ellos, la frecuencia de uso compartido de jeringas al año o la proporción de PID que incurre en uso compartido de equipos de inyección, para proyectar modelos precisos que orienten las intervenciones en salud. Es claro que las PID que no comparten parafernalia, no están en riesgo de exposición a las hepatitis virales ni al VIH (Gountas et al., 2018).

De otro lado, el creciente interés en el uso de la TAR como prevención en VIH, ha llevado a pensar en el potencial del tratamiento antiviral para VHC como prevención, que en teoría sería más efectivo que en VIH, ya que, en este caso, el tratamiento es finito y curativo (Martin et al., 2015). El éxito de esta estrategia radica en la extensión de cobertura del tratamiento. La baja cobertura no reducirá lo suficiente la prevalencia como para evitar nuevas infecciones o reinfecciones, por el contrario, la alta cobertura reducirá dramáticamente la prevalencia, con efecto en la incidencia de nuevas infecciones y de reinfecciones (IAS, 2018).

El alto costo de los tratamientos suele usarse como argumento para negar el acceso a tratamiento a las PID, pero los países que han ampliado su acceso han visto reducciones en los precios de los medicamentos genéricos. Algunos estudios han mostrado que solo el 15% de los proveedores de servicios están dispuestos a dar tratamiento a las PID con VHC, aunque estudios clínicos han demostrado que las tasas de curación en PID con antivirales de acción directa son comparables con las personas que no usan drogas, cuando reciben atención integral, multidisciplinaria, que

combina acceso a material estéril de inyección y sustitución con opiáceos. Estos programas también pueden contribuir a la reducción de tasas de reinfección, factor que se suma a las barreras de acceso a tratamiento (IAS, 2018).

Como lo expresa la IAS (2018), con el VIH se ha demostrado que, aunque esencial, el tratamiento efectivo no es suficiente para “conquistar” la epidemia, se requiere también de una respuesta comunitaria robusta, movilización de recursos y voluntad política. Los medicamentos de agentes antivirales de acción directa en el caso de la hepatitis C, han hecho tangible la meta de eliminación, frente a la cual existe ya un compromiso global.

Las acciones preventivas deben ser sostenidas y escaladas por el riesgo latente de reinfección, incluso después de la curación. El desafío es enorme, ya que programas de alta cobertura que logren asegurar el 100% de las inyecciones con jeringas nuevas, reducirán el riesgo de VHC en 56%, mientras que la combinación de programas de acceso a jeringas estériles de alta cobertura con programas de sustitución de opiáceos que lleguen a más de 40 por cada 100 PID reducirá el riesgo en 76% (IAS, 2018).

Una mayor proporción de PID en todas las ciudades, reconocen que el uso compartido de jeringas puede exponerlas al VHC, mucho menos lo reconocen frente al VIH. Así una de cada dos indica este riesgo frente el VHC y solo una de cada 5 lo refiere frente el VIH. Tampoco están al tanto del riesgo que supone el intercambio indirecto de sangre a partir del uso compartido de elementos de uso personal, tales como los de la parafernalia de inyección, como agua, cazoletas o filtros.

En cuanto a acceso a pruebas diagnósticas, se encontró bajo acceso a pruebas de hepatitis B, referido por menos de una de cada tres PID en todas las ciudades, siendo este más bajo en Cali. Menos del 6% de las PID ha sido diagnosticada con VHB y al igual que con otras ITS las PID de Bogotá refieren mayor acceso a tratamiento en este caso.

Hay mayor acceso a pruebas para detectar VHC, siendo mayor en Pereira-Dosquebradas (63%), seguidas de Medellín (34%), Cali (22%) y Bogotá (18%), pero en pocos casos estas pruebas han sido recientes (últimos tres meses), especialmente en Bogotá, Medellín y Cali las pruebas se han realizado hace más de 12 meses. El acceso a pruebas de VIH es el más alto para esta población, No obstante, cerca de una de cada dos PID en Bogotá y Medellín se practicaron la última prueba hace más de 12 meses.

El estudio de Fraser y colaboradores (2017) en el cual reevaluaron la evidencia en torno al papel que juega la TAR en la reducción de la incidencia de VIH entre PID, con base en modelos predictivos en Canadá de datos de 1996-2007, muestran que el 84% de reducción estimada de la incidencia de hepatitis C requirió una reducción del 59% en los comportamientos de riesgo de inyección, lo que significó una reducción de nueve décimas en la incidencia de infectividad del VIH observada. En tanto que la reducción restante se logró a través de la eficacia moderada de la TAR en la disminución de la infectividad del VIH por vía sexual y de la eficacia incierta de la TAR en la reducción de la infectividad del VIH por vía de inyección. A pesar de la incertidumbre de algunos resultados, concluyeron que las proyecciones sugieren que la reducción del riesgo de inyección reduce la incidencia de casos de VIH en 76% (63%-85%) y la TAR la reduce en 8% adicional (2%-19%) o en 3% de manera aislada.

Esta evidencia sugiere que el acceso a TAR sigue siendo fundamental para reducir la morbimortalidad, mejorar la evolución de la infección y la calidad de vida de las PID que viven con VIH, reduce en algún grado la incidencia de casos nuevos de VIH en esta población, sin embargo, es la reducción de los comportamientos de riesgo de inyección lo que hace una verdadera diferencia en materia de incidencia y prevalencia tanto de hepatitis virales como de VIH en esta población. En tal sentido, Fraser y otros (2017) insisten que el éxito de Vancouver al lograr reducciones superiores al 75% en incidencia de casos de VIH y VHC

entre PID se debe principalmente a la aplicación intensiva, constante e integral de amplio alcance de acciones de reducción de daños.

Lo cual es reiterado por Biello y otros (2022) al señalar que la mejora en el acceso a TAR refuerza la prevención del VIH entre las PID, porque el acceso temprano a tratamiento en PVV puede reducir la transmisión casi a cero, aunque ello exige esfuerzos continuados para escalar, sostener e involucrar a las poblaciones clave.

En referencia al acceso a PrEP y PEP, los hallazgos del estudio sugieren que el conocimiento de estas intervenciones es muy bajo entre las PID en las ciudades. Según Biello y colaboradores (2022), los brotes recientes de VIH entre PID exigen herramientas preventivas complementarias y aunque la PrEP es altamente eficaz, el acceso es bajo para las PID a nivel global, comparada con otros grupos clave. Esta herramienta, según los autores, es prometedora porque tomada una vez al día ha mostrado reducir entre 44% y 75% la adquisición de VIH en distintos entornos y grupos poblacionales, incluidas las PID. La eficacia aumenta a 80% - 99% en quienes logran óptima adherencia a la PrEP.

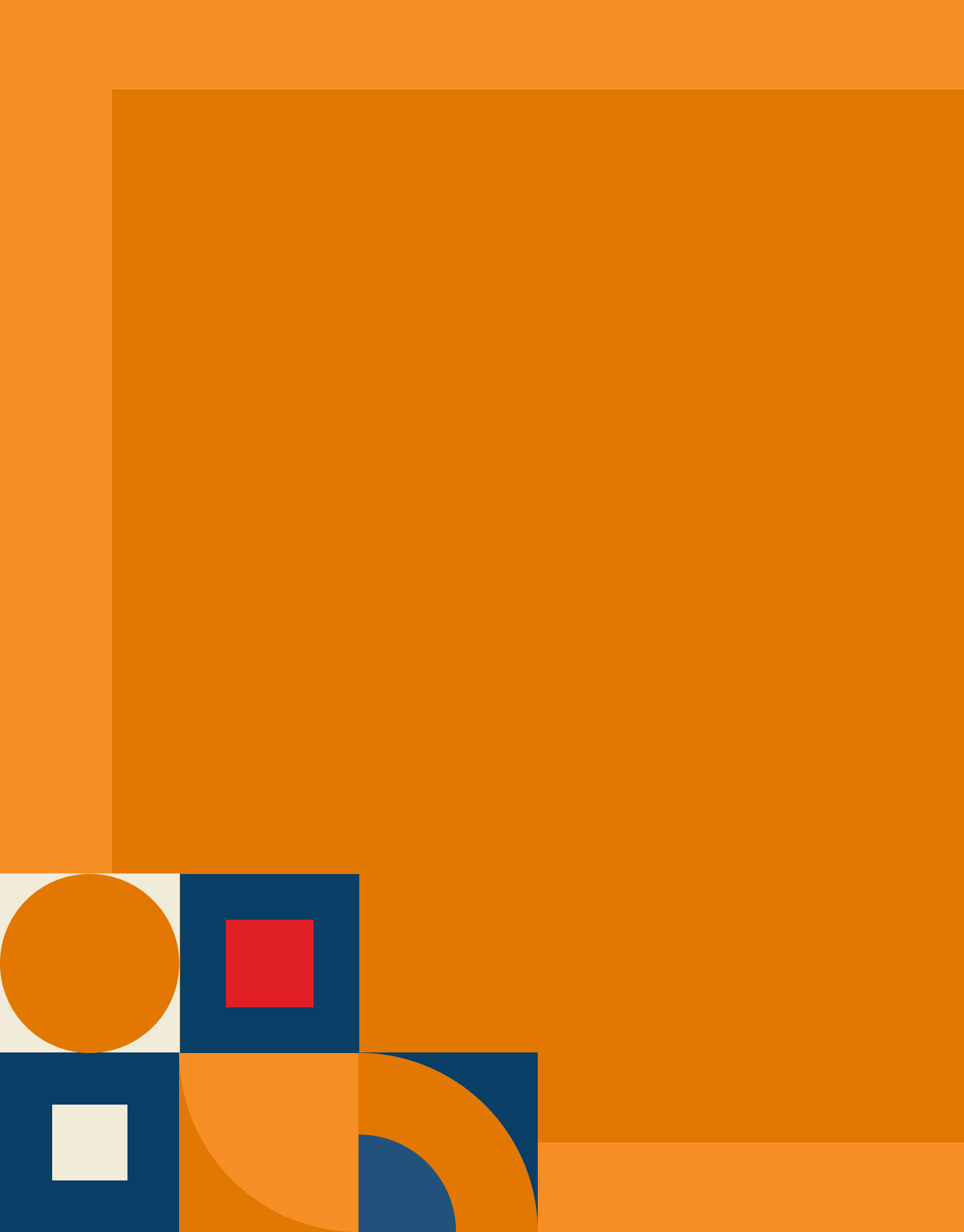
Aunque se tiene poca información de la adherencia a la PrEP en PID, los estudios sugieren que factores sociodemográficos, estructurales y sociales, entre ellos, la edad, el género, los patrones de inyección, los tipos de drogas que se usan, la privación de libertad y la habitabilidad de calle, se asocian con las tasas de adherencia. De igual modo, los estudios muestran que tanto para VIH como para VHC, si las PID cuentan con adecuado soporte hay mejor acceso y óptima adherencia a los tratamientos. Aún se requieren estudios aleatorios y de control que permitan evaluar la eficacia y efectividad de estas intervenciones comportamentales para mejorar las cifras de acceso a PrEP en personas que usan drogas (Biello et al., 2022).

Por último, se exploró el acceso a tratamientos de sustitución con opiáceos que en Colombia se limitan a la metadona. El acceso en los últimos seis meses es mayor en Pereira-Dosquebradas

y Medellín, cifras que contrastan con el uso de metadona no prescrita, obtenida de fuentes no reguladas.

De acuerdo con Borda y colaboradores (2021), a pesar de los lineamientos de la OMS, ONUSIDA y UNODC para incrementar el acceso de estos medicamentos a personas con dependencia a opioides, su adopción sigue siendo sub-óptima en los países de ingresos medios y bajos. En Colombia, entre 2004 y 2014 la demanda de tratamiento por dependencia a la heroína se incrementó en 240%, la metadona fue introducida en 2004, pero el acceso bajo estándares óptimos sigue siendo limitado, las dosis son menores a los estándares de mayor eficacia y con frecuencia se exigen exámenes de orina negativos para otros opiáceos y opioides e incluso para cannabis, tal como lo muestran estudios citados por Borda y otros en su artículo.

Estos hallazgos son consistentes con los resultados encontrados en este estudio, incluso el acceso por fuentes irregulares a la metadona. En Colombia persisten las barreras de acceso a tratamiento y a tratamientos de sustitución que incluyen procedimientos administrativos rígidos, altos umbrales de exigencia para el ingreso a tratamiento, sometimiento a síntomas de abstinencia después del ingreso a programas de mantenimiento y sustitución (diseñados para evitar los síntomas de abstinencia) y esquemas de dosificación rígidos y por debajo de las dosis recomendadas. Por ello, recomiendan ampliar el acceso a la metadona en servicios de atención primaria, en unidades móviles, mejorar la educación de los equipos clínicos a cargo de estos tratamientos e implementar campañas públicas con miras a reducir el estigma y la desinformación en torno a los trastornos por uso de sustancias como la heroína (Borda et al., 2021).





Conclusiones

- Tras varios años del levantamiento de la línea de base (2012 – 2014), con este estudio bioconductual en personas que se inyectan drogas en Colombia se actualiza la información de la prevalencia de VIH, hepatitis C y los comportamientos asociados a la inyección en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira-Dosquebradas. Este estudio igualmente utilizó la metodología RDS y a pesar de la pandemia por COVID-19 logró alcanzar la muestra estimada por ciudad.
- Por primera vez se ofrece una estimación de tamaño de la población de PID en cada ciudad, información necesaria para la planeación de la respuesta ante las situaciones de salud que afectan a esta población, así como para determinar las brechas de atención y acceso a diagnósticos, tratamientos y atención integral.
- El número estimado de personas que se inyectan drogas son un grupo relativamente pequeño en Colombia cuando se compara con las estimaciones de países como Brasil, México o Argentina, con otras regiones del mundo, e incluso con el tamaño de otros grupos clave en el país.
- Sin antecedentes de estimación de tamaño poblacional en nuestro contexto, no es posible determinar si la prevalencia de la práctica ha aumentado, disminuido o se ha mantenido estable en los últimos años; sin embargo, como se describió en distintos apartes de este informe, la prevalencia de la práctica en el mundo y en la región es baja, sin superar en ningún caso el 1%. Se trata de un grupo de población reducido en el que se concentra de forma desproporcionada alta carga de enfermedad y morbimortalidad asociada al VIH, las hepatitis virales y las sobredosis.
- Los hallazgos ratifican la importancia de priorizar intervenciones integrales con este grupo clave, con el fin de mitigar el impacto en la salud pública asociado a la práctica de la inyección de drogas.
- Las variables de estigma y discriminación se incluyeron por primera vez en este estudio bioconductual a pesar de que, en estudios previos de corte cualitativo se ha hecho referencia al impacto de estos factores como barreras de acceso al cuidado en salud.
- Las sustancias de mayor preferencia varían según la ciudad. En Bogotá se presenta el mayor consumo reciente (últimos 6 meses y último mes) de marihuana y alcohol, así como de cocaína en alrededor del 90% y ketamina en cerca de una de cada dos, superando el consumo de heroína.
- Los hallazgos confirman que el consumo de heroína es prevalente en Medellín, Cali y Pereira-Dosquebradas, que la transición a la inyección es un riesgo latente cuando previamente se presentan consumos no inyectables de sustancias como cocaína, basuco, heroína, ketamina y benzodiazepinas en entornos en los que ya existe la inyección de drogas como patrón de uso. El inicio temprano de las carreras de consumo y el policonsumo de sustancias constituyen también un factor de riesgo para la transición.
- También se confirma que la inyección de ketamina es una realidad en las ciudades, con mayor prevalencia en Bogotá, en este caso incluso más alta que la inyección de heroína. Este hallazgo es importante por la fuerte asociación de este consumo con problemas de salud mental, entre ellos trastornos psicóticos y depresión.
- Los autoreportes de sobredosis no fatales se han reducido, lo cual es positivo. Sin embargo, el conocimiento y el acceso a la naloxona como antídoto eficaz para revertir los efectos de la sobredosis es mínimo en las ciudades, muy pocas PID han tenido naloxona en su poder y pocas conocen de este medicamento.
- Los hallazgos en torno al uso de metadona sin prescripción, a la cual se accede desde el mercado irregular, refleja una necesidad insatisfecha desde el sistema de salud y los proveedores de estos tratamientos en las ciudades.
- En cuanto a la frecuencia de inyección, se encontró que esta es baja para las PID viviendo

con VIH en Bogotá, lo que permite pensar que la infección en este caso se debe al policonsumo, al alto número de parejas sexuales ocasionales, bajo uso de condón en la última relación sexual y cifras altas de ITS recientes. En las otras ciudades, las PID que viven con VIH refirieron inyección diaria.

- El acceso a material higiénico de inyección, condones y pruebas de detección de VIH y hepatitis C, es fundamental para la atención de las personas que se inyectan drogas en nuestras ciudades.
- La mayoría usó una jeringa nueva en la última inyección, tuvo acceso a jeringas nuevas en los últimos tres meses y pocos cedieron su jeringa usada a otros la última vez que se inyectaron drogas.
- Se encontró que las PID han tenido acceso en los últimos meses de unos y otros insumos por su propia cuenta. Esto es positivo, aunque lejos de ser ideal, precisamente por las condiciones de precariedad que se describieron antes y que llevan, por ejemplo, a que en Medellín se presente más reutilización de equipos de inyección propios o que se comparta la dilución de la sustancia con otras personas, situaciones que a todas luces incrementa los riesgos sanitarios.
- Los resultados en materia de prevalencias de VIH y hepatitis virales muestran que aun cuando haya amplia disponibilidad de material de inyección estéril e incluso de condones, estos son insuficientes para reducir o al menos estabilizar las prevalencias.
- Con respecto al aseguramiento en salud se encuentra que Bogotá tiene la mayor proporción de personas en régimen contributivo con respecto a las otras ciudades, no obstante, en todas las ciudades se encontró que más del 10% de las PID manifiestan estar sin aseguramiento.
- Las características sociodemográficas de las PID presentan variaciones por ciudad, aunque en términos generales se encontró que la edad media ha aumentado desde la última medición, indicando que en 2014 las PID eran más jóvenes de lo que son ahora, con carreras de inyección que se acercan a los 10 años de exposición a riesgos y daños.
- Sigue existiendo una mayor proporción de hombres que de mujeres en esta práctica de consumo, sin embargo, en Bogotá se observa una proporción alta de mujeres que se inyecta drogas, incluso desde la medición de 2014 se observa este comportamiento. Este aspecto es relevante porque las mujeres PID tienen mayor riesgo de involucrarse en trabajo sexual, lo que las expone a mayor vulnerabilidad, violencia, explotación, dependencia económica, ITS y embarazo. Además, las mujeres tienden a buscar menos asistencia, cuando lo hacen, esta es más tardía por temor a las repercusiones, al estigma y la discriminación.
- Las condiciones socioeconómicas muestran también cambios frente a las mediciones previas, mayor proporción de PID en estratos 1 y 2 (bajos) y en condición de habitabilidad de calle, con evidente movilidad social descendente, en comparación con los estratos socioeconómicos de origen. Así mismo, los niveles de educación son bajos y la informalidad de las actividades, que son fuente de ingresos, es la constante en todas las ciudades.
- La precariedad de las condiciones de vida supone mayor vulnerabilidad al VIH, a las hepatitis virales y a las ITS. De acuerdo con la evidencia revisada, las condiciones de habitabilidad de calle o las de inestabilidad económica y de vivienda, así como la juventud de las PID, inciden de forma importante en el impacto en salud, en el uso de servicios de reducción de daños, en la adherencia a la atención y a los tratamientos, así como en las prácticas de riesgo sexual y de riesgo de inyección.
- Los modelos de Poisson indican que las condiciones de habitabilidad en calle, el estrato social, la inestabilidad económica y el nivel educativo inciden de forma importante en la probabilidad de adquirir el VIH o el virus de la hepatitis C en las personas que se inyectan drogas.

- Reconocer el consumo y abordarlo como un problema social, además de sanitario, es fundamental. Esto significa que, si bien el cuidado de la salud es importante, la multiplicidad de necesidades y la vulnerabilidad interseccional de esta población, demandan intervenciones adicionales y diferenciales que contemplen aspectos como vivienda, educación y opciones productivas. La atención básica contribuiría a mejorar los resultados en salud, por ser una condición básica del acceso y la adherencia a los distintos tratamientos requeridos.
- Ello incluye la necesidad de atender la salud mental, desde la perspectiva de reducción de daños, pues los hallazgos muestran alta incidencia de síntomas indicativos de depresión y ansiedad entre las PID, situación que afecta de forma directa la incorporación de prácticas de cuidado de la salud y la adherencia a los tratamientos.
- En materia de acceso a servicios de salud, y programas de reducción de daños, se encontró que en general, las PID tienen acceso sin enfrentar mayores barreras. Sin embargo, el acceso es desigual en las ciudades y los factores que constituyen las principales barreras también varían.
- Hay oferta de servicios, pero la exigencia de la abstinencia es un claro obstáculo para muchos. También lo son las barreras administrativas, las listas de espera, la condición de no aseguramiento en salud y el estigma por parte del personal de la salud.
- De hecho, se encontró que las PID prefieren no comentar su situación de consumo ante el personal sanitario, aun cuando la mayoría haya acudido a servicios de salud en tiempos recientes, lo cual significa pérdida de oportunidades en materia de diagnósticos oportunos y de atención integral en salud para esta población.
- Respecto al estigma y a la calidad de la atención, se encontró que ha mejorado sustancialmente y que, en general, las PID se sienten cómodas con la atención, especialmente en el marco de las pruebas diagnósticas para VIH. No obstante, como ya se señaló, prefieren evitar comentar su situación cuando acuden a servicios, señalando la necesidad de reforzar la atención diferencial, flexibilizar las condiciones de la atención, reducir los umbrales de exigencia y sensibilizar al personal a cargo de las atenciones de la situación de vulnerabilidad y sufrimiento que caracteriza a esta población. Así como de promover en las distintas atenciones la exploración activa y sistemática de patrones de consumo de drogas de alto riesgo.
- La estimación de prevalencias de VIH, anti-VHC, antígeno de superficie de VHB y sífilis son variables en cada ciudad, reflejan las prácticas de riesgo de inyección y del comportamiento sexual así como los cambios en el perfil epidemiológico de este grupo clave en los últimos años.
- Para el caso del VIH, la prevalencia ha aumentado en las ciudades de Medellín, Cali y Pereira/Dosquebradas en varios puntos porcentuales, desde la última medición en 2014, mientras en Bogotá ha permanecido estable. Las cifras de prevalencia son similares a las de estimaciones globales, sugiriendo que el perfil epidemiológico de las PID en nuestro contexto se asemeja cada vez más al de ciudades, países y regiones en los que la inyección de drogas ha sido prevalente.
- La prevalencia de anticuerpos contra hepatitis C es crítica en este grupo clave y es varias veces más alta que en población general. Las cifras más elevadas se encontraron en Pereira/Dosquebradas, al igual que en 2014, con incrementos de varios puntos porcentuales desde dicha medición. Hubo incrementos también en Medellín y Bogotá, aunque en menor grado. Para Cali no hay parámetros de comparación con mediciones previas, pero esta ciudad arrojó la cifra de prevalencia más elevada entre todas las ciudades, indicando que 8 de cada 10 PID se han visto expuestas a este virus en algún momento de su vida.

- La prevalencia de antígeno de superficie para hepatitis B es relativamente baja en todas las ciudades, siendo la más alta en Pereira/Dosquebradas, seguidas de Cali.
- La prevalencia de sífilis es un poco más elevada que la de VHB, siendo de nuevo, más alta en Pereira/Dosquebradas, seguida de Cali. Bogotá y Medellín presentan la misma prevalencia de anticuerpos para este evento.
- Si bien las PID han tenido acceso especialmente a pruebas diagnósticas para detección de VIH y VHC, este es mayor en Pereira/Dosquebradas y en Cali. En casos previamente diagnosticados, se encontró que Bogotá es la ciudad en la que las PID cuentan con todos los exámenes complementarios y atención integral oportuna, en mayor medida que en las otras ciudades.
- En general, se encontró que el acceso a tratamientos tras recibir diagnósticos de ITS, hepatitis virales y VIH es mayor en Bogotá y menor en las otras ciudades. Es importante hacer ajustes para evitar que las PID tengan que transitar las intrincadas rutas de acceso a los servicios de salud que terminan por debilitar la voluntad de pedir ayuda y acceder de forma oportuna a servicios de salud pertinentes y ajustados a las necesidades particulares de este grupo clave. Los diagnósticos sin acceso a tratamiento o las pruebas presuntivas sin diagnósticos concluyentes impiden materializar la idea del tratamiento como prevención tanto en VIH como en hepatitis C.
- La práctica de uso de condón no muestra mayores cambios y sigue siendo extremadamente baja con parejas estables y baja con parejas ocasionales.
- En cuanto al grado de familiaridad con la hepatitis C, en general se encontró que es alta entre las PID. Es mayor en Cali y menor en Bogotá. Sin embargo, muy pocas PID saben que esta infección presenta síntomas tardíos, pudiendo permanecer sin ser detectada por varios años.
- Los hallazgos indican que persisten vacíos de información sobre los modos de transmisión del VIH y las hepatitis virales, así como creencias erradas que profundizan el estigma y el estigma internalizado en PID viviendo con VIH, por ejemplo.
- También existen vacíos de información en torno al riesgo del intercambio indirecto de sangre, a través del uso compartido de elementos de la parafernalia de inyección, desconociendo con ello que el riesgo no se limita al uso compartido de agujas y jeringas.
- Algo similar ocurre con la PrEP y la PEP, estrategias preventivas que se desconocen entre las PID y por lo tanto su uso es mínimo en esta población.
- La única manera como se puede reducir la incidencia de casos de hepatitis C es asegurando que el 100% de las inyecciones se den con material estéril, esto es jeringas, cazoletas, agua de enjuague, agua de mezcla, filtros y torniquetes. Ya se demostró con este estudio que ampliar la disponibilidad no es suficiente para contener la escalada de un virus como el de la hepatitis C. Esta realidad amerita que Colombia avance de manera decidida en dar un paso más allá y explorar la posibilidad de crear entornos de inyección en los que sea posible controlar las condiciones en que las personas se inyectan drogas y en que las personas sufren sobredosis, como son, por ejemplo, las salas de consumo supervisadas. La experiencia de una ciudad como Vancouver, muestra reducciones importantes en las tasas de infección entre las PID con este tipo de medidas.
- Durante el desarrollo del estudio y la canalización a los servicios de salud, se identificaron dificultades por parte de las EAPB para contactar a la población, lograr que acudieran a las citas asignadas, accedieran a exámenes complementarios y a tratamientos. Esto indica que el sistema debe ajustarse a la realidad de esta población y no lo contrario. Las organizaciones de la sociedad civil podrían cumplir un papel preponderante al actuar como puente entre los servicios y las PID en condiciones de vulnerabilidad, aislamiento y distancia de los servicios.





Recomendaciones de política pública para el control de las epidemias de VIH y hepatitis virales en PID

En este último capítulo se presentan las recomendaciones en línea con los objetivos general y específicos del estudio y con base en los hallazgos del estudio en las cuatro ciudades:

- Se recomienda mantener mecanismos sistemáticos y periódicos que permitan estudiar la prevalencia de la práctica de inyección de drogas en Colombia, su evolución en el tiempo en las ciudades en las que se ha identificado y en otras ciudades en las que podría emerger. Esto permitirá hacer seguimiento a las metas del continuo de atención en VIH en este grupo poblacional, en materia de acceso a diagnóstico, atención integral y tratamiento e informar la programación de la respuesta en salud pública requerida, para mitigar el impacto de esta práctica en la población clave y en la población general, que podría verse afectada por la presencia de esta práctica de alto impacto en las ciudades.
- Integrar el enfoque de género en todas las intervenciones de reducción de daños con particular énfasis en la atención a las mujeres gestantes que se inyectan drogas. Entre ellas, la definición de espacios, horarios y estrategias que permitan a las mujeres acceder a los servicios integrales sin exponerse a situaciones de violencia o estigma adicionales.
- Se recomienda intervenir de manera decidida las barreras de acceso socioculturales a equipos de inyección estéril que se reflejan en la negativa de venta de jeringas en farmacias y en decomiso de equipos por parte de autoridades de policía en las ciudades.
- Es necesario reforzar la educación en salud que permita cerrar las brechas de conocimiento detectadas en VIH, hepatitis virales, PrEP y PEP y sobredosis.
- El bajo acceso detectado de las PID a los programas de reducción de daños en Bogotá y Medellín sugiere que los programas no están llegando a la mayoría de ellas. Por tanto, es necesario revisar las estrategias de identificación, aproximación y contacto con estas redes, para determinar la mejor manera de llegar a ellas con los programas y ajustar la provisión de los servicios en Bogotá a la realidad de las personas que se inyectan ketamina, pues sus necesidades y dinámicas pueden ser distintas a las de las personas que usan heroína. Esto implica hacer presencia en el territorio y definir estrategias de penetración de estas redes con la vinculación de pares, en este caso usuarios de ketamina que estén familiarizados con el fenómeno.
- Se requiere cuidado integral y la provisión de intervenciones clave, entre ellos, programas de acceso a material de inyección, sustitución con metadona en el primer nivel y/o en unidades móviles, flexibles y de bajo umbral. Servicios de salud sexual y reproductiva, atención básica y de protección social, que lleguen de manera combinada (no fragmentada) a las PID.
- Reducir las barreras de acceso identificadas como la exigencia de abstinencia, el sometimiento a síntomas de abstinencia para acceder a los programas de sustitución, optimización y ajuste a las dosis recomendadas. Así como integrar los tratamientos de VIH, hepatitis virales, tuberculosis e ITS y vacunación a los programas de sustitución con opiáceos, para poder reducir las tasas de incidencia y prevalencia de estas infecciones en la población.
- Es importante considerar la importancia de involucrar a las organizaciones de la sociedad civil que llevan años aproximándose a esta población, que cuentan con vínculos de confianza para reforzar la oportunidad, integralidad y la sensibilidad en la atención. El involucramiento de pares es fundamental no solo para captar beneficiarios de los programas, sino como actores activos de la provisión de información, educación y servicios, tales como el intercambio secundario de equipos de inyección.
- Se recomienda, al igual que en el estudio previo, implementar estrategias de prevención de transiciones entre modos de uso de drogas en

las ciudades en las que la heroína y la ketamina tienen presencia.

- Se recomienda abrir líneas de estudio para profundizar en la comprensión de los patrones de uso de ketamina y vigilarlos, para conocer a fondo este fenómeno emergente y determinar los factores de riesgo que favorecen su consumo en general, los entornos en los que se da, así como el consumo inyectable en nuestro contexto, tanto como el impacto no solo en la salud física, sino psicológica de las personas que usan este medicamento sin prescripción.
- Se recomienda ampliar el acceso a la naloxona en entornos comunitarios, su acceso limitado a personas que están en programas de mantenimiento con metadona es importante pero insuficiente. Es necesario determinar los factores que persisten como barreras de acceso y buscar alternativas para que todas las PID que usan heroína en Colombia, tengan acceso a este medicamento y lo puedan llevar consigo siempre.
- Aunque el acceso a material higiénico de inyección, condones y pruebas de detección de VIH y hepatitis C, es fundamental, también lo es ampliar el acceso a la metadona como sustituto eficaz en servicios que sean de bajo umbral, flexibles, de calidad, que den respuesta a la multiplicidad y complejidad de necesidades que confluyen en las personas que se inyectan drogas en nuestras ciudades.
- Se recomienda generar estrategias de intervención innovadora para atender la salud mental, desde la perspectiva de reducción de daños, pues los hallazgos muestran alta incidencia de síntomas indicativos de depresión y ansiedad entre las PID, situación que afecta de forma directa la incorporación de prácticas de cuidado de la salud y la adherencia a los tratamientos.
- Por último, se requiere financiamiento continuo de las intervenciones de reducción de daños integrales que garanticen su sostenibilidad en el tiempo. Así como integrar el papel fundamental que pueden cumplir las organizaciones de la sociedad civil y las estrategias de base comunitaria en la atención integral a esta población.





Referencias

- Abadía, C., Góngora, A., Fiesco, J. y Niño, L. (2009). Evaluación rápida de la situación del consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca. Universidad Nacional de Colombia y Ministerio de Protección Social.
- Abdul-Quader, AS., Heckathorn, DD., Sabin, K. y Saidel, T. (2006). Implementation and analysis of respondent driven sampling: Lessons learned from the field. *Journal of Urban Health*, 83, 1-5.
- Abdul-Quader, AS., Heckathorn, DD., McKnight, C., Bramson, H., Nemeth, C., Sabin, K., Gallagher, K. y DesJarlais, DC. (2006b). Effectiveness of respondent-driven sampling for recruiting drug users in New York City: findings from a pilot study [published correction appears in *J Urban Health*. 2008 Jan; 85(1):148]. *J Urban Health*. 83(3): 459-476.
- Abdul-Quader, A., Baughman, A y Hladik, W. (2014). Estimating the size of key populations: current status and future possibilities. *Curr Opin HIV AIDS*. 9(2): 107-114.
- Anwar, S., El Kharrat, E., Bakhoun, A., Wafaa, M y Harris, G. (2021). Association of sociodemographic factors with needle sharing and number of sex partners among people who inject drugs in Egypt. *Global Public Health*. DOI: 10.1080/17441692.2021.1950798.
- Arum, Ch., Fraser, H., Artenie, A., Bivegete, S., Trickey, A., Alary, M., Astemborski, J., Iversen, J., Lim, A., MacGregor, L., Morris, M., Ong, J., Platt, L., Sack-Davis, R., Van Santen, D., Solomon, S., Sypsa, V., Valencia, J., Van Den Boom, W., Walker, J., Ward, Z., Stone, J. y Vickerman, P. (2021). Homelessness, unstable housing, and risk of HIV and hepatitis C virus acquisition among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 6(5): 309-323.
- APMG Health. (2019). Global summary of findings of an assessment of HIV services packages for key populations in six regions. Informe para el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, MÁ. y Miranda-Navales, MG. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Rev Alerg Méx*. 63(2): 201-206.
- Ayala, J. (2014). La salud en Colombia, más cobertura menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional. No. 204. Banco de la República: CEER Cartagena.
- Baluku, M. y Wamala, T. (2019). When and how do individuals transition from regular drug use to injection drug use in Uganda? Findings from a rapid assessment. *Harm Reduct J*. 16,73.
- Berbesi, D., Montoya, L., Segura, AM. y Mateu-Gelabert, P. (2011). Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados en usuarios de droga por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Ministerio de Protección Social, UNODC y Universidad CES.
- Berbesi, D., Segura-Cardona, A., Montoya-Vélez, L. y Mateu-Gelabert, P. (2013). Consumo de heroína inyectada en Colombia y comportamientos de riesgo. *Salud Mental*. 36(1): 27-31.
- Berbesi-Fernández, D., Segura-Cardona, A., Montoya-Vélez, L. y Castaño-Pérez, G. (2015). Hepatitis C y VIH en usuarios de drogas inyectables en Armenia-Colombia. *Adicciones*. 27(4).
- Berbesi, D., Segura, AM., Montoya, L. y López, E. (2015b). Situación de VIH en usuarios de drogas inyectables en Colombia. *Infectio*, Asociación Colombiana de Infectología.
- Biello, K., Mimiaga, M., Valente, P., Saxena, N. y Bazzi, A. (2022). The past, present and future of PrEP implementation among people who use drugs. *Curr HIV/AIDS Rep*. 18 (4): 328-338.
- Borda, JP, Friedman, H., Buitrago, J., Isaza, M., Herrera, P, Krawczyk, N. y Tofighi, B. (2021). Barriers to treatment for opioid use disorder in Colombia. *Journal of Substance Abuse*. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1875070>.
- Colledge, S., Peacock, A., Leung, J., Larney, S., Grebely, J., Hickman, M., Cunningham, E., Trickey, A., Stone, J., Vickerman, P. y Degenhardt, L. (2019). The prevalence of non-fatal overdose among people who inject drugs: A multi-stage systematic review and meta-analysis. *Int J Drug Policy*. 73: 172-184.

- Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Degenhardt, L., Peacock, A., Hickman, M., Vickerman, P., Stone, J., Trickey, A. y Larney, S. (2020). Socio-demographic and ecological factors associated with anti-HCV prevalence in people who inject drugs: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 209, 107899.
- Cuenta de Alto Costo CAC. (2020). Situación del VIH/Sida en Colombia 2019. En: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-vih-sida-en-colombia-2019/>
- Cuenta de Alto Costo CAC. (2021). Situación del VIH/Sida en Colombia 2020. En: <file:///Users/INES/Downloads/VIH-2020-CAC.pdf>.
- Cuenta de Alto Costo CAC. (2021b). VIH. Sitio web: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/>.
- Cuenta de Alto Costo. (2021c). Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia, 2020. En: [https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3\(1\).pdf](https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/uploads/2021/07/CAC.Co_2021_07_14_Libro_Sit_Hepatitis%20C_2020_v3(1).pdf)
- Chen, X., Zhu, L., Zhou, YH., Liu, F., Li, H., Yao, Z., Duo, L., Pang, W., Ye, M. y Zeng, Y. (2016). Factors associated with needle sharing among people who inject drugs in Yunnan, China: a combined network and regression analysis. *Infect Dis Poverty*, 5,73.
- Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, JL., Soto, A., Lama-Valdivia, J. & Correa, LE. (2021). Estudios transversales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1): 179-185. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>.
- Dawson, L., Strathdee, SA., London, AJ., Lancaster, KE., Klitzman, R., Hoffman, I., Rose, S. y Sugarman, J. (2018). Addressing ethical challenges in HIV prevention research with people who inject drugs. *J Med Ethics*, 44(3): 149-158.
- Degenhardt, L., Charlson, F., Stanaway, J., Larney, S., Alexander, L., Hickman, M., Cowie, B., Hall, W., Strang, J., Whiteford, H. y Vos, T. (2016). Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: findings from the Global Burden Disease Study 2013. *The Lancet*, 16(12): 1385-1398.
- Degenhardt, L., Peacock, A., Colledge, S., Leung, J., Grebely, J., Vickerman, P., Stone, J., Cunningham, E., Trickey, A., Dumchev, K., Lynskey, M., Griffiths, P., Mattick, R., Hickman M. y Larney, S. (2017). 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 Health*, 5: e1192–207.
- DesJarlais, D., Perlis, T., Stimson, G. y Poznyak, V. (2006). Using standardized methods for research on HIV and injecting drug use in developing/ transitional countries: case study from the WHO Drug Injection Study Phase II. *BMC Public Health*, 6:54.
- Dutta, A., Wirtz, A., Stanciole, A., Oelrichs, R., Semini, I., Baral, S., Pretorius, C., Haworth, C., Hader, Sh., Beyrer, C. y Cleghorn, F. (2013). The global HIV epidemics among people who inject drugs. The World Bank, Washington D. C.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDD (2010). Trends in injecting drug use in Europe. Selected Issue 2010.
- ENTerritorio. (2020). Protocolo de investigación de prevalencia de VIH, hepatitis C y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas en el 2021.
- Esmaili, A., Shokoohi, M., Danesh, A., Sharifi, H., Karamouzian, M., Haghdoost, A., Shahesmaeili, A., Akbarpour, S., Morris, M. D., & Mirzazadeh, A. (2019). Dual unsafe injection and sexual behaviors for HIV infection among people who inject drugs in Iran. *AIDS and behavior*, 23(6): 1594-1603. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2345-5>.
- Freixa Blanxart, M., Guàrdia, J, Honrubia, ML. & Però, M. et al. (2000). Estimación de la prevalencia a partir de métodos de captura-recaptura. *Psicothema*, 12(Supl. 2): 231-235.
- Fitch, C y Stimson, J. (2003). RAR-Review: a yfreport from the WHO Drug Injection Study Phase II. World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence.

- Fraser, H., Mukandavire, C., Martin, N. K., Hickman, M., Cohen, M. S., Miller, W. C., y Vickerman, P. (2017). HIV treatment as prevention among people who inject drugs - a re-evaluation of the evidence. *International journal of epidemiology*. 46(2): 466–478.
- Garson, G. D. (2013). *Path analysis*. Asheboro, NC: Statistical Associates Publishing.
- Global Drug Policy Index. (2021). Country fact sheet: Colombia. En: <https://globaldrugpolicyindex.net/wp-content/themes/gdpi/uploads/GDPI-Colombia-country-factsheet.pdf>
- Gobran, ST., Ancuta, P. y Shoukry, NH. (2021). A tale of two viruses: Immunological insights into HCV/HIV coinfection. *Front Immunol*. 12;12: 726419.
- Goel, S. y Salganik, M. (2010). Assessing respondent-driven sampling. *Proc Natl Acad Sci. USA*. 107(15):6743–7.
- Gountas, I., Sypsa, V., Blach, S., Razavi, H., y Hatzakis, A. (2018). HCV elimination among people who inject drugs. Modelling pre- and post-WHO elimination era. *PLOS ONE*. 13(8): e0202109.
- Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B. y Strang, J. (1994). Transitions in patterns of heroin administration: a study of heroin chasers and heroin injectors. *Addiction*. 89(3): 301-309.
- Gujarati, D. (2003). *Extensions of the two-variable linear regression model*. Basic econometrics. Nueva York: McGraw Hill.
- Harm Reduction International HRI. (2015). Harm reduction: the inconvenient truth of the drug control system. En: <https://www.hri.global/contents/1685>.
- Hakim, AJ., MacDonald, V., Hladik, W., Zhao, J., Burnett, J., Sabin, K., Prybylski, D. y García, JM. (2018). Gaps and opportunities: measuring the key population cascade through surveys and services to guide the HIV response. *Journal of the International AIDS Society*. Special Issue: Optimizing the impact of key population programming across the HIV cascade, Guest Eds.: R. Cameron, T. Bingham, G. Millet, R. Wilcher.
- Heckathorn, D. (2007). Extensions of Respondent-Driven Sampling: analyzing continuous variables and controlling for differential recruitment. *Sociological Methodology*. 37: 151-207.
- Instituto Nacional de Salud INS. (2019). Informe del evento: Hepatitis B, C y B-Delta, Colombia 2019. En: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS%20B,%20C%20Y%20COINFECCION%20B-DELTA_2019.pdf
- Instituto Nacional de Salud. (2020). Boletín epidemiológico nacional: situación de la notificación de casos de VIH, sida y muerte por sida. Semana epidemiológica 48. 22 al 28 de Noviembre de 2020. En: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2020_Boletin_epidemiologico_semana_48.pdf
- Instituto Nacional de Salud INS. (2021). Informe de evento, sífilis gestacional. Periodo epidemiológico X, Colombia 2021. En: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/S%C3%8DFILIS%20GESTACIONAL%20PE%20X%202021.pdf>
- International AIDS Society - IAS. (2018). Ending an epidemic: prioritizing people who inject drugs in HCV elimination efforts. En: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/2019/Contributions/Civil_Society/2018_IAS_Brief_Ending_an_epidemic_HCV_treatment_for_PWID.pdf
- Johnston L. y Sabin K. (2010). Sampling hard-to-reach populations with respondent driven sampling. *Methodological Innovations Online*. 5(2) 38-48
- Johnston, L., Hakin, A., Dittrich, S., Burnett, J., Kim, E. y White, R. (2016). A Systematic Review of Published Respondent-Driven Sampling Surveys Collecting Behavioral and Biologic Data. *AIDS Behav*. 20 (8): 1754-1776.
- Karlsson, N., Kåberg, M., Berglung, T., Hammarberg, A., Widman, L. y Ekström, A. (2021). A prospective cohort study of risk behaviours, retention and loss to follow-up over 5 years among women and men in a needle exchange program in Stockholm, Sweden. *International Journal of Drug Policy*. Vol. 90. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103059>

- Kim, B. y Handcock, M. (2021). Population size estimation using multiple respondent-driven sampling surveys. *Journal of Survey Statistics and Methodology*. 9, 94-120.
- Kim, N. (2021). Treatment of HIV-HCV coinfection. *Hepatitis C Online*. En: <https://www.hepatitisc.uw.edu/go/key-populations-situations/treatment-hiv-coinfection/core-concept/all>
- Lankenau, SE., y Sanders, B. (2007). Patterns of ketamine use among young injection drug users. *Journal of psychoactive drugs*. 39(1), 21-29.
- Larney, S., Peacock, A., Leung, J., Colledge, S., Hickman, M., Vickerman, P., Grebely, J., Dumchev, K., Griffiths, P., Hines, L., Cunningham, E., Mattick, R., Lynskey, M., Marsden, J., Strang, J. y Degenhardt, L. (2017). Global, regional, and country-level coverage of interventions to prevent and manage HIV and hepatitis C among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet Glob Health* (5).
- Larney, S. (2017b). A global picture of injecting drug use, HIV and anti-HCV prevalence among people who inject drugs, and coverage of harm reduction interventions. *Drug and Alcohol Research Connections*. Dec, Ed.
- Larney, S., Leung, J., Grebely, J., Hickman, M., Vickerman, P., Peacock, A., Stone, J., Trickey, A., Dumchev, KV., Colledge, S., Cunningham, EB., Lynskey, M., Mattick, RP. y Degenhardt, L. (2019). Global systematic review and ecological analysis of HIV in people who inject drugs: National population sizes and factors associated with HIV prevalence. *Int J Drug Policy*. 77:102656.
- Laurent, M., Le, S., Hoang, G., Trouiller, Ph., Duong Thi, H., Thi Hai, O., Minh, K., Vallo, R., Rapoud, D., Quillet, C., Nguyen, T., Nguyen, Q., NhamThi, T., Feelemyer, J., Hai, V., Moles, JP., Doan, H., Laureillard, D., DesJarlais, D. y Nagot, N. (2022). Assessment of a psychiatric intervention at community level for people who inject drugs in a low-middle income country: the DRIVE-Mind cohort study in Hai Phong, Viet Nam. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*. Vol. 18.
- Léon, L., DesJarlais, D., Jauffret-Roustide, M. y Le Strat, Y. (2016). Update on respondent-driven sampling: theory and practical considerations for studies of persons who inject drugs. *Methodological Innovations*. 9: 1-9.
- Liang, H., Tang, K., Chan, F., Ungvari, G. y Tang, W. (2015). Ketamine users have high rates of psychosis and/or depression. *J Addict Nurs*. 26 1): 8-13.
- McCarty, DJ., Tull, ES., Moy, CS., Kwoh, CK. y LaPorte, RE. (1993). Ascertainment corrected rates: applications of capture-recapture methods. *International Journal of Epidemiology*. 22(3): 559-565.
- Mantecón, A., Montse, J., Amador, C., Becoña, E. y Román, E. (2008). Respondent-Driven Sampling: un nuevo método de muestreo para el estudio de poblaciones visibles y ocultas. *Adicciones*. 20(2): 161-170.
- Martin, N., Vickerman, P., Dore, G. y Hickman, M. (2015). The HCV epidemics in key populations (including PWID, prisoners, and MSM): the use of DAAs as treatment for prevention. *Curr Opin HIV AIDS*. 10(5): 374-380.
- Mateu-Gelabert, P., Harris, S., Berbesi, D., Segura Cardona, Á. M., Montoya Vélez, L. P., Mejía Motta, I. E., Jessell, L., Guarino, H., & Friedman, S. R. (2016). Heroin Use and Injection Risk Behaviors in Colombia: Implications for HIV/AIDS Prevention. *Substance Use & Misuse*, 51(2), 230-240.
- Mejía, IE. y Pérez, A. (2003). La inyección de drogas en Bogotá, una realidad oculta: un reporte sobre resultados locales en el marco del Estudio Mundial sobre uso de drogas inyectadas y riesgos para la salud Fase II. Presidencia de la República de Colombia y Organización Mundial de la Salud.
- Mejía, IE. y Pérez, A. (2005). La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente. *Adicciones*. 17(3).
- Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia ODC. (2015). La heroína en Colombia producción, uso e impacto en la salud pública: análisis de la evidencia y recomendaciones de política. Bogotá DC.: ODC.
- Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia ODC. (2019). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas Colombia 2019. Bogotá DC.: ODC.

- Ministerio de Salud. (1993). Resolución 008430 de 1993: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Boletín epidemiológico de las hepatitis virales en Colombia, 2015-2018. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/boletin-hepatitis-2020-finalv2-05082020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). Resolución 1314 de 2020. En: <file:///Users/INES/Documents/ESTUDIOS%20DE%20SEROPREVALENCIA%20PID/Resolucio%CC%81n%20No.%201314%20de%202020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social e IETS. (2016). Revisión y adopción de guía de práctica clínica sobre diagnóstico y tratamiento de Hepatitis B Crónica. En: https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2016/08/guia_practica_clinica_-_hepatitis_b.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social e IETS. (2018). Guía de Práctica Clínica Para la tamización, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C. Segunda edición Sistema General de Seguridad Social en Salud 2018. Colombia Guía completa 2018 - Guía N° 57
- Ministerio de Salud y Protección Social, ENTerritorio y IETS. (2021). Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Guía para profesionales de la salud. Guía N° 39-2021. En: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf>
- National HIV Behavioral Surveillance System NHBS. (2013). Formative research manual. En: <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics/systems/nhbs/nhbs-msm4-formativeresearchmanual.pdf>
- National HIV Curriculum. (s.f.). Generalized anxiety disorder 2-item. En: <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/gad-2>
- Nelson, P., Mathers, B., Cowie, B., Hagan, H., DesJarlais, D., Horyniak, D. y Degenhardt, L. (2011). Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *The Lancet*. 378(9791): 571-583.
- Nguyen, M., Go, V., Bui, Q., Gaynes, B. y Pence, B. (2019). Perceived need, barriers to and facilitators of mental health care among HIV-infected PWID in Hanoi, Vietnam: a qualitative study. *Harm Reduction Journal*. 16, 74.
- Observatorio Nacional de Salud ONS (2017). Informe anual Sivigila 2015. En: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Docs%20Series%20Documentales/SivigilaFinal-Sep13.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas ONU. (2015). Objetivos de desarrollo sostenible. En: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- ONU Asamblea General. (2021). Declaración Política sobre el VIH y el Sida: acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030. En: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids_es.pdf
- ONUSIDA. (2021). Día mundial del Sida: poner fin a las desigualdades, poner fin a la epidemia, poner fin a las pandemias. En: <https://www.unaids.org/es/2021-world-aids-day>
- ONUSIDA. (2021b). Estrategia mundial contra el sida 2021-2026: acabar con las desigualdades, acabar con el sida. En: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
- ONUSIDA. (2020). Directrices monitoreo global del SIDA 2021. En: <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/global-aids-monitoring-guidelines>
- Ochonye, B., Folayan, M. O., Fatusi, A. O., Bello, B. M., Ajidagba, B., Emmanuel, G., Umoh, P., Yusuf, A., & Jaiyebo, T. (2019). Sexual practices, sexual behavior and HIV risk profile of key populations in Nigeria. *BMC public health*. 19(1): 1210.

- Pacurucu, S., Ordóñez, JM., Hernández, A. y Alarcón, R. (2019). World opioid and substance use epidemic: a Latin American perspective. *Psych Res Clin Pract.* 1:1.
- Panamerican Health Organization PAHO. (2021). Strategic information to strengthen HIV services for key populations.
- Paquette, C., Syversten, J. y Pollini, R. (2019). Stigma at every turn: health services experiences among people who inject drugs. *Int J Drug Policy.* 57:104-110.
- Pereira, I., Dávila, MX., Escobar, M., Filomena, D., Jiménez, MA. y Castro, H. (2021). Mujeres, calle y prohibición: cuidado y violencia a los dos lados del Otún. *Teméride y DeJusticia. Documentos* 68.
- Pérez, E., Medrano, L. A., & Rosas, J. S. (2013). El Path Analysis: conceptos básicos y ejemplos de aplicación. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5(1), 52-66.
- Pierce, R., Hegle, J., Sabin, K., Agustian, E., Johnston, L., Mills, S. y Todd, C. (2015). Strategic information is everyone's business: Perspectives from an international stakeholder meeting to enhance strategic information data along the HIV Cascade for people who inject drugs. *Harm Reduction Journal.* Vol. 12.
- PRADICAN (2012). II estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en población universitaria, informe Colombia, 2012.
- Quispe, A. M., Valentin, E. B., Gutierrez, A. R., & Mares, J. D. (2020). Serie de Redacción Científica: Estudios Transversales. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo.* 13(1): 72-77. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.626>
- Ramírez-Valles, J., Heckathorn, D., Vázquez, R., Díaz, R. y Campbell, R. (2005). From networks to populations: the development and application of respondent driven sampling among IDU and Latino gay men. *AIDS and Behavior.* 9:387-402
- Restrepo-Zea, JH., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F. y VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 13(27): 242-265.
- Rodríguez, JM., Rodríguez, MP. y Corrales, JC. (2015). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana. *Ciência & Saúde Coletiva.* 20(6): 1947-1958.
- Rossi, D., Harris, Sh. y Vitarelli, M. (2010). The impacts of the drug war in Latin America and the Caribbean. En: *At what cost? HIV and human rights consequences of the global war on drugs.* New York: Open Society Institute.
- Salganik, M. y Heckathorn, D. (2003). Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling.
- Salganik, M. (2006). Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. *J Urban Heal.* 83(Suppl. 7): 98-112.
- StataCorp (2021). *Stata Statistical Software: Release 17.* College Station, TX: StataCorp LLC.
- Scott, N., Caulkins, J., Ritter, A. y Dietze, P. (2015). Patterns of drug preference and use among people who inject drugs in Melbourne, Australia. *Addiction Research & Theory.* Vol. 23.
- Spiller, MW., Gile, KJ., Handcock, MS., Mar, CM. y Wejnert C. (2017). Evaluating Variance Estimators for Respondent-Driven Sampling. *J Surv Stat Methodol.* 6(1.1): 23-45.
- Sharma, V., Tun, W., Sarna, A., Saraswati, L. R., Pham, M. D., Thior, I., y Luchters, S. (2019). Prevalence and determinants of unprotected sex in intimate partnerships of men who inject drugs: findings from a prospective intervention study. *International journal of STD & AIDS.* 30(4): 386-395.
- Schonlau, M. y Liebau, E. (2012). Respondent-Driven Sampling. *Stata J.* 12(1): 72-93.
- The Global Fund (2019). Technical brief on HIV and key populations: programming at scale with sex workers, men who have sex with men, transgender peoples, people who inject drugs, and people in prison and other close settings. Geneva: Switzerland.

- Toro-Tobón, D. y Berbesi-Fernández, D. (2019): Prevalence of HIV/Hepatitis C Virus Co-Infection and Injection Risk Correlations in People Who Inject Drugs in Colombia: A Cross-Sectional Study Using Respondent Driven Sampling, Substance Use & Misuse, DOI: 10.1080/10826084.2019.1683198
- University of California San Francisco. (s.f.). Whooley Questions for Depression Screening. En: <https://whooleyquestions.ucsf.edu/test-characteristics>.
- UNAIDS y WHO. (2010). Guidelines on estimating the size of populations most at risk to HIV. En: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2011_Estimating_Populations_en_0.pdf.
- UNAIDS. (2020). Seizing the moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics. Global AIDS update.
- UNODC. (2021). Drug world report 2021 Booklet 2: Global overview – drug demand drug supply. En: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_2.pdf
- UNODC. (2021b). COVID-19 and drugs: impact outlook. World Drug Report 2021. En: https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_5.pdf
- Unión Europea y Comunidad Andina. (2009). Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria, informe Colombia, 2009.
- Vallecillo, G., Fonseca, F., Marín, G., Castillo, C., Cáceres, D., Fernando, N., Durán, X. y Torres, M. (2020). Reaching the 90–90–90 UNAIDS treatment target for people who inject drugs receiving integrated clinical care at a drug-use outpatient treatment facility. *J Public Health*. 30: 1-6.
- Viswasam, N., Lyons, CE., MacAllister, J., Millett, G., Sherwood, J., Rao, A., Baral, S. D., y Global HIV Research Group. (2020). The uptake of population size estimation studies for key populations in guiding HIV responses on the African continent. *PLoS ONE*. 15(2).
- Wejnert, C. (2009). An empirical test of Respondent-Driven-Sampling: point estimates, variance, degree measures, and out-of- equilibrium data. *Sociol Methodol*. 39(1): 73-116.
- White, R., Hakim, A., Salganik, M., Spiller, M., Johnston, L., Kerr, L., Kendall, C., Drake, A., Wilson, D., Orroth, K., Egger, M. y Hladik, W. (2015). Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology for respondent-driven sampling studies: "STROBE-RDS" statement. *Journal of Clinical Epidemiology*. 68; 1463-1471.
- WHO. (2017). Guidelines on hepatitis B and C testing. En: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549981>.
- WHO. (2021). People who inject drugs. En: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/populations/people-who-inject-drugs>
- WHO. (2021b). Sexually transmitted infections (STIs). En: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
- WHO y UNAIDS. (2016). Estimating sizes of key populations: guide for HIV programming in countries of the Middle East and North Africa. World Health Organization: Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- Whooley, MA. (2016). Screening for Depression. A Tale of Two Questions. *JAMA Intern Med*. 176(4): 436-438.
- Wirtz, AL., Mehta, SH., Latkin, C., Zelaya, CE., Galai, N., Peryshkina, A., Mogilnyi, V., Dzhigun, P., Kostetskaya, I. y Beyrer, Ch. (2016). Comparison of respondent driven sampling estimators to determine HIV prevalence and population characteristics among men who have sex with men in Moscow, Russia. *PLoS ONE*. 11(6).



Anexos



Anexo 1. Encuesta de comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira-Dosquebradas, 2021

ENCUESTA DE COMPORTAMIENTO			
Datos básicos			
Fecha de diligenciamiento	Día	Mes	Año
Encuestador(a)			
Código RDS			
Supervisión directa	Si	No	
Revisada	Si	No	
Ciudad de estudio	1	Bogotá	
	2	Medellín	
	3	Santiago de Cali	
	4	Pereira/DQ	
	5	Cúcuta	
	6	Armenia	
I. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS			
¿Cuál es su fecha de nacimiento?	Día	Mes	Año
¿En qué país nació?	País		
¿En qué ciudad nació?	Código DANE		
¿En qué ciudad reside actualmente?	Código DANE		
¿Hace cuánto tiempo reside en esta ciudad? <i> tenga en cuenta que si es menos de 6 meses la persona no puede participar en el estudio</i>	Meses		
	Años		
¿Cuál fue su sexo al nacer? <i>sexo biológico, tal como la persona se describa)</i>	0	Mujer	
	1	Hombre	
	2	Indeterminado	
¿Con qué género se identifica?	0	Masculino	
<i>a las opciones, marque sólo una.</i>	1	Femenino	
	2	Transexual	
	3	Otro	¿cuál?
De acuerdo con su CULTURA, PUEBLO o RASGOS FÍSICOS, ¿usted se reconoce cómo?:	0	Indígena	
<i>a las opciones, marque sólo una.</i>	1	Rom	
	2	Raizal	
	3	Palenquero	
	4	Negro, mulato, afrocolombiano	
	5	Mestizo	
	6	Ninguna de las anteriores	
¿Se identifica usted con alguno de los siguientes grupos?	0	Desplazado	Si No
	1	Víctima del conflicto armado	Si No
	2	Desmovilizado	Si No
	3	Gestante	Si No
0. ¿Cuál diría que es su estrato social actual?	0	Estrato urbano 0 (habitante de calle, sin techo)	
<i>a las opciones, marque sólo una.</i>	1	Estrato urbano 1– 2 (bajo)	

	2	Estrato urbano 3 – 4 (medio)
	3	Estrato urbano 5 – 6 (alto)
	5	Campesino
	6	Indígena
	7	No nació o creció en una familia
	99	No responde
11. ¿En la actualidad usted vive solo? <i>Tenga en cuenta que, aunque la persona habite la calle puede vivir con otra persona</i>	1	Si pase a la 14
	0	No
12. ¿A qué estrato social diría que pertenece su familia? <i>Lea las opciones, marque sólo una.</i>	0	Estrato urbano 0 (habitante de calle, sin techo)
	1	Estrato urbano 1– 2 (bajo)
	2	Estrato urbano 3 – 4 (medio)
	3	Estrato urbano 5 – 6 (alto)
	5	Campesino
	6	Indígena
	7	No nació o creció en una familia
	99	No responde
13. ¿Con cuál(es) persona(s) vive en la misma casa actualmente? <i>Puede marcar una o más opciones</i>	1	Vive solo/a
	2	Habitante de calle
	3	Pareja sexual del sexo opuesto
	4	Pareja sexual del mismo sexo
	5	Sus padres
	6	Otros familiares adultos (mayores de 18 años) no
	7	Parejas sexuales
	8	Sus hijos propios (biológicos/adoptados)
	9	Hijos que no son los suyos
	10	Amigos
	11	Otros adultos
14. ¿Cuál fue el último nivel de estudios que alcanzó? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	1	Ninguno
	2	Primaria
	3	Básica secundaria
	4	Media (10° y 11°)
	5	Técnico
	6	Tecnológico
	7	Universitario
	8	Postgrado
15. ¿Cuál es su estado civil actual?	1	Casado
	2	Unión libre
	3	Viudo
	4	Separado/Divorciado

	6	Soltero
	99	No responde
16. En los últimos seis meses ¿Cuál de las siguientes actividades ha sido su principal fuente de ingresos?	1	Empleo con salario estable (medio tiempo o tiempo completo)
<i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	2	Trabajo temporal (pago semanal/diario, no contrato formal)
	3	Trabaja en un negocio familiar o finca
	4	Independiente (ingresos por ofrecer bienes o servicios-no salario)
	5	Ingresos de pareja, amigo (a), familiar
	6	Préstamo o beca estudiantil
	7	Limosna, retaco
	8	Venta de drogas
	9	Sexo por dinero o trabajo sexual
	10	Robo, hurto
	11	Otras actividades ilegales o posiblemente ilegales
	12	Venta ambulante (calle, buses), trabajo informal "rebusque"
	99	No responde
	17. ¿Actualmente cuál es su régimen de afiliación en salud?	1
2		Subsidiado
3		Especial
4		Excepción
5		No asegurado

II. REDES SOCIALES

18. En los últimos 6 meses ¿cuántas personas que se inyectan drogas conoce y ellos lo conocen a usted?	PID
19. ¿Cuántas de estas (número de la 17) personas viven en esta ciudad?	PID
20. ¿Cuántas de estas (número de la 18) personas tienen entre 18 y 65 años?	PID
21. ¿Cuántas de estas (número de la 19) personas ha visto la última semana?	PID
22. ¿Cuántas de estas (número de la 19) personas conoce lo suficiente como para que ellos le hubiesen entregado el cupón en una semana, si ellos estuvieran en el estudio?	PID
23. ¿Cuántas de estas (número de la 19) personas conoce lo suficiente como para que ellos le hubiesen entregado el cupón en un día, si ellos estuvieran en el estudio?	PID
24. ¿Cuántas de estas (número de la 19) personas conoce, que tienen entre 18 y 65 años y que viven en la ciudad invitaría al estudio?	PID
25. Si le diéramos (número de la 20) cupones ¿cuánto tiempo le tomaría entregarlos todos a conocidos suyos que se inyectan drogas, que viven en la ciudad y que tienen entre 18 y 65 años?	PID
26. Si le diéramos (número de la 20) cupones ¿cuántos de estos podría entregar a conocidos que se inyectan drogas, que tienen entre 18 y	PID

65 años y que viven en la ciudad, en exactamente 7 días, a partir de este momento? PID			
27. Si le diéramos (número de la 20) cupones ¿cuántos de estos podría entregar a conocidos que se inyectan drogas, que tienen entre 18 y 65 años y que viven en la ciudad, en 24 horas, a partir de este momento?	PID		
28. ¿Cuántas personas que conoce que se inyectan drogas ya han participado en el estudio?, sin contar la persona que le entregó el cupón.	PID		
29. ¿Cuál fue la razón principal por la cual decidió aceptar el cupón y participar en el estudio? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	Por el incentivo económico	
	1	Por los resultados de las pruebas de VIH y Hepatitis	
	2	Quien me dio el cupón me convenció	
	3	El estudio le parece interesante y útil	
	4	Porque tenía tiempo libre	
	95	Otro	¿Cuál?
30. ¿Qué relación tiene con la persona que le entregó el cupón?	0	Amigo	
	1	Conocido	
	2	Pareja	
	3	Desconocido	
	95	Otro	¿Cuál?
31. En el mes de junio, la Fundación Salutia estuvo en diferentes lugares entregando un (objeto), ¿lo recibió?	1	Si lo recibió	
	0	No lo recibió	<i>pase a la 36</i>
	99	No responde	
32. ¿La persona que le entregó el objeto se identificó como parte de la Fundación Salutia?	1	Si	
	0	No	
	99	No responde	
33. ¿Quién le entregó el objeto?	0	Un conocido que estaba en el lugar	
	1	Un amigo	
	2	La pareja	
	3	El dealer	
	4	Se lo encontró	
	95	Otro	¿Cuál?
34. ¿Me muestra, por favor, el objeto que recibió?	0	Lo mostró	<i>pase a la 37</i>
	1	No lo mostró	
	2	Lo describió	
35. ¿Cuál o cuáles son los motivos para no llevar el objeto con usted?	0	No quiere ser identificado	<i>pase a la 37</i>
<i>NO lea las opciones. Marque más de una si aplica</i>	1	No le interesa	<i>pase a la 37</i>
	2	No le advirtieron llevarlo consigo	<i>pase a la 37</i>
	3	Se le perdió, lo refundió	<i>pase a la 37</i>
	4	Se lo regaló a un amigo	<i>pase a la 37</i>
	95	Otro	¿Cuál? <i>pase a la 37</i>

36. ¿Cuál o cuáles fueron los motivos para no recibir el objeto?	0	No se detuvo a recibirlo	
<i>NO lea las opciones. Marque más de una si aplica</i>	1	No quiso ser identificado	
	2	No le gustó	
	3	No le interesa	
	4	No se lo ofrecieron	
	5	No estuvo en esos días por esos lugares	
	95	Otro	¿Cuál?
37. Diferentes organizaciones han desarrollado actividades educativas sobre VIH en el marco del proyecto de VIH del Fondo Mundial que está operando la entidad ENTerritorio en la ciudad ¿ha participado de estas actividades?	1	Si	<i>pase a la 39</i>
	0	No	
	99	No responde	
38. ¿Por qué no ha participado de las actividades sobre VIH que está implementando la entidad ENTerritorio?	0	No conoce sobre esas actividades	
<i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	1	No quiere ser identificado(a)	
	2	No tiene tiempo	
	3	Las actividades que brinda no le llaman la atención	
	4	Está en desacuerdo con las organizaciones que ofrecen las actividades	
	5	No hace parte de las organizaciones que ofrecen las actividades	
	6	Las actividades que ofrecen son repetidas	
	99	Otro	¿Cuál?
III. SALUD MENTAL			
39. En el último mes ¿con qué frecuencia se ha sentido con ánimo deprimido, decaído o sin esperanza?	0	Nunca	
	1	Menos de 15 días	
	2	Más de 15 días	
	3	Casi todos los días	
40. En el último mes ¿se ha sentido con falta de interés o placer en hacer algo?	0	Nunca	
	1	Menos de 15 días	
	2	Más de 15 días	
	3	Casi todos los días	
41. ¿En los últimos 15 días ¿con qué frecuencia se ha sentido nerviosos, ansioso o muy alterado?	0	Nunca	
	1	Menos de 15 días	
	2	Más de 15 días	
	3	Casi todos los días	
42. En los últimos 15 días ¿con qué frecuencia no ha podido dejar de preocuparse?	0	Nunca	
	1	Menos de 15 días	
	2	Más de 15 días	
	3	Casi todos los días	
IV. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN			
43. ¿Le ha contado a alguien que se inyecta drogas?	1	Si	
	0	No	<i>pase a la 45</i>

44. ¿A quién le ha contado que se inyecta drogas? <i>Marque más de una, si aplica</i>	0	Nadie
	1	Pareja
	2	Familia
	3	Amigos / conocidos que se inyectan drogas
	4	Profesionales de salud
	95	Otros ¿cuáles?
	99	No responde
45. ¿Se ha sentido excluido de actividades familiares por su uso de drogas inyectadas?	0	No
	1	Sí, en los últimos 6 meses
	2	Sí, pero no en los últimos 6 meses
	3	No tienen contacto con la familia <i>pase a la 47</i>
	99	No responde <i>pase a la 47</i>
46. ¿Siente que los miembros de su familia hacen comentarios injustos sobre usted por su uso de drogas inyectadas?	0	No
	1	Sí, en los últimos 6 meses
	2	Sí, pero no en los últimos 6 meses
	99	No responde
47. ¿Alguna vez ha evitado ir al servicio de salud por temor a ser estigmatizado o discriminado por consumir drogas?	0	No
	1	Sí, en los últimos 6 meses
	2	Sí, pero no en los últimos 6 meses
	99	No responde
48. ¿Alguna vez lo han acosado físicamente o herido por inyectarse drogas?	0	No
	1	Sí, en los últimos 6 meses
	2	Sí, pero no en los últimos 6 meses
	99	No responde

V. USO DE DROGAS E INYECCIÓN

Ahora vamos a hablar de su historia de consumo de drogas

49. Por favor, indíqueme si alguna vez en su vida ha consumido: <i>Lea cada una de las sustancias y vaya respondiendo a las preguntas de manera horizontal</i>	1	Marihuana	Si	No
	2	Basuco	Si	No
	3	Cocaína / perico	Si	No
	4	Inhalables	Si	No
	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodiazepinas)	Si	No
	6	Éxtasis	Si	No
	7	Alcohol	Si	No
	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)	Si	No
	9	Cigarrillo	Si	No
	10	Ketamina	Si	No
	11	Metanfetamina (cristal)	Si	No
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)	Si	No
	13	Heroína	Si	No

	14	Heroína con cocaína (speed ball)	Si	No
	15	Heroína con marihuana	Si	No
	16	Popper	Si	No
	17	2CB (tusi o tusibí)	Si	No
	18	Hongos	Si	No
	19	LSD	Si	No
	20	Otra	¿cuál?	
	21	Otra	¿cuál?	
50. ¿A qué edad la consumió por primera vez?	1	Marihuana	Si	No
	2	Basuco	Si	No
	3	Cocaína / perico	Si	No
	4	Inhalables	Si	No
	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodicepinas)	Si	No
	6	Éxtasis	Si	No
	7	Alcohol	Si	No
	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)	Si	No
	9	Cigarrillo	Si	No
	10	Ketamina	Si	No
	11	Metanfetamina (cristal)	Si	No
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)	Si	No
	13	Heroína	Si	No
	14	Heroína con cocaína (speed ball)	Si	No
	15	Heroína con marihuana	Si	No
	16	Popper	Si	No
	17	2CB (tusi o tusibí)	Si	No
	18	Hongos	Si	No
	19	LSD	Si	No
	20	Otra	¿cuál?	
	21	Otra	¿cuál?	
51. ¿La usó en el último año?	1	Marihuana	Si	No
	2	Basuco	Si	No
	3	Cocaína / perico	Si	No
	4	Inhalables	Si	No
	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodicepinas)	Si	No
	6	Éxtasis	Si	No
	7	Alcohol	Si	No
	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)	Si	No
	9	Cigarrillo	Si	No
	10	Ketamina	Si	No

	11	Metanfetamina (cristal)	Si	No
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)	Si	No
	13	Heroína	Si	No
	14	Heroína con cocaína (speed ball)	Si	No
	15	Heroína con marihuana	Si	No
	16	Popper	Si	No
	17	2CB (tusi o tusibí)	Si	No
	18	Hongos	Si	No
	19	LSD	Si	No
	20	Otra	¿cuál?	
	21	Otra	¿cuál?	
52. ¿La uso en los últimos 6 meses?	1	Marihuana	Si	No
	2	Basuco	Si	No
	3	Cocaína / perico	Si	No
	4	Inhalables	Si	No
	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodicepinas)	Si	No
	6	Éxtasis	Si	No
	7	Alcohol	Si	No
	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)	Si	No
	9	Cigarrillo	Si	No
	10	Ketamina	Si	No
	11	Metanfetamina (cristal)	Si	No
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)	Si	No
	13	Heroína	Si	No
	14	Heroína con cocaína (speed ball)	Si	No
	15	Heroína con marihuana	Si	No
	16	Popper	Si	No
	17	2CB (tusi o tusibí)	Si	No
	18	Hongos	Si	No
	19	LSD	Si	No
	20	Otra	¿cuál?	
	21	Otra	¿cuál?	
53. ¿La uso en el último mes?	1	Marihuana	Si	No
	2	Basuco	Si	No
	3	Cocaína / perico	Si	No
	4	Inhalables	Si	No
	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodicepinas)	Si	No
	6	Éxtasis	Si	No
	7	Alcohol	Si	No

	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)	Si	No
	9	Cigarrillo	Si	No
	10	Ketamina	Si	No
	11	Metanfetamina (cristal)	Si	No
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)	Si	No
	13	Heroína	Si	No
	14	Heroína con cocaína (speed ball)	Si	No
	15	Heroína con marihuana	Si	No
	16	Popper	Si	No
	17	2CB (tusi o tusibí)	Si	No
	18	Hongos	Si	No
	19	LSD	Si	No
	20	Otra	¿cuál?	
21	Otra	¿cuál?		
54. ¿Si la uso en último mes, con qué frecuencia?	1	Marihuana	Si	No
	2	Basuco	Si	No
	3	Cocaína / perico	Si	No
	4	Inhalables	Si	No
	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodiacepinas)	Si	No
	6	Éxtasis	Si	No
	7	Alcohol	Si	No
	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)	Si	No
	9	Cigarrillo	Si	No
	10	Ketamina	Si	No
	11	Metanfetamina (cristal)	Si	No
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)	Si	No
	13	Heroína	Si	No
	14	Heroína con cocaína (speed ball)	Si	No
	15	Heroína con marihuana	Si	No
	16	Popper	Si	No
	17	2CB (tusi o tusibí)	Si	No
	18	Hongos	Si	No
	19	LSD	Si	No
	20	Otra	¿cuál?	
	21	Otra	¿cuál?	
55. De las drogas que ha consumido alguna vez ¿cuál de ellas se ha inyectado? <i>La sustancia que se haya inyectado, por favor, pregunte la edad en la que lo hizo por primera vez y escríbala al lado</i>	1	Marihuana	Si	No
	2	Basuco	Si	No
	3	Cocaína / perico	Si	No
	4	Inhalables	Si	No

	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodíacepinas)	Si	No	
	6	Éxtasis	Si	No	
	7	Alcohol	Si	No	
	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)	Si	No	
	9	Cigarrillo	Si	No	
	10	Ketamina	Si	No	
	11	Metanfetamina (cristal)	Si	No	
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)	Si	No	
	13	Heroína	Si	No	
	14	Heroína con cocaína (speed ball)	Si	No	
	15	Heroína con marihuana	Si	No	
	16	Popper	Si	No	
	17	2CB (tusi o tusibi)	Si	No	
	18	Hongos	Si	No	
	19	LSD	Si	No	
	20	Otra	¿cuál?		
	21	Otra	¿cuál?		
56. ¿A qué edad se la inyectó por primera vez?	1	Marihuana			
<i>La sustancia que se haya inyectado, por favor, pregunte la edad en la que lo hizo por primera vez y escríbala al lado</i>	2	Basuco			
	3	Cocaína / perico			
	4	Inhalables			
	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodíacepinas)			
	6	Éxtasis			
	7	Alcohol			
	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)			
	9	Cigarrillo			
	10	Ketamina			
	11	Metanfetamina (cristal)			
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)			
	13	Heroína			
	14	Heroína con cocaína (speed ball)			
	15	Heroína con marihuana			
	16	Popper			
	17	2CB (tusi o tusibi)			
	18	Hongos			
	19	LSD			
		20	Otra	¿cuál?	
		21	Otra	¿cuál?	
		1	Marihuana	Si	No

57. Durante los 30 días antes de empezar a inyectarse ¿consumió alguna de las siguientes drogas?	2	Basuco	Si	No
	3	Cocaína / perico	Si	No
	4	Inhalables	Si	No
	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodicepinas)	Si	No
	6	Éxtasis	Si	No
	7	Alcohol	Si	No
	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)	Si	No
	9	Cigarrillo	Si	No
	10	Ketamina	Si	No
	11	Metanfetamina (cristal)	Si	No
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)	Si	No
	13	Heroína	Si	No
	14	Heroína con cocaína (speed ball)	Si	No
	15	Heroína con marihuana	Si	No
	16	Popper	Si	No
	17	2CB (tusi o tusibí)	Si	No
	18	Hongos	Si	No
	19	LSD	Si	No
	20	Otra	¿cuál?	
	21	Otra	¿cuál?	

58. ¿Con qué frecuencia la uso los 30 días antes de comenzar a inyectarse?

		Menos de 1 vez al mes	De 1 a 4 veces al mes	De 1 a 7 veces a la semana (1 vez al día)	De 2 a 4 veces al día	5 o más veces al día	No recuerda	No responde
1	Marihuana							
2	Basuco							
3	Cocaína / perico							
4	Inhalables							
5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodicepinas)							
6	Éxtasis							
7	Alcohol							
8	Alcohol artesanal (chamber, otro)							
9	Cigarrillo							
10	Ketamina							
11	Metanfetamina (cristal)							
12	Metadona (no prescrita, mercado negro)							
13	Heroína							
14	Heroína con cocaína (speed ball)							

15	Heroína con marihuana							
16	Popper							
17	2CB (tusi o tusibí)							
18	Hongos							
19	LSD							
20	Otra							
21	Otra							
59.	La primera vez que se inyectó ¿qué droga fue?	3	Cocaína / perico			Si		No
	<i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodiazepinas)			Si		No
		6	Éxtasis			Si		No
		7	Alcohol			Si		No
		8	Alcohol artesanal (chamber, otro)			Si		No
		10	Ketamina			Si		No
		11	Metanfetamina (cristal)			Si		No
		12	Metadona (no prescrita, mercado negro)			Si		No
		13	Heroína			Si		No
		14	Heroína con cocaína (speed ball)			Si		No
		17	2CB (tusi o tusibí)			Si		No
		19	LSD			Si		No
		20	Otra			¿cuál?		
		21	Otra			¿cuál?		
60.	La primera vez que se inyectó ¿uso una jeringa que otra persona ya había usado antes?	1	Si					
		0	No					
		98	No recuerda					
		99	No responde					
61.	La primera vez que se inyectó drogas ¿alguien le ayudó?	1	Si					
		0	No	<i>pase a las 63</i>				
62.	¿Quién le ayudó esa primera vez que se inyectó drogas?	0	Lo hice yo mismo					
	<i>Lea las opciones. Marque solo una.</i>	1	Pareja sexual estable					
		2	Pareja sexual ocasional					
		3	Conocido					
		4	Amigo cercano					
		5	Familiar					
		6	Dealer / Jíbaro / persona que inyecta					
		7	Usuario de drogas					
		95	Otro			¿cuál?		
		98	No recuerda					
63.	La primera vez que se inyectó ¿estaba en esta ciudad?	1	Si					
		0	No					

	98	No recuerda
	99	No responde
64. ¿Cree usted que en la ciudad en la que se inyectó por primera vez, la inyección de drogas era algo raro, algo que comenzaba o algo muy común?	0	Raro
	1	Moderadamente común
	2	Expandido
	98	No recuerda
	99	No responde
65. ¿En qué lugar se encontraba cuando se inyectó por primera vez?	0	El sitio donde vive o vivía
<i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	1	La casa de una pareja sexual
	2	La casa de una persona conocida
	3	La casa de un amigo (a) cercano
	4	En el colegio/universidad
	5	En una "olla" o sitio al que se va a consumir
	6	En un club o bar
	7	En otro lugar público (calle, parque, edif. abandonado)
	8	En un lugar al que se va para que lo inyecten
	9	Hotel/Residencia
	95	Otro lugar
	98	No recuerda
	99	No responde
66. ¿Cuál fue la principal razón por la que comenzó a inyectarse?	0	Baja calidad de la droga disponible
<i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	1	Pensé que lograría mejores efectos
	2	Mis amigos lo estaban haciendo y quise probar
	3	Mis amigos me presionaron a hacerlo
	4	Estaban en una fiesta y otros lo estaban haciendo
	5	Me preocupaba las consecuencias de estar inhalando
	6	Estaba deprimido (a)
	7	Curiosidad
	8	Todo el mundo lo estaba haciendo
	9	Por impresionar a otros
	95	Otro <input type="text"/> ¿cuál?
67. ¿Alguna vez ha iniciado a alguien en la inyección de drogas?	1	Si
	0	No
	99	No responde
68. ¿Qué edad tenía cuando comenzó a inyectarse drogas, al menos una vez a la semana regularmente?	Edad	
<i>Si nunca se ha inyectado regularmente, marque 00</i>	95	Nunca se ha inyectado al menos una vez a la semana regularmente
69. ¿Cuál es el método que más usa en la actualidad para consumir?	0	Inyección
<i>Lea todas las opciones, excepto "No responde"</i>	1	No inyección

		2 Ambos métodos por igual							
		99 No responde							
70. ¿Con qué frecuencia se inyectó los últimos 6 meses?	Menos de 1 vez al mes	De 1 a 4 veces al mes	De 1 a 7 veces a la semana (1 vez al día)	De 2 a 4 veces al día	5 o más veces al día	No recuerda	No responde		
3	Cocaína / perico								
5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodicepinas)								
6	Éxtasis								
7	Alcohol								
8	Alcohol artesanal (chamber, otro)								
10	Ketamina								
11	Metanfetamina (cristal)								
12	Metadona (no prescrita, mercado negro)								
13	Heroína								
14	Heroína con cocaína (speed ball)								
17	2CB (tusi o tusibí)								
19	LSD								
20	Otra								
21	Otra								
71.	Durante el último mes, en promedio ¿cuántos días se ha inyectado?	Días					Si "00" pase a la 73		
72.	Los días que se inyectó ¿cuántas veces lo hizo por día?	Veces							
73.	En los últimos 6 meses, cuando se ha inyectado ¿con qué frecuencia ha usado una jeringa completamente nueva?	0	Nunca						
		1	Ocasionalmente						
		2	Casi siempre						
		3	Siempre					pase a la 78	
		99	No responde					pase a la 78	
74.	¿Por qué no ha usado siempre jeringas nuevas? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	No tenía mis propias jeringas para inyectarme						
		1	Las jeringas son difíciles de conseguir						
		2	Las jeringas son costosas						
		3	Por la presión a compartir						
		4	Soy cuidadoso en escoger con quién comparto						
		5	Pensé que era seguro porque limpiaba el equipo						
		6	Estaba detenido o en la cárcel						
		95	Otro					¿cuál?	
97	No sabe								
99	No responde								
75.	En los últimos 6 meses ¿con cuántas personas cree haber compartido jeringas?	Personas							

76. En los últimos 6 meses cuando ha compartido o reutilizado jeringas ¿con qué frecuencia las ha limpiado antes de inyectarse?	0	Nunca	<i>pase a la 78</i>
	1	Ocasionalmente	
	2	Casi siempre	
	3	Siempre	
	99	No responde	<i>pase a la 78</i>
77. En los últimos 6 meses ¿cómo ha limpiado (usualmente) las jeringas que comparte con otra(s) persona (s)? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	Agua	
	1	Alcohol	
	2	Agua hirviendo	
	3	Jabón o detergente	
	4	Decol, clorox o límpido	
	95	Otro	¿cuál?
78. En los últimos 6 meses ¿ha dividido con otra persona la dosis, pasándola de una jeringa a otra?	1	Si	
	0	No	
79. En los últimos 6 meses ¿ha dividido con otra persona la dosis preparada en un recipiente/bolsa común?	1	Si	
	0	No	
80. En los últimos seis meses ¿ha sacado su dosis de una cuchara u otro recipiente que otras personas también estaban compartiendo?	1	Si	
	2	No	
81. En los últimos 6 meses ¿ha compartido con otras personas agua de enjuague, agua para preparar la dosis o filtros?	1	Si	
	2	No	
82. En los últimos 6 meses ¿con cuántas personas cree haber compartido agua de enjuague, agua para preparar la dosis, filtros, cucharas o cazoletas?	Personas		
83. ¿Con que frecuencia filtra su droga antes de inyectársela?	0	Nunca	<i>pase a la 85</i>
	1	Ocasionalmente	
	2	Casi siempre	
	3	Siempre	
	99	No responde	<i>pase a la 85</i>
	84. ¿Con qué filtra usualmente la droga?	0	Algodón
1		Filtro de cigarrillo	
2		Otro	
85. ¿Con qué frecuencia calienta su droga antes de inyectársela?	0	Nunca	
	1	Ocasionalmente	
	2	Casi siempre	
	3	Siempre	
	99	No responde	
86. ¿Con qué frecuencia reutiliza sus propias jeringas?	0	Nunca	<i>pase a la 88</i>
	1	Ocasionalmente	
	2	Casi siempre	
	3	Siempre	

	99	No responde	<i>pase a la 88</i>	
87. ¿Cuántas veces, en promedio, las reutiliza?	Veces			
88. En los últimos 6 meses ¿se ha inyectado alguna vez en un recinto cerrado al que la gente va a consumir, como una "olla" o lugar de inyección?	1	Si		
	0	No		
	99	No responde		
89. En los últimos 6 meses ¿alguna vez ha pagado para que lo inyecten?	1	Si		
	2	No		
	99	No responde		
90. Cuando se ha inyectado en los últimos 6 meses ¿con qué frecuencia le ha dado, regalado o cedido su jeringa usada a otra persona?	0	Nunca		
	1	Ocasionalmente		
	2	Casi siempre		
	3	Siempre		
	99	No responde		
91. En los últimos 6 meses ¿alguna vez le ha dado sus jeringas ya usadas a (...) para que se inyecte? <i>Lea las opciones y marque SI o NO en cada una</i>	0	Pareja sexual estable	Si	No
	1	Pareja sexual ocasional	Si	No
	2	Amigo/a cercano/a	Si	No
	3	Una persona conocida	Si	No
	4	Una persona desconocida	Si	No
92. Durante los últimos 6 meses ¿le ha ayudado a alguien a inyectarse por primera vez?	1	Si		
	0	No		
	99	No responde		
93. Durante las inyecciones del último mes ¿de dónde sacó el agua que utilizó para mezclar la droga?	0	Llave o grifo		
	1	Envasada		
	2	Destilada		
	95	Otra	¿cuál?	
94. Durante los últimos 3 (tres) meses ¿ha logrado conseguir jeringas completamente nuevas y estériles?	1	Si		
	0	No	<i>pase a la 97</i>	
95. Durante los últimos 3 (tres) meses ¿cómo ha conseguido las jeringas nuevas? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	Farmacia/Droguería		
	1	Médico de familia/Médico general		
	2	Pareja sexual		
	3	Amigos/as		
	4	Otros consumidores de droga		
	5	Vendedor de drogas/Jíbaro		
	6	Comprada en la calle		
	7	Programa de distribución de jeringas / Reducción de daños		
	95	Otro	¿cuál?	
96. De estas fuentes ¿cuál es la que utiliza con mayor frecuencia para conseguir jeringas nuevas? <i>Marque solo una.</i>	0	Farmacia/Droguería		
	1	Médico de familia/Médico general		
	2	Pareja sexual		

	3	Amigos/as	
	4	Otros consumidores de droga	
	5	Vendedor de drogas/Jíbaro	
	6	Comprada en la calle	
	7	Programa de distribución de jeringas/Reducción de daños	
	95	Otro	¿cuál?
97. En los últimos 6 meses ¿alguna farmacia se ha negado a venderle jeringas nuevas?	1	Si	
	0	No	
98. En los últimos 6 meses ¿la policía o alguna otra autoridad, le ha confiscado sus equipos de inyección?	1	Si	
	0	No	
99. ¿Alguna vez lo han arrestado por estar inyectándose en un lugar público?	1	No	
	2	Si, en los últimos 6 meses	
	3	Si, pero no en los últimos 6 meses	
	99	No responde	
100. ¿Alguna vez ha estado detenido o en prisión por más de 72 horas?	1	Si	
	0	No	<i>pase a la 102</i>
101. En los últimos 2 años ¿cuántas veces ha estado detenido/privado de la libertad por más de 48 horas?	Veces		
Ahora vamos a hablar de la última vez que se inyectó drogas			
102. ¿Puede recordar la fecha en la que se inyectó la última vez? <i>Si no recuerda algún dato diligencie con un 00</i>	Fecha	día	mes
			año
103. ¿En qué lugar se encontraba la última vez que se inyectó? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	El sitio donde vive o vivía	
	1	La casa de una pareja sexual	
	2	La casa de una persona conocida	
	3	La casa de un amigo (a) cercano	
	4	En el colegio/universidad	
	5	En una "olla" o sitio al que se va a consumir	
	6	En un club o bar	
	7	En otro lugar público (calle, parque, edif. abandonado)	
	8	En un lugar al que se va para que lo inyecten	
	9	Hotel/Residencia	
	10	Otro lugar	
	98	No recuerda	
	99	No responde	
104. La última vez que se inyectó ¿estaba con alguien que también se inyectó?	1	Si	
	0	No	<i>pase a la 107</i>
	99	No responde	<i>pase a la 107</i>
105. ¿Cuánta gente se inyectó con usted la última vez?	Personas		
	0	Pareja sexual estable	

106. ¿Qué tipo de relación tenía con la persona o personas que se inyectaron con usted la última vez? <i>Lea las opciones. Marque más de una si aplica</i>	1	Pareja sexual ocasional		
	2	Conocido		
	3	Amigo cercano		
	4	Familiar		
	5	Dealer / Jíbaro / persona que inyecta		
	6	Usuario de drogas		
	95	Otro	¿cuál?	
	98	No recuerda		
107. ¿La última vez que se inyectó hizo algo de lo que le voy a leer? <i>Lea las opciones y marque SI o NO en cada una</i>	0	¿Preparó usted mismo la droga que se inyectó?	Si	No
	1	¿Utilizó una jeringa nueva?	Si	No
	2	¿Utilizó una jeringa que alguien ya había usado antes?	Si	No
	3	¿Reutilizó su propia jeringa?	Si	No
	4	¿Limpió la jeringa?	Si	No
	5	¿Filtró la sustancia que se inyectó?	Si	No
	6	¿Desinfectó la zona del cuerpo en la que se inyectó?	Si	No
	7	¿Hizo rotación de venas?	Si	No
	8	Compartió agua de enjuague/o de la mezcla con otra persona?	Si	No
	9	Compartió filtros o cucharas/cazoletas con otra persona?	Si	No
	10	¿Sacó su dosis de un recipiente del que otros también sacaron sus dosis?	Si	No
	11	¿Cedió su jeringa usada a alguien más para que se inyectara?	Si	No
	12	¿Compartió jeringa u otro elemento con alguien desconocido?	Si	No
108. La última vez que se inyectó ¿qué hizo con la jeringa después de usarla? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	La guardó para usarla de nuevo		
	1	Se la dio o regaló a otra persona		
	2	La devolvió a la persona a cargo, el jibaro o a quien estaba inyectando		
	3	La dejó donde se inyectó		
	4	La botó en el piso		
	5	El botó en una caneca		
	6	La puso en un recipiente/tarro/frasco y lo botó		
	7	La puso en un recipiente médico de seguridad		
	8	La botó por el inodoro, caño, etc.		
	9	La regresó al programa de reducción de daños / distribución de jeringas		
	95	Otro	¿cuál?	
98	No recuerda			
99	No contesta			
109. ¿En los últimos seis meses ha vendido jeringas u otros elementos de inyección que usted ya había usado?	1	Si		
	0	No		

	99	No responde	
Ahora vamos a hablar de sobredosis			
110. ¿Alguna vez vio o estuvo presente cuando alguna persona tuvo una sobredosis de heroína hasta el punto de perder la conciencia?	1	Si	
	0	No	<i>pase a 114</i>
	98	No recuerda	<i>pase a 114</i>
	99	No responde	<i>pase a 114</i>
111. ¿Cuántas veces lo ha visto suceder?	0	Una vez	
	1	Dos veces	
	2	3 a 5 veces	
	3	6 a 10 veces	
	4	Más de 10 veces	
112. ¿Cuándo fue la última vez que esto ocurrió?	0	Durante la última semana	
	1	Durante el último mes	
	2	Durante los últimos 6 meses	
	3	Hace 1 año / Más de 1 año	
113. ¿Qué hizo usted o su grupo cuando esto ocurrió? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	Nada	
	1	No supieron qué hacer	
	2	Pusieron a la persona en una posición de fácil respiración	
	3	Le dieron respiración boca a boca	
	4	Le hicieron reanimación con masaje cardiaco	
	5	Le pegaron, la pincharon	
	6	Usaron hielo, una ducha fría	
	7	Le inyectaron medicamentos como Naloxona	
	8	Usaron otros remedios caseros	
	9	Llevaron a la persona a un hospital / buscaron ayuda médica	
	10	Llamaron a una ambulancia	
	11	Buscaron ayuda con la policía	
	12	Informaron a los familiares de la persona	
	13	Abandonaron el lugar de inmediato	
95	Otro	<i>¿cuál?</i>	
114. ¿Cuántas personas ha conocido que hayan muerto por sobredosis?	0	Ninguna	
	1	Entre 1 y 2 personas	
	2	Entre 3 y 5 personas	
	3	Más de 6 personas	
	98	No recuerda	
	99	No responde	
115. ¿Alguna vez usted ha sufrido una sobredosis por heroína hasta el punto de perder la conciencia?	1	Si	
	0	No	<i>Pase a 121</i>
	99	No responde	<i>Pase a 121</i>

116. En la vida ¿cuántas veces le ha sucedido?	0	1 vez		
	1	2 veces		
	2	3 a 5 veces		
	3	6 o más veces		
	99	No responde		
117. ¿Cuándo fue la última vez que le sucedió?	0	Durante el último mes		
	1	Durante los últimos tres meses		
	2	hace más de tres meses, en el último año		
	3	Hace más de un año		
	98	No recuerda		
118. ¿Qué sustancia se había inyectado en esa última ocasión en que tuvo una sobredosis? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	3	Cocaína / perico		
	5	Ruedas, Roches (tranquilizantes benzodiazepinas)		
	6	Éxtasis		
	7	Alcohol		
	8	Alcohol artesanal (chamber, otro)		
	10	Ketamina		
	11	Metanfetamina (cristal)		
	12	Metadona (no prescrita, mercado negro)		
	13	Heroína		
	14	Heroína con cocaína (speed ball)		
	17	2CB (tusi o tusibí)		
	19	LSD		
	20	Otra	¿cuál?	
	21	Otra	¿cuál?	
119. ¿La última vez que sufrió una sobredosis...? <i>Lea las opciones y marque SI o NO en cada una</i>	0	¿Estaba solo cuando ocurrió?	Si	No
	1	¿Alguien lo auxilió?	Si	No
	2	¿Tuvo que ser hospitalizado?	Si	No
120. ¿Alguna vez le han aplicado Naloxona para revertir una sobredosis?	0	No sabe qué es Naloxona		
	1	No sabe si alguna vez le han aplicado Naloxona		
	2	Si, alguna vez le han aplicado Naloxona		
	3	Nunca le han aplicado Naloxona		
	99	No responde		
121. ¿Alguna vez ha recibido entrenamiento en manejo y atención de sobredosis?	1	Si		
	0	No		
122. ¿Alguna vez ha tenido Naloxona en su poder?	0	No sabe qué es Naloxona	<i>pase a 124</i>	
	2	Si ha tenido Naloxona en su poder		
	3	Nunca ha tenido Naloxona en su poder	<i>pase a 124</i>	
123. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo Naloxona en su poder?	0	Durante la última semana		
	1	Durante el último mes		

	2	Durante los últimos 6 meses
	3	Hace más de 6 meses
	98	No recuerda
124. Si en el futuro tuviera que ser atendido por una sobredosis de heroína, ¿considera que sería bien atendido y por personas expertas?	1	Si
	0	No
	97	No sabe

VI COMPORTAMIENTO SEXUAL

Ahora vamos a hablar de su vida sexual. Si alguna pregunta le resulta incómoda, no se sienta obligado a responderla.

125. ¿Cuál es su orientación sexual? <i>Lea las opciones, marque sólo una</i>	1	Heterosexual	
	2	Homosexual	
	3	Bisexual	
	4	Fluida	
	95	Otra	¿cuál?
	99	No responde	
126. ¿Tiene pareja sexual estable? <i>Cuando me refiero a pareja estable, es aquella persona con la que ha tenido relaciones sexuales por más de 6 meses, de quien no recibe dinero y a quien no le paga por las relaciones sexuales</i>	1	Si	
	20	No	pase a la 130
	99	No responde	Pase a la 130
127. ¿El género de su pareja estable es...?	0	Femenino	
	1	Masculino	
	2	Trans (transexual, transgénero, transformista, travesti)	
	3	No binario "Elle"	
	95	Otro	¿cuál?
	99	No responde	
128. La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja estable ¿usaron condones?	1	Si	
	0	No	
	98	No recuerda	
	99	No responde	
129. En los últimos seis meses ¿con qué frecuencia ha utilizado condones durante las relaciones sexuales con su pareja estable?	0	Nunca	
	1	Ocasionalmente	
	2	Casi siempre	
	3	Siempre	
	99	No responde	
130. ¿Tiene pareja sexual ocasional? <i>Me refiero a la persona con la que ha tenido relaciones sexuales por menos de 6 meses, de quien no recibe dinero y a quien no le paga por las relaciones sexuales</i>	1	Si	
	0	No	Pase a 135
	99	No responde	Pase a 135

131. En los últimos 6 meses ¿con cuántas parejas ocasionales ha tenido relaciones sexuales (anales o vaginales)?	Personas			
132. ¿El género de sus parejas ocasionales es...? <i>Marque más de una, si aplica</i>	0	Femenino		
	1	Masculino		
	2	Trans (transexual, transgénero, transformista, travesti)		
	3	No binario "Elle"		
	95	Otro	¿cuál?	
	99	No responde		
133. La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja(s) ocasional(es) ¿usaron condones?	1	Si		
	0	No		
	98	No recuerda		
	99	No responde		
134. En los últimos seis meses ¿con qué frecuencia ha utilizado condones durante las relaciones sexuales con su pareja(s) ocasional(es)?	0	Nunca		
	1	Ocasionalmente		
	2	Casi siempre		
	3	Siempre		
	99	No responde		
135. ¿Alguna vez ha recibido dinero, droga u otros beneficios a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?	1	Si		
	0	No	<i>pase a la 143</i>	
	99	No responde	<i>pase a la 143</i>	
136. Aproximadamente ¿qué edad tenía la primera vez que recibió dinero a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?	Años			
	98	No recuerda		
	99	No responde		
137. En los últimos 6 meses ¿ha recibido dinero, droga u otros beneficios a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?	1	Si		
	0	No	<i>pase a la 143</i>	
	99	No responde	<i>pase a la 143</i>	
138. Usualmente ¿En qué lugar o de qué forma consigue a sus clientes? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	Salón de masajes / saunas / baños turcos / salas o cabinas de video X / burdel.		
	1	Bar / Discoteca / Taberna / Lugares swinger / otros lugares		
	2	Páginas de internet, app y otros medios de comunicación		
	3	Calle, parque, zonas de trabajo sexual, lugares públicos		
	4	Agencia de acompañantes		
	95	Otro	¿cuál?	
	99	No responde		
139. En los últimos 6 meses, en un mes promedio ¿cuántos clientes ha tenido?	Personas			
	98	No recuerda		
	99	No responde		
140. ¿El sexo género de sus clientes es? <i>Marque más de una, si aplica</i>	0	Femenino		
	1	Masculino		
	2	Trans (transexual, transgénero, transformista, travesti)		

131. En los últimos 6 meses ¿con cuántas parejas ocasionales ha tenido relaciones sexuales (anales o vaginales)?	Personas		
132. ¿El género de sus parejas ocasionales es...? <i>Marque más de una, si aplica</i>	0	Femenino	
	1	Masculino	
	2	Trans (transexual, transgénero, transformista, travesti)	
	3	No binario "Elle"	
	95	Otro	¿cuál?
	99	No responde	
133. La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja(s) ocasional(es) ¿usaron condones?	1	Si	
	0	No	
	98	No recuerda	
	99	No responde	
134. En los últimos seis meses ¿con qué frecuencia ha utilizado condones durante las relaciones sexuales con su pareja(s) ocasional(es)?	0	Nunca	
	1	Ocasionalmente	
	2	Casi siempre	
	3	Siempre	
	99	No responde	
135. ¿Alguna vez ha recibido dinero, droga u otros beneficios a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?	1	Si	
	0	No	<i>pase a la 143</i>
	99	No responde	<i>pase a la 143</i>
136. Aproximadamente ¿qué edad tenía la primera vez que recibió dinero a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?	Años		
	98	No recuerda	
	99	No responde	
137. En los últimos 6 meses ¿ha recibido dinero, droga u otros beneficios a cambio de tener relaciones sexuales penetrativas?	1	Si	
	0	No	<i>pase a la 143</i>
	99	No responde	<i>pase a la 143</i>
138. Usualmente ¿En qué lugar o de qué forma consigue a sus clientes? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	Salón de masajes / saunas / baños turcos / salas o cabinas de video X / burdel.	
	1	Bar / Discoteca / Taberna / Lugares swinger / otros lugares	
	2	Páginas de internet, app y otros medios de comunicación	
	3	Calle, parque, zonas de trabajo sexual, lugares públicos	
	4	Agencia de acompañantes	
	95	Otro	¿cuál?
	99	No responde	
139. En los últimos 6 meses, en un mes promedio ¿cuántos clientes ha tenido?	Personas		
	98	No recuerda	
	99	No responde	
140. ¿El sexo género de sus clientes es? <i>Marque más de una, si aplica</i>	0	Femenino	
	1	Masculino	
	2	Trans (transexual, transgénero, transformista, travesti)	

	3	No binario "Elle"	
	95	Otro	¿cuál?
	99	No responde	
141. La última vez que tuvo relaciones sexuales con un cliente ¿usaron condones?	1	Si	
	0	No	
	99	No responde	
142. En los últimos 6 meses ¿con que frecuencia ha utilizado condones durante las relaciones sexuales (vaginal o anal) con sus clientes?	0	Nunca	
	1	Ocasionalmente	
	2	Casi siempre	
	3	Siempre	
	99	No responde	
143. En los últimos 6 meses ¿ha dado dinero, droga u otros beneficios a cambio de tener relaciones sexuales?	1	Si	
	2	No	pase a la 148
	99	No responde	pase a la 148
144. En los últimos 6 meses ¿a cuántas personas les ha pagado por sexo?	Personas		
145. ¿El género de las personas a las que les paga es? <i>Lea las opciones. Marque más de una, si aplica</i>	0	Femenino	
	1	Masculino	
	2	Trans (transexual, transgénero, transformista, travesti)	
	3	No binario "Elle"	
	95	Otro	¿cuál?
	99	No responde	
146. La última vez que pagó por relaciones sexuales ¿usaron condones?	1	Si	
	0	No	
	98	No recuerda	
	99	No responde	
147. En los últimos 6 meses ¿con que frecuencia ha usado el condón cuando ha pagado por tener relaciones sexuales (vaginal o anal)?	0	Nunca	
	1	Ocasionalmente	
	2	Casi siempre	
	3	Siempre	
	99	No responde	
Última relación sexual			
Ahora le voy a preguntar por su última relación sexual			
148. En la última relación sexual usted o su pareja ¿usaron condón?	1	Si	pase a la 150
	0	No	
	99	No responde	pase a la 150
149. ¿Cuál es la razón principal por la cual no utilizó el condón en la última relación sexual? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	No tenía a la mano	
	1	La pareja no quiso utilizarlo	
	2	No le gusta usar condón	
	3	La pareja es estable y monógama	

	95	Otro	¿cuál?
	99	No responde	
150. ¿La pareja con la cual tuvo la última relación sexual era? <i>Lea las opciones, marque sólo una</i>	0	Estable	
	1	Ocasional	
	2	Cliente	
	99	No responde	
151. En la última relación sexual usted o su pareja ¿usaron lubricantes?	1	Sí	
	0	No	
	99	No responde	
152. En la última relación sexual usted o su pareja ¿tomaron antirretrovirales para no adquirir el VIH?	1	Sí, antes de las relaciones	
	2	Sí, después de las relaciones	
	3	Sí, vivo con VIH y tomo retrovirales de forma permanente	
	0	No	
	99	No responde	
153. En la última relación sexual usted o su pareja ¿consumieron alcohol antes de las relaciones sexuales?	1	Sí, yo consumí alcohol	
	2	Sí, la pareja consumió alcohol	
	3	Sí, ambos.	
	0	No	
	99	No responde	
154. En la última relación sexual usted o su pareja ¿consumieron drogas antes de las relaciones sexuales?	1	Sí, yo consumí drogas	
	2	Sí, la pareja consumió drogas	
	3	Sí, ambos	
	4	No	
	99	No responde	
155. Durante los últimos 3 meses ¿le han regalado condones?	1	Sí	
	2	No	
	99	No responde	
156. ¿El principal medio por el cual consiguió condones en los últimos 3 meses fue? <i>Lea las opciones, marque sólo una</i>	0	Los compró	
	1	Se los entregó su EPS / IPS	
	2	Se los regalaron en campañas de ONG, Fundaciones, Proyectos	
	3	Se los regalaron en sitios de encuentro	
	4	Se los regalaron amigos, conocidos, parejas	
	95	Otro	¿cuál?
157. En este momento, ¿tiene condones con usted?	1	Sí	
	0	No	
	99	No responde	
158. Durante los últimos 3 meses ¿cuáles han sido los motivos para no adquirir condones?	0	Son costosos	
	1	Las entidades y las organizaciones que los regalan no le entregan	
	2	Siente vergüenza de adquirir condones	

<i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	3	No sabe cuándo va a necesitar condones	
	4	No hay disponibilidad	
	5	Siempre los ha conseguido	
	95	Otro	¿cuál?
	95	Otro	¿cuál?
159. Durante los últimos 3 meses ¿ha utilizado lubricantes en las relaciones sexuales anales?	1	Si	
	0	No	<i>pase a la 161</i>
	3	No he tenido relaciones sexuales anales	<i>pase a la 161</i>
	99	No responde	
160. ¿Qué sustancias usa comúnmente como lubricantes? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	Lubricantes a base de agua	
	1	Vaselina, pomadas	
	2	Loción corporal, aceite de bebé	
	3	Mantequilla, miel, aceite de cocina, mayonesa	
	95	Otro	¿cuál?
161. En los últimos tres meses ¿le han entregado condones y lubricantes?	1	Si	
	0	No	
	99	No responde	
162. En los últimos tres meses ¿le han asesorado sobre el uso del condón y prácticas sexuales seguras?	1	Si	
	0	No	
	99	No responde	
163. ¿Alguna vez lo han forzado a tener relaciones sexuales sin su consentimiento?	0	No	
	1	Si, en los últimos 6 meses	
	2	Si, pero no en los últimos 6 meses	
	99	No responde	
VII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
164. En los últimos 6 meses ¿ha tenido alguna infección de transmisión sexual?	1	Si	
	0	No	<i>pase a la 168</i>
	99	No responde	<i>pase a la 168</i>
165. En los últimos 6 meses ¿cuál o cuáles infecciones de transmisión sexual le han diagnosticado en un servicio de salud (médico)? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	Gonorrea	
	1	Clamidiasis	
	2	Herpes	
	3	Sífilis	
	4	Hepatitis B	
	5	Condilomas / verrugas genitales	
	95	Otro	¿cuál?
166. Para esa o esas infecciones que tuvo ¿recibió tratamiento médico?	1	Si	<i>pase a la 168</i>
	0	No	
	99	No responde	<i>pase a la 168</i>

167. ¿Cuál o cuáles fueran las razones para no recibir tratamiento médico? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	No tenía dinero para comprarlo	
	1	No se encuentra afiliado al SGSSS	
	2	Por vergüenza, ansiedad o temor para solicitarlo	
	3	Por temor a ser discriminado	
	4	No sabía cómo adquirirlo.	
	5	Falta de tiempo	
	6	El médico no lo ordenó	
	95	Otra	¿cuál?
168. Durante los últimos 30 días ¿ha realizado algo para protegerse de una infección de transmisión sexual?	1	Sí	
	0	No	<i>pase a la 170</i>
	99	No responde	<i>pase a la 170</i>
169. ¿Qué cosa o cosas hizo para protegerse de una infección de transmisión sexual? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	Usar condón	
	1	Revisar la zona genital de la pareja antes de las relaciones	
	2	Lavar la zona genital o anal con jabón de la pareja antes de las relaciones	
	3	Limpiar la zona genital de la pareja con sustancia desinfectante antes de las relaciones	
	4	Lavar su zona genital después de las relaciones	
	5	Usar lubricantes.	
	6	No hizo nada	
	95	Otra	¿cuál?
170. ¿Alguna vez ha escuchado de una enfermedad que se llama Hepatitis C?	1	Sí	
	0	No	<i>pase a la 173</i>
	99	No responde	<i>pase a la 173</i>
171. Me indica por favor los síntomas que conoce de las hepatitis <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	Fiebre	
	1	Color amarillo en los ojos y en la piel	
	2	Dolor en el abdomen	
	3	Orina oscura	
	4	Deposiciones blanquecinas	
	5	Nauseas	
	6	Vómito	
	7	Pérdida del apetito	
	8	Dolor en las articulaciones	
	9	Presenta síntomas tardíos	
	97	No conoce síntomas	
172. Con base en lo que conoce o ha oído, me indica por favor las formas como se puede infectar una persona con hepatitis <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	Por relaciones sexuales con personas infectadas	
	1	Durante el embarazo de la madre al hijo	
	2	Por alimentos o agua contaminada	
	3	Por compartir objetos de uso personal.	
	4	Por compartir agujas y jeringas	
	5	Por no estar vacunado	

	6	Por picadura de mosquitos.		
	7	Por saludar de mano		
	8	Por transfusión sanguínea con sangre contaminada		
	9	Tatuajes o piercings sin técnicas higiénicas		
	10	Cuando una persona enferma tose		
	97	No conoce síntomas		
173. ¿Ha recibido la vacuna de la hepatitis B?	1	Sí		
	0	No		
	99	No responde		
174. ¿Alguna vez le han realizado pruebas diagnósticas de hepatitis B?	1	Sí		
	2	No	<i>pase a la 176</i>	
	99	No responde	<i>pase a la 176</i>	
175. Me indica por favor ¿cuándo se realizó la última prueba de hepatitis B? <i>Si no recuerda la fecha exacta, ayúdele a encontrar la fecha más cercana. Si no recuerda el día o el mes, marque 00.</i>	Fecha	día	mes	año
176. ¿Alguna vez un profesional de la salud le ha indicado que tiene hepatitis B?	1	Sí		
	0	No	<i>pase a la 179</i>	
	99	No responde	<i>pase a la 179</i>	
177. ¿Recibió tratamiento para la hepatitis B?	1	Sí		
	0	No		
	99	No responde	<i>pase a la 179</i>	
178. ¿Cuáles fueron las razones para no recibir tratamiento para la hepatitis B? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	No se encontraba asegurado en una EPS		
	1	No tenía dinero para comprarlo		
	2	Por dificultades administrativas en la EPS / IPS		
	3	Por temor a ser discriminado.		
	4	No sabía cómo adquirirlo		
	5	Por falta de tiempo		
	6	El médico no lo ordenó		
	95	Otro	¿cuál?	
179. ¿Alguna vez le han realizado pruebas diagnósticas de hepatitis C?	1	Sí		
	0	No	<i>pase a la 181</i>	
	99	No responde	<i>pase a la 181</i>	
180. Me indica por favor ¿cuándo se realizó la última prueba de hepatitis C? <i>Si no recuerda la fecha exacta, ayúdele a encontrar la fecha más cercana. Si no recuerda el día o el mes, marque 00.</i>	Fecha	día	mes	año
181. ¿Alguna vez un profesional de la salud le ha indicado que tiene hepatitis C?	1	Sí		
	0	No	<i>pase a la 186</i>	
	99	No responde	<i>pase a la 186</i>	
182. ¿Recibió tratamiento para la hepatitis C?	1	Sí		
			<i>pase a la 186</i>	

	0	No	
	98	No sabe	<i>pase a la 186</i>
	99	No responde	<i>pase a la 186</i>
183. ¿Cuáles fueron las razones para no recibir tratamiento para la hepatitis C? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	No se encontraba asegurado en una EPS	
	1	No tenía dinero para comprarlo	
	2	Por dificultades administrativas en la EPS / IPS	
	3	Por temor a ser discriminado.	
	4	No sabía cómo adquirirlo	
	5	Por falta de tiempo	
	6	El médico no lo ordenó	
	95	Otro	¿cuál?
184. ¿Alguna vez un profesional de la salud le ha indicado que tiene tuberculosis?	1	Sí	
	0	No	
	99	No responde	
185. ¿Recibió tratamiento para la tuberculosis?	1	Sí	
	0	No	
	99	No responde	
VIII. CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA, PRUEBA DIAGNÓSTICAS Y TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL			
186. ¿Alguna vez le han hablado del VIH o del SIDA?	1	Sí	
	0	No	<i>pase a la 198</i>
187. ¿Hace cuánto tiempo le hablaron sobre el VIH o el Sida?	0	En el último mes	
	1	En los últimos 3 meses	
	2	En el último año	
	3	Hace más de 1 año	
	98	No recuerda	
	99	No responde	
	188. Con base en lo que conoce o ha oído, me indica por favor las formas como se puede infectar una persona con VIH <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	Compartiendo agujas y / o jeringas
1		Compartiendo equipo de inyección /mezcla de droga	
2		Teniendo relaciones sexuales	
3		No usando el condón	
4		Teniendo contacto con sangre infectada	
5		Transfusiones de sangre o de productos sanguíneos	
6		De la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia	
7		No conoce ninguna forma	
95		Otro	¿cuál?
189. ¿El VIH se puede prevenir utilizando condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales?	1	Sí	
	0	No	
	97	No sabe	
	1	Sí	

190. ¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual fiel que no viva con el virus, es decir, no tener múltiples parejas sexuales?	0	No		
	97	No sabe		
191. ¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo?	1	Sí		
	0	No		
	97	No sabe		
192. ¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado?	1	Sí		
	0	No		
	97	No sabe		
193. ¿Cree que una persona que se ve sana puede estar infectada con el VIH?	1	Sí		
	0	No		
	97	No sabe		
194. ¿El VIH se puede transmitir por inyectarse con agujas que han sido utilizadas previamente por otra persona?	1	Sí		
	0	No		
	97	No sabe		
195. ¿Comprarías verduras a un comerciante o vendedor si supiera que esta persona tiene VIH?	1	Sí		
	0	No		
	99	No responde		
196. ¿Cree que los niños que viven con VIH deben asistir a la escuela / colegio con los niños que no tienen VIH?	1	Sí		
	0	No		
	99	No responde		
197. ¿Cómo valora su grado de vulnerabilidad o riesgo frente al VIH?	0	Alto		
	1	Medio		
	2	Bajo		
	97	No sabe cuál es su grado de riesgo o vulnerabilidad		
	99	No responde		
198. ¿Sabe a dónde dirigirse si desea realizarse la prueba de VIH?	1	Sí		
	0	No		
199. ¿Alguna vez se ha realizado la prueba para detectar el VIH?	1	Sí		
	0	No <i>pase a la 214</i>		
200. Me indica por favor ¿cuándo se realizó la última prueba de VIH? <i>Si no recuerda la fecha exacta, ayúdele a encontrar la fecha más cercana. Si no recuerda el día o el mes, marque 00.</i>	Fecha	día	mes	año
201. Cuando se ha realizado la prueba de VIH ¿se ha sentido cómodo con la atención durante la prueba?	1	Sí		
	0	No		
	99	No responde		
202. Esa última vez que se hizo la prueba ¿Dónde se la hizo? <i>Lea las opciones, marque sólo una</i>	0	Institución de salud		
	1	Laboratorio clínico particular		
	2	Organización / proyecto		
	3	Banco de sangre		

	95	Otro	¿cuál?	
	99	No responde		
203. ¿Por qué se hizo la prueba de VIH? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	Propia iniciativa y percepción de riesgo		
	1	Solicitud de trabajo o afiliación salud		
	2	Ofrecieron en estudio, campaña		
	3	Solicitud del personal de salud		
	95	Otro	¿cuál?	
	99	No responde		
204. Me indica por favor ¿cuál fue el resultado de esa última prueba de VIH? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	Reactivo/Positivo		
	1	No reactivo	<i>pase a la 215</i>	
	2	Indeterminado	<i>pase a la 215</i>	
	3	No recibí los resultados	<i>pase a la 215</i>	
	98	No recuerda	<i>pase a la 215</i>	
	99	No responde	<i>pase a la 215</i>	
205. Del siguiente listado de personas ¿a quién le ha contado que vive con VIH? <i>Lea las opciones. Marque más de una, si aplica</i>	0	A nadie le ha contado que vive con VIH		
	1	Pareja estable		
	2	Pareja ocasional		
	3	Profesionales de la salud		
	4	Familiares		
	5	Amigos		
	95	Otro	¿cuál?	
	99	No responde		
206. ¿Actualmente está recibiendo atención integral para el VIH?	1	Sí		
	0	No	<i>pase a la 208</i>	
	99	No responde		
207. ¿En cuánto tiempo tiene su próxima cita de atención integral?	0	Menos de 1 mes		
	1	Entre 1 y 3 meses		
	2	Entre 4 y 6 meses		
	3	Más de 6 meses		
	97	No sabe en cuánto tiempo		
	99	No responde		
208. ¿Cuál ha sido la razón principal por la que no está recibiendo atención integral? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	Se siente saludable		
	1	Estigma, no quiero que nadie lo sepa		
	2	Costoso / Distancia a la IPS		
	3	El tiempo de espera en la IPS		
	4	Aspectos administrativos de la EPS		
	95	Otro	¿cuál?	
209. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron un recuento de CD4?	0	Hace menos de 6 meses		
	1	Entre 7 y 12 meses		

	2	Hace más de un año	
	3	Nunca se la han realizado	
	98	No recuerda	
	99	No responde	
210. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una carga viral?	0	Hace menos de 6 meses	
	1	Entre 7 y 12 meses	
	2	Hace más de un año	
	3	Nunca se la han realizado	
	98	No recuerda	
	99	No responde	
211. ¿Ha recibido tratamiento antirretroviral para el VIH en los últimos 12 meses?	1	Si	
	0	No	<i>pase a la 213</i>
	3	No responde	<i>pase a la 213</i>
212. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento antirretroviral?	1	Si	<i>pase a la 214</i>
	2	No	
	99	No responde	<i>pase a la 214</i>
213. ¿Cuál ha sido la principal razón por la que no ha recibido tratamiento antirretroviral? <i>NO lea las opciones. Marque solo una.</i>	0	El recuento de CD4 es alto	
	1	Aún no tengo un recuento de CD4	
	2	Aún no lo han prescrito	
	3	Costoso / Distancia a la IPS	
	4	Tratamiento costoso	
	5	No hay tratamiento para entregar	
	6	Aspectos administrativos de la EPS	
	7	No deseo tomar tratamiento	
	95	Otro	<i>¿cuál?</i>
214. ¿Cuál ha sido la principal razón por la que no se ha realizado una prueba para detectar el VIH? <i>NO lea las opciones. Marque solo una</i>	0	Considera que no tiene riesgo	
	1	Miedo a un resultado positivo	
	2	No ha tenido dinero para la prueba	
	3	No ha tenido tiempo para la prueba	
	4	Estigma de los trabajadores de la salud	
	95	Otro	<i>¿cuál?</i>
	97	No sabe	
	99	No responde	
215. ¿Ha oído hablar de la terapia pre exposición (PrEP)?	1	Si	
	0	No	<i>pase a las 218</i>
216. ¿Alguna vez ha tomado terapia pre exposición (PrEP)?	1	Si	
	0	No	
217. La terapia pre exposición (PrEP) tiene efectos secundarios similares a otros medicamentos utilizados para tratar el VIH	1	Si	
	0	No	

¿tomaría PrEP para ayudar a prevenir el VIH?		
218. ¿Ha oído hablar de la terapia post exposición (PEP)?	1	Si
	0	No pase a la 220
219. ¿Alguna vez ha tomado terapia post exposición (PEP)?	1	Si
	0	No
IX. USO DE SERVICIOS		
220. En los últimos 6 meses ¿trató de reducir o dejar de usar drogas?	1	Si
	0	No
	99	No responde
221. En los últimos 6 meses ¿ha estado en un programa de tratamiento para dejar su consumo de drogas?	1	Si pase a la 224
	0	No
	99	No responde
222. ¿Alguna vez ha estado en un programa de tratamiento para dejar su consumo de drogas?	1	Si
	0	No
	99	No responde
223. En los últimos 6 meses ¿trató de acceder a un programa de tratamiento de drogas, pero no pudo?	1	Si
	0	No
	99	No responde
224. En los últimos 6 meses ¿recibió tratamiento con metadona para la dependencia a la heroína u otros opiáceos?	1	Si
	0	No, pero quisiera recibirlo
	2	No, no conozco ese tratamiento
	99	No responde
225. ¿Si hoy lo necesitara, tendría dificultades para recibir tratamiento para dejar su consumo de drogas?	1	Si
	0	No pase a la 227
	99	No responde pase a la 227
226. ¿Por qué no tendría acceso a tratamiento de drogas si lo necesitara? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	0	Exigen abstinencia total de las drogas
	1	No confía, no le gustan, ni cree en los servicios de tratamiento
	2	No le gusta el enfoque religioso
	3	Tratamiento disponible pero no puede pagar
	4	Tratamiento disponible pero no pueden ayudarme, ni darme lo que necesito
	5	Tratamiento disponible pero no cumple con los requisitos para ingresar
	6	Temor a procedimientos dolorosos
	7	Temor a ser arrestado por las autoridades
	8	No sabe a dónde acudir
	95	Otro ¿cuál?
227. ¿Cuándo fue la última vez que usted acudió a un servicio médico por asuntos de su salud? <i>Esto no incluye tratamiento para dejar las drogas. (No lea las opciones. Marque solo una respuesta)</i>	0	Nunca ha estado donde un médico
	1	Durante los últimos 6 meses
	2	Hace más de 6 meses, durante el último año
	3	Hace más de un año, en los últimos 2 años

	4	Hace más de dos años	
	98	No recuerda	
228. ¿Si en la actualidad estuviera enfermo y necesitara tratamiento médico, tendría dificultades para acceder a él?	1	Si	
	2	No	Termine la encuesta
	99	No responde	Termine la encuesta
229. ¿Por qué tendría dificultades para acceder a tratamiento médico? <i>NO lea las opciones. Marque más de una, si aplica.</i>	1	No siempre están abiertos/ abiertos en horas no convenientes	
	2	No confía, no le gustan, ni cree en los médicos	
	3	Tratamiento disponible pero no puede pagar	
	4	Tratamiento disponible pero no pueden ayudarme, ni darme lo que necesito	
	5	Tratamiento disponible pero no cumple con los requisitos para ingresar	
	6	Temor a procedimientos dolorosos	
	7	Temor a ser arrestado por las autoridades	
	8	Los sitios son muy desatentos con los consumidores	
	9	No aceptan consumidores de drogas	
	10	No sabe a dónde acudir	
	11	Otro	¿cuál?

Anexo 2. Consentimiento informado de la encuesta



Formato B: Consentimiento Informado

Participación en el Estudio sobre VIH, hepatitis virales, sífilis y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, área conurbada de Pereira y Dosquebradas, 2021

Información general

La Fundación Salutía y ENTerritorio lo invitan a participar en el “Estudio sobre prevalencia VIH, hepatitis virales, sífilis y comportamientos asociados en personas que se inyectan drogas, residentes en Bogotá, Medellín, Cali, Pereira y Dosquebradas.” **Este estudio está dirigido a personas que se han inyectado drogas en los últimos seis meses, que tienen entre 18 y 65 años y han residido en las ciudades mencionadas en los últimos seis meses.**

Objetivo del estudio

El propósito es determinar el número de personas que se inyecta drogas que viven con VIH, hepatitis virales, sífilis y comportamientos asociados, en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Pereira y Dosquebradas, para orientar políticas nacionales que permitan prevenir el avance de la epidemia de VIH y hepatitis C y otras infecciones en la población.

Procedimientos

1. Se realizará una **encuesta** para explorar sobre comportamientos asociados a la inyección de sustancias psicoactivas.
2. Se realizará una **asesoría** para la aplicación de pruebas rápidas de **VIH, hepatitis C, Hepatitis B y sífilis**.
3. Se tomarán **muestras de sangre** por medio de una **punción en el dedo** para el uso de pruebas rápidas de hepatitis C, hepatitis B y sífilis. **Si la prueba de VIH, resultara reactivo se tomará otra muestra de sangre** para confirmar los resultados.
4. Finalmente **recibirá educación**, con el fin de **reducir daños en su salud**.

Riesgos e Incomodidades

No existe riesgo para usted en este estudio, pues no se le realizarán intervenciones ni se le administrarán medicamentos.

A pesar de que la toma de **muestra de sangre por punción en el dedo** es de **bajo riesgo**, usted **puede presentar un leve dolor y requerir la repetición de la punción** si la gota de sangre no es suficiente para procesar las pruebas rápidas.

Usted puede sentirse incomodo con algunas preguntas, sin embargo, estas se realizarán en un **lugar discreto y la información** suministrada es **totalmente confidencial**.

Beneficios

Su participación en la encuesta y las pruebas de sangre, no tienen **ningún costo**. Al finalizar el proceso usted podrá:

1. **Conocer los resultados** de las pruebas rápidas de **VIH, hepatitis C, hepatitis B y sífilis**, los cuales recibirá en un documento físico.
2. Recibir **asesoría** de formas de prevención, conocimiento, prácticas de autocuidado.
3. **Contribuir en la prevención de enfermedades** infecciosas en la población.
4. Si obtiene un **resultado positivo/reactivo** en alguna prueba, **recibirá asesoría y acompañamiento** para remitirlo(a) al sistema de salud, al igual que se realizará seguimiento con el fin de ayudarlo para que reciba la atención a la que tiene derecho.

Es importante aclarar que el equipo de investigación no tiene responsabilidad frente al tratamiento o seguimiento clínico, posteriores y sugeridos como consecuencia de los resultados de las pruebas realizadas.

Compensación

Si usted **finaliza todos los procedimientos del estudio**, es decir responde **toda la encuesta**, se realiza las **pruebas rápidas de VIH, hepatitis C, hepatitis B y sífilis**, y en caso de un resultado positivo/reactivo, **permite una segunda prueba**, recibirá una **compensación primaria** en especie.

De igual manera tendrá la oportunidad de apoyarnos **invitando a tres conocidos** suyos a vincularse al estudio que tengan entre 18 y 65 años, residan hace 6 meses en la ciudad y en los últimos 6 meses se hayan inyectado drogas, y **si las tres personas invitadas aceptan la invitación, se acercan a la sede, completan la encuesta y se realizan las pruebas rápidas** de VIH, hepatitis C, hepatitis B y sífilis, usted puede recibir una **segunda compensación** por cada participante, por su esfuerzo y contribución a la investigación.

Su participación y la de sus invitados es voluntaria. Y usted podrá **rehusarse a contestar** o puede suspender su participación en el estudio, **en cualquier momento**.



Normatividad

Usted recibirá una copia de este consentimiento. Esta investigación está aprobada por el Comité de Ética de la Universidad del Norte, lo que asegura el cumplimiento de requerimientos metodológicos y éticos.

Confidencialidad

Toda la información que usted brinde y los **resultados** de sus pruebas rápidas **son completamente confidenciales**. Su nombre no aparecerá en el cuestionario, ni en los resultados finales de la investigación.

Dudas y preguntas

Si tiene alguna **inquietud** sobre el estudio por favor **comuníquese** con alguno de **los investigadores** principales: Ana Lucia Mujica Duarte o Ines Elvira Mejia Motta al correo electrónico analucia.mujica@salutia.org / ines.mejia@salutia.org o al teléfono +57-1 6134609.

Datos del **comité de ética que avala el estudio**:

Comité de Ética de investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte

Teléfono: 57-53509509 ext. 3493

Email: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co

Declaración de autorización

Si usted esta de acuerdo de participar voluntariamente en este estudio para *"Determinar el número de personas que se inyectan drogas que viven con el VIH, hepatitis virales, sífilis y comportamientos asociados, en las ciudades seleccionadas, para orientar políticas nacionales que permitan prevenir el avance de la epidemia de VIH y otras infecciones en la población"* y toda la información que se le ha proporcionado, ha sido leída y ha quedado clara, ha recibido las explicaciones de procesos y procedimientos que le van aplicar y han resuelto todas las dudas, a continuación marque la casilla con su decisión.

Estoy de acuerdo o acepto participar en el presente estudio:

SÍ	NO
----	----

Para constancia, firmo a los días del mes del año.

Nombres y Apellidos

Firma

Documento de identificación

Firma del encuestador

**Anexo 3. Consentimiento informado para realizar la prueba presuntiva de VIH,
Hepatitis B-C, Sífilis y acompañamiento al usuario**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA DE VIH,
HEPATITIS B-C, SÍFILIS Y ACOMPAÑAMIENTO AL USUARIO**

Para los datos personales registrados en estos formatos se garantiza su confidencialidad en los términos previstos en la LEY 1266/08 - 1273/09 -1581/12 y demás normas aplicables.

Yo _____ identificado(a) con
No. _____ de _____ certifico que he leído o se me ha brindado información sobre el Consentimiento Informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la(s) prueba(s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
SI acepto () NO acepto () la realización de la prueba rápida: VIH Sífilis Hepatitis B Hepatitis C

Que he recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un asesor(a) certificado(a) para prepararme y aclarar o reforzar mi conocimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también se me informó que ésta(s) es(son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH, Sífilis o Hepatitis B o C, que en caso de tener un resultado reactivo de VIH es posible que me realicen una segunda prueba inmediata para confirmar el diagnóstico o que me direccionen al servicio de salud en caso de no contar con esta oferta de servicios. Para Sífilis y Hepatitis me direccionarán de acuerdo con la ruta de atención al prestador. **Recibí información SI () NO ()**

También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de la entidad que realizó la toma y lectura de la prueba o de mi EPS me pueda contactar, para brindar asesoría sobre el programa de atención integral y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias y mi acceso a los servicios de salud.
SI () NO () acepto canalización y seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud -EPS, para mi acceso a los servicios de salud o sociales.

Entiendo y autorizo que mis datos sean tratados conforme a la política de privacidad y de protección de datos personales de la Entidad **SI () NO ()** y autorizo **SI () NO ()** que puedan ser compartidos con mi EAPB, independiente de mi resultado, para que puedan contactarme (mi EAPB o la Institución que realiza la prueba rápida) para ofertar otros servicios de salud y programas de promoción y prevención.

En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____ o mi correo electrónico _____.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial así como mis resultados. Igualmente entiendo que si el diagnóstico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, sin que esto comprometa la confidencialidad.

Este documento se firma el día _____ del mes de _____ del año _____.

FIRMA DE QUIEN DA EL CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellido: _____

Tipo y número de identificación: _____

FIRMA DEL ASESOR

Nombre y Apellido: _____

Tipo y número de identificación: _____

7. Datos de la primera prueba Fecha prueba rápida y entrega de resultado A A A A | M M | D D

Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
<input type="radio"/> VIH	<input type="radio"/> Reactivo <input type="radio"/> No reactivo	<input type="radio"/> Anticuerpos <input type="radio"/> Antígenos/anticuerpos			A A A A M M D D
<input type="radio"/> Sífilis	<input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Anticuerpos			A A A A M M D D
<input type="radio"/> Hepatitis B	<input type="radio"/> Reactivo <input type="radio"/> No reactivo	<input type="radio"/> Antígenos			A A A A M M D D
<input type="radio"/> Hepatitis C	<input type="radio"/> Reactivo <input type="radio"/> No reactivo	<input type="radio"/> Anticuerpos			A A A A M M D D

8. Datos de la prueba confirmatoria Fecha prueba rápida y entrega de resultado A A A A | M M | D D

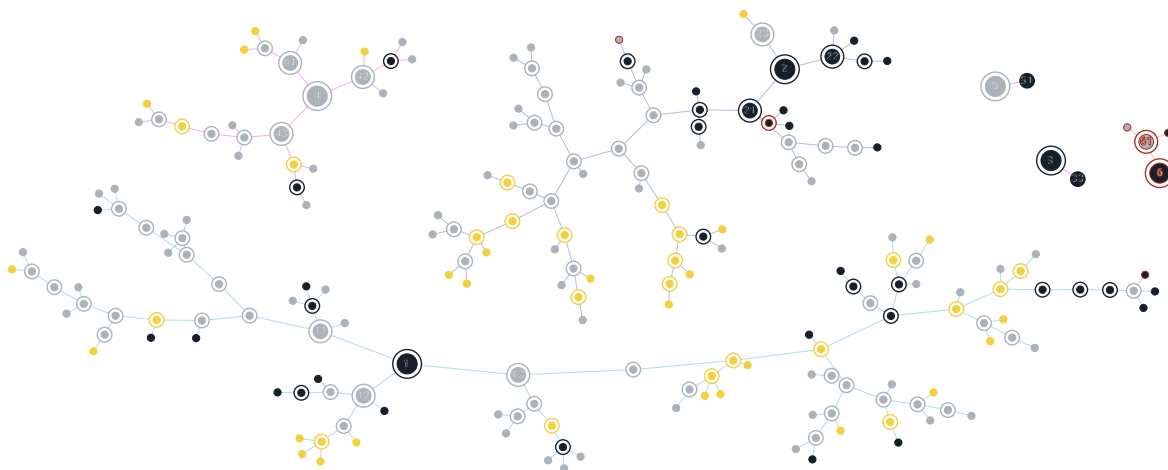
Prueba	Resultado	Tipo de prueba para detección	Nombre comercial de la prueba	Lote	Fecha de vencimiento
<input type="radio"/> VIH	<input type="radio"/> Positivo <input type="radio"/> Negativo	<input type="radio"/> Anticuerpos <input type="radio"/> Antígenos/anticuerpos			A A A A M M D D

9. Datos de quien realiza la prueba

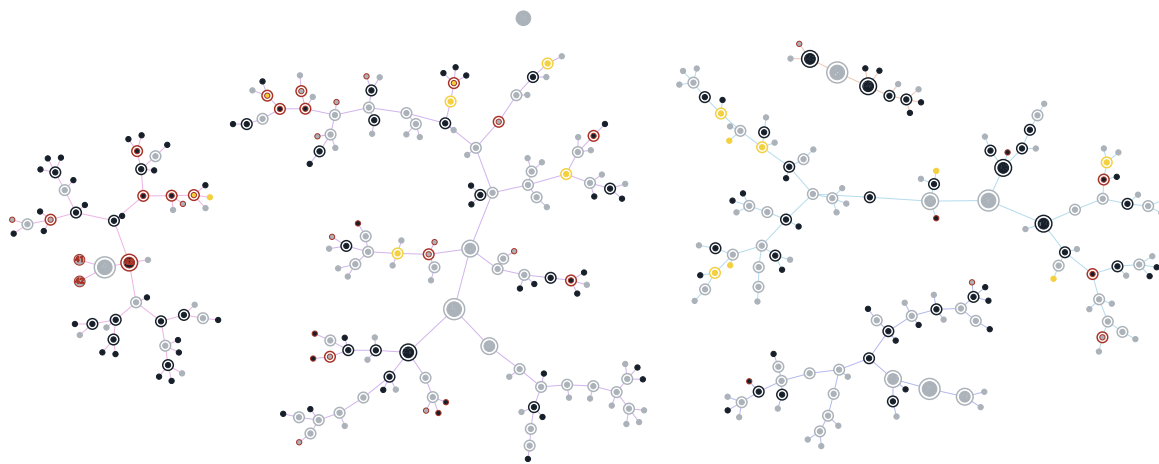
Nombre	Firma	Código
--------	-------	--------

Anexo 4. Redes de reclutamiento del estudio en personas que se inyectan drogas en 2021 por ciudad

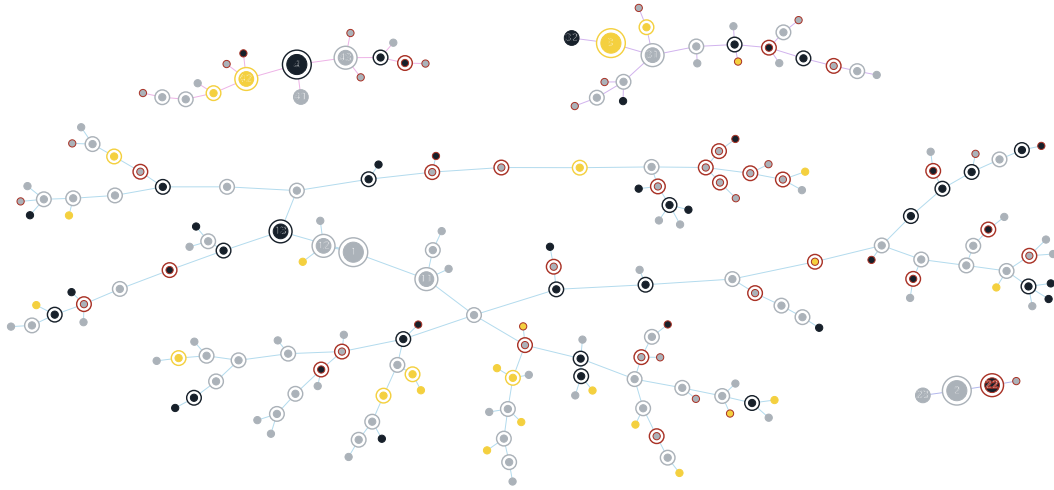
Bogotá



Medellín



Santiago de Cali



Pereira / Dosquebradas

