

# **Evaluación Rápida de la situación de Consumo de Heroína en el Municipio de Santander de Quilichao, Cauca**

## **Coordinadores del estudio:**

César Ernesto Abadía (Director)

Andrés Góngora (Asesor)

## **Equipo de investigación:**

Jesús Fiesco Neira

Levinson Niño

Grupo Antropología Médica Crítica  
Facultad de Ciencias Humanas  
Centro de Estudios Sociales –CES–  
Universidad Nacional de Colombia

Bogotá D.C. Diciembre de 2009

# Contenido

|  |    |
|--|----|
| Introducción.....  | 3  |
| 1. Enfoque Conceptual.....   | 7  |
| Producción y Consumo de Heroína.....   | 7  |
| Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias<br>Psicoactivas y su Impacto..... | 17 |
| La Inclusión Social.....   | 18 |
| La Reducción de Daños.....   | 20 |
| 2. Metodología.....  | 22 |
| Fases de la Investigación.....   | 24 |
| Apuntes Metodológicos.....   | 26 |
| Cronograma.....  | 28 |
| 3. Contexto General de Santander de Quilichao.....   | 29 |
| Población.....   | 30 |
| Economía.....  | 30 |
| Salud.....   | 32 |
| Educación.....   | 33 |
| Violencia y Narcotráfico.....  | 34 |
| Geopolítica.....   | 36 |
| 4. Consensos y Disensos.....   | 40 |
| Consumo de SPA.....  | 41 |
| Cultivos Ilícitos.....   | 43 |
| Penalización Versus Legalización.....  | 43 |
| Educación para la Toma de Decisión.....  | 44 |
| Papel del Estado.....  | 45 |
| 5. Situación del Consumo de Heroína en Santander de Quilichao.....                         | 50 |
| Tráfico y Mercado de Sustancias Psicoactivas.....  | 51 |
| SPA Consumidas en el Municipio.....  | 57 |
| Heroína: Origen y Características de la Sustancia.....                                     | 61 |
| Consumo de heroína en cifras.....  | 62 |
| 6. Redes y respuestas.....   | 68 |
| 7. Conclusiones.....   | 80 |
| Consideraciones Finales.....   | 80 |
| Propuesta para Líneas de Acción.....   | 83 |
| Referencias.....   | 94 |
| Anexos.....  | 98 |

## Introducción

Santander de Quilichao es un municipio ubicado en el suroccidente colombiano, al norte del Departamento del Cauca y a 45 kms al sur de Santiago de Cali. Esta apacible locación caracterizada por una gran diversidad cultural y poblacional, se ha visto afectada en años recientes por el aumento en el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), principalmente de heroína, que causa alarma e intranquilidad entre la población, pero sobre todo, muchos cuestionamientos respecto a cómo este problema se difundió en tan poco tiempo y cuáles fueron sus detonantes.

El consumo emergente de heroína es de tal magnitud que se convirtió en parte de la cotidianidad del pueblo. Como consecuencia se han dado diferentes respuestas, desde las más altruistas enfocadas en la búsqueda de ayuda médica para los usuarios de drogas que se han convertido en adictos o los programas para paliar el hambre de aquellos que viven en la calle; hasta las más violentas como las campañas de exterminio (mal llamadas “limpiezas sociales”) ejercidas por grupos al margen de ley. Esta situación motivó a las autoridades locales a tomar cartas en el asunto y comprender, en primera instancia, las causas y características del fenómeno en cuestión y en segundo lugar, a desarrollar estrategias respuestas institucionales. Atendiendo a estas necesidades, entre los días 2 y 22 de noviembre del año 2009, se llevó a cabo el trabajo de campo del proyecto “Evaluación Rápida de la Situación de Consumo de Heroína en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca”, cuyos principales objetivos investigativos fueron:

- a) Realizar una revisión bibliográfica, del contexto social del municipio y de las respuestas institucionales gubernamentales y no gubernamentales para enfrentar el consumo de drogas como un problema social, de salud pública, seguridad y convivencia.
- b) Identificar los factores de vulnerabilidad relacionados con el consumo de heroína en Santander de Quilichao.
- c) Analizar las experiencias asociadas al uso de la sustancia, con el fin de identificar patrones de transición entre consumos y cambios relacionados con las dinámicas sociales del municipio.

- d) Identificar y analizar alternativas gubernamentales y no gubernamentales frente al consumo de heroína para enfrentar el consumo de drogas en el municipio.
- e) Colaborar con la consolidación de redes de respuesta municipales para disminuir, controlar y prevenir el consumo de heroína en el municipio.

Esta investigación fue requerida por el municipio al Ministerio de Protección Social (MPS) quien en convenio con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), brindaron el financiamiento y la asistencia técnica. La ejecución estuvo a cargo del Grupo de Antropología Médica Crítica (AMC) adscrito a la Universidad Nacional de Colombia y a la Pontificia Universidad Javeriana, escogido por su amplia experiencia en el estudio del campo de la salud a partir de perspectivas sociales y técnicas cualitativas de investigación.

Durante el trabajo de campo se pudieron indagar las distintas perspectivas que tienen los actores sociales relacionados con el tema tales como representantes de estamentos gubernamentales, ONG, miembros de la comunidad en general, usuarios y vendedores de drogas. Así, el posicionamiento que cada una de estas personas tiene tanto subjetiva como socialmente, permitió construir un panorama amplio de la situación del consumo heroína en Santander de Quilichao.

Sobre el desarrollo de la investigación cabe decir que, pese al ocultamiento generalizado de consumidores y expendedores, al miedo y la zozobra que estos sujetos experimentan en su día a día, y en general a la percepción de inseguridad que los acompaña, pudimos tener contacto con varias de estas personas quienes sin duda nos brindaron una información valiosa sobre sus vidas. Entre los datos obtenidos se destacaron historias de consumo; causas; sustancias usadas; vías de administración; un panorama de sus contextos socioculturales a lo largo del tiempo (tanto antes como después del consumo); percepciones del problema y relatos sobre su situación como personas usuarias de drogas en el municipio. Esta información, basada en fuentes primarias, permitió entender la dinámica del consumo de heroína en el municipio, al ser contrastada con las percepciones de agentes institucionales y miembros de la comunidad. De esta manera, se pudo obtener un inventario completo del fenómeno estudiado, que aporta a su comprensión

desde el punto de vista investigativo, pero a la vez brinda elementos para cualificar y focalizar las respuestas institucionales. Por tanto, este informe deberá traducirse en una estrategia de intervención bajo el marco de la Política Nacional de la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, que tenga en cuenta niveles individuales, sociales y programáticas.

En el primer capítulo del presente informe exponemos, por un lado, el marco referencial y contextual de la situación de consumo de drogas, específicamente de la heroína, ofreciendo un panorama mundial y nacional con el fin de comprender esta situación teniendo en cuenta procesos globales. Por otra parte, se presenta la Política Nacional para el Consumo de Sustancia Psicoactivas y su Impacto, que constituye el marco normativo vigente en nuestro país y se proponen definiciones operativas de los conceptos de inclusión social y reducción y de daños, elementos clave a la hora de crear una propuesta de intervención social.

En el segundo capítulo se expone la metodología usada desde una perspectiva crítica, haciendo énfasis en cómo funciona, cómo estuvo diseñada, cuál fue su alcance, de qué manera se acopló al contexto particular del municipio y cuáles son sus posibilidades y dificultades de implementación.

Entrando de lleno en la investigación de campo, ofrecemos, en el tercer capítulo, un horizonte contextual e histórico de Santander de Quilichao teniendo en cuenta aspectos sociales, económicos, culturales, demográficos, administrativos y políticos particulares, que sirven de referencia para entender cómo se presenta el consumo de heroína en una realidad particular.

El cuarto capítulo contiene las diferentes percepciones de actores sociales relacionados con el uso, venta y tratamiento del consumo de heroína respecto a sus causas, consecuencias y opiniones de cómo enfrentarlo. Aquí se destacan las tensiones y acuerdos existentes al respecto, así como las representaciones y construcciones sociales que constituyen un fenómeno de alta complejidad como el estudiado.

El quinto capítulo presenta la caracterización de un grupo de usuarios y expendedores de heroína y un panorama del mercado de sustancias psicoactivas ilícitas en el municipio. En este análisis se tuvieron en cuenta las variables de edad, género, nivel educativo, grupo

étnico, situación socioeconómica, estado civil, así como historias y carreras de consumo, causas, vías de administración, poli-consumos, percepción de riesgo y necesidades.

El capítulo seis, muestra la capacidad de respuesta actual que tiene el municipio para afrontar la problemática, la situación de las redes sociales y alianzas creadas, los recursos y personal disponibles, la capacidad de funcionamiento y la gestión.

En el capítulo final se plantean las conclusiones del estudio y se brindan una serie de recomendaciones para intervenir la problemática teniendo en cuenta las particularidades del municipio, las percepciones de la comunidad quilichagüeña, la caracterización de los consumidores y la capacidad de respuesta institucional y comunitaria, en el marco de los ejes de la Política y la ruta del Plan Territorial contra el Consumo de Drogas construida por el municipio.

# 1. Enfoque Conceptual

## Producción y Consumo de Heroína

### Panorama Internacional

Durante décadas, cuatro zonas geográficas del planeta fueron las tradicionalmente cultivadores de adormidera en el mundo: Afganistán, el sudeste Asiático, Suramérica y México; pero en los últimos años, el 90 % de la heroína que se vende en el mundo procede de Afganistán, como consecuencia del inicio de la Guerra contra el Terrorismo, el 7 de octubre de 2001 cuando una coalición de aliados, encabezada por los Estados Unidos invaden el país, en represalia por los ataques del 11 de septiembre, realizados por la organización AL QEDA. En años previos a la caída del régimen Talibán, los cultivos de heroína habían llegado al nivel más bajo de su historia en este país, pero después de su derrocamiento por las acciones militares de la coalición, la producción de adormidera aumentó drásticamente debido a que la población afgana sufrió las consecuencias de la guerra, como la escasez de recursos y se vio en la necesidad de volver a cultivar la planta, ya que constituye su único cultivo comercial y por ende, el único intercambiable por dinero para su sustento (NatGeo, 2008). Pese al gran aumento dado desde el 2001 en los cultivos de amapola, la United Nations Office on Drugs and Crime en su informe del año 2009 muestra una reducción de las plantaciones de adormidera (amapola) en el último año, debido a las acciones militares y gubernamentales que se han ejercido enfocándose en esta problemática en países cultivadores como Afganistán y Colombia. En 2008 la superficie total dedicada al cultivo de adormidera en los principales países de cultivo disminuyó a 189.000 hectáreas, mostrando una disminución del 16% respecto al año anterior, debido a una gran disminución en Afganistán mientras que los niveles de cultivo en Myanmar y la República Democrática Popular Lao se mantuvieron aproximadamente igual que en el año 2007. En consecuencia, se redujo la producción total potencial de opio en los principales países de cultivo de adormidera respecto del año anterior, pero se muestra que la producción global de drogas psicoactivas a partir de esta planta sigue constante e incluso con un ligero aumento (UNODC, 2009), lo cual conlleva a pensar que el consumo de sus derivados va en aumento y en correlación positiva en términos de oferta y demanda. El

informe de la UNODC nos dice: “En 2007, las incautaciones de opio y heroína aumentaron un 33% y un 14%, respectivamente. Este aumento refleja los niveles sostenidos de producción de opio en el Afganistán y también podría incluir parte de las reservas acumuladas de 2005, año en que la producción mundial de opio superó el consumo mundial. No obstante, las incautaciones de morfina disminuyeron en un 41%. En 2007 las incautaciones totales de opiáceos permanecieron estables aunque a un nivel superior, tras haberse prácticamente duplicado desde 1998.”

Entre el año 2005 y el año 2006, se produjo un aumento mundial aproximado de 17'000.000 de nuevos casos de consumidores de heroína, resultado que en términos estadísticos es pequeño pero que va en contravía con la tendencia reduccionista en cultivo y erradicación que se menciona en el informe. La producción de opio en Afganistán siguió siendo elevada en 2008. La producción potencial de opio se calculó en 7.700 toneladas métricas (de 6.330 toneladas métricas a 9.308 toneladas métricas). Se estima que el 60% de esta cantidad se transforma en morfina y heroína dentro del país y el restante 40% de la producción total se exporta en forma de opio (UNODC, 2009).

En términos de demanda de la sustancia, los estudios sobre los consumidores en los denominados mercados más grandes de drogas (cannabis, cocaína y opiáceos) indican que dichos mercados se están achicando. Los informes de países tradicionalmente consumidores de opio en Asia sudoriental también indican que el consumo de esta droga podría estar disminuyendo allí. Europa tiene el mayor mercado de opiáceos desde la perspectiva económica y, aunque el consumo parece ser estable en muchos países de Europa occidental, se han notificado aumentos en Europa oriental. La tendencia al alza está en los nuevos mercados emergentes, o mercados más chicos, según parece, como puede ser el caso de Colombia. Los mayores niveles de consumo (en lo que se refiere a la población que se ubica en el rango de 15 a 64 años) son notables en los territorios que se encuentran sobre las principales rutas de tráfico de drogas próximas a Afganistán. Es decir, por donde pasa la heroína esta va siendo consumida cada vez más. (Natgeo, 2008; UNODC, 2009). En el caso suramericano, la mayor población de consumidores de opiáceos se encuentra en Brasil, con 635 mil, un 0,5% de la población total del país, con un rango de edad de 12 a 65 años. La proporción de estos usuarios, que consume opiáceos sintéticos, como la heroína, está estimada en un 0,05%. Los expertos han identificado una relativa estabilidad en los



países de la región, pero han encontrado grandes crecimientos en México, Venezuela y Argentina (UNODC, 2009).

En conclusión, los consumidores en el mundo siguen aumentando. Se puede afirmar entonces, que la disminución encontrada en los grandes mercados frente al aumento del consumo no es tan significativa en proporción al aumento del consumo en los mercados emergentes, desequilibrando la balanza, como lo muestran las cifras obtenidas de estos estudios, las cuales constituyen indicadores reveladores en cuanto al problema del consumo de opiáceos en el mundo, en el transcurso de las últimas décadas (UNODC, 2008; UNODC, 2009; UNODC – Gobierno de Colombia, 2009).

Los opiáceos siguen siendo el principal problema de drogas en cuanto al tratamiento, fueron la principal droga tratada en Asia y Europa (65% y 60%, respectivamente) (UNODC, 2009). Además, el número de personas que consumieron opiáceos por lo menos una vez en 2007 se ubica entre los 15 millones y 21 millones a nivel mundial.

Se estima que el número de personas que están en el rango de edad entre los 15 y 64 años que utilizan drogas inyectables está entre 11 a 21 millones de personas. El consumo de drogas inyectables ha causado un aumento de la proporción de infecciones por el VIH en muchas partes del mundo, incluidos países de Europa oriental, América del Sur y Asia oriental y sudoriental. Se han notificado infecciones por el VIH entre los jóvenes que consumen drogas inyectables en 120 países y esta situación varía notablemente dentro de los países y entre ellos. Se estima que entre 800.000 y 6,6 millones de consumidores de drogas inyectables en todo el mundo están infectados por el VIH. Las regiones con los mayores números y concentraciones de consumidores de drogas inyectables VIH-positivos incluyen Europa oriental, Asia oriental y sudoriental y América Latina. En Europa oriental y Asia central los consumidores de drogas inyectables constituyen una proporción considerable del número total de personas que viven con el VIH (ONUSIDA, 2001; UNODC, 2009). En Suramérica, aunque el uso de drogas inyectables se ha convertido en un factor importante en la masificación de la epidemia, con tasas de infección que alcanzan 60% en algunas ciudades, es limitado el apoyo político para la elaboración de programas que aborden este tema (OPS, 2007).

Ante este panorama, muchos países han emprendido investigaciones en torno al fenómeno del consumo de drogas para comprender su magnitud y crear mecanismos que permitan prevenir, controlar y mitigar la problemática y sus factores asociados. En el caso latinoamericano, en el año 2006 la UNODC, en conjunto con comisiones nacionales de los países participantes del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas realizaron el Primer Estudio Comparativo Sobre Uso de Drogas en Población Escolar Secundaria, en Argentina Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. Según esta pesquisa, el consumo de heroína en esta población fue inexistente, no obstante, el documento refleja cómo el inicio en el uso de cualquier sustancia psicoactiva tanto legal como ilegal, puede dar cabida a experimentar sustancias nuevas como opiáceos, crack, cocaína y todo tipo de drogas sintéticas. Esto es un campanazo de alerta ante cómo deben enfocarse las políticas públicas al respecto (UNODC, 2006). Por otra parte, se hizo evidente la tendencia según la cual a medida que aumenta la edad de los consumidores va existiendo a su vez una mayor interacción con las drogas. Pese a lo anterior, hay que recordar que los datos de esta investigación fueron tomados de población escolar, lo cual deja de lado lo que sucede en con las personas no escolarizadas de estos países quienes se encuentran en mayores condiciones de vulnerabilidad .

### **Panorama Nacional**

El panorama de las drogas para Colombia es bastante complejo, pues es uno de los países del mundo que presenta todas las manifestaciones del problema: cultivo, procesamiento, tráfico, distribución, lavado de activos y consumo. El narcotráfico es un proceso global que mueve entre el 20 y el 30% de la economía mundial, superando las cifras obtenidas por el comercio de petróleo y siendo tan solo superado por el mercado ilegal de armas (DNE 2008, 2002a; UNODC 2009; Vargas 2002). En este proceso, Colombia es por sobre todas las manifestaciones, un agente importante en términos de producción y distribución de sustancias psicoactivas, especialmente marihuana, cocaína y heroína, cumpliendo con la demanda que los demás países, sobre todo aquellos del primer mundo mantienen sobre este tipo de productos. Fue en los años 70 cuando en Colombia se hizo notoria la incidencia del narcotráfico en la vida nacional, el cual comenzó como un pequeño negocio de actores aislados para terminar convirtiéndose en la gran red que actualmente maneja tan significativas cifras monetarias.

La incursión de colombianos en el tráfico de heroína se dio en la década del 1980, como resultado de la interacción de los traficantes nacionales con los traficantes mexicanos, que durante esta época controlaban la totalidad de la oferta hemisférica de heroína a Estados Unidos. Años más adelante, el control impuesto por Perú y Bolivia en sus fronteras para impedir el traslado de la hoja de coca a Colombia donde era transformada en cocaína, convirtió en menos de cinco años a Colombia en el principal cultivador mundial de coca, con alrededor de 160.000 hectáreas cultivadas en el año 2000. Además, en este mismo periodo (1995 – 2000) emergió el cultivo de amapola en el territorio nacional, con lo cual el país se convirtió al mismo tiempo en el primer proveedor de heroína del mercado norteamericano, mercado que se abastecía de las cerca de 3950 hectáreas de amapola identificadas en Colombia para esa fecha (DNE, 2008). La coca y la amapola se convirtieron en elementos colonizadores en la Amazonía Colombiana, en las zonas altas abastecedoras de agua y principalmente en la región del Macizo Colombiano, así como también en otros territorios ambientalmente estratégicos como El Catatumbo al nororiente del país, El Urabá en la frontera con Panamá, la Sierra Nevada de Santa Marta, el Magdalena Medio y las selvas pacífica chocoana y nariñense (UNODC –Acción social 2007).

Varios factores sociales y económicos hacen aún más compleja la situación social. Por un lado, condiciones como la crisis del sector agrícola caracterizada por el abandono estatal, el neoliberalismo, la eliminación de subsidios y la ausencia de escenarios y herramientas adecuadas para mejorar la competitividad; el aumento del subempleo; la falta de impulso a las estructuras productivas del país y las políticas de apertura comercial frente a naciones desarrolladas con las cuales no es posible competir, ponen en clara desventaja la economía nacional. Por otra parte, la confrontación armada y la existencia de grupos ilegales interesados en el negocio de las drogas que ejercen la violencia contra la población civil, abonan el terreno para que en Colombia el narcotráfico sea una opción de sustento, dado que muchas de las actividades productivas legales no brindan mayor motivación, ni permiten superar la pobreza. Si a esto le sumamos características como la estratégica posición geográfica del país en las rutas de comercio y la existencia de diversos ecosistemas y pisos térmicos que favorecen el mantenimiento de distintos cultivos, tenemos un escenario bastante completo. En el caso de los campesinos, la siembra de coca y

amapola como cultivos permanentes, les ofrece menores riesgos económicos y mayores posibilidades de un ingreso constante. Cuando estos productos no tienen precio en el mercado, pueden esperar, en tanto que en los cultivos transitorios, no cosechar significa la pérdida del trabajo anual. Tanto en el caso de la coca, como de la amapola, las familias campesinas pueden manejar en promedio entre una y tres hectáreas con el desarrollo de una tecnología que ya ha sido apropiada por todos, lo que significa generación de empleo durante todo el año para la familia. Ahora bien, para el resto de la red del narcotráfico, el conocimiento que se tiene del negocio permite un flujo constante tanto de los productos como del dinero, lo cual es por ende un negocio rentable y también constante (DNE, 2008; 2002a).

El narcotráfico no es un cuerpo extraño en la historia reciente de Colombia. Ha sido resultado de la manera en que el país se ha estructurado, económica, social y culturalmente, lo que revela su carácter y gran incidencia. No en vano muchos expertos hablan del surgimiento de una cultura narcotraficante, con valores, sistemas de pensamiento, comportamientos, nuevas formas de ver la vida, nuevas estéticas y lenguajes que fueron permeando las creencias tradicionales (DNE, 2002b).

En este escenario, el consumo de drogas fue apareciendo paulatinamente, a medida que el fenómeno iba trascendiendo. Existe una marcada correlación entre los niveles de consumo, que con el tiempo han venido en incremento en países que anteriormente sólo se dedicaban a la producción y a la creación de rutas de tráfico (UNODC 2009; Nat Geo, 2008). Si vemos esta cercanía en conjunto con los otros niveles de vulnerabilidad que abonan el terreno, mencionados anteriormente, podremos interpretar mejor los datos estadísticos. En el caso de Colombia se ha visto con alarma cómo los niveles de consumo van en aumento y sobre todo, cómo cada vez se van integrando sustancias diferentes a las tradicionalmente consumidas. Es este el caso de la heroína.

Hasta hace unos años la heroína no figuraba estadísticamente o no representaba mayor incidencia en las cifras de las distintas investigaciones desarrolladas en torno al consumo de sustancias psicoactivas. Además, los estudios no indagaban sobre el consumo de esta sustancia en específico debido a su relativa poca difusión en contraste con otras como marihuana, cocaína y alcohol. Este fue el caso de los estudios desarrollados por la

Dirección Nacional de Estupefacientes en los años de 1992 y 1996. En el primer estudio no se recolectaron datos en torno a la heroína, y en el segundo, los investigadores de la DNE se abstuvieron de estimar el número de consumidores debido a las bajas frecuencias encontradas y la existencia de pocos casos, puesto que no permitían ofrecer pronóstico ni resultados probabilísticos confiables. Un estudio intermedio muestra que para el año 1993 la prevalencia de consumo en la población general fue de seis personas por 10.000 habitantes (0,06%), de los cuales el 80% fueron hombres con edades comprendidas entre los 16 y los 19 años.

El segundo estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1997 encontró una prevalencia de consumo de opiáceos de 1,2%; en el sexo masculino dicha prevalencia alcanzó el 2,0% y el femenino el 0,4%; según la distribución por edad, el consumo de heroína en el grupo de 12 a 15 años fue de 2,8%, y en el grupo de 20 a 24 años del 3.4% (Ferrer, 2003). En el periodo que va del año 1998 al 2003, en el Hospital de Kennedy de Bogotá se presentaron entre 6 y 9 casos mensuales de sobredosis por heroína (Barreto, 2002). Si bien esta cifra no es relevante en términos cuantitativos para una ciudad de ocho millones de habitantes, si se convierte en un asunto problemático para la salud pública debido a los costos y a la dificultad de los tratamientos.

Para el año 2001, la Encuesta Nacional en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años, estudio dirigido por la Fundación Rumbos del Ministerio de la Protección Social, mostró datos más significativos en torno al tema. Esta encuesta señaló que en la población joven, aquella que comprende el rango de edad entre los 12 y 24 años, el 11,7% de sus integrantes había probado por lo menos una nueva sustancia diferente a la marihuana y la cocaína, como inhalantes, drogas sintéticas y heroína. En este estudio mostró también que el 1,1% de la población estudiada había entrado en contacto con la heroína, cifra nada lejana al consumo de basuco. Es por tanto la primera investigación en la que se tiene un dato sólido sobre el consumo de esta sustancia en el país (Observatorio Drogas Colombia 2003).

En el Estudio Nacional de Salud Mental del año 2003 y la Encuesta Nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en Colombia en el 2004, el uso de sustancias altamente peligrosas por los riesgos y daños asociados a su uso, tales como la heroína y los psicofármacos alcanzó el 3% entre la población (MPS,

2007). El consumo de heroína de acuerdo con los datos anteriores se encuentra en aumento. Además del crecimiento de la demanda, algunos expertos correlacionan este aumento con la calidad de la droga, es decir el nivel de pureza, que permite que sea fumada (Barreto, 2002). Pese a la relativa poca prevalencia del consumo, sustancias como el basuco reportadas como poco usadas y del mismo grado de peligrosidad que la heroína, constituyen el principal motivo de ingreso a tratamientos clínicos. (MPS, 2007).

Una investigación más focalizada, realizada entre los años 2003 y 2008, que buscaba caracterizar a las personas “adictas” a la heroína que asistían a tratamientos en una Empresa Social del Estado, brinda datos más concretos sobre el uso de la sustancia. En este estudio se evidenció que el 65,8% de los pacientes utilizaban la heroína vía venosa, mientras que el 34,2% los hacían de forma inhalada. De las 26 personas encuestadas 2 consumían la heroína por más de una vía con un promedio de 4 dosis diarias. El 24,7% consumían menos de 1/2 gramo al día y el 19,2% entre 1 y 2 gramos. El promedio de edad de inicio de consumo de la droga fue de 19 años. El 50,7% de los pacientes entrevistados iniciaron el consumo de drogas con marihuana y los principales motivos de consulta médica fueron la motivación para cambiar el estilo de vida con un 68,5% y los síntomas del síndrome de abstinencia con un 17%. Las personas entrevistadas llevaban en promedio 43 meses consumiendo la droga y casi la mitad de ellos (47%) había reingresado al programa (Arboleda et al, 2009). Lo anterior nos muestra la magnitud del problema en términos de salud pública dada la tendencia a la inyección, que puede facilitar la transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH y la hepatitis; el inicio del consumo a tempranas edades; la transición entre sustancias; el policonsumo; las altas dosis por individuo y la poca experiencia y falta de infraestructura del sector salud para manejar el problema.

El Estudio Mundial sobre uso de drogas inyectables y consecuencias para la salud de la OMS realizado en dos fases entre 2001 y 2002 desarrollado en Bogotá, logró contactar en 10 meses a 382 inyectores participantes. De ellos en la primera fase, el 71.8% reportó inyección de heroína frente a un 20.3% en la segunda fase. En la segunda fase una mayor intención a inyectarse cocaína y alcohol que heroína. Pese a la dificultad de acceso y costos elevados para algunos. Sin embargo, se supo de estrategias de mercadeo en las calles, que ofrecen dosis económicas de cinco y diez mil pesos. Hay cada vez más gente familiarizada con la inyección, se extiende la práctica y con ella el conocimiento de la potencia que esta

forma de consumo brinda al usuario de heroína. Si bien los índices de seroprevalencia arrojados por el estudio de la OMS en Bogotá fueron un poco más altos que los de la población general (VIH 1%, Hepatitis B 0,7% Hepatitis C 1,7%) se estima un acelerada difusión debido a las prácticas de riesgo que el uso intravenoso de sustancias psicoactivas supone tales como el intercambio de agujas, la poca higiene y las relaciones sexuales sin protección (OMS, 2002).

Según un informe de 2002 realizado por la Dirección Nacional de Estupeficientes (DNE), se encontró que Medellín es la ciudad con mayor consumo de marihuana, cocaína, heroína y éxtasis, mucho mayor que el de las demás ciudades y superior al dato de prevalencia de vida del país. Después de Medellín, Manizales, Pereira y Armenia son las ciudades con mayor consumo de una o varias de estas sustancias. En contraste Santa Marta, Riohacha, Valledupar, Sincelejo y Arauca son las ciudades en donde se presentan las menores prevalencias de consumo global de sustancias ilícitas. En este informe se menciona además que la mayoría de los jóvenes que han consumido alguna vez en la vida, éxtasis, hongos, ácidos, tranquilizantes, anfetaminas y heroína son los estudiantes universitarios (DNE, 2002).

En estimaciones realizadas para el año 2004 el porcentaje de consumo de heroína fue de 1,32% y de 1,18% para el 2006, lo que permitió estimar la cifra de 15.820 consumidores escolares de esta sustancia. Este análisis evidenció además que el 1,5% de los entrevistados para los Centros de Atención en Drogadicción (CAD) en el año 2004, se encontraban en tratamiento por de esta sustancia (MPS, 2007).

Las acciones del gobierno en torno al problema de las drogas, se han enfocado tradicionalmente en atacar y reducir la primera fase del problema, la producción. Para Colombia, los datos obtenidos en el Observatorio de Drogas, Acciones y Resultados 2006 – 2007, realizado en el 2008 por la Dirección Nacional de Estupeficientes (DNE), contrastan con la tendencia mundial de aumento en la producción de heroína expuesta en el Informe Mundial de Drogas de la UNODC del mismo año, debido a las acciones militares en torno a la erradicación de cultivos, producción y comercio de drogas que el gobierno colombiano ha realizado en el marco del Plan Colombia (DNE, 2008). No obstante, una investigación de Washington Office On Latin América (WOLA) ha mostrado cómo los cultivos ilegales

no han disminuido, sino que han sido desplazados a otras zonas del país, lo cual demuestra la ineficacia de las políticas colombianas enmarcadas en el Plan Colombia (Salinas et al, 2008) y además las graves consecuencias que este trae a la democracia y a la soberanía del país (Salinas et al, 2008; Puentes, 2005). Como lo citan varios estudios, el uso de fuerzas y políticas coercitivas no ayuda a solucionar los problemas, los ahonda (NatGeo, 2008 y otros).

En el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado en el año 2008 por el Ministerio de Protección Social (MPS), puede verse como la reducción de cultivos que se ha dado según el Estado y las incautaciones de heroína realizadas no han disminuido las cifras de consumidores en el país. Esto da cuenta de la gran incidencia del problema, el que por el contrario ha venido en aumento respecto a años anteriores como lo evidencian las alarmas emitidas tanto por expertos, como por entidades hospitalarias y centros de atención. Este estudio arrojó las siguientes cifras sobre heroína: 0,2% de los encuestados dijeron haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida; 0,02% de las personas de la muestra reportaron consumo de heroína en el último año y un porcentaje similar lo hicieron en el último mes. Las estimaciones indican que la población colombiana entre 12 y 65 años de edad, al menos 37.863 personas han consumido heroína alguna vez en la vida. De ellas, 4.417 personas consumieron esta sustancia en el último año y 3.082 lo hicieron en el último mes. Esta última cifra representa, según los criterios estadísticos de la metodología adoptada en el estudio, el número (mínimo) de posibles consumidores actuales de heroína en el país. La oferta es notoriamente mayor en las ciudades capitales, también en ciudades de tamaño medio e incluso en municipios con población inferior a 200.000 habitantes, donde se puede acceder sin mucha dificultad no sólo a la marihuana y la cocaína, sino también a sustancias menos conocidas como el éxtasis, la heroína o los alucinógenos (MPS, 2008)

Sin duda el asunto del consumo de heroína en el país es un fenómeno preocupante que requiere de mayor conocimiento e investigación. El conjunto de cifras y las alertas emitidas por los organismos de salud y control, son sin duda indicadores de los alcances de esta problemática. Hay que reiterar, no obstante, que el consumo de sustancias ilegales es un fenómeno difícil de estudiar, debido a los aspectos punitivos y estigmatizadores



(Vianchá, 2009; Tortaja, 2008, Caceres, 2006; González, 2005; Puentes 2005), que recaen sobre los consumidores y que los obliga a ocultar su situación.

### **Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (PNRCSPA)<sup>1</sup>**

Esta política nació como respuesta a las situaciones de consumo problemáticas y emergentes que se han dado en nuestro país, previendo un aumento de su incidencia en el ámbito sociocultural de la nación. La PNRCSPA está cimentada en tres marcos de referencia:

- a. Protección social y manejo social del riesgo: estipula la necesidad de cimentar condiciones de protección frente al riesgo, como manera de servir y proteger con eficacia a los grupos humanos en condiciones de vulnerabilidad, a través de acciones de prevención, mitigación y superación de los riesgos y daños asociados. Se incluyen para esto las esferas individuales, familiares y grupales necesarias para prever y contrarrestar los riesgos.
- b. Promoción de la Salud: entendida como la meta social destinada a superar las desigualdades e inequidades comúnmente asociadas a los problemas de la salud, como la falta de acceso, de oportunidades y pérdida de capacidad. Para ello se necesita de herramientas que fortalezcan las políticas públicas, las habilidades personales, capacidades de respuesta y el fortalecimiento de la acción social y comunitaria.
- c. Reducción de la Demanda: responde a los principios rectores adoptados por la Asamblea de la Organización de Naciones Unidas en 1998. Parte de reconocer la universalidad del fenómeno del consumo, la existencia de factores determinantes de tipo económico, social y cultural.

Para su ejecución se han dispuesto tres ejes específicos y uno transversal en los que estos principios desarrollan sus campos de acción de manera específica, hacia los actores sociales afectados por el consumo de SPA. Los ejes son:

---

<sup>1</sup> La información de este apartado es tomada del resumen ejecutivo de la PNRCSPA (MPS, 2007) salvo que se indique lo contrario.

- a. **Prevención:** Acciones de tipo preventivo enfocadas para reducir en individuos, grupos y comunidades la vulnerabilidad al consumo de SPA ilícitas. Se basa en los principios de promoción de la salud y de inclusión social, destinando esfuerzos para sujetos y grupos con alta vulnerabilidad al consumo asociada a la exclusión social.
- b. **Mitigación:** Acciones enfocadas a la reducción del impacto individual, familiar, social del consumo de SPA lícitas e ilícitas. Por lo tanto las acciones de mitigación deben reducir la vulnerabilidad a correr riesgos continuos que son prevenibles o evitables. La mitigación está destinada a aquellos consumidores activos de sustancias lícitas y a sujetos y grupos que aún no están en contacto con servicios de tratamiento y rehabilitación como los que ofrecen los CAD (centros de atención en drogadicción).
- c. **Superación:** Refiere a aquellas acciones de tratamiento, rehabilitación e inclusión social del consumidor una vez abandonado el consumo. Brinda las herramientas necesarias para abandonar su consumo y así ayuda a buscar medios para mejorar sus capacidades y oportunidades para restaurar la vida psíquica, familiar, social y comunitaria, en una esfera productiva. Estimula la creación de planes de vida.
- d. **Construcción de capacidad de respuesta:** es un eje operativo que interseca los otros ejes existentes. Trata sobre la búsqueda de conexiones o alianzas que permitan que los procesos de prevención, mitigación y superación sean llevados satisfactoriamente debido a la disponibilidad de servicios y herramientas que permitan satisfacer las necesidades de las personas consumidoras, cumpliendo sus objetivos de rehabilitación.

## **La Inclusión Social<sup>2</sup>**

El concepto de inclusión social, retoma los enfoques multidimensionales (MPS, 2007) y la amplitud en la mirada que problemas como el consumo de drogas requieren para su entendimiento y control. Esta noción es reaccionaria a la noción antónima de la

---

<sup>2</sup> La información para este apartado salvo citas específicas es tomada del documento “Hacia un Modelo de Inclusión Social para Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas” (MPS – Fundación Procrear, 2007)..

exclusión social. La exclusión social, es entendida como aquel fenómeno en que los individuos y la sociedad en sus relaciones de tipo económico, político, sociocultural y espacial han debilitado e incluso roto los lazos que las unen, por tanto dejando de lado a las personas en condiciones de mayor vulnerabilidad social (MPS, 2007). La propuesta de inclusión social se debe orientar hacia el abordaje de carencias de todo tipo: afectivas, de conocimiento y habilidades sociales y laborales, de servicios educativos y de salud, de oportunidades de trabajo, de orientación personal.” El objetivo es restablecer los vínculos afectivos y lograr la inclusión plena y la propuesta es hacerlo de manera colectiva, fortaleciendo las redes personales, institucionales, comunitarias, sociales” (MPS – Procrear, 2007: 13-14). En esa medida, la inclusión social lo que busca es el reacondicionamiento y aparición de nuevos lazos conectores, que contribuyan a que los individuos se reinserten en la maquinaria social y puedan allí, efectuar un adecuado devenir para sus vidas y para el resto de la sociedad.

Bajo esta perspectiva, por tanto, es necesario analizar las redes sociales existentes en la comunidad, la interacción entre los actores y agentes integrantes de las mismas y su nivel de fortaleza. El concepto de la inclusión hace parte entonces de un ideal de reducción de la vulnerabilidad, y en esa medida, debe ser llevado a cabo en los niveles programático, social e individual que la constituyen<sup>3</sup>.

En los dos primeros niveles, la inclusión ha de ser llevada a cabo estimulando en la comunidad en general (entendida esta como aquella compuesta por la sociedad civil, las redes institucionales y gubernamentales, instituciones no gubernamentales, redes familiares, laborales, etc.) acciones y representaciones positivas frente a sujetos que han sido excluidos, en este caso, los consumidores de drogas. En otras palabras, no solo hay que enfrentar todo aquello que está causando la exclusión, como estigmas, diferencias económicas, referentes socioculturales encontrados, aspectos punitivos, entre otros (citas varias) sino que además se ha de generar una reforma en términos de hacer permanente esa

---

<sup>3</sup> La perspectiva desarrollada por Ricardo Carvalho Ayres entorno al VIH, recoge y complementa otras propuestas que avanzaban en distinguir la vulnerabilidad en varios niveles. Ayres reconoce tres niveles o dimensiones analíticas básicas que ayudan a particularizar las diferentes situaciones de los sujetos siendo cada dimensión o nivel una perspectiva de la realidad que remite a las otros dos. Los niveles son: programático, social e individual (Ayres 1996; Ayres 2009).

situación, creando empatía y dando un panorama claro para que los agentes y actores excluyentes entiendan lo que todo esto supone.

A nivel individual, es importante crear en el individuo un interés por reintegrarse al medio que lo ha excluido, a la vez que se le deben otorgar a este las herramientas necesarias para hacerlo. Han sido diversas las experiencias que en esta materia se han efectuado. La idea no es “normalizar” la vida de la gente, sino generar condiciones para que puedan ejercer su libertad de manera digna.

En nuestro país es fácil notar como en la representación social los usuarios de drogas son vistos como criminales, enfermos y como lo más “degradado” de la sociedad (Vianchá, 2009; Tortaja, 2008; Cáceres, 2006; González, 2005; Puentes 2005). Esto sucede en parte, por las visiones reduccionistas que se dan al fenómeno, así como por la manera en la que la sociedad a través de leyes y distintos tipos de normas se ha estructurado. Por tanto es difícil hablar de inclusión social en un país donde la exclusión, en diferentes niveles y variables, ha estado a la orden del día (MPS, 2007). “El drogodependiente antes que un enfermo es un ciudadano, es parte de la sociedad y debe ser incluido en ella”. El proceso de inclusión social es por tanto arduo y requiere de esfuerzos en distintos frentes. Tanto en la creación de información que muestre a la gente miradas amplias, como en el desarrollo de actividades que ayuden a borrar esas fronteras de la exclusión.

Se trata de un proceso largo en el cual la comunidad tiene un papel importante de soporte, de atención, de servicio, que debe planearse meticulosamente, para llevarse a la práctica con esmero y total empatía y respeto por las personas. Esa perspectiva de la inclusión social como proceso, es por tanto pensada a largo plazo, y debe estar acompañada durante toda su ejecución e incluso después de ser efectiva. Solo así podrá superarse el simple cumplimiento de metas y llegar a plantear formas creativas y efectivas de entender y resolver los problemas sociales.

### **La Reducción de Daños**

En los estudios sobre el consumo de drogas, el concepto de reducción de daños es una estrategia de intervención en drogodependencias que tradicionalmente se manejaba asociado a otros conceptos como rehabilitación y desintoxicación (Milanese, 2002). La

reducción de daños trata de incidir no solamente en las consecuencias desfavorables que trae el consumo, sino que también debe disminuir el sufrimiento social que el consumo ocasiona. Está en relación estrecha con los conceptos de vulnerabilidad y de inclusión social, pues se busca con la reducción de daños que el usuario genere conexiones y vínculos con su medio, que le permitan ayudarse y reducir los efectos de su actividad además de reconocer qué factores de vulnerabilidad puedan incidir en ello (MPS, 2007).

La reducción de daños supone la necesidad no tanto de eliminar, sino sobre todo matizar los efectos que el consumo de drogas tiene para los individuos y su medio sociocultural. No es por tanto una forma radical a seguir, sino una manera flexible de crear por parte del individuo y del contexto vías para que este mejore sus niveles de vida y las relaciones sociales que contribuyan a su inclusión (MPS – Procrear 2007). La reducción de daños entonces interactúa directamente con los tres niveles de vulnerabilidad, el social, el programático y el individual.

Para el nivel social y el programático, sin duda la principal manera de reducir los daños es la inclusión social, al permitirle al sujeto realizar actividades e iniciar o fortalecer los contactos con redes sociales existentes, a la vez que se genera en estos ámbitos una actitud de aceptación frente al individuo (Milanese, 2002; MPS – Procrear 2007)

En el ámbito individual, no solo ha de hacerse una reducción del daño físico, sino que hay que tener en cuenta toda una serie de comportamientos y actitudes generadas por parte del individuo, que hayan podido desarrollar incomodidad o afectar a la comunidad en general. Hay que resaltar que en este ámbito individual se da uno de los aspectos más polémicos, manejados recientemente, y es el hecho de que para empezar a insertar a un individuo consumidor de droga en la sociedad, no es necesario erradicar de lleno el consumo de la sustancia (Milanese, 2002) Esto frente a la tradicional perspectiva de erradicación total del consumo para iniciar procesos de vinculación, lo cual ha causado grandes debates. Sin embargo, se ha demostrado que las estrategias tomadas por algunos países europeos en este sentido, han dado mejores resultados que aquellas medidas restrictivas y herméticas planteadas por otros, como el caso de los EEUU (Milanese, 2002).

## 2. Metodología

Teniendo en cuenta los términos de referencia de la convocatoria de investigación y basados en experiencias pasadas, se propuso desarrollar una evaluación rápida de la situación del consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao Cauca usando técnicas de la investigación cualitativas y etnográficas.

El método de evaluación y respuesta rápida (ERR) consiste en la aproximación y valoración de un problema mediante el trabajo de campo, haciendo uso de recursos mínimos y de cortos lapsos de tiempo para su desarrollo. Este método brinda un importante flujo de información contextual que los acercamientos cuantitativos tradicionales no pueden obtener (Llanes, s.f.) y permite generar datos eficaces y pertinentes para la organización de respuestas e intervenciones sociales en territorios específicos. En el presente estudio se combinaron técnicas cualitativas y cuantitativas.

Las técnicas etnográficas utilizadas privilegiaron la participación activa de los sujetos en la construcción del diagnóstico y las respuestas frente a las realidades de orden social y estructural (Quevedo, 2009 En Revisión). Además, el método etnográfico permitió documentar las experiencias de los referentes del municipio, la vida cotidiana, la dinámica de la población y algunas características sociales y culturales para dar sentido a la información obtenida.

En esta investigación se realizaron cuestionarios, entrevistas a profundidad y talleres con dinámicas de grupo que retomaron y ampliaron la idea del grupo focal<sup>4</sup>, en la medida que no fueron solamente una discusión para análisis de los investigadores, sino que pretendieron fomentar la construcción colectiva de alternativas frente a las problemáticas identificadas.

Se tuvieron en cuenta para el estudio aspectos individuales, socioculturales y programáticos de la vulnerabilidad en relación con el consumo de heroína, dentro de los

---

<sup>4</sup> “El GF es un método [puede ser un instrumento en un proceso más amplio o sencillamente una técnica entre otras] de investigación en el cual se involucran en una discusión de grupo, entre 4 y 12 personas, quienes se reúnen en un día preestablecido y, con la ayuda de un moderador, discuten de un argumento en un contexto informal y permisivo. Las informaciones producidas por los participantes constituyen los datos del GF” (Zamuner, 2003).

cuales se encuentran prácticas, conductas de riesgo, percepciones sociales del problema y respuestas de los organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Para dar respuesta al primer objetivo de investigación, consistente en realizar una revisión bibliográfica de los contextos de vulnerabilidad y caracterizar las respuestas institucionales respecto al consumo de drogas, se hizo una revisión documental de estudios previos. Igualmente, se examinaron las políticas y propuestas estatales y de las organizaciones no gubernamentales, con énfasis en las propuestas metodológicas, de ejecución, el nivel de impacto y efectividad. Los anteriores elementos son fundamentales para la orientación de esfuerzos y el diseño de acciones efectivas frente al consumo de heroína entendido como un preocupación para la salud pública, la seguridad comunitaria y la convivencia en el municipio de Santander de Quilichao.

Para cumplir con los objetivos concernientes a identificar los niveles de vulnerabilidad relacionados con el uso de heroína, analizar las experiencias de consumo, identificar patrones de transición y observar las dinámicas sociales del municipio, se entrevistaron personas recluidas en los Centros de Atención a la Drogadicción (CAD), usuarios de drogas de sectores vulnerables, funcionarios del gobierno local (Secretaría de Salud Pública del municipio, la Secretaría de Educación, la Policía Nacional, etc.) y representantes de organismos no gubernamentales, la iglesia y la comunidad.

Los cuestionarios (véanse Anexos A y B), las guías de los talleres (véase Anexo C) y los formatos de entrevista a profundidad (véanse anexos D, E y F) se construyeron durante las fases iniciales del proyecto y fueron debidamente validados mediante una prueba piloto realizada en el apoyo de la Fundación Procrear de Bogotá.

La metodología participativa propuesta fue adaptada de la estrategia utilizada y validada en diferentes trabajos tales como el debate participativo en salud pública “Malestares y Crisis en Salud”, realizado por el grupo de Antropología Médica Crítica de la Universidad Nacional en abril de 2009 (Abadía y Góngora, 2009). Los ejercicios reflexivos con diferentes actores sociales posibilitan alternativas para la reducción de la exclusión y la apertura de espacios para la inclusión (MPS, 2007). Por tanto, es vital la construcción de acciones desde una aproximación política incluyente y de cohesión, reivindicadora de los derechos humanos de las personas usuarias de drogas, que haga partícipes a los diferentes

actores sociales involucrados en la prevención, la mitigación y la superación del consumo de heroína y factores asociados.

Para la recopilación de los datos y la integración de los diferentes actores sociales, fue importante la ayuda de jóvenes de la Mesa de Organizaciones del Municipio y de representantes estudiantiles, quienes participaron de los talleres tomando notas etnográficas y haciendo la sistematización preliminar. Estos jóvenes recibieron previamente una capacitación metodológica realizada por el equipo de investigación.

Finalmente, se realizaron observaciones etnográficas de lugares clave tanto de consumo (zonas de alta vulnerabilidad, calles y parques), como de los espacios privilegiados para la prevención y el tratamiento (Colegios y CAD). Estas observaciones nos permitieron tener una visión más amplia de la dinámica del consumo en el municipio así como de las respuestas públicas de acuerdo con el contexto y los recursos disponibles.

Para efectos de la presentación de este informe final y siguiendo los lineamientos éticos expuestos en el anexo A, durante la redacción del documento se hablará a una sola voz y en tercera persona con el propósito de guardar la confidencialidad de las fuentes.

### **Fases de la Investigación**

El estudio comprendió cuatro fases de ejecución que permitieron la elaboración de categorías de análisis sobre vulnerabilidad al consumo de heroína discutidas en mesas de trabajo. Como resultado, se construyeron algunas pautas para la elaboración de una intervención comunitaria basada en el enfoque de redes sociales, se elaboraron propuestas para poner en marcha estrategias de control y prevención y se bosquejó un sistema de acciones intencionadas y organizadas para sistematizar, monitorear y evaluar los procesos.

**La primera fase** del estudio se desarrolló durante las tres semanas iniciales y comprendió la construcción del plan de trabajo (con la asesoría del Ministerio de la Protección Social), la revisión bibliográfica y la elaboración de categorías conceptuales.

Durante esta fase se realizaron los primeros contactos con las personas e instituciones del municipio. En este proceso fue importante el acompañamiento de la Alcaldía, la Secretaría de Salud Municipal, la ESE Quilisalud y el Centro de Atención a la Drogadicción (CAD).



**La segunda fase** del estudio se ejecutó entre la tercera y la quinta semana de trabajo. En este periodo de tiempo se diseñaron los instrumentos de investigación a utilizar: cuestionario de información básica, guía metodológica de los talleres y formatos de entrevistas semiestructuradas. Igualmente, se unificaron conceptos, se preparó el trabajo de campo y se realizó la prueba piloto de los talleres.

**La tercera fase del estudio** realizada entre la quinta y la octava semana, comprendió el trabajo de campo en Santander de Quilichao. Las actividades se desarrollaron en el siguiente orden de acuerdo con el cronograma previsto:

- Capacitación sobre técnicas etnográficas a tres jóvenes colaboradores de la Mesa de Organizaciones juveniles de Santander de Quilichao, con quienes se coordinaron las actividades de observación y relatorías de los talleres realizados.
- Taller con instituciones gubernamentales (Grupo gestor del plan, ICBF, Comisaría de Familia, Secretaría de Educación, Secretaría de Gobierno, Hospital Francisco de Paula Santander, Quilisalud y Recreación y Deportes).
- Taller con la sociedad civil (ONG, iglesias, líderes comunitarios, Juntas de Acción Comunal urbanas y rurales y estudiantes, entre otros)
- Taller con personas usuarias de heroína (CAD y voluntarios convocados por la Fundación Afrocolombianos en Acción y La Comisaría de Familia).
- Entrevistas semiestructuradas a actores sociales clave: Alcalde, referentes municipales de salud, educación, Fiscalía y SIJIN, encargadas de los Centros de Escucha que funcionan actualmente en el municipio, encargado del CAD de Caloto, Trabajadora Social de la Comisaría de Familia, Gerente de la ESE Quilisalud, Psiquiatra del Hospital Francisco de Paula Santander, Director de la Corporación Viviendo de Cali (que desarrolla la estrategia de Centros de Escucha en el municipio) y Coordinador General de la Secretaría de Salud Departamental.
- Entrevista a profundidad con personas consumidoras de Heroína.
- Entrevista a vendedores de SPA del municipio.
- Encuestas aplicadas a 8 actores gubernamentales, 22 personas de la sociedad civil, 29 usuarios de heroína y 3 expendedores.
- Observación etnográfica de los contextos de consumo y de respuesta institucional.

**La cuarta fase del estudio**, que se realizó en el tercer mes de trabajo, fue dedicada al análisis de la información recolectada en los talleres, las entrevistas, y las observaciones, triangulando fuentes de información y miradas de los investigadores como estrategia de validación de la información (Maxwell, 1996).

De igual manera, se hizo una revisión documental sobre la información obtenida de las instituciones participantes, que incluyó estadísticas sobre consumo, violencia, educación, información sobre programas existentes, presupuestos, informes de gestión, planes de manejo y demás documentos que se constituyeron como referencias para contextualizar al municipio y tener una idea de respectas iniciativas desarrolladas ante el consumo de heroína.

### **Apuntes metodológicos**

Dos investigadores del equipo proponente fueron los encargados del trabajo de campo que comprendió: la aplicación de los cuestionarios, la realización de los talleres y las entrevistas a profundidad y las observaciones etnográficas.

Los cuestionarios fueron aplicados a todas las personas que asistieron a los talleres con el propósito de tener una caracterización de la población asistente, pero respetando los aspectos éticos concernientes a este tipo de investigaciones.

Los talleres se diseñaron para obtener información sobre las causas del consumo de heroína en el municipio. También se pretendía realizar un mapeo que diera cuenta de las zonas de alta vulnerabilidad identificadas, los sitios de expendio y consumo y las instituciones prestadoras de servicios. Esta información incluyó miradas individuales y e institucionales sobre el tema que permitieron ampliar la comprensión y generar comparaciones.

El trabajo contrastado entre estos grupos de personas pudo mostrar aspectos más específicos de la problemática y brindar elementos para su abordaje. Por ejemplo, las personas que consumen heroína identificaron vulnerabilidades sociales y estructurales que no fueron evidenciadas por los funcionarios de las instituciones o por los representantes de la sociedad civil en el desarrollo de los talleres.

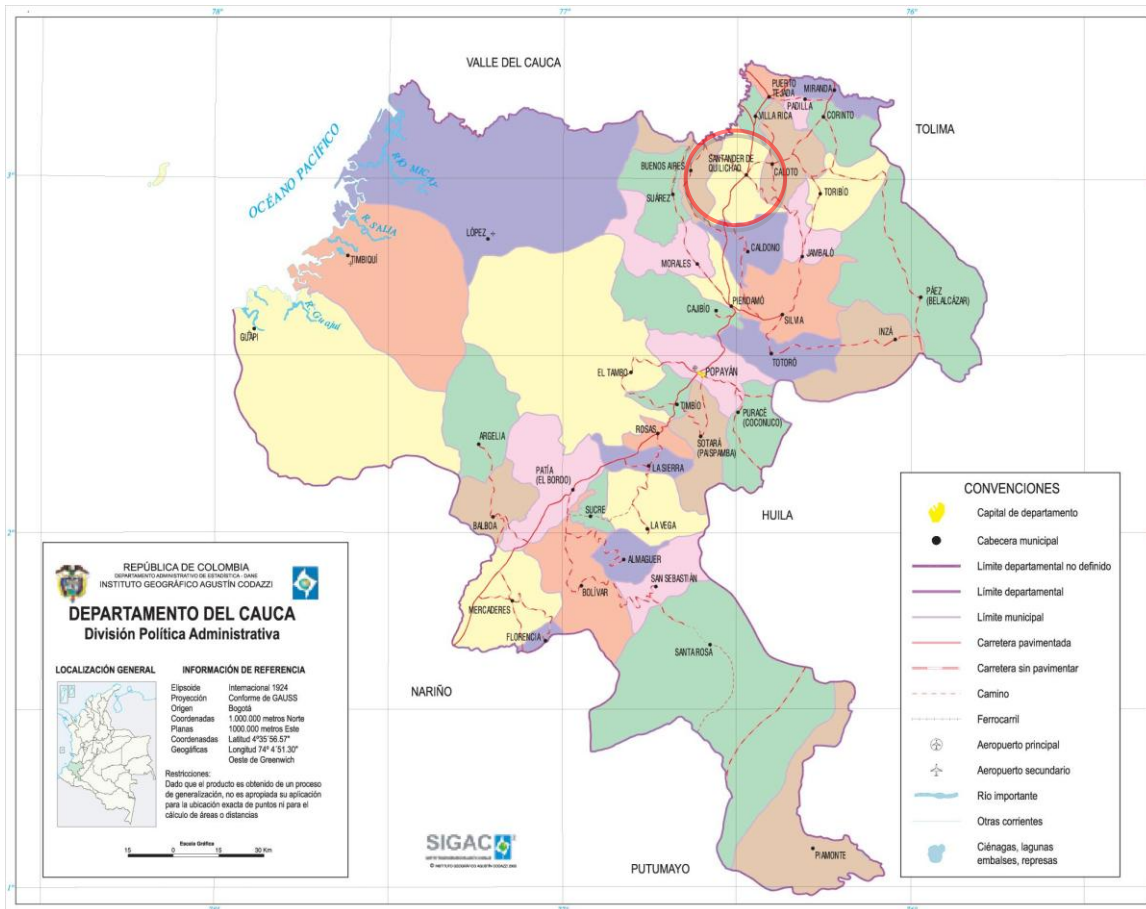
Se coordinaron las actividades de relatoría de los talleres con jóvenes de las mesas de organizaciones del municipio y las transcripciones de las entrevistas con dos personas en Bogotá D.C. que fueron contratadas para tal labor.

Las entrevistas semiestructuradas estaban dirigidas a profundizar en las causas y características de la problemática particularizando las miradas que tiene cada uno de los actores sociales relacionados con el tema del consumo de drogas. Para cada uno de ellos se manejó un formato de entrevista distinto para resaltar su posición como responsable de programas, beneficiario, comerciante, etc. Cada entrevista contó además con un apartado general sobre los orígenes del problema y sus implicaciones en la dinámica social del municipio. Cabe resaltar que se tomaron en cuenta especificidades relacionadas con la perspectiva de género, diferencias generacionales y pertenencia étnico-racial de las personas incluidas en el estudio.

## Cronograma

| RESPONSABILIDADES  | RESULTADOS   | Septiembre – Diciembre 2009 |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
|--|--|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|--|
|  |  | 1                           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |  |
| Realizar una revisión bibliográfica de los contextos de vulnerabilidad y las respuestas institucionales gubernamentales y no gubernamentales sobre las causas y el aumento del consumo de heroína como problema social en cuanto a salud pública, seguridad y convivencia. | Caracterización inicial del consumo de heroína                               |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
| Identificar los factores de vulnerabilidad relacionados al consumo de heroína en Santander de Quilichao.   | Identificación de los factores de vulnerabilidad a intervenir                |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
| Analizar las experiencias relacionadas con el consumo de sustancias a fin de identificar patrones de transición entre consumos y cambios relacionados con las dinámicas sociales en Santander de Quilichao.  | Identificación de patrones de transición entre consumos y dinámicas sociales |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
| Identificar y analizar alternativas gubernamentales y no gubernamentales frente al consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao.   | Base de datos de acciones y sus resultados                                   |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |
| Colaborar con la formación de redes de respuesta municipales para disminuir, controlar y prevenir el consumo de heroína en el municipio.   | Informe final y socialización de resultados                                  |                             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |  |

### 3. Contexto General de Santander de Quilichao



**Mapa1.** División política administrativa del Departamento del Cauca, 2009. Fuente: SIGAC.

Santander de Quilichao es un municipio de Colombia ubicado al norte del departamento del Cauca a 47 Km al sur de Cali y a 97 Km al norte de Popayán. Su extensión total es de 518 Km<sup>2</sup>. Sus límites comprenden los municipios de Villarica y Jamundí al norte, Buenos Aires al occidente, Caloto y Jambaló al oriente y Caldono al sur. Su casco rural lo conforman 104 veredas y la zona urbana está compuesta por 42 barrios (Alcaldía Municipal, 2007).

El ente territorial ocupa una posición privilegiada pues constituye el núcleo central de comercio de los pueblos del norte del Cauca y el sur del Valle del Cauca, siendo reconocido como puerto terrestre para el intercambio de productos agrícolas, pero también de estupefacientes.

## **Población**

Según proyecciones del DANE para el año 2008 el municipio contaba con una población de 83.938 habitantes. Se trata de un lugar diverso desde el punto de vista poblacional: la composición étnica es variada, con una ligera predominancia de mestizos (49.1%), seguidos por comunidad afrocolombiana (33.2%) y un importante componente indígena (17.7%). En total hay 41.487 (49.5%) hombres y 42.451 (50.5%) mujeres. El 53% de la población vive en el sector urbano (44.095 personas) y el restante 47% vive en el sector rural (39.843 personas) (Plan de Desarrollo Municipal –PDM-, 2008).

La mayor parte de las personas residentes de la zona urbana del municipio viven en los barrios Morales Duque y El Porvenir con 5.488 y 4.030 personas respectivamente. En el casco rural las veredas más habitadas son San Antonio con 1.742 personas y La Arboleda con 1.447 personas (Secretaría de Planeación del municipio, 2008).

Actualmente el 40,5% de la población de Santander de Quilichao se encuentra entre los 0 y los 19 años de edad. Este factor ha sido tenido en cuenta en el Plan de Desarrollo del gobierno local en el cual se ha identificado la necesidad de orientar políticas para adolescentes dadas sus condiciones especiales de socialización, orientación, adaptación e integración.

## **Economía**

En Santander de Quilichao confluyen diferentes carreteras intermunicipales destacándose la vía Panamericana. Es un sitio donde se ven permanentemente vehículos de otros municipios y personas que llegan a comerciar los días miércoles, viernes y sábado; siendo uno de los pueblos con mayores días de mercado de la región.

En la plaza de mercado o galería los puestos están atendidos principalmente por mujeres. Es notable la diferenciación zonal al interior del local: encontramos a un lado, y agrupados en una calle, a todas las personas que tienen puestos de ventas misceláneas (ropa, juguetes, adornos, papelería, etc.). Al interior de lo que es propiamente la plaza, se encuentran las ventas de alimentos agrícolas y más al fondo, todo lo concerniente a cárnicos. Entre los alimentos predominantes en este lugar están la yuca y el mango. Siendo

la primera la base para la preparación de productos típicos horneados como el pan de bono. La parte construida de la plaza cuenta con numerosas columnas en cemento o con algún tipo de estuco, piso rústico o a veces tan solo tierra visible. La galería tiene una especial importancia para nuestra investigación ya que, de noche es uno de los principales lugares de consumo y tráfico de drogas.

La gente que tiene ventas ambulantes sobre las calles ha hecho intentos de legalización de su situación frente al dominio del espacio público, dado que no poseen licencias y que aún no existe una política clara al respecto. Una muestra clara de la informalidad de la economía local.

La economía del municipio proviene en gran medida del sector primario dentro del cual el cultivo de caña de azúcar ocupa el 47.12% del área sembrada, seguida del café con un 23.55% y la piña con un 9.73%. La caña de azúcar cultivada en estas plantaciones se dirige hacia el Valle del Cauca para nutrir la producción azucarera de los grandes ingenios, aunque también es llevada hacia el interior del Cauca para apoyar la producción panelera de esta zona.

En Santander de Quilichao se habla más o menos de 40 empresas representativas como Colombina y Carvajal S.A. asentadas a las afueras del municipio gracias a la denominada Ley Páez, que surgió en el año 1995 para beneficiar a las comunidades afectadas por la avalancha provocada por el río del mismo nombre. Esta ley otorgó exenciones de renta y beneficios para la creación de zonas francas en el norte del Cauca y en el municipio. Fue así como se instalaron empresas manufactureras que pasaron a ocupar un renglón importante en la economía del municipio y se incrementó la actividad comercial en el casco urbano.

Se creía que la Ley Páez iba a ser una gran oportunidad para el municipio; no obstante, cuando entró en vigencia, las fábricas empezaron a solicitar personal capacitado en distintas áreas técnicas y administrativas, personal que el municipio casi no poseía. Por esto, las empresas terminaron contratando profesionales de Medellín, Cali e incluso de Bogotá para llenar las vacantes, reflejando así la carencia de educación técnica y superior en el municipio. Por otro lado, miembros del gobierno aprovecharon la oportunidad para cobrar por las adjudicaciones. Hoy las condiciones tributarias especiales de las empresas desaparecieron transcurridos diez años de la promulgación de la Ley en 1996 y los elevados

costos en energía y transporte afectan la estructura de las organizaciones actuales. De acuerdo con el periódico “El país” de las 250 sociedades contabilizadas inicialmente, sólo quedan 139, lo cual representa una tendencia a la finalización de muchas oportunidades laborales en la zona.

Aunque actualmente existen zonas francas especiales, el municipio no está en capacidad de eximir de impuestos a las grandes compañías, pues necesita de estos recursos para su funcionamiento. Por tanto la Alcaldía está buscando la posibilidad de acceder a la Ley de Zonas Francas u otro mecanismo que le permita aprovechar algún tipo de beneficio o exención.

Santander de Quilichao tiene necesidades de ciudad intermedia, pero maneja presupuesto de pueblo (ocho mil millones de pesos). Esta situación representa una gran dificultad para la administración municipal pues sólo en gastos administrativos y de personal invierte cinco mil millones de pesos al año, quedando apenas tres mil millones para inversión general en cultura, deporte, salud, educación, desarrollo social e infraestructura.

Tras muchos golpes económicos en el municipio existe una generalizada desesperanza debido a la situación de desempleo que se agudizó con la caída de las “pirámides” a finales del 2008 cuando más de veinte mil personas perdieron su dinero. Esto lo aseguran muchas personas en el pueblo y uno de los tantos reportajes del periódico El Espectador que el 22 de noviembre del 2008 titulaba: “Así estafaron a la tierra del oro” haciendo referencia al nombre indígena de la población.

## **Salud**

El municipio cuenta actualmente con dos ESE públicas (Quilisalud de Nivel I y el Hospital Francisco de Paula Santander de Nivel II), once IPS y cinco EPS. Según datos oficiales, para el año 2008, 46.736 personas del municipio ya se encontraban afiliadas en el régimen subsidiado de salud (Secretaría de Salud Municipal –SSM-, 2008). Los porcentajes de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud están distribuidos de la siguiente manera: el 43% de las personas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, el 16% al contributivo y el 41% son “vinculadas”, es decir, población pobre no afiliada.



Para el año 2008 los datos de *morbilidad* contemplados en el Plan de Desarrollo del municipio establecían como principales enfermedades las del sistema digestivo, seguidas de dolencias infecciosas y parasitarias, problemas cardiovasculares e infecciosas de las vías urinarias.

De acuerdo con los datos de la Secretaría de Salud Municipal entre los años 2000 y 2007 se registraron 39 casos de VIH y en el 2007 aparecieron seis nuevos casos. Los barrios con mayor incidencia son la zona centro, Morales Duque y Betania; y aunque el municipio no tiene cifras actuales, se dice que en lo corrido del presente año (2009) se han detectado aproximadamente otros tres casos.

En relación con las causas de *mortalidad* para el 2008, se enumeran como principales las muertes violentas por homicidios o lesiones infringidas intencionalmente por otras personas, seguidas por las enfermedades del corazón, las cerebro-vasculares y los tumores (principalmente de tipo gástrico).

## **Educación**

Para educación se maneja un rubro de 1,300 millones de pesos destinados a 20,000 estudiantes, 800 profesores y 115 sedes educativas; los cuales deben ser destinados a la compra de materiales para las instituciones en cumplimiento con la ley 715 del 2001. Esto genera grandes limitaciones pues la inversión queda restringida y las necesidades son muchas.

Al revisar las cifras oficiales se obtuvo que para el año 2008 la cobertura en preescolar era del 74%, en primaria del 96%, en secundaria del 89% y en educación media del 53%. En el año 2009 se matricularon en los diferentes centros educativos 21,091 niños y jóvenes. Según funcionarios de la Secretaría de Educación, en los dos últimos años se ha presentado un aumento del 4% en las matrículas de los establecimientos públicos. Actualmente el 95% de los jóvenes se encuentran en instituciones públicas y apenas el 5% en privadas.

La administración municipal tiene prevista la construcción de la nueva sede del Colegio Fernández Guerra con una cobertura de 800 nuevos cupos y una inversión de 1,700

millones de pesos. Allí se va a trasladar el colegio ya existente. No obstante, los recursos no son suficientes.

En cuanto a programas, el municipio planteó el proyecto bilingüe *Knowledge* cuyo objetivo es implementar el idioma inglés como segunda lengua en las Instituciones educativas oficiales. Se pretende enseñar las ciencias básicas en los dos idiomas (español e inglés). También está el proyecto “Escuela, espacio de convivencia” que busca generar espacios para la resolución de los conflictos de manera pacífica.

La cobertura general de escolaridad en Santander de Quilichao es del 92% hasta el grado octavo. De ahí en adelante se observa un alto índice de deserción y una baja drástica en los indicadores de cobertura. Los jóvenes del municipio están dejando el colegio porque tienen que ayudar económicamente en sus hogares, además una vez que egresan no cuentan con oportunidades laborales ni perspectivas de educación.

En relación con esta problemática un estudio realizado por la Universidad del Valle sobre niños trabajadores de la galería del municipio, encontró, entre otras cosas, que muchos de los niños no reconocían su derechos a jugar debido a que su prioridad es trabajar para sostener sus hogares.

Las dificultades del sector educativo van más allá por cuanto el consumo de drogas se está iniciando en colegios que no cuentan con planes efectivos de atención y prevención. Cabe resaltar que desde hace un par de meses se ha venido trabajando una iniciativa municipal para la adecuación del programa de prevención utilizado en la actualidad en Chile por el Ministerio del Interior de ese país<sup>5</sup>.

Dentro de los colegios existen altos índices de violencia. Incluso muchos profesores han sido amenazados de muerte por estudiantes o personas externas a las instituciones por lo cual han tenido que dejar el pueblo y sus cargos. A esta situación se suma la detección de sitios de expendio y consumo dentro de los planteles.

### **Violencia y Narcotráfico**

El homicidio fue la primera causa de mortalidad en el 2007 abarcando un 34% del total de defunciones. En segundo lugar se ubicaron los accidentes de tránsito con un 12%.

---

<sup>5</sup> [www.conacedrogas.cl](http://www.conacedrogas.cl)

El Observatorio del Delito en el municipio muestra que en esa misma época Santander de Quilichao fue la población del Norte del Cauca con más casos de violencia reportados en los centros de atención. Entre las principales denuncias se encontraron conflictos familiares, problemas de comportamiento, maltrato por negligencia, maltrato físico y abuso sexual, en su mayoría dirigidos a menores de edad (PDM, 2008).

Aunque fue desarticulada la columna principal del tráfico de heroína en el municipio, aún continúan personas que se encargan del negocio manejando un bajo perfil. Actualmente continúan las actividades de sicariato, las cuales, a septiembre del 2009, habían dejado un saldo de 47 víctimas. Respecto a los años anteriores se observa un patrón ascendente: 55 homicidios en 2005, 65 en 2006, 71 en 2007 y 79 casos en 2008. El rango de edades más afectado se encuentra entre los 20 y los 24 años con un 27% de los homicidios. Como respuesta a la situación de sicariato se han tomado medidas como la prohibición de “parrilleros” en motos de alto cilindraje y el toque de queda para menores de edad a partir de las diez y media de la noche.

Actualmente grupos paramilitares siguen presentes en la zona rural. Debido a sus acciones la violencia y el dolor son más que tangibles en el día a día de la población. Adicionalmente, se han creado grupos de “limpieza social” dedicados a exterminar a los consumidores drogas y al parecer pagan hasta un millón de pesos por cada expendedor asesinado. En el municipio también hay presencia de grupos guerrilleros. El 19 de septiembre del 2009 la “Casa de la Justicia”, próxima a ser inaugurada, fue destruida por una carga explosiva detonada por presuntos guerrilleros de las FARC.

En lo corrido del año 2009 se han realizado 19 allanamientos relacionados con estupefacientes, durante los cuales 30 personas fueron capturadas y se pusieron en extinción siete bienes inmuebles. Con respecto a las drogas ilegales la sustancia que más se incautó fue la marihuana (63.5 Kg), seguida de la cocaína (4.8 kg), la base de coca (3.9 kg) y la heroína (173 gr).

La economía mafiosa ha generado en el municipio la aparición de redes de prostitución infantil y juvenil o “niñas prepago” de 13 a 16 años, para satisfacer los gustos de los capos del narcotráfico de la zona. Según algunas de las personas entrevistadas, por una niña cualquiera se están pagando cerca de 200 mil pesos y por una virgen hasta dos millones de pesos. Sin duda, una problemática grave asociada al narcotráfico y la pobreza.

Si a esto se suma la falta de posibilidades para los jóvenes en el municipio puede entenderse la noción –aunque no generalizada- de ganarse la vida de manera “fácil”, que ha traído además de violencia, la aceptación social de los modelos narcotraficantes de la llamada cultura “traqueta”<sup>6</sup>.

Durante el trabajo de campo se pudieron observar casos específicos de menores de edad inmersos en redes de narcotráfico: por un lado, las autoridades del municipio detuvieron a un adolescente de 14 años que intentaba entrar 13 gramos de cocaína a la institución educativa a la que pertenecía; por otra parte, un joven cortador de caña se volvió “limpiador” de marihuana porque le pagaban mejor y se enfermaba menos. La mayoría de los crímenes judicializados cometidos por jóvenes en Santander de Quilichao han sido el hurto calificado y el porte de drogas.

En el Cauca sólo a partir del 1 de octubre del 2008 comenzó a regir el Código de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 del 2006) debido a que el departamento no contaba con la logística y las personas capacitadas en dicha normatividad. De todas formas los narcotraficantes están utilizando a los menores de edad para transportar drogas dado que, de acuerdo con el Artículo 142 del mentado código, los menores de 14 años son inimputables y tienen garantías constitucionales especiales. Entre tanto, durante 2009 se han detenido a dos menores de 14 años por porte o fabricación de armas, uno por violación a habitación ajena, uno por actos sexuales abusivos y dos por lesiones personales. Durante el año 2009 se han presentado once casos de capturas –la mayoría en centros educativos- por porte de estupefacientes.

A pesar del oscuro panorama las autoridades municipales afirman que la situación no es tan grave como se expuso a nivel mediático<sup>7</sup>. Por el contrario, el manejo sensacionalista y superficial dado por algunos medios de comunicación, ha satanizado a Santander de Quilichao mostrándolo como un lugar de drogadicción y anomia e ignorando los esfuerzos de las autoridades y la sociedad civil para enfrentar este problema.

---

<sup>6</sup> Hay que destacar en este sentido la influencia de diversos escritores y directores de cine quienes han difundido las características y estéticas del mundo del narcotráfico. Véanse al respecto las novelas “No Nacimos Pa’ Semilla” de Alonso Salazar, “Rosario Tijeras” de Jorge Franco, “La Virgen de los Sicarios” de Fernando Vallejo y las realizaciones cinematográficas de Víctor Gaviria “Rodrigo D. No Futuro” y “La Vendedora de Rosas”. A las anteriores obras deben sumársele las múltiples telenovelas producidas recientemente por los canales abiertos de televisión que cuentan con mayor difusión.

<sup>7</sup> Al respecto caben citarse el programa de televisión “Documentales Pirry” realizado por el canal RCN y el artículo del periodista Antonio José Caballero del 27 de septiembre del 2009 publicado en el diario El País titulado “Quilichao: tierra de nadie”.

## Geopolítica

Son muchas las razones por las cuales Santander de Quilichao ha sido afectado por las drogas. En primer lugar, la *caída de precios* de la heroína (cuya materia prima es la amapola o adormidera) en los mercados de Estados Unidos y Europa. Este fenómeno, consecuencia de la sobreproducción en Afganistán, incide indirectamente en el consumo actual de heroína en el municipio debido a que los expendedores se vieron en la necesidad de crear mercados locales para vender lo que ya no pueden negociar por fuera del país.

Por otra parte están las condiciones privilegiadas del departamento del *Cauca para producir y cultivar amapola y coca*. Se estima que en el departamento se cultiva y trabaja cerca del 39,2% de la amapola producida en todo el país (DNE, 2007). La cadena de producción de la heroína comienza en terrenos fríos como Bolívar, La Sierra, Páez y la Vega Cauca donde la amapola es sembrada al lado de papa, arveja y habas. Luego se aprovecha la *posición estratégica* de Santander de Quilichao para sacar la droga. El municipio colinda con las montañas donde se cultiva la amapola (la zona del Naya) y está atravesado por vías principales como la Panamericana y otras carreteras que conducen directamente al sur de país y al puerto de Buenaventura. Estas condiciones hacen que Santander de Quilichao se haya visto inundado por altas cantidades de heroína y otras sustancias psicoactivas ilegales.

Por ser un eje comercial, Santander de Quilichao se ha convertido en lugar de encuentro de diversos grupos armados y narcotraficantes provenientes de municipios vecinos, que aprovechan su posición geoestratégica para realizar actividades al margen de la ley. En Toribío, por ejemplo, ha existido presencia de guerrillas provenientes del sur del Tolima desde hace 40 años y Corinto ha estado permeado por el narcotráfico hace décadas. Es allí donde se produce una de las mejores marihuanas del mundo vendida en calles y establecimientos europeos, la “Punto Rojo” o “Cominera” (llamada así por ser cultivada en la vereda “La Cominera”). Corinto también ha sido “fortín” histórico de las FARC.

En Caloto han existido cultivos y redes de tráfico de drogas. Villarica es una población pobre con un nexo muy concreto con Puerto Tejada relacionado con delincuencia juvenil. Puerto Tejada se ha caracterizado por ser un municipio con alta corrupción administrativa. Varios alcaldes en los últimos años han terminado en la cárcel o han sido

investigados. Además, en los últimos años han habido siete u ocho mandatarios. En Puerto Tejada es evidente la falta de empleo y ocupación sobre todo en la población juvenil. Esto al parecer ha propiciado el desarrollo de un proceso de organización delincriminal muy fuerte de sicariato y expendio de droga.

En Buenos Aires se han detectado en los últimos años laboratorios de manufactura de coca y sus derivados, y desde los años 1990 las guerrillas de las FARC y del Ejército de Liberación Nacional (ELN) se han disputado el dominio de la región. En Timba (municipio de Buenos Aires) está localizada la región del Naya donde ocurrió la masacre de indígenas Nasa en 2001 a manos de grupos paramilitares. Este lugar, además de ser epicentro de cultivos, es un corredor estratégico hacia la costa Pacífica para exportar drogas y comerciar armamento.

Aunque se han detectado casos de consumo de heroína en pueblos cercanos, la problemática no se ha hecho tan evidente como en Santander de Quilichao debido a su importancia estratégica. Algunos casos aislados en municipios aledaños están relacionados, por ejemplo, con la intoxicación de niños con opio, pero esto evidencia la existencia de familias cultivadoras que manipulan la adormidera, no el consumo de drogas.

La *Cercanía de Santander de Quilichao con Cali* ha traído beneficios de diversa índole en materia de servicios y comercio; no obstante, también ha estimulado el tráfico y consumo de estupefacientes. Se habla de personas que desde los años 1980 ya colaboraban con el tráfico de sustancias ilícitas bajo las órdenes de grandes capos históricos. Entre el año 1998 y el 2004 hubo una presencia permanente de los paramilitares en el municipio quienes generaron una guerra entre los viejos narcotraficantes y los nuevos en un conflicto salvaje que generó en promedio dos o tres muertos diarios. Los paramilitares estuvieron ubicados por conocimiento de mucha gente, e incluso de las autoridades del pueblo, en la vereda Lomitas que queda a diez minutos del casco urbano. Este lugar fue centro de desapariciones y asesinatos y dio origen al movimiento que terminó en la masacre del Naya y a la ola de violencia de 2002 protagonizada por guerrilla y paramilitares por el dominio territorial y comercial.

Un factor adicional que hizo de Santander de Quilichao un centro de venta y consumo de heroína y otras sustancias psicoactivas fue la *ruptura al interior de la organización de*

***tráfico histórica en el municipio*** liderada por alias “Amigazo” conocido también como “El rey de la amapola” y alias “El Tío”. Los dos personajes, quienes comenzaron el negocio del tráfico de heroína en el municipio, terminaron en bandos distintos debido a pugnas por el poder y el incumplimiento de pactos internos. Esta situación desató una ola de violencia por el manejo del territorio e hizo que el tráfico aumentara pues cada narcotraficante generó su propio mercado.

De acuerdo con la revista semana en su edición del 22 de agosto del 2004, quienes conocieron a Juan Carlos Crespo Ballesteros alias “Amigazo” a mediados de los años 90, jamás se imaginaron que este sencillo comerciante de carne cuyo pequeño local quedaba en la plaza de mercado de Quilichao, lograría diez años después ocupar un cargo tan importante en el mundo del narcotráfico. En el año 2004 alias “Amigazo” fue capturado y en el 2006 fue firmada su orden de extradición hacia los Estados Unidos. No obstante, en el presente año fue dejado en libertad y se encuentra nuevamente en Santander de Quilichao. A alias “El Tío” al parecer lo asesinaron aproximadamente en el año 2004, pero no se conocen los autores materiales o intelectuales del crimen.

## 4. Consensos y Disensos

Como parte de la propuesta metodológica descrita se organizaron talleres con los diferentes actores sociales del municipio con el propósito de tener una perspectiva más amplia de la problemática y sus posibles causas. De estas actividades se derivaron puntos de tensión y de acuerdo que constituyen una información importante para la implementación de los ejes de la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas.

*Todos los grupos participante coincidieron* en la necesidad de intervenir sobre problemáticas familiares la desintegración, violencia doméstica, separaciones, abandono parcial o total, carencia de autoridad, falta de tiempo y calidad del mismo, chantaje emocional, falta de afecto, madresolterismo, falta de coherencia entre lo que se enseña y lo que se hace, falta de principios y solidaridad, irrespeto, intolerancia, problemas de comunicación, vacíos emocionales, soledad y falta de valores. Incluso para algunos, el “99%” de los casos de drogadicción en menores tienen como base la “disfunción” familiar. Sólo unas pocas personas pensaban por sus experiencias de vida, que el problema de las drogas no nacía por disfunciones familiares, pues ellos nunca habían consumido SPA y se habían alejado de todo tipo de problemas.

*Los representantes del gobierno y la sociedad civil coincidieron* en que en el municipio no existen oportunidades para los jóvenes y que esto impide la conformación de proyectos de vida. Hubo más puntos en común entre la sociedad civil y las personas consumidoras que entre estos últimos y los representantes de las instituciones gubernamentales con quienes sólo coincidieron en relación problemática con la familia.

*La sociedad civil y los consumidores coincidieron* en nombrar la influencia de los pares o amigos, la curiosidad y la falta de formación espiritual como factores incidentes en el desarrollo de la problemática.

Los *datos adicionales que brindaron los actores gubernamentales* en relación con las causas del consumo de heroína y otras SPA fueron: la facilidad de acceso al consumo y la gran oferta en las calles del municipio. Estas causas las relacionaron con la dificultad de exportar las drogas debido a que el tráfico ha sido controlado por las autoridades nacionales y las organizaciones traficantes han tenido que crear mercados locales. También hicieron



énfasis en las características de la zona perimetral del municipio, propicia para el cultivo de la adormidera. Otros factores relacionados fueron: la disminución de precios por el aumento del *stock* (producción acumulada); la adicción de los consumidores que implica pagar la droga a cualquier precio para evitar el síndrome de abstinencia; la falta de campañas de prevención; el mal manejo del tiempo libre y el poco compromiso por parte de la sociedad en relación con el consumo de sustancias psicoactivas lícitas como el alcohol, que se vende y se brinda sin ninguna restricción a los menores de edad.

**La sociedad civil** mencionó factores como la falta de políticas de Estado, la problemática educativa, los numerosos riesgos socio-ambientales y la situación económica.

Por su parte los **jóvenes consumidores** recalcaron aspectos como la falta de información real sobre las consecuencias del uso de la droga antes de haber iniciado el consumo, pues según ellos, la heroína les generaba mucha curiosidad y la ignorancia los hizo vulnerables a la influencia de información distorsionada. Manifestaron que en muchas ocasiones sólo tenían los conocimientos que les brindan otros consumidores dependientes y hasta los mismos vendedores.

Dentro de las causas del consumo también destacaron la facilidad de adquisición de las drogas, las actitudes personales y los defectos de carácter o hábitos aprendidos de las personas con quienes comparten sus vidas.

### **Consumo de SPA**

Las personas que piensan que el “99%” de los casos de drogadicción en menores tienen como origen la disfunción familiar (perspectiva que está muy difundida entre las instituciones) también afirman que el Estado debe brindar las herramientas de prevención pero que en el fondo son las familias las que deben educar a los hijos y no solamente en el colegio y el sector salud. Al respecto los miembros de la sociedad civil coinciden en que muchos padres se desentienden de sus hijos y esperan que sea el colegio el lugar en donde se empieza a educar, sin notar que una posición activa en este proceso es básica. No obstante, muchos piensan que los actores gubernamentales que le dan mayor peso a este argumento se “limpian las manos” al cargarle toda la responsabilidad a la familia.

En general las miradas que se hacen en el municipio respecto al consumo de SPA están enfocadas en las familias y en la visión de la drogadicción como un problema de salud pública. La mayor parte de las personas concordaron en que el consumidor no debe ser tratado como delincuente, opinan que no se trata de llenar las cárceles de personas consumidoras que tienen que robar para conseguir su dosis de droga y evitar el síndrome de abstinencia; se trata de evaluar cuando una persona puede requerir asistencia médica para superar o mitigar su adicción. En contraste otras opiniones, aunque pocas, rechazaron la existencia de un Estado “paternalista y alcahueta” con los consumidores.

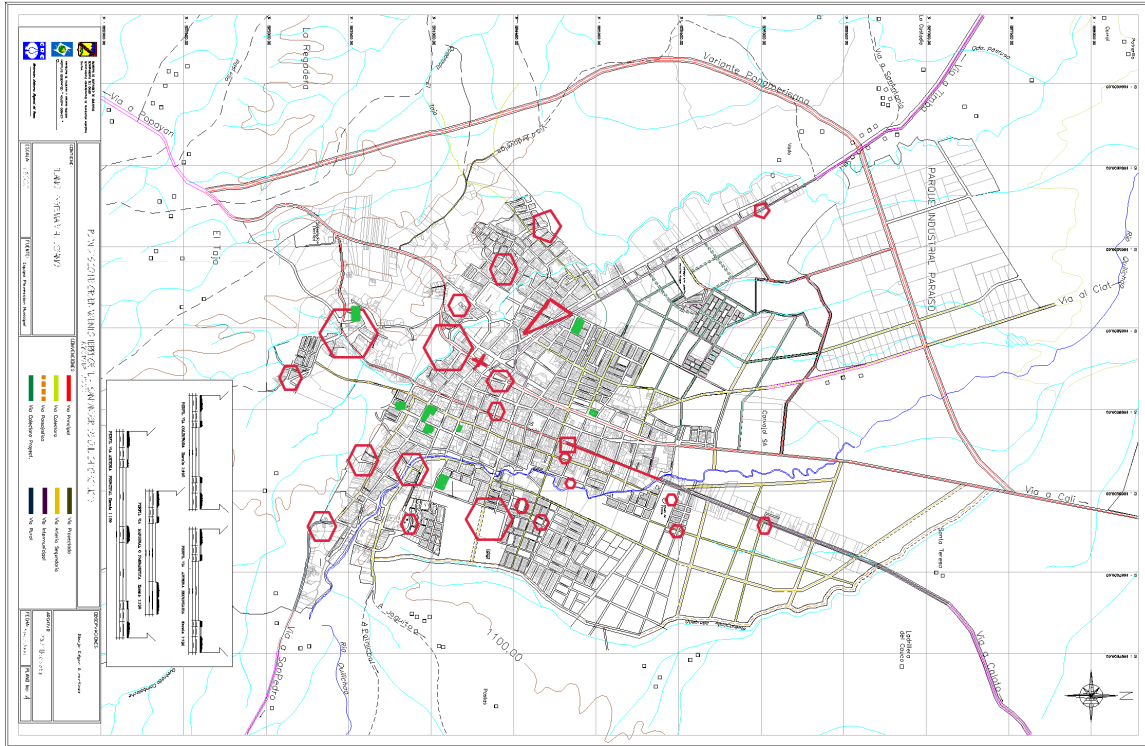
En general los representantes de las instituciones opinaron que los expendedores y traficantes deben ser castigados con todo el peso de la ley. Los vendedores entrevistados por el contrario, afirmaron que ellos llegaron a su actual situación debido a que ya eran consumidores y que esa actividad fue la única que les permitió proveerse sus dosis y asegurar una “entrada extra”. De acuerdo con los hallazgos de la presente investigación, todos los vendedores entrevistados son a la vez consumidores.

Ante el caso hipotético de un vendedor que fuese a la vez consumidor, la mayoría de las personas manifestaron no saber cómo manejar la situación, debido a la dificultad de definir los límites entre enfermo y delincuente y al trato que cada uno debe tener desde la normatividad.

En la actividad realizada con los mapas sobre identificación de zonas de venta y consumo de heroína en Santander de Quilichao, los diferentes actores concuerdan en que los barrios más afectados por la venta y consumo de heroína son: El porvenir (Vida Nueva), Morales Duque (Matadero, terminal), Betania (Puente de Terpel), centro (Galería, parqueadero de taxis, parque principal), Nariño (cerca al centro de salud), Lourdes (Villa Vaques, vía San Pedro), Belén (Mirador), Santa Anita II, Centenario, la Corona y San José.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Las zonas marcadas con color rojo fueron realizadas por el grupo de investigación y delimitan los lugares del municipio consideradas vulnerables; así mismo, las partes verdes muestran los sitios donde se ubican las principales instituciones públicas y privadas que conforman la red de respuesta del municipio.



**Mapa 2.** Zona Vulnerables al Consumo de SPA Municipio de Santander de Quilichao. 2009

### **Cultivos Ilícitos**

Otra situación controvertida fue la posibilidad de que en los resguardos indígenas se esté cultivando coca y amapola bajo el amparo del Artículo 246 de la Constitución Política de Colombia, que confiere la jurisdicción especial indígena. Para algunos funcionarios la posibilidad de que las autoridades indígenas ejerzan funciones jurisdiccionales se les está saliendo de las manos. Otros piensan que las comunidades indígenas presentes en la zona han negado de manera contundente la aparición de cultivos con fines distintos al uso

tradicional, han controlado la existencia de consumos y se han convertido en aliados estratégicos para combatir la problemática.

### **Penalización Versus Legalización**

La temática que más controversia generó fue la tensión entre legalización y penalización del consumo de SPA. Algunos de los participantes están de acuerdo en favorecer las acciones militares en contra del tráfico, según ellos, el hecho de contener el comercio y la producción dificulta el acceso a la droga, debido no sólo a la menor exposición a la sustancia que esto supone sino al encarecimiento de la misma:

“La despenalización de la droga deja más oportunidad de adquirirla por parte de los jóvenes y además se podría dar una dinámica parecida a la del alcohol donde se relaciona el mayor consumo de alcohol con mayor hombría en una cultura machista”.

Otros por el contrario, dicen que la penalización no funcionaría por cuanto no se cuenta con un plan de respuesta para las personas consumidoras y además porque sirve a los narcotraficantes para obtener una mejor rentabilidad en su negocio. Comentaron que las medidas restrictivas nunca han funcionado y que lo mejor sería una normatividad clara frente a los cultivos denominados actualmente como ilícitos y al consumo de drogas, en concordancia con el libre desarrollo de la personalidad consagrado en el Artículo 16 de la Constitución Política. Para no afectar a las personas que no son consumidoras esta normatividad debe expresar claramente los lugares donde se puede o no consumir, controlar la calidad de las sustancias consumidas, restringir el uso a los menores de edad y penalizar cuando se haga daño a terceros, pero ante todo, debe enfocarse en la prevención guiada por los centros educativos y el sector salud con la participación de los demás actores sociales.

### **Educación para la Toma de Decisión**

La mayoría de las personas que participaron en los talleres y las entrevistas piensan que tradicionalmente se ha tenido una visión “lastimera” y moralista frente a los consumidores de drogas que no ha permitido acercarse bien al problema. Algunos creen

que la legalización o la despenalización de las SPA que ha ocurrido en otros países es la mejor decisión, pero que en Colombia esto sería una utopía debido a las múltiples dificultades en salud, educación y justicia. En ese sentido prefieren las acciones en contra de los traficantes. Sin embargo, otros piensan que un mundo sin drogas también resulta una situación utópica y que la mejor estrategia es la educación para la toma de decisión.

En general se cree que un menor de edad desescolarizado es más vulnerable ante el consumo de drogas. El desacuerdo está en el tipo de formación que debe brindársele a los estudiantes. Algunos piensan que la mejor forma de evitar que niños y jóvenes consuman SPA es la educación basada en principios morales y religiosos que se disputan la iglesia católica y las congregaciones cristianas. Al respecto uno de los participantes de los talleres nos comentó sobre la pugna que se ha presentado entre estos dos cultos y su relación con la política. Debido a que los dos últimos alcaldes del municipio profesan la religión católica las personas de otras iglesias se sienten excluidas de las iniciativas gubernamentales y de las posibles acciones que pueden llegar a desarrollar para ayudar a las personas consumidoras. Según la misma fuente, a las personas cristianas se les han negado espacios públicos para actividades dirigidas a los jóvenes y en algunas ocasiones las iniciativas que logran ejecutar son interferidas por el estigma que existe hacia su religión: “...es una lucha por quién tiene más creyentes y se está perdiendo la función social de las iglesias”.

La alcaldía por otro lado, ha brindado espacios de socialización para jóvenes tales como fiestas de integración. Estas iniciativas, según comentaron los propios funcionarios del gobierno, sólo han servido para incentivar el consumo de drogas y hacer proselitismo político aprovechando que la mayoría de los habitantes de Santander de Quilichao son jóvenes.

### **Papel del Estado**

Muchas personas no saben realmente si los consumidores de drogas son en realidad, victimarios o víctimas, pues evidentemente, cada uno tiene su historia. Algunos piensan que son sujetos que llegan a cargarse de rabia por la situación en las que el mundo los ha puesto y que son personas con baja autoestima. Varios participantes de la investigación piensan que el consumidor es producto del sistema y que sufre un desorden patológico.

Hablan de la ambigüedad de las propuestas estatales como la penalización del consumo y al tiempo la búsqueda de atención para los consumidores: “...lo que se hace actualmente es poner al consumidor como lo podrido de la sociedad, cuando en realidad son enfermos”.

Diferentes personas de la sociedad civil piensan que uno de los problemas estructurales es el mal manejo político de la situación social, debido a que al parecer en los ***cargos gubernamentales no se tienen personas idóneas***. Según ellos, la mayoría de los funcionarios y contratistas han sido puestos allí por favores políticos y esto no ayuda en nada a la situación del municipio, por el contrario, la complejiza.

En el plano nacional la gente piensa que los ***legisladores son personas que nunca han conocido las condiciones reales de los consumidores*** de los estratos bajos y diseñan las normas sin investigar lo que realmente sería beneficioso para la población. Ellos ignoran las situaciones que llevan a la gente a hacer lo que hacen: “hay que mirar desde abajo para hacer las normas, y no desde arriba como se acostumbra”. Algunos de los entrevistados aseguraron que ellos legislan así debido a que probablemente nunca han tenido un familiar consumidor.

En relación con el rol de las instituciones se encontraron numerosos reclamos relacionados con el accionar de Fuerzas Armadas. Algunas personas piensan que el problema se debe a la baja efectividad de las acciones militares y a la respuesta tardía a las denuncias ciudadanas, que dan la impresión de alianzas con los narcotraficantes. En contraste, quienes defienden a las instituciones comentan que la baja efectividad se debe en gran medida a que las acciones policiales tiene una dificultad jurídica de base, debido a que el sistema penal colombiano, con todos sus requisitos, no permite satisfacer las necesidades de seguridad de los ciudadanos. Se mencionaron como ejemplo los numerosos trámites para realizar allanamientos que impone la Ley 906 del 2004 con la cual se expide el Código de Procedimiento Penal:

“...no es tan sencillo como que la gente denuncie y luego se allana... de manera que así la policía tenga toda la intención de trabajar las peticiones de la gente, es la misma reglamentación la que impone las barreras, y se dan estas situaciones fallidas, que la gente toma como ineptitud por parte de la entidad”.

Alguien contó el caso de un robo en un almacén del municipio en el cual tres hombres con pasamontañas amarraron a todas las personas del establecimiento. Cuando

terminaron de realizar el hurto, uno de los ladrones se dirigió al otro y le dijo: “Vámonos David”. Al día siguiente, la señora que fue robada encontró en su negocio un papel realizado en una estación de policía con la denuncia de pérdida de documentos con el nombre del agresor (David), una foto de él y la dirección del domicilio. Ella va a poner la denuncia ante las autoridades; no obstante, desiste de su intención al enterarse del largo procedimiento a seguir para la captura del presunto agresor. El trámite era el siguiente: primero, como ella no vio cuando se le cayó el documento al agresor, éste no es considerado una prueba para el proceso. Antes de capturar al agresor se envía la foto a una entidad de control en Cali para mirar si tiene antecedentes, se hace un reconocimiento de rostros por parte de la víctima y los testigos entre muchas otras fotos, se ordena la captura por parte de un fiscal, se hace la captura, se pone al agresor al lado de otras personas con características similares y debe ser identificado nuevamente por la señora; proceso que demora en el mejor de los casos cerca de un mes, periodo suficiente para que el agresor escape, cambie de domicilio y borre las pruebas que lo incriminan.

Un proceso similar se debe seguir para realizar un allanamiento. Si alguien reporta por ejemplo, que en cierta casa se están vendiendo drogas, antes de allanar, la persona tiene que hacer una denuncia firmada explicando la forma en que se expende. Esto, lógicamente causa miedo pues pone en riesgo la seguridad del denunciante. Algunos fiscales aceptan la declaración con firma anónima, pero no todos lo hacen, depende de quién ocupe el cargo, dado que la normatividad no es clara. Después de esto se debe monitorear la vivienda con cámaras filmadoras para que el trueque quede claramente registrado. Posteriormente se recogen todas las pruebas y se pide la orden de allanamiento al fiscal encargado.

Por otro lado, algunas personas dijeron que en los juicios se imita el modelo estadounidense de poner frente a frente al agresor y la víctima (referencia al Sistema Penal Acusatorio). También comentaron que este mecanismo no funciona en Colombia debido a la fragilidad del sistema judicial y a las represalias que se puedan tomar en contra del denunciante. En relación con esta cuestión uno de los representantes de las instituciones de control comentó:

“Es un modelo metido a la fuerza. Después del proceso de allanamiento y dando por hecho que haya resultado exitoso, “positivo”, el fiscal realiza una audiencia de legalización de captura, pero la ley no está bien estructurada y por lo general los dejan libres, porque los abogados ya se conocen muchos trucos para lograr que el acusado salga, además para la policía no es un negocio

judicializar a todo el mundo... El policía se da cuenta que no tiene respaldo de las leyes. Cuando un policía pega, es reflejando su impotencia y diciendo, sin justificarlo, que eso es lo único que puede hacer... muchos policías se cansan de estar llevando presa a la misma persona por el mismo delito y que siempre lo dejen libre. También hay que entender que las condiciones laborales de los agentes no son las mejores y les crean trastornos psicológicos, son personas que hacen un turno trasnochando cada día de por medio, ante diversas condiciones climáticas, son personas con distintos caracteres, es un trabajo difícil que los tiene con el miedo encima de ser en cualquier momento asesinados. Lo que la gente no sabe es que el departamento del Cauca pone un policía muerto cada mes”.

En oposición a este argumento otras personas no están de acuerdo con las medidas represivas y están seguras de que la Policía y el Ejército no van a arreglar la falta de oportunidades, una de las principales causas del consumo de heroína y otras drogas. Muchos de los participantes creen que los policías debería tener un procedimiento claro cuando encuentran a alguna persona usando drogas. Los consumidores por ejemplo, creen que en lugar de golpearlos, como es lo acostumbrado por algunos miembros de la fuerza pública, debería existir un procedimiento en coordinación con otras instituciones como el sistema de salud y las comisarías de familia que los ayudara con su problemática. Para ellos lo ideal sería contar con asesoría, ayuda médica para la desintoxicación y trabajo. No quieren seguir siendo vistos como delincuentes, por el contrario consideran que tienen una enfermedad difícil de sanar. Al respecto fue recurrente en sus relatos la desesperación que produce el síndrome de abstinencia que los obliga a robar o a prostituirse para obtener el dinero de una dosis.

En relación con las acciones que debe tomar la administración municipal para reducir el consumo y la venta de heroína existen también controversias. Algunos piensan que la mejor forma de intervención es hacer que la fuerza pública tenga presencia continua en las zonas para impedir el consumo. Esto también implica mejorar la infraestructura y los alumbrados públicos. Otras personas creen que esas son sólo acciones “cosméticas” que solo sirven para trasladar el problema de lugar. Esto coincide con la versión de los consumidores entrevistados, quienes se desplazan a otros barrios del pueblo o esperan la ronda de rutina de la policía para salir a las calle y seguir consumiendo. En respuesta a este argumento los defensores de las medidas policivas creen que estas estrategias transmiten un mensaje claro a la población acerca del cumplimiento de la Ley.



En la mayoría de las actividades se notó que *las personas están cansadas de las iniciativas gubernamentales (como la presente investigación) que “nunca hacen nada para remediar la situación”*. La gente comentó que ya se han hecho muchos estudios sobre el consumo en el municipio, que se conoce de la situación y las dificultades existentes, pero que no se toman medidas. Estas actitudes demuestran la mala imagen de las entidades estatales y el creciente clima de desesperanza en el municipio.

El principal punto en común de todos los actores sociales entrevistados fue la necesidad de que el gobierno nacional invierta en respuestas sociales y vincule al sector privado en la generación de programas laborales y de inclusión social. La idea en este sentido es que los consumidores no tengan que robar o delinquir para conseguir sus dosis. Incluso, algunas personas opinaron que los consumidores deberían tener algo así como un “carnet de consumo” con un control limitado y controlado por el gobierno y que las personas que venden la droga digan “el gobierno me dio la oportunidad de trabajar, sigo consumiendo y me respetan mi libre desarrollo”.

## **5. Situación del Consumo de Heroína en Santander de Quilichao**

El consumo de drogas un asunto que genera estigma y discriminación. En esta percepción coinciden principios médicos y morales que entienden este tipo de prácticas como nocivas para la salud, degeneradas, peligrosas y generadoras de delincuencia. Como se ha descrito a lo largo de este informe sobre estas conductas consideradas “anormales” recaen varios tipos de dispositivos coercitivos: por una lado la Ley que juzga la conducta como delito, por otro las prácticas cotidianas de rechazo y finalmente el exterminio encarnado en la mal llamada “limpieza social”. También se ha mostrado cómo muchos de los consumidores comenten otro tipo de conductas delictivas como el robo para seguir accediendo a las drogas y cómo no existe una adecuada respuesta social, más allá de las acciones represivas.

Bajo este contexto el municipio de Santander de Quilichao busca hallar soluciones que le permitan enfrentar el consumo de heroína, un problema hasta ahora desconocido para las autoridades colombianas. Sin embargo, no es fácil acceder a las personas usuarias de drogas pues no es posible expresar públicamente dicha condición. Esto planteó un problema metodológico de acceso al realizar el trabajo de campo, que no hubiese sido posible resolver sin la colaboración de varios actores sociales preocupados por la salud pública de su municipio.

En Santander de Quilichao los consumidores crean estrategias para ocultarse y evitar ser reconocidos por la población en general. Emprenden entonces la búsqueda de sitios desolados, privados u ocultos para consumir la heroína. Estos lugares son cambiados constantemente por el miedo a ser descubiertos y sus consecuencias. Otra táctica es el aislamiento: hay por ejemplo familias que facilitan a sus miembros el acceso y uso de drogas dentro de sus hogares para así protegerlos de la exposición al escarnio quilichagueño. Esto, por supuesto, ocurre en las clases sociales más altas.

Hoy más que antes los habitantes del pueblo están preocupados por el problema de la heroína. Fue notable la repercusión que tuvo en la comunidad el documental “Infierno en las venas II” del programa Especiales Pirry del Canal RCN. La falta de prudencia en el manejo de la información afectó la seguridad de varias personas consumidoras y, por una acción metonímica, estigmatizó a todo el municipio frente al país. Como respuesta se

incrementaron las rondas de vigilancia de la fuerza policiaca itinerante FUCUR<sup>9</sup> y los usuarios de drogas se hundieron, aún más, en el anonimato.

Sorteando estas dificultades fue posible acceder a algunos consumidores e incluso expendedores de SPA. Pese al temor debe resaltarse su interés en participar en la investigación, pues la mayoría es consciente de las implicaciones que tiene el consumo y saben que esta información es vital para conocer a fondo la problemática y a partir de allí, proponer soluciones.

Se encuestaron un total de 29 personas consumidoras de SPA de las cuales 22 hombres y 4 mujeres usan heroína. Nos acercamos a ellos a través de distintas convocatorias y contactos realizados por la Comisaría de Familia, la Fundación Afrocolombianos en Acción y el Centro de Rehabilitación Shaddai, ubicado en Caloto. Con algunas de estas personas se realizaron entrevistas a profundidad para ahondar en las particularidades del consumo de heroína en Santander de Quilichao. Se realizaron también 4 encuestas y 2 entrevistas a expendedores de droga del municipio, que permiten apreciar otra mirada de la situación explorada. La cercanía con estas personas más allá de brindarnos información, nos permitió acercarnos a la faceta humana del consumo favoreciendo la comprensión del fenómeno desde el punto de vista de los sujetos que lo padecen.

### **Tráfico y Mercado de Sustancias Psicoactivas**

Según lo expresado por distintos actores sociales el consumo y tráfico de sustancias psicoactivas ha sido constante en Santander de Quilichao de Quilichao desde hace muchos años. Como se explicó en el capítulo 3, la confluencia de diversos carteles y actores armados sumada a la posición geográfica estratégica del municipio ha favorecido esta dinámica. Sin embargo, hasta la llegada de la heroína el consumo de drogas nunca había sido considerado “problemático”, pues no presentaba un carácter epidémico. Además, los efectos causados por esta sustancia, como el marcado síndrome de abstinencia que esclaviza al individuo, son más evidentes para la población que los producidos por otras drogas.

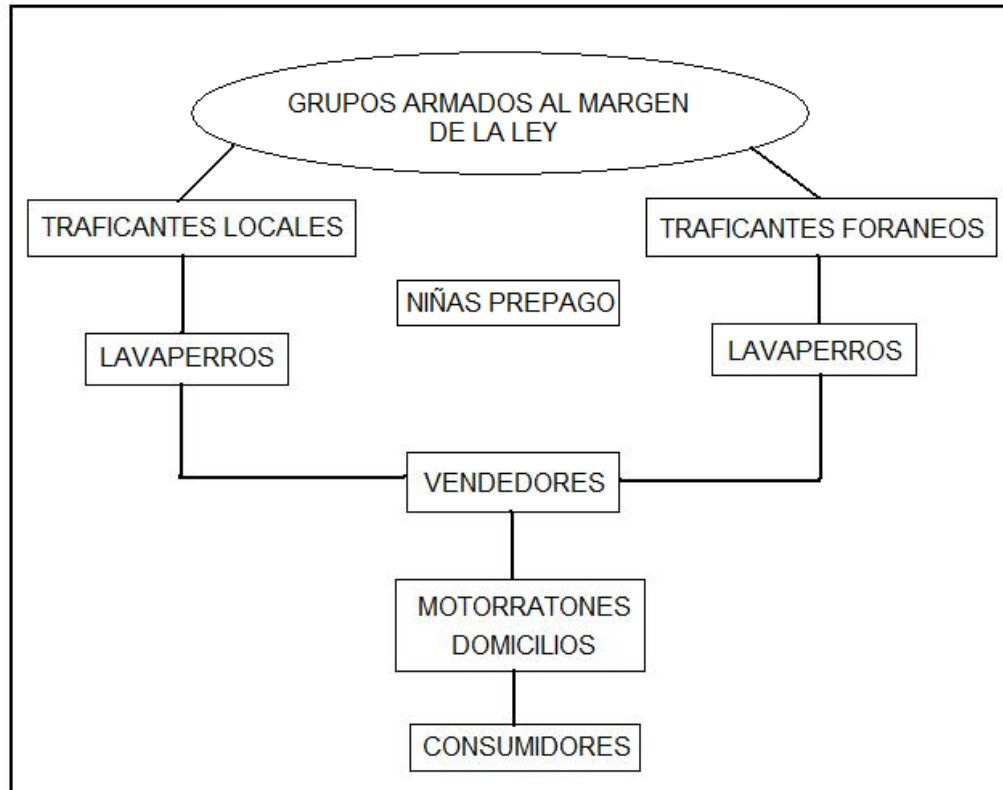
---

<sup>9</sup> Fuerza de Control Urbano, perteneciente a la Policía.

El mercado de drogas en Santander de Quilichao ha permanecido a lo largo del tiempo aunque el Ejército haya mermado su actividad. El tráfico actual se nutre de las experiencias de Juan Carlos Crespo, Alias “El Tío”, los Carteles de Cali, Jamundí y las organizaciones guerrilleras presentes en otros municipios del Norte del Cauca. Tras el desmonte de las grandes organizaciones criminales se levantaron redes atomizadas de individuos atraídos por las posibilidades de mercado de SPA en el municipio. Estas personas no pertenecen necesariamente a grandes redes de narcotraficantes sino que se abastecen de mercancía e inician su propio negocio. Se dice que algunos de estos personajes no viven en el municipio sino que vienen de otras localidades. Quienes sí pertenecen a Santander de Quilichao lo hacen porque les genera ingresos seguros y a la vez la posibilidad de ganar status social.

El modelo del “narco” es seguido tanto por quienes pertenecen a una organización criminal como por aquellos que comercian de manera independiente. Se trata de una persona respetada y temida con poder económico y posibilidades de asenso social. Además, se comporta de manera reaccionaria frente a las leyes y al Estado que no garantiza trabajo ni posibilidades de progreso. Por tanto, es lógico que una población pobre y desesperanzada vea en la figura del “narco” la oportunidad de adquirir un status sobresaliente y de tener poder. Esto explica también la ocurrencia de las llamadas “redes de niñas prepago” quienes, aunque siendo explotadas sexualmente, encuentran en esta actividad la oportunidad de ganar dinero y acender en la escala social estando cerca de hombres poderosos.

Los pequeños carteles están liderados por un capo principal (asociado con grupos armados al margen de la ley), el cual administra las labores de siembra de las plantas usadas para la obtención de las sustancias, contacta a los distribuidores de químicos necesarios para el proceso de refinamiento y por último, coordina la logística de producción y distribución del producto terminado. Este sujeto tiene a su mando una serie de asistentes denominados “Lavaperros”, quienes lo ayudan en la coordinación de sus tareas, sirven de escoltas, mensajeros entre los diversos agentes de la red y administran zonas específicas para facilitar la logística del narcotráfico. Estos “Lavaperros” tienen bajo su cargo a los expendedores quienes tienen contacto directo con los consumidores. Hay que decir que en este modelo jerárquico es posible acender dependiendo de las relaciones que se tenga con los jefes y de la gestión realizada.



**Gráfico 1.** Red de expendio de heroína y otras SPA en Santander de Quilichao

Los expendedores al ser quienes se exponen de manera directa buscan mantener un bajo perfil, por lo cual procuran no establecerse un sitio de venta por mucho tiempo, pues saben que pueden ser detectados fácilmente. Prefieren llegar a los consumidores por sí mismos, llevando la droga a domicilio o a lugares neutrales. Para esto usan el teléfono celular como vehículo de comunicación con los clientes y hacen uso de los llamados “Motorratones” (un conjunto de motociclistas quienes prestan informalmente el servicio de taxi) para traficar con menor riesgo las sustancias en el municipio. Dado que sobre los “Motorratones” no se ha podido imponer una reglamentación que normalice su labor, se convierten en piezas clave del negocio. Cabe aclarar que no todas las personas pertenecientes a este gremio participan en el tráfico de drogas.

Los expendedores empiezan creando su mercado con personas conocidas. Para esto analizan quien puede ser un cliente potencial de acuerdo a lo que ellos denominan “las actitudes” o rasgos propios de un consumidor, tales como la manera de vestir, hablar, socializar y los contextos en los que se desenvuelven. Al detectar esto, el expendedor se

comunica y ofrece su mercancía, no sin antes dejar una forma de contacto que el comprador no debe hacer pública. Con el paso del tiempo, los clientes van refiriendo a otros consumidores y de esta manera se va ampliando la red de mercado. También se conocen otras estrategias como dar primeras dosis gratuitas o incluso, forzar el consumo. En el caso de la heroína la mayoría de los compradores terminan por convertirse en clientes fijos dada la capacidad adictiva de la sustancia.

En el municipio se han vinculado como expendedores a personas consumidoras de heroína y a estudiantes de colegio. Los primeros son captados por medio de una especie de “endeude” ya que su paga es en especie. Los segundos, fundamentales para crear nuevos mercados en las instituciones educativas, son recompensados por ofrecer las sustancias a sus compañeros y por estimular el consumo a través de otras sustancias. Los estudiantes entrevistados mencionaron que se está usando una sustancia denominada “Ladys” (desconocemos sus ingredientes o composición química), que parece ser un perfume que se aplica en la ropa y se inhala provocando efectos narcóticos. De esta manera, cuando la persona se va haciendo adicta y se acerca a los expendedores a solicitar más, se les ofrecen otras drogas para que experimenten.

Para hacerse expendedor de una organización es necesario ir relacionándose paulatinamente con sus miembros y ganándose su confianza. Es preciso demostrar lealtad y efectividad para la realización de las tareas dispuestas. Se estima que el número de expendedores en Santander de Quilichao está entre 30 y 40 personas, pero se menciona que actualmente hay alrededor de 15 más, de quienes se desconoce su procedencia y vinculación. Por esta razón se habla de vendedores foráneos o independientes. Frente a este panorama de competencia se han desatado olas de violencia, que han contribuido a un mayor ocultamiento de la venta y consumo de drogas. Salirse de una organización puede acarrear en principio problemas económicos, pues es difícil acceder a trabajo legal en el que se obtengan ganancias similares, pero ante todo la suspicacia que generada al salirse de una red criminal es algo que puede pagarse con la vida.

El consumo de heroína es preponderantemente masculino. Los expendedores nos informaron que tan solo un 10% de su clientela son mujeres. No obstante, hay quienes añaden que las mujeres son más reservadas y prudentes a la hora de solicitar la droga y usan a hombres como intermediarios para comprarla. El promedio de edad de la clientela de

los vendedores entrevistados está entre los 14 y los 25 años, raramente llegan personas mayores. Respecto a los menores, algunos manifiestan que pese a realizar una actividad ilegal tienen conciencia y no venden a menores de 14 años o a personas cercanas muy estimadas para que “no caigan en lo negativo”. Claro está que esto depende del vendedor, pues también hay a quienes tienen menos escrúpulos y no diferencian su clientela.

### **SPA Consumidas en el Municipio**

Encontramos que en Santander de Quilichao existe un consumo importante de otras SPA legales como tabaco y alcohol e ilegales como marihuana, cocaína y basuco. Existen casos de consumidores de alucinógenos de diversa índole, como solución o bóxer, *poppers*, anfetaminas y benzodiazepinas pero no son tan difundidas. Sin embargo, es importante mencionarlas para contextualizar la problemática del consumo de heroína.

En cuanto a la sistematización de la encuestas aplicadas se obtuvo la siguiente información: los consumidores de SPA en Santander de Quilichao están en un rango de edad promedio de 26,57 años, con un promedio de edad masculino de 25,62 y un preocupante promedio de edad femenino de 19,71 años. Las carreras de consumo de las mujeres arrojaron un promedio de 5,5 años y las de los hombres de 11,86 años. El inicio aproximado de consumo de SPA es de 14 años. Aunque los hombres inician el consumo de sustancias como el alcohol más tempranamente, son las mujeres quienes usan drogas más fuertes prematuramente, razón por la cual la diferencia en las carreras de consumo, en las cuales los hombres duplican el tiempo de las mujeres, deben contrastarse con la frecuencia y el tipo de droga utilizada.

La sustancia que se empieza a consumir a más corta edad es el alcohol, con un promedio de 12,6 años. Debemos anotar que algunos de los contactados no nos dieron su edad de inicio de consumo para esta sustancia por lo cual los datos son menores. Sin embargo, estas personas manifestaron no suministrar la edad porque no recordaban cuando empezaron a beber, en todo caso dijeron que fue a muy corta edad. Los entrevistados nos contaron de la permisividad que hay por parte de las familias y las autoridades del pueblo para consumir licor, pues esta sustancia está ligada a reuniones sociales, celebraciones y fiestas en casas de amigos y familiares, además de los bares y discotecas. También

manifestaron que el licor está bien visto por parte de la comunidad del pueblo, dado su carácter legal y las costumbres como la manifestación de la hombría. El alcohol también se consume en lugares públicos como parques y calles. Según la encuesta el consumo de alcohol es más difundido en hombres que en mujeres con una proporción de 4 a 1. Hay un aumento en el consumo de alcohol durante la celebración de las fiestas municipales y una mayor densidad de consumo en el mes de diciembre, debido a las diferentes celebraciones que se dan en dicho periodo. Además no hay no hay dificultad alguna para adquirir la sustancia pues se vende a toda la población sin importar las prohibiciones existentes para su venta a menores de edad.

El alcohol es la sustancia legal usada a menor edad y el cigarrillo le sigue con una corta diferencia pero con un agravante: su uso es más generalizado. 26 de las 29 personas encuestadas son consumidoras de esta sustancia y 19 de los 22 heroinómanos también lo son. Aparte de su gran difusión, es una sustancia que se consume a diario, con frecuencias que varían entre un par de unidades y tres cajetillas. Cabe resaltar la existencia de casos de mujeres que iniciaron su consumo a los 11 años. Como característica principal notamos que es una sustancia que acompaña los otros consumos. En ocasiones se usa el tabaco mezclado con basuco o heroína para facilitar la inhalación del humo, pero se trata de un uso ocasional que corresponde a situaciones en las que no se tienen a la mano accesorios como pipas, cucharas o papeles metálicos. El uso del cigarrillo está difundido tanto en hombres como en mujeres. Según las entrevistas, el tabaco constituye el principal y más cercano contacto que tienen las personas con las sustancias psicoactivas.

En cuanto a las SPA ilegales, encontramos que la marihuana es una de las más difundidas dentro de la población consumidora de Santander de Quilichao. Su modo de uso siempre es fumado. La planta es usada por 22 de las 29 personas encuestadas, dentro de las cuales se destaca el caso de un hombre quien inicio el consumo de esta sustancia a los ocho años de edad. En las historias de vida, se muestra como la marihuana es una de las sustancias que abren la puerta al uso de otras SPA ilegales como el basuco, la cocaína y la heroína, pues es fácilmente combinable, potencia los efectos psicoactivos y facilita la ingesta. La marihuana se comercializa en “tacos” o “moños” que tienen un valor aproximado de dos mil pesos y alcanzan para elaborar tres o cuatro cigarrillos o “baretos”. Esta droga es atrayente por el bienestar, la hilaridad y sociabilidad que se alcanza estando



bajo su efecto. Su consumo tampoco es abandonado a lo largo del tiempo, pero cuando se pasa a otras sustancias como la cocaína o la heroína no se usa tan frecuentemente. La marihuana comercializada en el municipio proviene en su mayoría de los municipios de Corinto y de El Tambo.

En lo referente a alucinógenos, anfetaminas o benzodicepinas aunque se registraron casos de consumo, la proporción de estas prácticas es bastante baja. Se reportan un par de casos de consumo de solución (o pegante boxer), uno con fines recreativos y otro correspondiente a un hombre quien por circunstancias económicas llegó a usarlo. De anfetaminas y benzodicepinas se reportan cuatro y tres casos respectivamente. Este tipo de sustancias, a veces legales en forma de medicamentos, son provenientes de redes de contrabando del Ecuador. Las “pepas” como se les denomina de manera general, tanto a las anfetaminas como a las benzodicepinas, se consiguen a 2500 pesos, pero son muy pocos los expendedores que las comercian. Se usan principalmente en contextos de socialización, en fiestas y discotecas.

Con los derivados de la coca, como la cocaína y el basuco encontramos una difusión de consumo importante. De los 29 encuestados 16 afirman consumir cocaína y 14 de ellos basuco. El “perico”, cocaína de baja calidad por su escasa pureza y falta de refinamiento completo, está entre siete mil u ocho mil pesos el gramo. La cocaína propiamente dicha se consigue a partir de doce mil pesos dependiendo de su calidad. Aunque hay casos de consumidores que la ingieren a diario, en general es una droga de uso ocasional, muy ligada al consumo de alcohol, pues se dice que proporciona un alto grado de energía y estimulación que facilita salir de la embriaguez. Se consume esencialmente aspirada por la nariz, pero algunos encuestados manifiestan haber visto gente inyectándosela. Aunque dicha práctica no es muy difundida para esta sustancia en el municipio, si lo es en Cali donde predomina este tipo de consumo en los estratos altos.

La edad de inicio promedio de consumo de basuco fue de 14,66 años, con un promedio de 16,5 para los hombres. Para las mujeres no se obtuvieron datos comparables conmensurables, no obstante, las cuatro encuestadas han consumido la sustancia. El basuco se consigue en bolsas o “bichas” con un costo de dos mil pesos el medio gramo. Las personas resaltan su efecto paranoico intenso, lo que la convierte en una sustancia difícil de manejar. Por esta razón esta sustancia es frecuentemente mezclada con otras como

marihuana o heroína con el fin de disminuir su efecto o “embale” (exaltación que produce su consumo). Se dice que estos derivados de la coca son traídos principalmente del Valle del Cauca y del Departamento de Putumayo.

## NÚMERO DE CONSUMIDORES POR SPA SEGÚN RANGOS DE EDAD Y DIVISIÓN POR SEXO EN SANTANDER DE QUILICHAO

| Número de consumidores por rango de edad | Cigarrillo                   |                             | Alcohol                      |                  | Marihuana                    |                 | Alucinógenos                |                  | Anfetaminas                 |          |
|--|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------|-----------------------------|----------|
|  | Hombres                      | Mujeres                     | Hombres                      | Mujeres          | Hombres                      | Mujeres         | Hombres                     | Mujeres          | Hombres                     | Mujeres  |
| Entre 15 y 24 años                       | 10<br>(34,48%)               | 3<br>(10,34%)               | 3<br>(10,34%)                | 1 (3,45%)        | 9<br>(31,03%)                | 2 (6,9%)        | 3<br>(10,34%)               | 1 (3,45%)        | 2 (6,9%)                    | 0        |
| Entre 25 y 40 años                       | 9<br>(31,03%)                | 0                           | 5 (17,24)                    | 0                | 11<br>(37,93%)               | 0               | 3<br>(10,34%)               | 0                | 5<br>(17,24%)               | 0        |
| Mayores de 40 años                       | 3<br>(10,34%)                | 0                           | 3<br>(10,34%)                | 0                | 0                            | 0               | 1 (3,45%)                   | 0                | 0                           | 0        |
| Edad indeterminada                       | 1 (3,45%)                    | 0                           | 0                            | 0                | 1 (3,45%)                    | 0               | 0                           | 0                | 0                           | 0        |
| <b>Total</b>                             | <b>23</b><br><b>(79,31%)</b> | <b>3</b><br><b>(10,34%)</b> | <b>11</b><br><b>(37,93%)</b> | <b>1</b> (3,45%) | <b>21</b><br><b>(72,41%)</b> | <b>2</b> (6,9%) | <b>7</b><br><b>(24,14%)</b> | <b>1</b> (3,45%) | <b>5</b><br><b>(17,24%)</b> | <b>0</b> |

| Número de consumidores por rango de edad | Benzodiacepinas             |          | Cocaína                      |                  | Heroína                      |                             | Basuco                       |                             | Solución         |                            |
|--|-----------------------------|----------|------------------------------|------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------|----------------------------|
|  | Hombres                     | Mujeres  | Hombres                      | Mujeres          | Hombres                      | Mujeres                     | Hombres                      | Mujeres                     | Hombres          | Mujeres                    |
| Entre 15 y 24 años                       | 2 (6,9%)                    | 0        | 6<br>(20,69%)                | 1 (3,45%)        | 8<br>(27,59%)                | 4<br>(13,79%)               | 4<br>(13,79%)                | 3<br>(10,34%)               | 0                | 1<br>(3,45%)               |
| Entre 25 y 40 años                       | 3<br>(10,34%)               | 0        | 7<br>(24,14%)                | 0                | 9<br>(31,03%)                | 0                           | 3<br>(10,34%)                | 0                           | 1 (3,45%)        | 0                          |
| Mayores de 40 años                       | 0                           | 0        | 1 (3,45%)                    | 0                | 0                            | 0                           | 3<br>(10,34%)                | 0                           | 0                | 0                          |
| Edad indeterminada                       | 0                           | 0        | 1 (3,45%)                    | 0                | 1 (3,45%)                    | 0                           | 1 (3,45%)                    | 0                           | 0                | 0                          |
| <b>Total</b>                             | <b>3</b><br><b>(10,34%)</b> | <b>0</b> | <b>15</b><br><b>(51,72%)</b> | <b>1</b> (3,45%) | <b>18</b><br><b>(62,07%)</b> | <b>4</b><br><b>(13,79%)</b> | <b>11</b><br><b>(37,93%)</b> | <b>3</b><br><b>(10,34%)</b> | <b>1</b> (3,45%) | <b>1</b><br><b>(3,45%)</b> |

- Los porcentajes están basados en la población total de encuestados que corresponde a 29 personas.
- Por alucinógenos, entendemos el tipo de sustancias que generan una alteración en la percepción de la realidad, como el LSD, hongos, mezcalina y algunas plantas que tienen tales propiedades. La marihuana entra dentro de esta categoría, pero debido a su gran difusión en cuanto a consumo, se prefirió abrir un espacio aparte para ella.

## EDAD DE INICIO PROMEDIO POR SPA SEGÚN RANGOS DE EDAD Y DIVISION POR SEXO EN SANTANDER DE QUILICHAO

| Rango de Edad      | Cigarrillo              |         | Alcohol                 |         | Marihuana               |    | Alucinógenos            |    | Anfetaminas             |    |
|--------------------|-------------------------|---------|-------------------------|---------|-------------------------|----|-------------------------|----|-------------------------|----|
|                    | Edad Inicio (Promedios) |         | Edad Inicio (Promedios) |         | Edad Inicio (Promedios) |    | Edad Inicio (Promedios) |    | Edad Inicio (Promedios) |    |
|                    | Hombres                 | Mujeres | Hombres                 | Mujeres | H                       | M  | H                       | M  | H                       | M  |
| Entre 15 y 24 años | 15,67                   | 14,00   | 14                      | 15      | 14,7                    | 15 | 15                      | 19 | 15                      | NA |
| Entre 25 y 40 años | 14,50                   | NA      | 9                       | NA      | 13                      | NA | NS                      | NA | 9                       | NA |
| Mayores de 40 años | NS                      | NA      | NS                      | NA      | NA                      | NA | NS                      | NA | NA                      | NA |
| Edad indeterminada | NS                      | NA      | NA                      | NA      | NS                      | NA | NA                      | NA | NA                      | NA |

| Rango de Edad      | Benzodiacepinas         |    | Cocaína                 |    | Heroína                 |    | Bazuco                  |    | Solución                |    |
|--------------------|-------------------------|----|-------------------------|----|-------------------------|----|-------------------------|----|-------------------------|----|
|                    | Edad Inicio (Promedios) |    | Edad Inicio (Promedios) |    | Edad Inicio (Promedios) |    | Edad Inicio (Promedios) |    | Edad Inicio (Promedios) |    |
|                    | H                       | M  | H                       | M  | H                       | M  | H                       | M  | H                       | M  |
| Entre 15 y 24 años | 14                      | NA | 15,5                    | 17 | 16,83                   | 15 | 16                      | 11 | NA                      | NS |
| Entre 25 y 40 años | NS                      | NA | 15,5                    | NA | 25                      | NA | 17                      | NA | 17                      | NA |
| Mayores de 40 años | NA                      | NA | NS                      | NA | NA                      | NA | NS                      | NA | NA                      | NA |
| Edad indeterminada | NA                      | NA | NS                      | NA | 21                      | NA | NS                      | NA | NA                      | NA |

- **NA:** No aplica, en caso de que no existan casos en el rango de edad o en el sexo determinado
- **NS:** Información no suministrada

## **Heroína: Origen y Características de la Sustancia**

Según lo manifestaron por los expendedores, la heroína consumida en Santander de Quilichao tiene su proceso de manufactura final en la misma ciudad. Los cultivos de adormidera están ubicados en las montañas perimetrales del municipio, en zonas lejanas de clima frío y páramo, donde familias ven en este tipo de cultivo el sustento económico que no consiguen por otros medios. En estas mismas plantaciones se extrae el opio, la sustancia lechosa y resinosa que brota de la flor de adormidera al recibir un corte. Los mismos campesinos cultivadores de la adormidera son los encargados de recoger el líquido. La labor es tediosa ya que por cada corte realizado a una planta brotan un par de gotas que se recogen en copas de aguardiente (Aprox. 3 Oz). Los campesinos tardan una jornada entera llenado una copa y sólo reciben entre trece y quince mil pesos por su trabajo. Entonces la sustancia es almacenada y transportada a Santander de Quilichao y a otros municipios cercanos para darle el tratamiento químico final que la convierte la “plastilina” en morfina y posteriormente en diacetilmorfina. El proceso de conversión de opio en heroína dura entre 2 y 3 horas, se puede realizar en lugares cerrados y no necesita de equipos sofisticados o grandes cantidades de químicos como ocurre con la cocaína.

La heroína disponible en el municipio es un polvo bastante fino, con un carácter gredoso que se adhiere a la piel cuando se toca. Puede ser de color blanco, gris o café, pero su coloración no marca diferencia en los efectos producidos. Una dosis de heroína en su estado de más alta pureza puede costar entre 30 o 40 mil pesos el gramo y sus efectos pueden durar hasta diez horas.

La sustancia más ampliamente difundida entre los consumidores de Santander de Quilichao no es heroína propiamente dicha, se trata de un producto rendido. De la elaboración de la cocaína y de la heroína misma, quedan residuos, despojos que son mezclados entre sí. Este conglomerado es llamado “paparina” o “corte” y al ser mezclado con heroína pura da como resultado una sustancia de baja calidad que se consigue por cinco mil pesos empacada en pequeñas bolsas de medio gramo. Incluso, hay quienes rinden la heroína con harina, talco, “maicena” o cualquier material en polvo que agregue volumen y masa. La proporción de heroína usada en esta mezcla varía entre el 20% y el 60%, dependiendo del expendedor. Hay vendedores que adquieren la mercancía ya adulterada y

luego la rinde aún más. Por esta razón muchas personas tienen su distribuidor de confianza, prefiriendo a aquellos que ofrecen mejor calidad.

Es esta mezcla lo que los consumidores de Santander de Quilichao están adquiriendo. Se dice que se llegó a esta situación debido a que los traficantes no podían sacar su producción de la zona y tuvieron que crear un mercado interno, pero dado el contexto económico de Santander de Quilichao, buscaron una estrategia de comercialización más barata. Esta mezcla también es conocida como “mixto”, nombre que se confunde con la combinación de heroína y marihuana denominada “pintado”. En la calle a la heroína también se le conoce con el nombre de “Hache.”

### **Consumo de Heroína en Cifras**

Según varios entrevistados el consumo de heroína en Santander de Quilichao empezó a hacerse evidente en el año 2001. Sin embargo, la perspectiva de consumo problemático y ampliamente difundido lleva tan solo un par de años, cuando lo que se conocía como un rumor en la población se fue materializando en pedidos de asistencia médica, casos de síndrome de abstinencia y solicitudes de ayuda a otras entidades. También informaron que la heroína era usada por personas de barrios de estratos altos, algo que era notable en fiestas y celebraciones. Incluso se decía que estas personas se inyectaban la droga, situación que causaba cierta aversión entre la comunidad. Pero con el paso del tiempo fue llegando gente que conocía otras vías y formas de administración. Fue en ese momento cuando la droga comenzó a consumirse fumada, mezclada con tabaco o marihuana, e inhalada, usando la técnica conocida como “chino” consistente en calentar la sustancia en una superficie metálica o en papel aluminio. Las personas que importaron estas prácticas habían viajado a Europa, España principalmente, a buscar fortuna, y en estos lugares aprendieron estas formas de consumo. Lo anterior, sumando a la caída de los precios de la heroína abonaron el terreno para que se propagara el consumo en la ciudad. En relación con esta sustancia en particular el estudio arrojó los siguientes datos:

De los 29 consumidores de SPA contactados, 22 eran consumidores de heroína. La edad media general de esas personas es de 26,57 años, con un promedio de edad para mujeres de 19,25 años y para hombres de 27,79 años. Según la información suministrada

por actores institucionales donde estas personas se han acercado a pedir ayuda y de los cuales se ha hecho un registro, los promedios de edad concuerdan. En el rango de edad de 15 a 24 años se encuentran 14 personas y en el rango de edad comprendido entre los 25 y 40 hay 11 personas. Tan solo hay 3 personas mayores de 40 años, 1 de edad indeterminada y ninguna menor de 14 años. Se concluye entonces que en el rango de 15 a 40 años está el grueso de la población consumidora y por ende la población a la que hay que dirigir con mayor contundencia las acciones de prevención, tratamiento e inclusión social.

De los 22 consumidores, 4 son mujeres. Según cifras de la Comisaría de Familia del municipio, se han inscrito allí para solicitar ayuda 11 mujeres y 104 hombres, esto es, una relación de 9:1. Esto ratifica que el consumo de heroína es preponderantemente masculino, sin embargo es notable que las mujeres inician a menor edad. De hecho, las carreras de consumo de las mujeres respecto a la heroína son más largas que las de los hombres, tenemos un promedio de 4,25 años de consumo para mujeres frente a 3,57 años de consumo de los hombres. Todas las mujeres están en el rango de edad que va de los 15 a 24 años. Mientras en los hombres el consumo está ligado a la búsqueda de sensaciones placenteras, que en el caso de la heroína describen como un “multiorgasmo” (el uso prolongado de heroína hace que las personas pierdan las ganas de realizar prácticas deportivas y de tener relaciones sexuales); entre las mujeres se han detectado casos de búsqueda de ideales estéticos relacionados con la pérdida de peso provocada por el consumo reiterado. La “mixtosucción”, como llaman a este supuesto valor agregado, es vista como una ganancia previa por las mujeres entrevistadas.

17 de los 22 consumidores de Heroína son solteros, 2 viven en unión libre, 2 son separados y tan solo 1 es casado. La mayoría tenían relaciones de pareja, pero a medida que el tiempo iba pasando y avanzaba su carrera de consumo, la soledad fue haciéndose presente cada vez más en sus vidas. Esta situación fue causada por el rechazo hacia los usuarios de drogas, pero también, porque la heroína va convirtiendo a las personas en “asociales”, término usado por ellos mismos que manifiesta el desinterés de estar y hablar con alguien, situación que aplica a las relaciones familiares y de pareja que terminan desintegrándose. Como ya se mencionó, en algunos casos de familias adineradas se crean

conductas codependientes<sup>10</sup> con los consumidores, frente al temor de que a sus seres queridos les pase algo estando expuestos al medio de la ciudad. En estos casos los familiares del consumidor prefieren conseguirle las drogas para que sean consumidas en la casa. Esta es una práctica oculta que indica, de manera fáctica, el subregistro existente frente a la población consumidora en estas esferas.

Por otra parte, 13 de las personas consultadas son habitantes de la calle. La gran mayoría salieron de sus casas a causa del consumo de drogas, pues la primera reacción de las familias es el rechazo. Nos cuentan que la comunidad de Santander de Quilichao los rechaza, que la gente manifiesta constante repulsión ante su presencia y que expresan alegría, o por lo menos alivio, cuando personas como ellos son asesinadas o desplazadas por grupos de exterminio. Reconocen que los pocos que están dispuestos a colaborarles, o por lo menos a no evitarlos, cambian el sentimiento de rechazo por la lástima.

El temor frente a represalias violentas es latente en la cotidianidad del consumo. Son frecuentes las acciones de grupos ilegales de delincuencia común y paramilitares que efectúan jornadas de exterminio para asesinar a aquellos consumidores que se han convertido en “indeseables” o “degenerados” y que, según su lógica, dan una mala imagen del pueblo. También mencionan que muchas de estas “limpiezas” son realizadas por grupos de policías vestidos de civil, lo cual incrementa su desconfianza en esta institución. Incluso tienen temor de ser golpeados por los policías que ejercen su labor en el marco de la legalidad, quienes los amenazan y los encarcelan por portar drogas.

Siguiendo con los resultados de la encuesta se obtuvo que 16 (73%) de los consumidores pertenecen al estrato uno (13 de ellos son habitantes de calle) y los 6 restantes pertenecen al estrato 2. Esto ratifica la alta vulnerabilidad económica de estas personas expuesta por los actores institucionales. No obstante, las historias de vida de los consumidores y expendedores de droga dejan ver que el consumo de heroína está difundido en todas las clases sociales, pero, como se expuso anteriormente, es difícil verlo en las familias más adineradas. Las personas de estas esferas no están en los registros de las entidades de salud o de asistencia de la municipalidad, pues muchos prefieren pedir ayuda en Cali o ingresar a tratamientos de rehabilitación ofrecidos en otras ciudad pagando

---

<sup>10</sup> La codependencia es una condición psicológica en la cual alguien manifiesta una excesiva, y a menudo inapropiada, preocupación por las dificultades de alguien más, siendo incapaz de colocar límites y siendo permisivo por evitar tener complicaciones en las relaciones interpersonales.



precios bastante altos, que oscilan entre los tres y los seis millones de pesos mensuales. Los expendedores manifestaron que ciertas ocasiones no hay heroína suficiente para satisfacer la demanda en la ciudad y que es en estas situaciones cuando se hace notoria la presencia de personas de estratos económicos altos buscando la sustancia en los barrios marginales.

La condición económica de los consumidores es bastante precaria. La mayoría se desempeña en actividades itinerantes como cuidadores de vehículos, carreteros en la zona de la galería, mandaderos y ayudantes de construcción. 6 personas manifestaron no dedicarse a ninguna labor y 2 roban y otros 2 trabajan como expendedores de drogas. Aquellos que han tenido empleos estables los han perdido. A medida que avanza su carrera de consumo van encontrando problemas para desarrollar sus actividades pues cada vez necesitan más tiempo para consumir y se hace notorio su bajo rendimiento y capacidad. Por esta razón después de un tiempo pierden su empleo. Se habla del consumo de toda clase de SPA en el ámbito laboral del municipio como una práctica difundida para paliar el cansancio de las jornadas y salir del stress que afecta a los trabajadores.

La difícil situación económica del municipio es causante de conflictos al interior de las familias que desembocan en el consumo de alcohol y drogas. Como consecuencia de la baja oferta de empleo por parte de las empresas, debido, entre otras cosas, a la falta de capacitación de la población y la crisis que trajo consigo la caída de las denominadas pirámides (véase capítulo 3), los miembros de las familias (tanto adultos como menores de edad) deben subemplearse en actividades informales para satisfacer las necesidades básicas del hogar. A la creciente problemática del menor trabajador se suman la poca perspectiva de oportunidades para el crecimiento económico (lo cual propicia la cultura mafiosa), la falta de comunicación familiar y la deserción escolar. Según las historias de vida estos problemas económicos y sociales son causa del consumo de heroína en la población menor de 14 años.

En cuanto a las características étnicopoblacionales se obtuvo que 13 de las personas encuestadas se autoidentifican como mestizos, 4 como blancos, 3 como indígenas y 2 como afrocolombianos. Los indígenas manifiestan que en sus resguardos está prohibido el consumo, pero que en estas comunidades se hace de manera oculta: la gente se desplaza hasta el casco urbano del municipio para conseguir y consumir la heroína, luego vuelven a sus asentamientos a realizar actividades cotidianas.

Respecto al nivel educativo pudo apreciarse que existe una alta deserción académica. Seis de los consumidores de heroína abandonaron sus estudios en bachillerato y cinco en primaria, datos que van en correlación con las cifras de deserción del sistema escolar ofrecidas por la Secretaría de Educación, donde se evidencia una disminución importante de los estudiantes a partir del grado octavo. La pobreza y la percepción del tiempo de estudio como improductivo en términos monetarios, explican en gran medida este proceso de abandono, aunque también hay que tener en cuenta casos de individuos que son expulsados debido al consumo SPA. No fue posible obtener cifras referentes al acceso a educación superior de la población del municipio.

Según las entrevistas la causa desencadenante del consumo de drogas es la curiosidad. Aquellas personas que habían comenzado a experimentar con otras SPA, especialmente la marihuana, fueron acercándose a redes sociales de personas que consumían la “hache” y este contacto generó la inquietud y la posibilidad de acceder a la heroína. Generalmente la primera vez se prueba un “pintado” o “mixto<sup>11</sup>”, es decir, un cigarrillo de marihuana mezclado con la heroína (17 de las 22 personas encuestadas emplearon este método). Con el paso del tiempo se empieza a consumir la sustancia sola, sin mezclas de ningún tipo. En la encuesta el 41% de las personas dicen haber sido influenciadas por sus amigos o pareja, aunque hay que aclarar que no se trata siempre de una imposición, pues el solo hecho de ver a los amigos es suficiente incitación. Se trata de una forma de vincularse a un grupo y compartir experiencias. Incluso en ocasiones las personas que usan la heroína persuaden a sus pares para que no lo hagan dado que conocen sus consecuencias, pero al parecer las advertencias aumentan la curiosidad.

Del total de consumidores de heroína encuestados el 36% fumaba desde años anteriores cigarrillo y marihuana, el 9% tomaba licor constantemente y el 14% usaba cocaína. Los restantes, iniciaron el consumo de estas sustancias al tiempo con la heroína. En esta media se puede hablar del escalonamiento, donde las sustancias que conforman los primeros peldaños son el cigarrillo y la marihuana. No obstante, los entrevistados informaron acerca de personas que inician directamente con la heroína, unos por el desconocimiento que tienen de la sustancia y otros influenciados por los expendedores y sus ayudantes (esto ocurre sobre todo en los colegios).

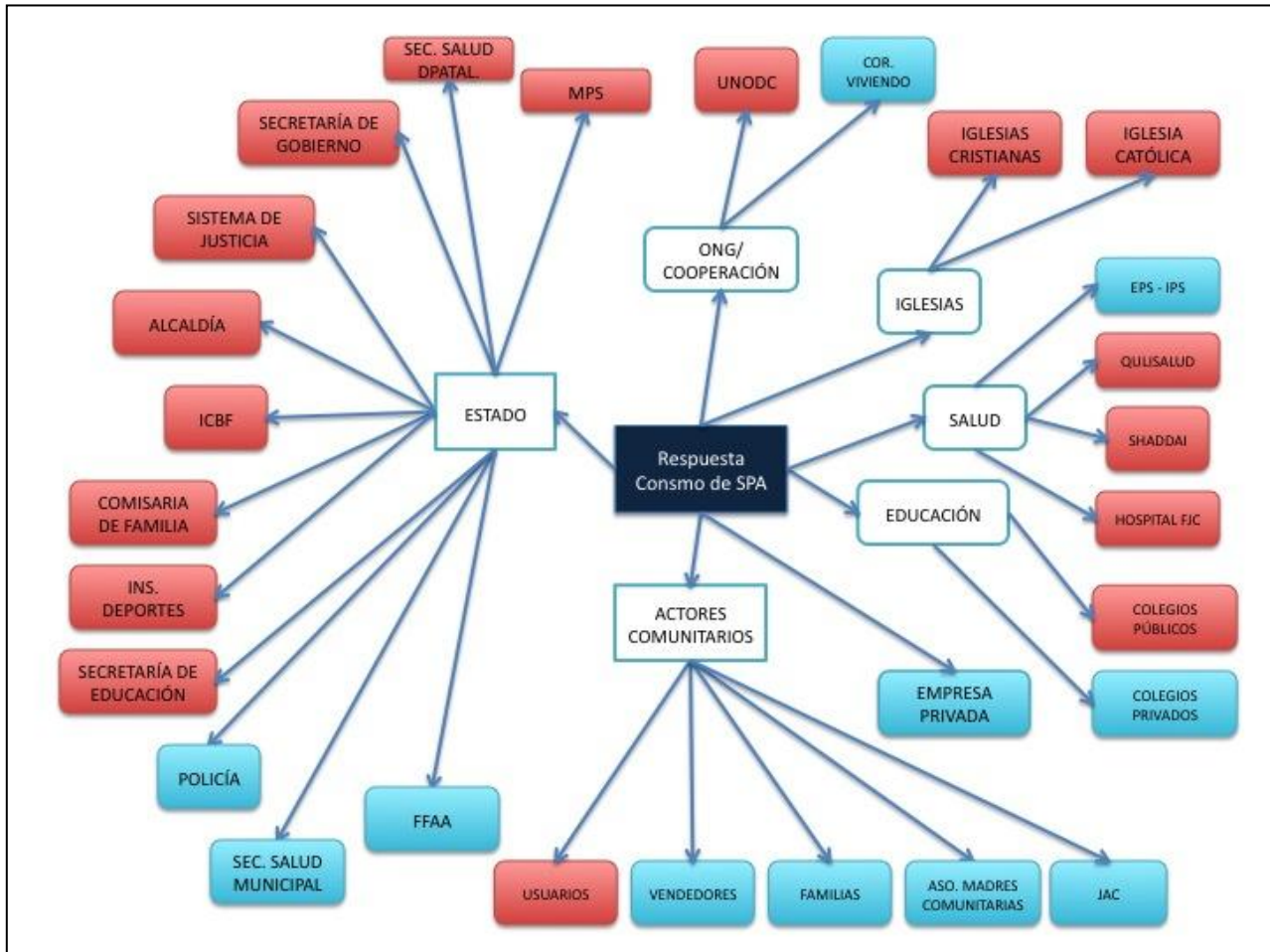
---

<sup>11</sup> No confundir con la mezcla de “corte” y heroína que tiene la misma denominación.

El 41% de las personas consumieron la heroína por primera vez en espacios públicos, como parques, puentes, calles y sitios abiertos, los restantes lo hicieron en recintos cerrados, como casas de amigos, viviendas propias, residencias o lugares de trabajo. Los sitios del pueblo más mencionados a la hora de consumir son la Loma de Belén, los alrededores del Río Quilichao a la altura de Rosario, el Parque Central, la Galería y la Plaza de Toros. Sin embargo, cabe aclarar que los sitios de consumo existen en todo el casco urbano de Santander de Quilichao, pues como lo explicaron las personas entrevistadas “a la hora de poseer la sustancia y de tener la necesidad de consumirla se hace inmediatamente, esté donde se esté”. Esto se facilita pues la sustancia produce un olor no muy “escandaloso”, es decir, difícil de percibir si no se conoce previamente. Además, la heroína se consume rápidamente, pues el proceso de calentarla y aspirarla tarda sólo un par de minutos.

El método de consumo más difundido es el “chino”. La inyección no es una vía de administración difundida, aunque las personas entrevistadas mencionaron la existencia de varios casos. Según ellos el uso intravenoso es costoso pues incluye la compra de la jeringa, el agua destilada y demás accesorios, por eso es practicado en estratos socioeconómicos más altos. Además hay un notorio miedo ante las agujas y un ligero conocimiento de las posibilidades de transmisión de enfermedades infecciosas, que genera cierta percepción de riesgo.

## 6. Redes y Respuestas



**Gráfico 2.** Red de respuestas al consumo de SPA en el municipio de Santander de Quilichao.  
Convenciones. Rojo: vínculos fuertes. Azul: vínculos débiles o por fortalecer.

Dada la cercanía que se tiene al problema del consumo de heroína en el municipio, la comunidad, entendiendo por esta tanto a los actores gubernamentales, institucionales, no gubernamentales, organizaciones civiles y la población en general, ha tenido diversas reacciones, intentando dar alguna solución.

Hay que reconocer el gran interés, las inmensas ganas y los esfuerzos de promover tareas en este sentido por parte de los diferentes actores municipales, circunstancia que hacen de Santander de Quilichao un ejemplo notable en el país de lucha por alcanzar el bienestar de la población pese a las condiciones adversas.

En un principio el Departamento del Cauca tuvo un contrato con las localidades de Moravia y Popayán para que en sus entidades se realizaran trabajos de rehabilitación, sin embargo estos vínculos se terminaron. En este momento el objetivo es elaborar planes territoriales en donde esté contemplado el tema del consumo de SPA. La idea es involucrar a los 42 municipios del Departamento del Cauca, para que de acuerdo a su situación preparen herramientas o estrategias articuladas a los ejes de la Política Nacional contra el Consumo de Sustancias Psicoactivas. Sin embargo, pese a la convocatoria efectuada por Secretaria de Salud del Departamento del Cauca, en las reuniones para discutir y crear estos planes asisten en promedio de cinco a seis representantes de los municipios.

No hay un interés por parte de los otros municipios del departamento a la hora de participar en el diseño de sus planes. Se teme que existan otros municipios potencialmente problemáticos en el tema de las drogas, pero hay un desconocimiento total de la situación y de la magnitud del problema. Esto, sumado al hecho de que algunos están ubicados en zonas estratégicas de tráfico de drogas puede ser un indicador de alto riesgo para la población.

En el caso de Santander de Quilichao, reconocido por el Departamento como el lugar con el problema más agudo de consumo de SPA, se ha dado gran importancia al diseño de su plan territorial a través del Comité Municipal para la Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas. Se diseñó un Sistema de Gestión Estratégico que busca implementar de manera directa los procesos operativos dispuestos en la PNRCSA estipulando líneas metodológicas e indicadores de gestión y objetivos que deben ser cumplidos por parte de las entidades municipales participantes. Se elaboró una ruta de atención para consumidores que articula los ejes de mitigación y superación de la política así como la creación de estrategias de prevención

El plan es claro, en cuanto a la definición de acciones tomadas por cada entidad y los tiempos de ejecución, pero a pesar de ello, se dificulta la operación debido a la falta de diálogo y el flujo de información entre entidades. Además es notorio que la capacidad de respuesta del municipio se ve sobrepasada por la magnitud del problema, según lo visto en registros de solicitudes de ayuda, número de personal capacitado y falta de espacios y escenarios de trabajo, elementos determinados en gran medida por la falta de recursos económicos destinados para este fin en específico. Además, el manejo de los pocos

recursos económicos existentes, que han sido recogidos de presupuestos destinados para otros fines debido a la urgencia que se tiene con este problema, está limitado por los marcos legales existentes que cobijan las operaciones de cada entidad municipal. Santander de Quilichao, como municipio de categoría cinco en los niveles de planeación nacional, posee recursos limitados, los cuales por ley no pueden usarse en propuestas de mitigación o superación sino tan solo en prevención.

Desde la Alcaldía municipal se ha dispuesto todo un equipo, se han brindado recursos, y en si, se han hecho las gestiones que permitan trabajar en una respuesta constructiva frente al problema de las drogas. El presupuesto por cada año fiscal del municipio es de ocho mil millones, de los cuales para inversión propiamente se destinan tres mil, distribuidos a todos los estamentos que funcionan a su interior, por lo cual los recursos son muy justos para todo lo que se necesita. De hecho, para este año se estima un déficit en recaudo de cerca de 500 millones de pesos.

Actualmente existe un contrato con la Fundación Shaddai para tratamientos de desintoxicación, rehabilitación e inclusión social con adictos a SPA. Contrato de apoyo especializado, el cual se financia con recursos propios pues no se tiene apoyo ni departamental ni estatal. La Fundación Shaddai ha venido trabajando hace varios años desde el departamento de Nariño, con una sede en Pasto. De momento se están realizando gestiones administrativas y burocráticas para adquirir el carácter de Centro de Atención a Drogodependientes (CAD) y así poder contratar con la alcaldía del municipio y ofrecer directamente sus servicios en Santander de Quilichao.

La Fundación Shaddai posee una sede en el cercano municipio de Caloto, ubicado específicamente en la Hacienda La Karola, un antiguo restaurante y centro de recreación de pesca deportiva. Este es un lugar tranquilo, con áreas propias para la recreación y socialización. Allí los usuarios suspenden el consumo y comienzan un tratamiento que se centra en hacer consiente su problema, mejorar sus relaciones interpersonales y crear su plan de vida. No obstante, se reconoce que este es un espacio y ambiente externo, totalmente distinto a de Santander de Quilichao, lo cual no garantiza la efectividad del tratamiento. Conscientes de ello, en la institución tienen estipulado a lo largo del tratamiento unas “Pruebas de vida”, espacios donde se brinda permiso a los tratantes para volver a sus hogares y espacios habituales, que permiten ver si la persona consigue

manejar el nivel de riesgo y su adicción, Sin embargo esto no genera ninguna acción para mejorar la situación general de la localidad. El centro Shaddai está dirigido por pares, personas que han llevado procesos de rehabilitación exitosos y quienes han demostrado que existe una posibilidad de rehabilitación real, sin desconocer que en el caso de la heroína siempre está latente el fantasma de la recaída. Estas personas a lo largo del tiempo se han capacitado tanto en los aspectos administrativos del lugar, como en la apropiación de herramientas que generen empatía y confianza con las personas que allí ingresan, aparte de facultarse en el dominio del tema de las drogas, manejando un bagaje científico técnico adecuado que les permite tener un dominio del tema para enseñar a otros. El mantenimiento del lugar sigue por cuenta de los mismos usuarios que están en el proceso, no obstante, no existen convenios externos a la institución para la vinculación en actividades productivas de los jóvenes que terminan su proceso de rehabilitación.

El proceso de rehabilitación incluye a las familias de los consumidores, ya que esta es considerada como un elemento de apoyo importante. Con las familias se trabaja por medio de talleres, en los que se exponen temas referentes a las drogas para que se entienda el problema desde distintas perspectiva, así como de otros tópicos referentes a la comunicación familiar, el manejo de situaciones y la conciliación. Cuando una familia se niega a asistir a las actividades dispuestas, la persona en rehabilitación es devuelta a la familia, hasta que todos en conjunto tomen la decisión de asistir y trabajar en la recuperación, ya que esta labor no corresponde tan solo al consumidor sino a su medio. Shaddai dispone de 25 cupos para atender a personas con consumos problemáticos de SPA.

La noción de cupo no necesariamente va ligada a una persona, sino al proceso que puede ser llevado en el espacio de un mes, por ejemplo, en caso de que una persona haya estado interna allí cuatro meses, habría hecho uso de cuatro cupos. Se da esta connotación debido a que el presupuesto del municipio no permite una cobertura de la persona como tal, por tanto el tiempo pago de tratamiento ha de ser cuantificado en este estándar de medida. Cada mes tiene un costo de 450 mil pesos, a excepción del primer mes que tiene un costo de 600 mil, debido a que en esta primera instancia se realizan exámenes de valoración psiquiátrica y psicológica que tienen un costo adicional.

Pese a estos ingresos, Shaddai tiene pocos recursos con que disponer de materiales y bienes de consumo básicos para la vida digna de las personas allí internas. Además hay que

decir que esa capacidad de respuesta de 25 cupos se queda corta ante las largas listas de solicitud de ayuda manejadas por entidades como Quilisalud o la Comisaría de Familia. Es notable por tanto, la falta de recursos gubernamentales dispuestos para apoyar las labores realizadas. La idea de la Fundación a mediano plazo es en iniciar actividades productivas en su finca para generar recursos , reforzado eso sí, con dineros gubernamentales. Además es una forma de capacitar a las personas internas para realizar algún tipo de trabajo pues en cuanto a los ejes de superación de la PNRCSPA aún falta mucho por hacer. De todas formas, pese a las deficiencias que se tienen, el esfuerzo que se ha llevado por parte de esta institución con tan pocos recursos , es más que loable y meritorio.

Por parte de las entidades municipales, encontramos otra serie de iniciativas diversas. La Secretaría de Gobierno cuando empezó a percibir el problema a través de la Comisaría de Familia, comenzó a realizar unas mesas de trabajo para discutir la problemática ante las distintas instancias gubernamentales, analizando las características del problema como: tipo de sustancias consumidas, vías de administración, perfiles de consumidores, etc. Para ello se asesoraron con expertos en el tema del consumo de SPA. Pero con el tiempo la iniciativa de las mesas fue debilitándose hasta que dejó de realizarse por completo.

, Se inició un programa de capacitación en emprendimiento para que las personas supieran como crear empresas y proyectos productivos. Se tiene dispuesto además el desarrollo de una Casa de Justicia a nivel regional, lugar donde se puedan solucionar problemas mediante el diálogo entre las partes involucradas. Se realizó una prueba piloto con menores de edad en uno de los establecimientos educativos del municipio para generar expectativa e ir creando en la localidad un ambiente de tolerancia más abierto, hacia la problemática del consumo de SPA principalmente.

La Casa de Justicia también realiza labores de capacitación a las 120 Juntas de Acción Comunal presentes en el municipio, en torno al desarrollo de campañas de prevención. Cuando el problema del consumo de heroína empezó a agudizarse y hacerse más notorio, se comenzaron a realizar una serie operativos con los menores de edad que consistían en la creación de grupos con miembros de la policía, los mismos funcionarios de la administración municipal, gente del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y otras instancias, haciendo “patrulleos” en zonas de alta vulnerabilidad y en bares y locales de rumba, en horas de la noche, para identificar a los menores que estaban allí y llevarlos a



sus hogares, como una medida persuasiva para que estos no se acercaran a estos contextos propicios para el consumo de drogas.

De esta experiencia se desprendió el decreto 026 en el cual se estipula el toque de queda para menores de edad después de las diez de la noche, salvo a quienes estén en compañía de un adulto responsable. Con los menores de edad se realizó un estudio, efectuado por estudiantes de la Universidad del Valle, sobre la situación de los menores trabajadores, dando a la luz una problemática que va muy de la mano con el consumo de SPA.

Desde la Comisaría de Familia, entidad dependiente de la Secretaria de Gobierno se han dado distintas respuestas. Se manejan actualmente tres programas enfocados en la prevención y en la reconstrucción del tejido familiar, el mayor de ellos que no supera en cinco millones su presupuesto anual, lo que refleja de antemano la falta de una política clara y un apoyo manifiesto del gobierno; no obstante, pese a esta escasez presupuestal, es notorio el esfuerzo e interés por parte de los funcionarios de la entidad, cuestión fundamental a la hora de poner en marcha cualquier iniciativa. También se encontró el programa de Escuela de Padres, donde se les enseña a los padres a compartir más tiempo con sus niños, jugando con ellos y mostrándoles la importancia que tienen estas acciones para su desarrollo personal.

La estrategia denominada Brújula 2009 fue el origen del programa Aprendiendo a través del juego, en el cual se involucran de nuevo los padres con los hijos para realizar ejercicios lúdicos conjuntos y generar así vínculos de unión familiar. Se diseñó además un juego de mesa, llamado el “Concierto del Acierto”, juego en el que por medio de dados y fichas se va avanzando en casillas, encontrando en cada una de ellas una serie de situaciones particulares tanto negativas como positivas, como una forma de familiarizarse con los contextos urbanos y las situaciones que en estos se presentan. Estos ejercicios de sensibilización a la población juvenil y familiar son sin duda interesantes, pero dada la escasez de recursos y de personal, su cobertura queda en gran parte limitada. Un ejemplo notable de esto, es la falta de computadores e instalaciones adecuadas para llevar los registros y ejecución de las labores dispuestas. No obstante, la comisaría ha sido una pieza clave en el conocimiento de la problemática del consumo de heroína, pues en ocasiones las personas se acercan allí para pedir asistencia para la solución de problemas intrafamiliares

en las que el consumo de SPA ha resultado involucrado o en distintas ocasiones ésta ha sido la problemática principal.

En el campo de la salud, desde la propia Secretaria de Salud no se manejan acciones directas a favor de la solución de la problemática, estas acciones se canalizan y ejecutan a través de Quilisalud, la empresa de salud municipal. Se destina parte del presupuesto a esta entidad para que trabajen al respecto. Quilisalud dispone de una serie de programas de trabajo en distintos ámbitos, en los cuales el problema de la heroína ha podido ser amoldado a sus contenidos, debido a la relación contextual que esta problemática supone. Se tiene la iniciativa “Tengo ganas”, que trata principalmente en la creación de comités de convivencia y se centra primordialmente en la temática de resolución de conflictos. Tienen otras dos iniciativas, “Colegiando” y el apoyo a los “Centros de Escucha” situados en los colegios de la localidad. Este programa se trabaja desde hace casi cuatro años, específicamente en el tema de salud sexual y reproductiva. En primaria se enfoca en el eje de resolución de conflictos en esta materi, y a partir de noveno grado se enfoca en planificación familiar. Se realizan talleres involucrando a la comunidad tanto del casco urbano como de las zonas rurales de la localidad, haciendo énfasis en temas como el cuidado familiar, normas en el hogar, castigo físico, salud sexual, entre otros, obteniendo de los participantes sus respectivas posiciones y creando debates y diálogos. Este programa ha tocado el tema del consumo de heroína, en el sentido de cómo está relacionada con conductas sexuales inapropiadas y transmisión de enfermedades.

Resalta el programa de Salud Mental, que tiene un presupuesto anual de 82 millones de pesos, presupuesto que puede alongarse en ocasiones cruzándose con el presupuesto destinado a otros programas. Esta iniciativa busca ayudar a la gente para que aprenda a manejar las distintas situaciones adversas que causen un malestar psíquico en la población, por lo cual es de entender que tenga un enfoque hacia los problemas que se relacionan con el consumo de SPA.

Estos programas reciben una evaluación temporal, sobre todo enfocada en indicadores de impacto de los mismos con la población. Alguien cuenta la experiencia con un programa en el que usaban títeres para informar a la comunidad sobre distintas problemáticas; sin embargo, los artistas fueron atacados con piedras. A pesar de su mal recibimiento, este tipo de iniciativas ha tenido una buena acogida e importancia a través del

tiempo llegando al punto de que, en este caso la función de títeres fue solicitada tiempo después por la misma comunidad que generó el impase.

El presupuesto anual de Quilisalud es de 800 millones de pesos. A pesar de haber aumentado su planta de profesionales y de tener gente con un buen rendimiento y disposición hacia el trabajo, se menciona la falta de más personal capacitado, pues muchos están en niveles técnicos y afirman no acceder a los estudios universitarios por los costos que esto acarrea. Quilisalud dispone de centros de atención en el municipio de Nivel 1, atención de baja complejidad, y el Nivel dos, tratamientos de media complejidad son ofrecidos en el Hospital Francisco de Paula Santander. Para atención de Nivel 3, se hacen convenios con clínicas y hospitales de Cali. El gran interés de esta entidad en participar en la solución del problema de consumo de heroína latente en el desarrollo de actividades y gran disposición de su personal operativo se ven afectados por la falta de escenarios, más personal y espacios que permitan una adecuada atención, así como la limitación legal que determina la atención de las Entidades Prestadoras de Salud. Un ejemplo de esto, es el acceso a un análisis psiquiátrico, que es prestado por dos profesionales en esta área, dos días a la semana, atendiendo a cada persona en lapsos de quince minutos, dificultando el parte diagnóstico somático y mental ofrecido. Las listas de personas en espera son bastante largas, por lo cual es difícil dar una atención inmediata. Recientemente se ha hecho un convenio con la Organización de las Naciones Unidas quienes brindan aportes por una cifra de 40 mil dólares, recursos destinados al fortalecimiento del Hospital Francisco de Paula Santander.

En el ámbito Educativo, encontramos las iniciativas en torno a la adquisición de materiales educativos para información respecto al consumo de SPA. Tenemos la importante experiencia de los Centros de Escucha ubicados en los colegios Ana Josefa Morales Duque y Francisco José de Caldas. Para la creación de estos centros, la Corporación Viviendo, entidad ubicada en Cali enfocada a trabajar en procesos de solución al consumo de drogas, ofreció capacitación en el tema, a profesores y personal del ámbito educativo. Se brindaron entrenamientos en resolución de conflictos, consejería y como gestionar los proyectos y recursos destinados a solucionar estas situaciones; así mismo, se capacitó en lo concerniente a las representaciones sociales y tratamiento comunitario.

Estos centros son liderados por profesoras de los colegios y estudiantes que han querido participar en estos procesos. Fueron creados en el año 2006, pero desde entonces no han recibido solicitud de ayuda para el primer caso de consumo de heroína o drogas en general, pero si han podido mediar en problemas intrafamiliares, casos de abuso sexual y problemas propios de relaciones interpersonales. Se espera que con el tiempo, se afiance el interés y esta población empiece a acercarse. Hacen falta recursos y operadores para trabajar allí, pues el personal docente encargado de los centros, dado que tiene que cumplir su labor como educador, ve su trabajo duplicado y con limitaciones de tiempo. También falta un espacio físico, para almacenar materiales y tener reuniones del equipo, pero no para atender, pues la dinámica de no tener un sitio a donde la gente se acerque les ha facilitado las cosas, ya que la gente no es etiquetada por el hecho de entrar a una oficina, sino que se aprovecha la interacción ocasional que se da en el colegio para los acercamientos. Se está planeando la creación de un centro de escucha, fuera del ámbito educativo, lo cual está en proyecto aun. En los colegios se ha buscado la forma en que los estudiantes trabajen en las iniciativas dispuestas para combatir las drogas, aprovechando a aquellos que por sus niveles académicos y capacidad de liderazgo puedan acercarse de manera más directa a los pares consumidores.

El ICBF es la entidad encargada de trabajar con personas menores de edad, y en el ámbito del consumo de drogas ha realizado una alianza con la institución Carisma en Medellín, destinando parte de sus fondos para que estos inicien tratamientos de rehabilitación. El primer requisito solicitado para iniciar acciones es la voluntad por parte del menor, pues muchos no quieren salir de su condición, de manera que sin esto no se puede iniciar ningún proceso. Cuando esto se da, la primera parte es iniciar el proceso de desintoxicación, el cual es tramitado a través de las EPS, no sin antes interponer una acción de tutela para lograr el trámite. Luego pueden ser remitidos al Hospital San José en Popayán, y recibir además tratamiento psiquiátrico. Directamente en el ICBF se brinda atención psicoterapéutica, pero a pesar de tener el personal idóneo, la sobrecarga de trabajo resultado de atender otros 10 municipios crea un escenario crítico. Tienen un convenio con la institución Don Bosco, ubicada en zona rural del municipio, donde se prestan servicios de rehabilitación ambulatoria hasta para 60 personas.

Las fuerzas policiales efectúan controles sobre el tráfico y porte de las sustancias, así como la realización de “patrulleos” de vigilancia en torno a cuestiones delictivas asociadas a estas. El pie de fuerza constante en el municipio es de 30 policías, a los que se han agregado 75 miembros más desde hace un mes, provenientes de la FUCUR (Fuerza de Control Urbano, las cuales se originaron como reacción a la situación de orden público de las comunas de Medellín), un comando itinerante que cumple tareas de reforzamiento del cuerpo policial. Es un comando nómada que recorre los municipios con más necesidad de vigilancia. La SIJIN (Servicio de Investigaciones Judiciales e Inteligencia Nacional) ha efectuado 23 allanamientos en el municipio en los que se han incautado importantes cantidades de droga. Estas actividades persuaden a los consumidores a ocultarse y consumir en locaciones mas ocultas cada vez. Es notorio el recelo de la población hacia esta institución, pues afirman que son bastante permisivos para que la problemática se difunda. Al respecto, la policía está planeando iniciativas de acercamiento a los estudiantes y a la comunidad en general para generar confianza.

La policía de menores tiene un contacto más cercano con los consumidores de droga pertenecientes a esta población, dado a que son constantes las capturas por porte de heroína. Poseen personal capacitado en aspectos judiciales y programas metodológicos destinados a un buen manejo de las situaciones. Su entidad cobija un circuito judicial, integrado por las localidades de Caldon, Siberia, Mondomo, Timba, Buenos Aires entre otros, por lo cual no todos los casos atendidos corresponden a Santander de Quilichao, sino que se presta apoyo a los demás sitios. En ocasiones, ayudan a adelantar diligencias de delitos cometidos por mayores de edad, en caso de ausencia de la autoridad competente.

Por otro lado el Instituto Municipal para el Deporte, la Recreación y el Aprovechamiento del Tiempo Libre de Santander de Quilichao para el periodo 2004-2007 de acuerdo con datos proporcionados por la alcaldía municipal, se ha posicionado como uno de los mejores en el departamento gracias al trabajo coordinado entre la planta administrativa y el grupo de monitores con el apoyo de la Administración Municipal y la comunidad del deporte en general. Es de resaltar la importancia de esta entidad frente al departamento y el municipio ya que viene ayudando con la participación de competidores que nutren a los seleccionados del Cauca en juegos nacionales individuales y grupales.

En el municipio existen diversas entidades de carácter no gubernamental, como fundaciones, organizaciones e Iglesias que han diseñado programas para aportar a la solución de la problemática. . Se reconoce en estas, una riqueza de posibilidades para trabajar, en ámbitos espirituales, lúdicos, culturales, educativos y de capacitación, que sin duda permitirían hacer más efectiva la red de trabajo contra el consumo de heroína. Con consciencia de que el consumo es un problema social que abarca muchos ámbitos han creado propuestas de intervención en áreas distintas. Pero, mientras el sector gubernamental esté desarticulado, los esfuerzos de este tipo de entidades resultan dispersos.

## 7. Conclusiones

### Consideraciones Finales

A pesar del grave problema de salud pública que se ha descrito a lo largo de este documento el municipio de Santander de Quilichao puede llegar a ser un modelo de país en estrategias de prevención, tratamiento e inclusión social que afronten el consumo de heroína y otras SPA. Como se ha demostrado el **consumo de heroína es multicausal** y aunque tiene sus particularidades, comparte gran parte de las características y dinámicas sociales reencontradas en otros estudios sobre SPA en Colombia y otros países.

Hay que reconocer en primer lugar, que una respuesta real a la problemática de consumo de heroína en Santander de Quilichao y de SPA en el país, **requiere de un cambio estructural de las políticas nacionales** en torno a la inversión social, esto es, derecho a la educación, la salud y el trabajo digno. Se necesita del fortalecimiento de los planes de prevención en diferentes sectores; la inclusión en el nuevo Plan Obligatorio de Salud (POS) de las ayudas relacionadas a la mitigación y la reducción de daños (que incluyan presupuesto para la adecuación de recursos físicos y humanos); la creación de oportunidades reales de inclusión social para la superación de la condición de consumo por parte de las personas rehabilitadas y, esto es lo más complicado, un cambio en la normatividad relacionado con la venta, pero sobre todo con el consumo de sustancias psicoactivas.

La idea de que **tan solo un 20% de la población consumidora del municipio esté dispuesta a entrar a un tratamiento de rehabilitación** pone sobre la mesa la pregunta de si realmente el consumo en sí mismo es o no una problemática. Para los no consumidores el hecho de consumir drogas es una circunstancia avergonzante e inaceptable. Este pensamiento se reproduce en prácticas culturales de estigma y discriminación hacia los consumidores quienes son tratados como personas locas, peligrosas, disfuncionales, delincuentes, indigentes e incluso “desechables”.

La ruta de intervención propuesta por la Alcaldía Municipal en el Plan de Desarrollo Territorial para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas va por buen camino. Se reconoce la voluntad de los diferentes estamentos gubernamentales, no gubernamentales

y la sociedad civil para intentar enfrentar la problemática reflejada en iniciativas tales como: la conformación intersectorial del comité municipal, la construcción colectiva del “Plan Territorial dirigido a la construcción de una política pública municipal de reducción del consumo de SPA y su impacto”, la asesoría del Ministerio de la Protección Social para elaborar de dicho Plan y la gestión municipal para la financiación del Plan<sup>12</sup>. No obstante, muchos de estos esfuerzos han sido ejecutados aisladamente. La falta de diálogo interinstitucional no permite una respuesta sinérgica y por tanto efectiva ante la situación. En este sentido, en Santander de Quilichao **se deben eliminar las disputas mesiánicas y proselitistas** y, por el contrario, conformar redes y alianzas burocráticas entre dependencias para aprovechar al máximo el presupuesto y la capacidad de respuesta del municipio, al tiempo que se gestionan recursos específicos del gobierno.

Como parte del **reforzamiento del compromiso institucional** para lograr un cambio en el municipio respecto al preocupante consumo de heroína, se hace un llamado de atención a las instituciones que no han asistido de manera permanente a las actividades mencionadas. Todas acciones a desarrollar deben, como punto de partida, contar con la asistencia de por lo menos uno de los representantes de las diferentes organizaciones, pues en muchas ocasiones no se logran los resultados esperados y no se logran acuerdos por la ausencia de algunos de los estamentos claves. La idea es brindarle la importancia necesaria a situaciones que desestabilizan la dinámica social del municipio.

Se debe procurar la inclusión directa de representantes de la sociedad civil (estudiantes, maestros, líderes comunitarios, ONG, etc.) en la evaluación y planeación conjunta de iniciativas. Además, es indispensable contar con la presencia de los usuarios de drogas y sus familias como actores protagónicos en las intervenciones sociales, usando metodologías **de trabajo de pares y educación popular**, con el fin de promover acciones dialógicas y contextualizadas de prevención y tratamiento comunitario. No se trata simplemente de contarle a la gente lo que se está haciendo o lo que se pretende hacer, sino de vincularla directamente al trabajo.

Se requiere que las acciones desarrolladas no sean coyunturales o se terminen a la par con un periodo de gobierno. Iniciativas como el “Plan Territorial dirigido a la construcción

---

<sup>12</sup> Ante el Ministerio de la Protección Social, la Organización de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) y el apoyo técnico de la corporación vivienda)



de una política pública municipal de reducción del consumo de SPA y su impacto” deben mantenerse través del tiempo, procurando que las nuevas administraciones tengan personas informadas, preparadas e idóneas para los cargos, puesto que muchos esfuerzos se pierden por el nombramiento de funcionarios incompetentes en cargos relevantes.

Es necesario **ampliar la visión aún sesgada del problema del consumo de heroína y de SPA** en Santander de Quilichao. Hay que entender que la heroína no es una droga invasora que llegó de un momento a otro a afectar la población, por el contrario, hay que reconocer sus connotaciones, representaciones y significados relacionados con una historia particular de marginalización y explotación económica. Acciones como toques de queda y operativos dirigidos a menores de edad y usuarios de drogas en zonas de alta vulnerabilidad por parte de la Policía, la administración municipal, el ICBF y otras instancias, solo atacan las consecuencias y no las causas de la problemática.

El consumo de **heroína puede verse como el síntoma o la expresión** de un conjunto de factores culturales, sociales, históricos, geográficos, económicos, religiosos y políticos. Por tanto, afirmar que es solamente un problema de salud pública o de ilegalidad es limitar las acciones que han de tomarse para su solución, desconociendo un inmenso espectro de realidad. Ampliar la visión medicalizada y jurídica ayudaría a contrarrestar la problemática, en cuanto se justifica el trabajo de un red de actores sociales con radios de acción determinados que aportan a la solución de problemas diferentes. De igual manera, contribuiría a la eliminación de prácticas violentas y discriminatorias.

La situación de las drogas en Santander de Quilichao tiene un carácter dinámico y global. En este sentido, decir que el municipio por sí sólo puede controlar la dimensión del problema es una ingenuidad. Realizar una apreciación de este tipo es como asegurar que un solo país puede controlar el problema mundial de las drogas.

Actualmente en el país se está tramitando el acto legislativo No. 285 del 2009 avalado por el Ministerio del Interior y de Justicia y el Ministerio de la Protección Social el cual reforma el artículo 49 de la Constitución Política Nacional prohibiendo el uso y porte de la dosis personal de drogas. La iniciativa viene impulsada desde el gobierno nacional y ha generado gran polémica por cuanto iría en contra del Artículo 16 de la misma Carta que aboga por el libre desarrollo de la personalidad y otros puntos de cruciales que

plantearemos más adelante. Con la modificación, el artículo 49 de la Constitución Política quedaría así:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

**El porte y consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas está prohibido. Con fines preventivos y rehabilitadores, la ley establecerá medidas con carácter pedagógico, profiláctico o terapéutico para quienes consuman dichas sustancias.**

Por decisión de una instancia conformada por el sector salud y la rama judicial, estas medidas podrán estar acompañadas de limitaciones temporales al derecho a la libertad, y se harán efectivas en instituciones adaptadas para los fines propios de la prevención y la rehabilitación. Las limitaciones a la libertad que se llegaren a imponer, no implicarán de suyo la aplicación de penas de reclusión en establecimientos carcelarios.

Así mismo el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos.”

Teniendo en cuenta el panorama nacional actual valdría la pena dejar algunas preguntas respecto al futuro de las presentes propuestas de intervención y la eminente promulgación de la penalización del consumo de drogas.

¿La prohibición del porte de SPA y la connotación de ilegalidad facilitarán o entorpecerán el acceso a los servicios de salud por parte de los consumidores?

¿Cuánto tiempo habría que esperar para que las mencionadas medidas de prevención sean puestas en práctica por parte de la comunidad con base en una nueva normatividad relacionada con el trato a los consumidores ?

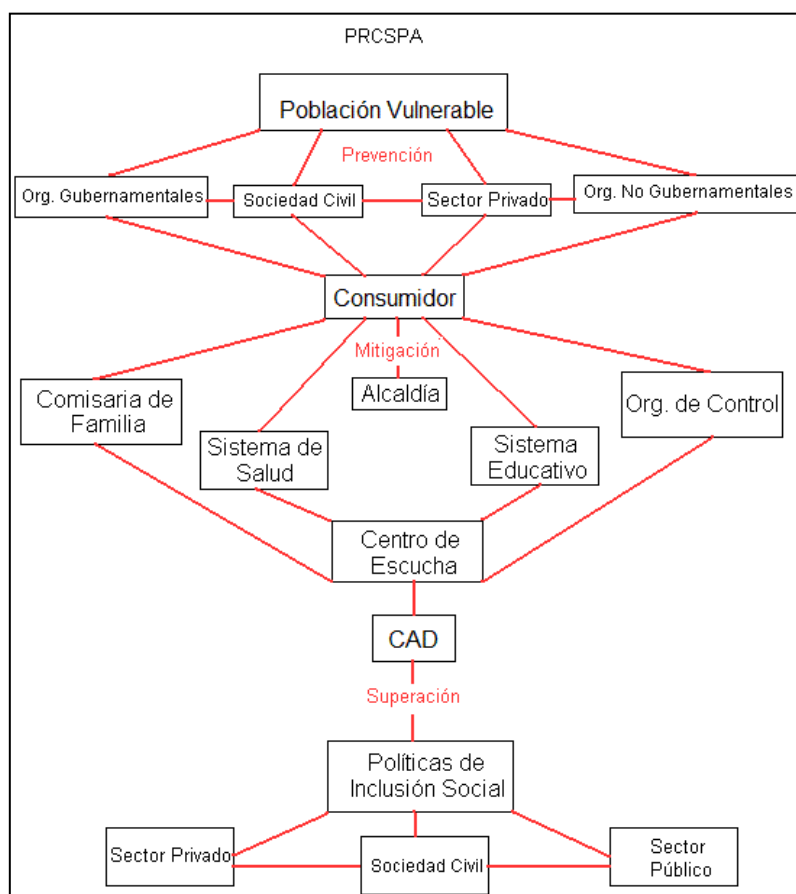
¿Habrá claridad en la ejecución de las “limitaciones temporales del derecho a la libertad” por parte de la rama ejecutiva o quedará a la libre interpretación de los funcionarios de turno como se observa en la actualidad?

¿Qué pasará cuando una persona sea a la vez consumidor y vendedor de SPA?

¿El actual sistema de salud está preparado para asumir la carga económica que se pueda generar a partir de la puesta en vigencia del acto legislativo No. 285 del 2009 y las actuales medidas de emergencia social de la salud?

¿Ante la inminente privatización de la salud cómo quedan entidades estatales como Quilisalud y el Hospital Francisco de Paula quienes se encuentran realizando acciones positivas al respecto del consumo de SPA en el municipio?

### Propuestas para Líneas de Acción



**Gráfico 3.** Ruta de Intervención para la aplicación de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (PRCSPA)

Se sugiere al municipio fortalecer su estrategia de abogacía y gestión ante el gobierno nacional y organismos internacionales para que las iniciativas financiadas por la alcaldía municipal no se pierdan ni queden olvidadas en anaqueles gubernamental o centros de investigación universitarios.

Las propuestas de líneas de acción que se presentan a continuación están basada en la evidencia expuesta a lo largo de este documento. Con fines prácticos y atendiendo a los requerimientos de los términos de referencia y los objetivos de investigación hemos dividido las líneas de acción en generales y específicas, con el ánimo de brindar una propuesta articulada a los ejes de la Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA y su Impacto. Es importante reiterar que este tipo de propuestas no pueden entenderse de manera lineal, esto quiere decir, que la prevención, la mitigación y la superación no deben ser etapas sino niveles interconectados.

### **Lineamientos Generales**

- Desarrollar **acciones coherentes** al contexto del consumo y a las necesidades que tienen los consumidores de heroína y de otras SPA.
- Se necesita del **fortalecimiento de los planes de prevención** en los diferentes sectores, la inclusión en el nuevo Plan Obligatorio de Salud (POS) de las ayudas relacionadas a la mitigación y la reducción de daños con la adecuación de recursos físicos y humanos.
- Se requiere la **creación de oportunidades reales** de inclusión social para la superación de la condición de consumo por parte de las personas rehabilitadas y la adecuación al contexto actual de la normatividad de control de venta y consumo de drogas.
- Las iniciativas **no deben dejar de lado el consumo problemático de otras sustancias** evitando el trato diferencial y excluyente para las demás problemáticas.
- Propiciar **espacios para el diálogo** intersectorial del comité municipal, el Ministerio de la Protección Social y la administración municipal.
- Se debe procurar la inclusión directa de representantes de la sociedad civil en la **planeación e evaluación de programas**.

- Se deben diseñar estrategias **comunitarias de trabajo de pares y de educación popular** integrando a los usuarios de drogas y sus familias como agentes de cambio. Esta labor debe ser remunerada.
- Debe procurarse que el Plan de Intervención sea una política municipal y no de gobierno.
- Es necesario **ampliar la visión sesgada** del problema del consumo de heroína y de las SPA en general en Santander de Quilichao.

### **Eje de Prevención**

- Aunque los actores sociales que participaron en la investigación delegan la responsabilidad de la formación a la familia y al colegio **en el municipio predomina la idea de que el problema de las drogas es principalmente de salud**. Muchos manifiestan que debe ser Quilisalud la entidad que lidere las campañas en el municipio. Es evidente que esta es la entidad que más esfuerzo realiza en este sentido, pues se ha convertido en guía para el trabajo comunitario que los demás actores pueden realizar. No obstante, de fondo lo que se está haciendo es delegar la responsabilidad de un evento que además de sanitario es sociocultural y se enmarca en distintas dimensiones. Por tanto se propone **construir una estrategia de educación comunicativa** que integre a los actores sociales más comprometidos del gobierno y la sociedad civil con responsabilidades particulares en la ejecución y evaluación de actividades.
- **Las instituciones gubernamentales en general, deben buscar acercarse más a la comunidad para ganar confianza, pero sobre todo, para informar sobre la oferta de servicios de prevención y atención al consumo de SPA**. El desconocimiento de las funciones y la falta de visibilidad de los programas dispuestos por las entidades, son constantes en la comunidad. Esto demuestra una falla en la comunicación. Hay que recalcar que en la medida en que ciertas instituciones generen más desconfianza esta labor se hace más ardua. Por tanto, es indispensable vincular al Plan de Reducción del Consumo de SPA a los organismos de control como la Policía y el Ejército.

- **Debe crearse un sistema de información y comunicación** compartido entre cada actor participante, para poder trabajar de manera sinérgica y con conocimiento de las funciones realizadas por los otros actores.
- **Aprovechar las posibilidades tecnológicas actuales**, como redes de trabajo e internet, para aunar labores. En esa medida es necesario invertir en equipos e instalaciones adecuadas.
- Como una medida urgente, **se propone la creación de un centro de escucha en el parque principal de la galería**, dado que se trata del sitio con el más alto índice de consumo de drogas. Este puede ser un lugar estratégico para la prevención y la reducción de daños. Este centro como los otros, no debe ser un lugar de consumo ni de expendio, debe dirigirse a canalizar las posibles dificultades de salud, educación y asistencia básica. Puede ser un lugar para que los jóvenes de los colegios conozcan las experiencias de usuarios de drogas y operadores pares bajo la orientación de personal profesional capacitado.
- **Las instituciones deben hacer campañas constantes en barrios, colegios, veredas e incluso en otras instituciones.** Es evidente que muchos de los estamentos del municipio no conocen bien las labores realizadas por otros. Estas campañas no deben limitarse tan solo a una exposición de **labores y programas dispuestos, sino también deben estar abiertas a inquietudes y sugerencias que los demás tengan al respecto.**
- **Debe informarse a los estudiantes de los colegios sobre las funciones de las instituciones gubernamentales** como la policía, la comisaría de familia, la alcaldía, etc., además de la normatividad vigente en relación con los derechos y deberes. Sería importante hacer debates públicos en los centros educativos o generar estrategias de comunicación y no impartir esta información mediante las cátedras convencionales.
- **Deben generarse espacios de escucha y acompañamiento en espacios comunitarios con la participación de pares.** Algo clave respecto al diseño y aceptación de los programas es adentrarse en la comunidad sin prejuicios para entender las lógicas locales y las necesidades de las personas.
- En los centros educativos no sólo estatales, sino también privados, **se deben reforzar las actividades preventivas** impartiendo información contundente sin tabús en relación con el consumo de drogas. Las campañas deben ir mucho más allá de este

aspecto, la comunidad educativa (incluyendo padres y maestros) debe conocer a fondo las causas del consumo (estructurales, programáticas y subjetivas), los tipos de drogas y las consecuencias que estas tienen para la salud y el entorno social.

- **Abonar el terreno a las posibilidades de desarrollo intelectual y laboral**, ayudaría a mermar en gran medida las connotaciones de los narcotraficantes como ideales de vida y modelos a seguir entre las personas de la comunidad. Esto implica también discutir públicamente las consecuencias y significados del modelo “traqueto” como ideal de asenso social.
- **Se deben crear grupos juveniles** que funcionen como educadores para capacitados en prevención, investigación y trabajo comunitario. El trabajo debe ser remunerado por medio de becas u otro tipo de estímulos.
- **Realizar una investigación sobre el consumo en clases sociales altas**, para comprender sus causas, dinámicas y estrategias de afrontamiento.
- **Se deben fortalecer las estrategias actuales** como escuelas saludables, servicios amigables para jóvenes, escuela de padres, campaña “Renuncia, denuncia, detente”, entre otras, mediante la adjudicación de recursos económicos y humanos.
- Es importante tener en cuenta que las estrategias que abordan de manera aislada los problemas resultan poco efectivas, lo mejor sería **pensar en estrategias integrales para la juventud** que incluyan formación, artes y recreación, dentro de las cuales esté incluido el tema de drogas, infecciones de transmisión sexual (ITS), pero también de estudio, trabajo y futuro. Aquí se deben vincular a todas las entidades que trabajan con jóvenes y a la empresa privada.
- Vale la pena hacer un llamado de atención en relación con el apoyo al **pensamiento crítico, pues de nada sirve tenerlo si no va de la mano con respuestas sociales acordes como la confianza en las instituciones**. El pensamiento crítico no sirve si por ejemplo las denuncias hechas a la Policía no funcionan.
- Es muy importante **reforzar las iniciativas** realizadas por el Instituto de Deportes y Recreación –INDER- el cual junto con la Secretaría de Educación han venido generando espacios y actividades destinadas a la ocupación del tiempo libre, mediante el involucrando de referentes deportivos, culturales y lúdicos.

- **En los sitios de alta vulnerabilidad** identificados como los barrios El porvenir, Morales Duque, Betania, Nariño entre otros, se deben **tomar acciones concretas** por parte de las instituciones tales como aumentar la cobertura en educación, salud y la adecuación de espacios para la creación de centros de escucha y espacios para la reducción de daño y de inclusión social. Esta última debe contar con el apoyo de la empresa privada.
- Es importante **trabajar la comunicación educativa** para propiciar reflexiones sobre las representaciones sociales y los estereotipos con que son leídas las personas usuarias de drogas con el propósito de enfrentar la estigmatización a la cual son sometidos.
- Las instituciones de salud como Quilisalud y el Hospital Francisco de Paula Santander deben dirigir recursos para **contratar más especialistas** como psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales que estén brindando asesorías de manera permanente y que capaciten al personal de salud para acabar con el estigma hacia la población consumidora.
- **Vincular estudiantes universitarios de diversas áreas del conocimiento**, para acompañar el desarrollo del Plan de Respuesta, realizando prácticas, pasantías y trabajos de grado estimulando el desarrollando de habilidades profesionales y la la construcción social del conocimiento.
- Para ampliar la cobertura y capacidad de respuesta en Santander de Quilichao, es necesario **buscar no solo vínculos internos sino externos**, con otros municipios y ciudades, que permitan una fluidez y apertura de las rutas de atención dispuestas.

### **Eje de Mitigación**

- **La abstinencia del consumo no puede ser un requisito para entrar en un tratamiento. Las acciones** se deben orientar hacia la reducción de daños, la inclusión social y acompañamiento del consumidor activo.
- **Realizar una jornada de afiliación al SGSSS** de la población general debido al alto número de personas que se encuentran fuera del sistema y que son considerados “vinculados” o no afiliados.



- Con las personas habitantes de calle como actividad adicional e inicial, se deben **realizar jornadas de documentación**, pues muchos no cuentan con este documento debido a que lo empeñan por conseguir dinero o droga. Este factor les impide estar dentro del sistema de salud.
- Es importante generar un programa de nivelación nutricional para personas habitantes de calle que están sufriendo trastornos alimenticios. Esto ocurre porque prefieren invertir el poco dinero en la contención del síndrome de abstinencia y no en comida.
- Se debe **tener una ruta única de atención** para las personas consumidoras.
- Las instituciones deben **unificar un formato guía de atención y el formato de registro de nuevos casos** utilizado por los servicios de salud y entidades como la Comisaría de Familia, el cual debe contar con información completa sobre la situación de los consumidores.
- **Dotar a las entidades del gobierno como la Comisaría de Familia de recursos físicos y humanos adecuados y suficientes para realizar una mejor labor.** Se observa que en este sector existe interés y motivación para la realización de las acciones, pero no se cuenta con las herramientas suficientes.
- **Es necesario hacer un análisis de las muestras de “mixto” decomisadas por la SIJIN** con el propósito de determinar la composición exacta de la sustancia y evaluar sus efectos sobre el sistema nervioso y en general, sobre la salud de los consumidores<sup>13</sup>.
- **Se deben hacer jornadas informativas a los consumidores sobre rutas y lugares de atención** tales como centros educativos, centros de escucha, instituciones de salud, comedores comunitarios, lugares de albergue y ayuda con el propósito de eliminar el miedo existente a la discriminación y a la sensación de desprotección por parte del Estado.
- Hay que **evaluar las posibles repercusiones que podrá tener la entrada en vigencia de la penalización del consumo** (Acto Legislativo No. 285 del 2009) ya que puede generar que las personas consumidoras no se acerquen a los centros de salud por miedo a ser judicializados.

---

<sup>13</sup> El mixto como se explicó, es una mezcla de residuos de heroína y cocaína que genera una fuerte dependencia.

- Se deben **reforzar los lugares de desintoxicación y rehabilitación** tales como el Shaddai para que puedan contar con la capacidad física adecuada, además de los recursos materiales y humanos necesarios. Se debe además **procurar el fortalecimiento de las alianzas entre centros y unificar los procedimientos terapéuticos de los CAD**, ya que muchos de los consumidores no tienen una buena percepción hacia estas instituciones.
- **Los organismos de control deben tener claridad sobre las rutas** de atención a los consumidores y procurar la inclusión voluntaria en los centros de desintoxicación. Los modelos represivos en contra de los consumidores no son la solución, las personas drogodependientes por lo general son víctima del sistema y por tanto, es preferible ver su lado humano y colaborar en desintoxicación, rehabilitación, reducción de daños e inclusión social, antes que ingresarlos a una penitenciaria.
- En el caso de los menores de edad, los procedimientos estipulados en **el código de procedimiento penal deben ir de la mano del código de la infancia y la adolescencia** para respetar los derechos de esta población.
- Abrir espacios para desarrollar habilidades laborales, académicas, etc., **para todos**.
- **Fortalecer los centros de escucha existentes** en las instituciones educativas Ana Josefa Morales Duque y Francisco José de Caldas del municipio. A estos centros les faltan recursos y personal. Las educadoras encargadas no cuentan con descarga académica para manejarlos.
- **Urge la creación de comedores comunitarios que funcionen junto a los centros de escucha** para evitar las actuales condiciones de desnutrición de las personas habitantes de calle y personas de escasos recursos del municipio. Este tipo de iniciativas ya están proyectadas para ejecución por diferentes actores sociales en el municipio (Iglesia Cristiana Carismática y Fundación Afrocolombianos en Acción –FAA-), la idea sería vincular también al gobierno como punto de apoyo.

### **Eje de Superación**

- Hacer un **mapeo** de las ofertas laborales y de educación formal y no formal con que cuenta el municipio. Santander de Quilichao tiene buen comercio, ladrilleras

importantes, así como las zonas francas generadas a partir de la Ley Páez que podrían vincularse a las acciones gubernamentales para generar oportunidades de trabajo a las personas rehabilitadas, estudiantes en pasantías y profesionales del municipio.

- **Plantear una política de recuperación del empleo formal con bienestar social acorde con la educación impartida.** Siendo el panorama económico un factor que promueve de manera negativa diferentes problemáticas al interior de Santander de Quilichao, como el consumo de SPA, es necesario crear medidas de captación y estimulación del medio laboral. Esto implica generar alianzas entre grupos empresariales y entes municipales, bajo reglamentaciones claras, que estipulen beneficios para ambas partes. Con el trabajo se fortalece la prevención y se reduce la exposición a factores de vulnerabilidad asociados a la pobreza económica de consumidores y expendedores de SPA. Se resalta este último aspecto, porque es harto conocido que las medidas diferenciales crean malestar en la población.
- Por parte de las instituciones de salud y centros CAD, se debe **tener un registro y seguimiento a las personas que se encuentran en proceso de inclusión social así como de sus familias.**
- Así mismo deben crearse **vínculos con instituciones educativas**, tanto de educación básica como superior y técnica, para capacitar a la población en labores consecuentes a las posiblemente ofrecidas por los entes empresariales. Es importante también, tener en cuenta la enseñanza no formal que se ofrece y puede ser ofrecida en la ciudad, pues existen varias fundaciones y ONG dispuestas a capacitar a la población en distintos ordenes, incluso algunas de manera gratuita. No deben dejarse de lado las propuestas realizadas por la comunidad en este sentido. Por ejemplo, en el municipio algunos actores sociales como las iglesias cristianas se ofrecieron para ayudar en la capacitación de los jóvenes drogodependientes en el campo de la inclusión social mediante un curso gratuito para el manejo de la guadua, recurso abundante en la región.
- **Capacitar respecto a la creación de pequeñas y medianas empresas** con la colaboración del SENA y otras entidades en el municipio y buscar las sostenibilidad a través de las propuestas gubernamentales y privadas de financiación.

- **Integrar a personas que han superado el consumo de drogas como operadores pares** de los Centros de Escucha y los equipos de salud comunitaria.

## Referencias

- **Abadía, C., Góngora, A. (2009)** Malestares y crisis en la salud. Debate participativo en salud pública. Antropología Médica Crítica.
- **Alcaldía Municipal (2007)** Santander de Quilichao: Historia, presente y futuro hacia la reconstrucción de su identidad.
- **Arboleda, T. (2009)** Características de las personas adictas a la heroína en tratamiento en una Empresa Social del Estado de enero de 2003 a junio de 2008. SMAD. Revista electrónica Salud Mental Alcohol y Drogas. Vol. 5 No. 1 Artículo 2. <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>
- **Barreto, A. (2002)** Esquema conceptual para la comprensión y aproximación a las manifestaciones de las Drogas. En: Farmacodependencia y reducción de daños: Segundo seminario de expertos. Marzo 22, 23 y 24 de 2002. Bogotá
- **Cáceres, D. et al. (2006)** Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 5 (3): 521-534, octubre-diciembre de 2006*
- **Centro de Transferencia de Tecnología en Adicción.** Guía Básica para la evaluación de programas de tratamiento en abuso de sustancias. Caribbean Basin and Hispanic.
- **Comisión Nacional de reducción de la demanda de drogas (2008)** Plan nacional de Reducción del consumo de drogas 2009 – 2010. <http://www.descentralizadrogas.gov.co/planna/PLAN%20NACIONAL%20DEMANDA.pdf>
- **Comité Observatorio del Delito Santander de Quilichao (2009)** Comparativo muertes violentas y accidentales años 2003 a septiembre del 2009.
- **Dargel, C. y Walter – Hamann R. (2002)** Minimización de daños como componente en el socorro para drogadictos en la República Federal de Alemania. En: Farmacodependencia y reducción de daños : Segundo seminario de expertos. Marzo 22, 23 y 24 de 2002. Bogotá

- **Dirección Nacional de Estupefacientes DNE (2002a)** La lucha de Colombia contra las drogas ilícitas acciones y resultado. Bogotá.
- **Dirección Nacional de Estupefacientes DNE (2002b)** La otra mirada. Una perspectiva cultural para la prevención y el tráfico de sustancias ilícitas. Bogotá
- **Dirección Nacional de Estupefacientes DNE Colombia. (2007)** Cultivos de amapola en Colombia por departamento. [http://www.indepaz.org.co/index.php?view=article&id=226%3Acultivos-de-  
amapola-en-colombia-por-departamento-2002-  
2007&option=com\\_content&Itemid=86](http://www.indepaz.org.co/index.php?view=article&id=226%3Acultivos-de-<br/>amapola-en-colombia-por-departamento-2002-<br/>2007&option=com_content&Itemid=86)
- **Dirección Nacional de Estupefacientes DNE Colombia. (2008)** Observatorio de Drogas, Acciones y Resultados 2006 – 2007. [http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/ODC\\_2008\\_FINAL.pdf](http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/ODC_2008_FINAL.pdf)
- **Freire, Paulo (1985)** *The politics of education: culture, power, and liberation*. South Hadley, Mass.: Bergin & Garvey.
- **Gongora Andrés, Suarez Carlos. 2008.** Por una Bogotá sin mugre: violencia, vida y muerte en la cloaca urbana. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en [http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C\\_Sociales/universitas/66/05gongora.pdf](http://www.javeriana.edu.co/Facultades/C_Sociales/universitas/66/05gongora.pdf)
- **González, O. (2005)** Factores de riesgo en el consumo de drogas en los estudiantes de la escuela de arquitectura, universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela 2000. Multiciencias. Vol 5 No 1. Pp 51 – 61
- **Grupo de Investigación en adicciones Funlam. (2009)** Investigación en curso. Consumo de heroína en Medellín y Valle de Aburra. Disponible en [http://grupodeinvestigacionenadicciones.blogspot.com/2009\\_03\\_01\\_archive.html](http://grupodeinvestigacionenadicciones.blogspot.com/2009_03_01_archive.html)
- **Llanes, J. (s.f)** Métodos de Evaluación Rápida. Revista: Liberaddictus. Disponible en : [www.infoadicciones.net](http://www.infoadicciones.net)
- **Madrid Salud. Instituto de Adicciones. Investigación cualitativa.** Las necesidades de los inmigrantes en el ámbito del consumo de drogas. Disponible en <http://www.munimadrid.es/UnidadesDescentralizadas/Salud/Adicciones/publicaciones/PrincConclInvCual/Ficheros/CONCLUSIONES%20Inmigrantes%20y%20consumo%20de%20drogas2.pdf>

- **Maxwell, J. A. (1996).** Qualitative research design: An interactive approach (Vol. 41). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- **Mejía, I., Gómez, A. (2005)** La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente. ADICCIONES, 2005 • VOL.17 NÚM. 3 • PÁGS. 251-260
- **Milanese, E. (2002)** Farmacodependencia y reducción de daños : Segundo seminario de expertos. Marzo 22, 23 y 24 de 2002. Bogotá.
- **Ministerio de Protección Social – Dirección Nacional de Estupefacientes (2009)** Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008. Informe Final.
- **Ministerio de Protección Social – UNODC. (2008)** La Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA al alcance de tod@s: Una herramienta para socializar y construir política en lo local.
- **Ministerio de Protección Social. (2007)** Política para la reducción de sustancias psicoactivas y su impacto. [http://www.nuevosrumbos.org/documentos/PNRCspa\\_Resumen\\_Ejecutivo.pdf](http://www.nuevosrumbos.org/documentos/PNRCspa_Resumen_Ejecutivo.pdf)
- **Ministerio de Protección Social – Fundación Procrear (2007)** Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Documento Técnico. Bogotá.
- **Natera, G. (2005)** La difícil identificación del consumo de alcohol en comunidades indígenas. El cotidiano, Julio – Agosto. Vol. 20 No 132. Universidad Autónoma Metropolitana. Mexico D.F.
- **National Geographic Chanel –NatGeo- (2008)** Documental: Dentro de la heroína de Afganistán. Recuperado el 18 de septiembre del 2009 de [http://channel.nationalgeographic.com/series/explorer/3099/Overview#tab-Videos/05519\\_00](http://channel.nationalgeographic.com/series/explorer/3099/Overview#tab-Videos/05519_00) disponible también en <http://www.youtube.com/watch?v=MujLmbv88K8>
- **Observatorio de Drogas en Colombia.** Acciones y resultados. 2003. Bogotá
- **ONUSIDA. (2001)** Apoyo a las respuestas al VIH y a consumo de drogas intravenosas en Asia. Red Asiática para la reducción del daño.

- **Organizacáo Mundial da Saúde. Departamento de Sáude Mental e Dependência de Drogas (2000).** A juventude e o uso de drogas: como criar, utilizar e avaliar materiais e actividades educativas com jovens.
- **Puentes, Astrid (2005)** Fumigando la democracia. Disponible en [http://www.aida-americas.org/templates/aida/uploads/docs/FUMIGANDO\\_LA\\_DEMOCRACIA.pdf](http://www.aida-americas.org/templates/aida/uploads/docs/FUMIGANDO_LA_DEMOCRACIA.pdf)
- **Quevedo, M. (2009).** En revisión. Dialogical ethnography\*: a collective proposal for HIV/AIDS-prevention in Cartagena, Colombia. Maastricht University.
- **Salinas, Yamile ; Sanchez – Garzoli ;Walsh John. 2008.** La aspersion de cultivos de uso ilícito en Colombia. Una estrategia fallida. WOLA. <http://www.wola.org/media/Una%20Estrategia%20Fallida%20%28compressed%20version%29.pdf>
- **Secretaría de Planeación Santander de Quilichao (2008)** Distribución de la población urbana por grupos de edad y sexo
- **Secretaría de Salud Municipal de Santander de Quilichao (2007)** SIVIGILA, Notificación obligatoria IPS públicas y privadas del municipio.
- **Secretaria De Salud Municipal Santander de Quilichao (2008)** IPS y EPS en Santander de Quilichao, Cauca.
- **Tortaja, S. et al. (2008)** Consumo de drogas y su percepción por parte de inmigrantes latinoamericanos. *Psicothema* Vol.20 No. 3 pp 403 – 407.
- **Tovar, R. (2002)** Los municipios como escenarios de prevención desde la estrategia de comunidades locales. En. *Farmacodependencia y reducción de daños: Segundo seminario de expertos.* Marzo 22, 23 y 24 de 2002. Bogotá
- **UNODC (2006) Jóvenes y Drogas en países sudamericanos: un desafío para las políticas públicas.** Primer Estudio Comparativo Sobre Uso de Drogas en Población Escolar Secundaria en Argentina Bolivia, Brasil, Colombia, Chile,Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay. *Sistema subregional de información e investigación sobre drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay*
- **UNODC – Acción Social (2007)** Sembramos y ahora recogemos: somos familias guardabosques. Bogotá
- **UNODC (2008)** Informe Mundial sobre las Drogas. [http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2008/wdr08\\_execsum\\_spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/wdr08_execsum_spanish.pdf)



- **UNODC – Gobierno de Colombia. (2009)** Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - Informe Final .  
<http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/20.pdf>
- **UNODC (2009)** Informe Mundial sobre las Drogas.  
[http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2009/Executive\\_summary\\_Spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2009/Executive_summary_Spanish.pdf)
- **Vargas, R. (2002).** Drogas y seguridad: una crítica desde la perspectiva política de la reducción de daños. En. Farmacodependencia y reducción de daños: Segundo seminario de expertos. Marzo 22, 23 y 24 de 2002. Bogotá
- **Vianchá, M. (2009)** Experiencias de malos tratos y uso de sustancias psicoactivas legales en la construcción de identidades de jóvenes en situación de protección en Sogamoso. Tesis de Maestría. Universidad Católica de Colombia. Disponible en <http://odc.dne.gov.co/spip.php?rubrique10>
- **Zamuner, Vanda Lucia (2003)** I focus Group. Il Mulino, Bologna.

## Anexos

### Anexo A

#### Presentación general de las Actividades

*“Las actividades que vamos a desarrollar hacen parte de un estudio requerido por el municipio de Santander de Quilichao por medio de la Alcaldía municipal y la Empresa Quilisalud ESE, financiado por el Ministerio de la Protección Social y Naciones Unidas, diseñado y ejecutado por el Grupo de Antropología Médica Crítica del Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá”*

*“El objetivo principal del estudio es realizar una evaluación rápida de la situación del consumo de heroína en el municipio, reconociendo los diferentes niveles que pueden hacer vulnerable a una persona para que llegue a convertirse en un consumidor. Se tendrán en cuenta experiencias específicas individuales, condiciones sociales y las diferentes intervenciones que desde el Estado y la sociedad civil se producen, con miras al mejoramiento de la calidad de vida de la población que permitan optimizar las condiciones de acceso a los servicios públicos (Salud, educación, etc.) y la calidad de los mismos”*

*“Las actividades a desarrollar serán: una encuesta con preguntas cerradas para la caracterización de las personas que participan en el estudio, talleres donde participan los diferentes actores municipales<sup>14</sup> y entrevistas semiestructuradas a algunas de las personas que se encuentran directamente vinculadas a la problemática”*

#### **Compromiso ético**

*“Quisiéramos saber sobre su experiencia, lo que ha escuchado, lo que ha visto al respecto. Es importante que usted sepa que es libre de participar o no en el estudio; así mismo, si elige participar, podrá dejar de responder las preguntas que no desea responder o podrá dejar de participar del mismo en el momento en que se sienta incómodo”*

*“Puede haber preguntas que le parezcan muy personales, por lo tanto, queremos que sepa que todas las respuestas que nos dé se mantendrán en total confidencialidad”*

*“Ninguna de las respuestas que nos dé tendrá su nombre o identificación. Sólo tendrá un número (código) especial que únicamente conocerán los investigadores del grupo Antropología Médica Crítica de la Universidad Nacional”*

*“Para las entrevistas se utilizarán grabadoras para poder recordar las conversaciones, pero nunca nadie del municipio podrá escuchar las entrevistas. También podrá revisar las grabaciones personales y solicitarnos que eliminemos alguna parte o toda la entrevista”*

*“Cuando describamos los resultados de la investigación, nunca utilizaremos nombres ni hablaremos de una persona en particular”*

*“En el único momento en el cual no mantendremos la información en confidencialidad, será cuando tengamos indicios de que usted o una de las personas que lo rodean estén en riesgo de ser gravemente lastimados, en este caso estamos obligados a informar a las autoridades”*

*“Esperamos que desee participar en este estudio. Creemos que las encuestas, los talleres y las entrevistas le darán la oportunidad de reflexionar sobre su papel como actor social. Si decide participar, será parte de un estudio único e importante que nos ayudará a aprender*

---

<sup>14</sup> Se realizarán **tres talleres en total**: El primero con representantes de los organismos gubernamentales, el segundo con representantes de organizaciones no gubernamentales, y el tercero con personas consumidoras.

*más acerca de las dinámicas y problemáticas relacionadas al consumo heroína en el municipio y de cómo poder prevenirlas y solucionarlas”*

*ANTES DE INICIAR, si tiene alguna pregunta acerca del estudio o los derechos que usted tiene como participante del mismo, por favor diríjase a los investigadores representantes del Centro de Estudios Sociales de la Universidad Nacional, quienes serán los responsables de coordinar las actividades y de solucionar sus inquietudes.*

## Anexo B

### Encuesta Inicial para Totas las Actividades

*Leer la presentación general de la actividad y compromiso ético (Ver Anexo A)*

Código de identificación<sup>15</sup> participante \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

#### DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN EN GENERAL

1. Institución a la que pertenece \_\_\_\_\_
2. Por medio de quien se enteró de la actividad \_\_\_\_\_
3. Fecha de la actividad: Día \_\_\_\_\_/ Mes \_\_\_\_\_/ Año \_\_\_\_\_/
4. Lugar \_\_\_\_\_
5. Edad: \_\_\_\_\_/ Años
6. Sexo: Masculino \_\_\_\_\_/ Femenino \_\_\_\_\_/ Otro \_\_\_\_\_/
7. Nivel educativo:
  - No tiene \_\_\_\_\_/
  - Primaria incompleta \_\_\_\_\_ completa \_\_\_\_\_/
  - Bachillerato Incompleto \_\_\_\_\_ completa \_\_\_\_\_//
  - Técnico/Tecnológico Incompleto \_\_\_\_\_ completa \_\_\_\_\_// \_\_\_\_\_/
  - Universidad Incompleto \_\_\_\_\_ completa \_\_\_\_\_// \_\_\_\_\_/
  - Otro \_\_\_\_\_/
8. Estado civil:
  - Soltero (a) \_\_\_\_\_/
  - Unión libre \_\_\_\_\_/
  - Casado (a) \_\_\_\_\_/
  - Separado(a) \_\_\_\_\_/
  - Divorciado(a) \_\_\_\_\_/
  - Viudo(a) \_\_\_\_\_/
  - Se niega a contestar \_\_\_\_\_/
  - No sabe \_\_\_\_\_/
  - Otro \_\_\_\_\_/
9. Estrato socioeconómico familiar:  
\_\_\_\_\_

<sup>15</sup> Código de identificación asignado por los investigadores para cada actividad (Ej. Participante Taller # 1, 2 o 3, Participante Entrevista # 1, 2, 3, etc.)

- 1\_\_\_\_/
- 2\_\_\_\_/
- 3\_\_\_\_/
- 4\_\_\_\_/
- 5\_\_\_\_/
- 6\_\_\_\_/
- No sabe\_\_\_\_/

10. ¿Donde ha vivido durante los últimos cinco años?

---

11. Grupo étnico al que pertenece:

- Afrocolombiano\_\_\_\_/
- Indígena\_\_\_\_/
- Raizal\_\_\_\_/
- ROM\_\_\_\_/
- Blanco\_\_\_\_/
- Mestizo\_\_\_\_/
- Otro\_\_\_\_/ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

12. Usted que hace a qué se dedica (Trabajo-actividad):

---

13. Cuanto tiempo lleva en esta ocupación

- Menos de un mes\_\_\_\_/
- Entre uno y tres meses\_\_\_\_/
- Entre tres meses y un año\_\_\_\_/
- Más de un año\_\_\_\_/

14. ¿Ha consumido sustancias psicoactivas (SPA) en su vida?:

- Si\_\_\_\_/
- No\_\_\_\_/ **[Si su respuesta es no, por favor pasar a la pregunta 16]**
- Se niega a contestar\_\_\_\_/
- No sabe\_\_\_\_/

15. ¿Qué tipo de drogas ha consumido? **[Puede marcar más de una]**

| Sustancia | SI | NO | ¿Con qué frecuencia? | ¿Cuándo fue la última vez que lo hizo? | Edad de Inicio |
|-----------|----|----|----------------------|--|----------------|
|-----------|----|----|----------------------|--|----------------|

|                   |  |  |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|--|--|
| Cigarrillo        |  |  |  |  |  |
| Alcohol           |  |  |  |  |  |
| Marihuana         |  |  |  |  |  |
| Alucinógenos      |  |  |  |  |  |
| Anfetaminas       |  |  |  |  |  |
| Benzodiacepinas   |  |  |  |  |  |
| Cocaína           |  |  |  |  |  |
| Heroína           |  |  |  |  |  |
| Otras<br>¿Cuáles? |  |  |  |  |  |

16. ¿En el municipio hay personas que usan heroína? Si\_\_\_\_/ No\_\_\_\_/

17. ¿Son de alguna parte especial del municipio? \_\_\_\_\_

18. ¿Sabe cómo la usan? Fumada\_\_\_\_/ Inhalada\_\_\_\_/ Inyectada\_\_\_\_/

19. ¿Conoce a alguna persona que use heroína? Si\_\_\_\_/ No\_\_\_\_/

20. Si su respuesta fue SI, ¿Podría contactarme con esa persona? Si\_\_\_\_/ No\_\_\_\_/

21. Usted cree que el consumo de heroína en la ciudad

- Ha aumentado\_\_\_\_/
- Ha disminuido\_\_\_\_/
- No ha cambiado\_\_\_\_/

22. ¿Qué piensa usted del consumo de heroína?

\_\_\_\_\_

23. ¿Qué riesgos corren las personas cuando usan heroína?

\_\_\_\_\_

24. ¿Cuál es la actitud de la gente frente a los consumidores de droga en Santander de Quilichao? **[Puede marcar más de una]**

- De rechazo\_\_\_\_/
- De tolerancia\_\_\_\_/
- De protección\_\_\_\_/
- De lástima\_\_\_\_/
- De simpatía\_\_\_\_/
- Otra\_\_\_\_/ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

25. ¿Cómo reaccionan los consumidores de Santander de Quilichao ante esa situación?

\_\_\_\_\_

26. ¿De lo que usted ha observado cuáles cree que sean las mayores necesidades de los consumidores de drogas en el municipio?

---

---

## GUÍA PARA ENTREVISTA A PERSONAS CONSUMIDORAS DE HEROÍNA

### PRIMER CONSUMO

27. ¿Usted consume heroína? Si\_\_\_\_/ No\_\_\_\_/ [Si su respuesta es no, por favor pasar a la pregunta 43]

28. ¿A qué edad comenzó a consumir heroína?

- A los \_\_\_\_\_/ años

29. ¿En qué lugar estaba cuando lo hizo por primera vez y con quién?

30. ¿Quién le motivó a usar heroína y cómo le motivó?

31. ¿Cuál fue la vía de administración?

- Fumada\_\_\_\_/
- Inhalada (En chino )\_\_\_\_/
- Inyectada\_\_\_\_/
- Otra\_\_\_\_/ ¿Cuál?\_\_\_\_\_

32. ¿Cuál fue la cantidad que consumió la primera vez que lo hizo?

33. ¿La mezcló con otra sustancia? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

### CONSUMO ACTUAL

34. ¿Actualmente en qué lugares consume heroína y con quién(es)?

35. ¿Cómo la consume?

- Fumada\_\_\_\_/
- Inhalada (En chino)\_\_\_\_/
- Inyectada\_\_\_\_/
- Otra\_\_\_\_/ ¿Cuál?\_\_\_\_\_

36. ¿Actualmente qué cantidad consume?

37. ¿Actualmente cuándo consume heroína la mezcla con otra sustancia? ¿Cuál?\_\_\_\_\_

38. ¿Qué tan fácil se compra o consigue la heroína en el municipio?

- Muy fácil\_\_\_\_/
- Fácil\_\_\_\_/
- Difícil\_\_\_\_/



- Muy difícil\_\_\_\_/
- No se\_\_\_\_/

39. ¿Cuál es la presentación de las dosis?

40. ¿Cuánto cuesta una dosis?

41. ¿Cómo sabe que lo que consume es heroína?

42. La calidad de la heroína en el municipio es:

Muy buena\_\_\_\_/

Buena\_\_\_\_/

Regular \_\_\_\_/

Mala \_\_\_\_/

No se\_\_\_\_/

## GUÍA PARA ENTREVISTA A PERSONAS VENDEDORAS DE HEROÍNA

43. ¿Es usted vendedor de heroína? Si\_\_\_\_/ No\_\_\_\_/ [Si su respuesta es no, por favor no responda las siguientes preguntas y entregue el cuestionario a la persona que se lo entregó]

44. ¿Qué sustancias vende? [Puede marcar más de una]

- Cigarrillo\_\_\_\_/
- Alcohol\_\_\_\_/
- Marihuana\_\_\_\_/
- Alucinógenos\_\_\_\_/
- Anfetaminas\_\_\_\_/
- Benzodiazepinas\_\_\_\_/
- Cocaína\_\_\_\_/
- Heroína\_\_\_\_/
- Otras\_\_\_\_/ ¿Cuáles?\_\_\_\_\_

45. ¿A parte de vender, usted consume o ha consumido SPA? [Puede marcar más de una]

| Sustancia         | SI | NO | ¿Con qué frecuencia? | ¿Cuándo fue la última vez que lo hizo? | Edad de Inicio |
|-------------------|----|----|----------------------|--|----------------|
| Cigarrillo        |    |    |                      |  |                |
| Alcohol           |    |    |                      |  |                |
| Marihuana         |    |    |                      |  |                |
| Alucinógenos      |    |    |                      |  |                |
| Anfetaminas       |    |    |                      |  |                |
| Benzodiazepinas   |    |    |                      |  |                |
| Cocaína           |    |    |                      |  |                |
| Heroína           |    |    |                      |  |                |
| Otras<br>¿Cuáles? |    |    |                      |  |                |

46. ¿Qué y quién lo motivo a ser vendedor?

\_\_\_\_\_

47. ¿Hace cuánto tiempo desempeña esta actividad?

\_\_\_\_\_

48. ¿Con qué nombre le piden o se conoce la heroína?

\_\_\_\_\_

49. ¿En qué zonas o situaciones la vende?

\_\_\_\_\_

---

---

50. ¿Cómo es la calidad de la heroína que vende?

---

---

---

51. ¿Cuánto le compra una persona en promedio?

---

---

---

52. ¿Con qué frecuencia le compra una persona en promedio?

- Una vez al día\_\_\_\_/
- Varias veces al día\_\_\_\_/ ¿Cuántas? \_\_\_\_\_
- Una vez por semana\_\_\_\_/
- Varias veces por semana\_\_\_\_/

53. ¿Qué precios maneja?

---

---

---

54. ¿En qué presentaciones se ofrece la heroína?

---

---

---

55. Sus clientes son:

- Habituales\_\_\_\_/
- Ocasionales\_\_\_\_/
- Ambos\_\_\_\_/

56. ¿Cuáles son sus características? (Hombre/mujer, etnia, edad, procedencia, etc.)

---

---

---

57. ¿Cuántos clientes de heroína tiene en promedio?

---

---

---

58. ¿Usted se preocupa por sus compradores? ¿Cómo lo manifiesta?

---

---

---

59. ¿Conoce a alguna persona que use heroína? Si\_\_\_\_/ No\_\_\_\_/

60. Si su respuesta fue SI, ¿Podría contactarme con esa persona? Si\_\_\_\_/ No\_\_\_\_/

61. ¿Cuáles cree que son las mayores necesidades de los consumidores de heroína?

---

---

## Anexo C

### Guía para realización de los Talleres

1. Presentación de la actividad, coordinadores/relatores
2. Reglas de Juego (Duración aproximada de dos horas con un receso de 15 minutos al intermedio para el refrigerio)

**Objetivo General:** Identificar y analizar alternativas gubernamentales y no gubernamentales frente al consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao.

#### **Objetivos Específicos**

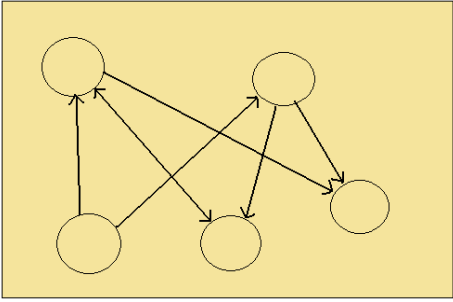
- Realizar junto con la comunidad un diagnóstico sobre la situación de consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao.
- Realizar con la ayuda de los diferentes actores sociales un diagnóstico de la respuesta institucional y civil en relación con el consumo de heroína.

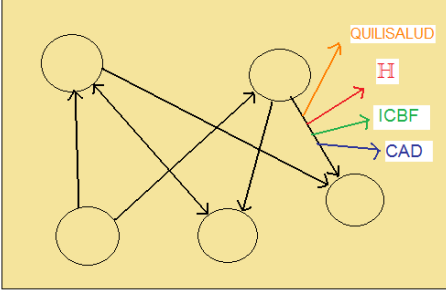
#### **Materiales**

- Papel periódico sin imprimir.
- Marcadores de diferentes colores.
- Un mapa del municipio en blanco.
- Cinta pegante
- Pegante
- Bolígrafos
- Hojas en blanco tamaño carta

#### **Metodología**

Se espera una asistencia de entre 15 y 18 personas por cada taller con quienes se realizarán mesas de trabajo de cuatro o cinco personas, quienes se agruparán en lo posible por compartir características similares (Por sexo, edad, procedencia, pertenencia institucional, etc.)

| Objetivos   | Metodología  | Observaciones |
|---|--|---------------|
| <p>Identificación de <u>Causas</u> del consumo de heroína</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se nombra un relator por grupo.</li> <li>2. Sobre una hoja en blanco tamaño carta, se le pide a la gente en los grupos por separado que enumeren las principales <b>causas</b> del porqué se ha presentado dicha situación en el municipio.</li> <li>3. Posteriormente se organizan las causas identificadas por nivel de importancia (relevancia) en relación con el consumo de heroína.</li> <li>4. Sobre el papel periódico sin imprimir, cada grupo tiene que diagramar las causas encerrándolas en círculos y distribuyéndolas en toda la superficie del papel.</li> <li>5. Seguidamente cada grupo por separado debe buscar relaciones entre las causas identificadas.</li> </ol> <p>Ej.</p>  |               |
| <p><u>Respuestas</u><br/>Institucionales y Sociedad Civil</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sobre el mapa y en color negro poner los nombres de los siguientes lugares encerrándolos con los colores respectivos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instituciones gubernamentales y no gubernamentales (Color verde)</li> <li>• Sitios de venta y consumo (Color Rojo)</li> </ul> </li> <li>2. Con el papel periódico que se utilizó anteriormente con el gráfico de relaciones de causas, ubicar el papel de las instituciones identificadas en el mapa.</li> </ol> <p>Ej.</p>   |               |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |  <p>3. Por cada institución identificada, responder:<br/>¿Qué programas puntuales se conocen?</p> |  |
| Posibles <u>soluciones</u> a las dificultades identificadas | ¿Cómo se podrían corregir las dificultades identificadas?   |  |

Al final se realizan las socializaciones por cada uno de los grupos que participaron.

## Anexo D

### Formato de entrevista semiestructurada a consumidores

**Objetivo General:** Analizar las experiencias relacionadas con el consumo de sustancias a fin de identificar patrones de transición entre consumos y cambios relacionados con las dinámicas sociales en Santander de Quilichao.

#### Objetivos Específicos

- Profundizar en los temas que no resulten fáciles de abordar en las actividades del taller.
- Indagar a fondo por las categorías de análisis que nos permitirán tener una mejor perspectiva de los diferentes niveles de vulnerabilidad relacionados con el consumo de heroína en el municipio.

#### Metodología

- Leer el Anexo A sobre presentación de la investigación y compromiso ético
- Diligenciar el Anexo B Encuesta Inicial
- Preguntar si es o no posible grabar o tomar notas.

| Categorías                    | Preguntas de Conducción  | Preguntas de profundización   |
|-------------------------------|--|---|
| <b>Experiencia Individual</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo fue que comenzó a consumir heroína?</li><li>• ¿Aún consume heroína? ¿Por qué lo hace?</li><li>• ¿Cómo es consumir heroína en Santander de Quilichao?</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo era su vida en ese momento?</li><li>• ¿Se relaciona la heroína con otro tipo de sustancias?</li><li>• ¿Ha tenido problemas de salud mental, antes o después del inicio del consumo?</li><li>• ¿Cómo fue su primera experiencia con la heroína? (Lugares/situaciones, personas acompañantes, razones, motivos, expectativas, sabía qué consumía, experiencia, pensamientos, sentimientos, consecuencias)</li><li>• ¿Qué tipo de riesgos corren las personas cuando consumen heroína? (Tolerancia, dependencia, síndrome de abstinencia, riesgos sociales, etc.)</li><li>• ¿Qué le gusta y que no le gusta de la heroína? (Sensación, estatus/mal estatus)</li><li>• ¿De quién obtuvo información sobre la heroína?</li><li>• ¿Cómo es su experiencia actual de consumo de heroína? (Lugares/situaciones, personas acompañantes, razones, motivos, expectativas, experiencia,</li></ul> |

| Categorías                     | Preguntas de Conducción  | Preguntas de profundización   |
|--------------------------------|--|---|
|                                |  | pensamientos, sentimientos, consecuencias)  |
| <b>El papel de la familia</b>  | <p>¿Y su familia qué?</p> <p>¿Qué pasa con las relaciones de pareja?</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la estructura y la dinámica familiar?</li> <li>• ¿Qué le dicen las personas de su familia que saben que usted consume heroína?</li> <li>• ¿Hubo influencia de parte de algún miembro de la familia para el consumo?</li> <li>• ¿Qué dice su pareja?</li> <li>• ¿Qué pasa con las relaciones sexuales cuando hay consumo de heroína?</li> </ul>  |
| <b>El papel de la sociedad</b> | <p>Y la gente de Santander ¿qué sabe de su consumo?</p> <p>Y ¿qué piensan sobre el consumo?</p> <p>¿Hay grupos de ayuda en el municipio?</p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha tenido algún tipo de presiones en relación al consumo?</li> <li>• ¿Existe alguna clase de control social al problema de la heroína?</li> <li>• De lo que usted ha observado ¿cuál es la actitud de la gente frente a los consumidores de drogas (heroína)?</li> <li>• ¿Cómo reaccionan los consumidores frente a esa situación?</li> <li>• ¿Conoce en el municipio sobre programas de inclusión social no gubernamentales para consumidores?</li> <li>• ¿Hace usted parte de grupos de apoyo?</li> <li>• ¿Ha asistido a alguna institución no gubernamental de apoyo?</li> <li>• ¿Cómo fue esa experiencia? (Rehabilitación, deserción)</li> </ul> |
| <b>Salud y educación</b>       | <p>¿Y usted va al médico?</p> <p>¿Usted ha querido dejar de consumir?</p> <p>¿Usted hasta que curso estudio?</p> <p>¿Usted que sabe sobre ayudas por parte del gobierno o de otras personas en el municipio?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo ha sido su experiencia con los servicios de salud? (Afiliación, acceso, requisitos, calidad)</li> <li>• ¿Qué instituciones reconozco?</li> <li>• ¿Cómo es el personal? (es suficiente, está calificado, tiene vocación de servicio, actúa con ética)</li> <li>• ¿Integran el seguimiento y el tratamiento a los costos?</li> <li>• ¿Qué tan amplia es la evaluación de los casos?</li> <li>• ¿Ha buscado algún tipo de ayuda?, ¿A quién le ha pedido ayuda?</li> <li>• ¿Bajo qué circunstancias dejaría de</li> </ul>  |



| Categorías              | Preguntas de Conducción  | Preguntas de profundización   |
|-------------------------|--|---|
|                         | <p>¿Qué se puede hacer para mejorar la situación de los consumidores?</p>                      | <p>consumir?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo ha sido su experiencia con el sector educativo? (acceso, calidad, personal)</li> <li>• ¿Qué instituciones reconozco?</li> <li>• ¿Cómo es el personal? (es suficiente, está calificado, tiene vocación de servicio, actúa con ética)</li> <li>• ¿Qué acciones desarrollan para reducir la oferta y controlar el consumo? (Prevención, atención física, psicología, diagnóstico, tratamiento/rehabilitación)</li> <li>• ¿Quiénes usan/necesitan los servicios?</li> <li>• ¿De qué forma se hace partícipe la comunidad? (para los no consumidores, no consumidores en riesgo, consumidores, incipientes, dependientes)</li> <li>• ¿Existe una ruta de acceso definida a los diferentes servicios? ¿la comunidad la conoce?, ¿se hace seguimiento y acompañamiento?, ¿Existen diferentes rutas para la zona urbana y rural?</li> <li>• ¿Qué se hace en casos de emergencia? (sobre dosis, recaídas)</li> </ul> |
| <b>Violencia</b>        | <p>¿Usted cree que existe alguna relación entre la heroína y la violencia en el municipio?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Ha sufrido situaciones de violencia por el consumo?</li> <li>• ¿Hay en el municipio grupos sociales que ejerzan violencia en contra de las personas relacionadas con la heroína?</li> <li>• ¿Ha herido a otros o a si mismo bajo el efecto de la heroína?</li> <li>• ¿Ha cometido algún delito como consecuencia del consumo de heroína?</li> <li>• ¿Alguna vez bajo los efectos de la heroína ha tenido reacciones violentas?</li> </ul>   |
| <b>Contexto laboral</b> | <p>¿Usted en que utiliza su tiempo?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué hace en su tiempo libre?</li> <li>• ¿En qué se ocupa?</li> <li>• ¿De qué vive?</li> <li>• ¿Cuál es el origen del dinero para el consumo?</li> <li>• ¿Con la plata que gana le alcanza para</li> </ul>   |

| <b>Categorías</b> | <b>Preguntas de<br/>Conducción</b> | <b>Preguntas de profundización</b>                       |
|-------------------|------------------------------------|--|
|                   |                                    | suplir sus necesidades? (Alimentación,<br>consumo, etc.) |

## Anexo E

### Formato de entrevista semiestructurada a Vendedores

**Objetivo General:** Analizar las experiencias relacionadas con la venta de sustancias a fin de identificar las dinámicas de mercado y las implicaciones que sobre la comunidad tienen dichas prácticas.

#### Objetivos Específicos

- Profundizar en los temas que no resulten fáciles de abordar en las actividades del taller.
- Indagar a fondo por las categorías de análisis que nos permitirán tener una mejor perspectiva de los diferentes niveles de vulnerabilidad relacionados con el consumo de heroína en el municipio.

#### Metodología

- Leer el Anexo A sobre presentación de la investigación y compromiso ético
- Diligenciar el Anexo B Encuesta Inicial
- Preguntar si es o no posible grabar o tomar notas.

| <b>Categorías</b>              | <b>Preguntas de Conducción</b>   | <b>Preguntas de profundización</b>  |
|--------------------------------|--|---|
| <b>Venta</b>                   | <p>¿Para usted qué ha sido lo más difícil de ser vendedor?</p> <p>¿Y qué puede decirme de sus clientes?</p> <p>¿Cómo es la dinámica de venta de heroína en el municipio?</p> <p>¿Cuáles cree que son las mayores necesidades de los vendedores de heroína?</p> | <ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cómo es vender heroína en Santander de Quilichao?</li><li>• ¿Cómo empezó?</li><li>• ¿Hace cuanto tiempo?</li><li>• ¿Qué ha pasado durante este tiempo como vendedor?</li><li>• ¿Qué tan difícil es vender heroína en las calles del municipio?</li><li>• ¿Cómo describiría a sus clientes consumidores de heroína?</li><li>• ¿Cuáles son las principales estrategias de enganche para que las personas consuman heroína?</li><li>• ¿Podría darme algunos detalles sobre la preparación de la heroína?</li><li>• ¿Bajo qué circunstancias dejaría de ser vendedor de heroína?</li></ul> |
| <b>El papel de la sociedad</b> | <p>¿Cómo es visto por las personas del municipio el hecho de que existan vendedores en Santander</p>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• De lo que usted ha observado<br/>¿Cuál es la actitud de la gente</li></ul>  |

| Categorías                    | Preguntas de Conducción   | Preguntas de profundización   |
|-------------------------------|---|---|
|                               | <p>de Quilichao?</p> <p>La gente de Santander ¿Qué sabe de la situación de los vendedores en el municipio?</p> <p>¿Quiénes lo han ayudado cuando ha tenido problemas?</p> | <p>frente a los vendedores de heroína?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es su reacción frente a esta situación?</li> <li>• ¿Ha tenido algún tipo de presiones sociales en relación a la venta? (Para que siga o no siga)</li> <li>• ¿Conoce en el municipio sobre programas de inclusión social no gubernamentales para consumidores?</li> <li>• ¿Cómo funcionan? (Si los hay)</li> </ul>   |
| <b>Salud y educación</b>      | <p>¿Cuándo tiene problemas de salud a quien recurre?</p> <p>¿Cuál fue su último grado escolar?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuáles son los medios de acceso a la salud?</li> <li>• ¿Cómo ha sido su experiencia con los servicios de salud? (Afiliación, acceso, requisitos, calidad)</li> <li>• ¿Qué instituciones reconoce?</li> <li>• ¿Los profesionales de los centros de salud están preparados, les gusta lo que hacen, actúan con ética?</li> <li>• ¿Le ha ocurrido alguna emergencia médica con algún comprador?</li> <li>• ¿Qué hizo en ese momento?</li> <li>• ¿Cómo ha sido su experiencia con el sector educativo? (acceso, calidad, personal)</li> <li>• ¿Qué instituciones reconoce?</li> <li>• ¿Los profesionales de los centros educativos están preparados, les gusta lo que hacen, actúan con ética?</li> <li>• ¿Usted como vendedor cómo cree que se podría mejorar la situación en relación con el consumo de heroína en el municipio?</li> </ul> |
| <b>El papel de la familia</b> | <p>¿Y qué pasa con su familia?</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuénteme sobre su familia</li> <li>• ¿Algún familiar sabe que</li> </ul>   |

| Categorías              | Preguntas de Conducción  | Preguntas de profundización   |
|-------------------------|--|---|
|                         | ¿Qué pasa con la pareja?   | <p>usted es vendedor?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué piensa su familia del hecho que usted sea vendedor?</li> <li>• ¿Su familia se ha visto afectada?, ¿cómo?</li> <li>• ¿Alguien más de su familia vende o ha vendido SPA o heroína?</li> <li>• ¿Tiene pareja?</li> <li>• ¿Su pareja conoce a que se dedica?</li> <li>• ¿Se ha visto afectada su relación de pareja por su trabajo?</li> </ul>  |
| <b>Violencia</b>        | ¿Existe alguna relación entre la heroína y la violencia en el municipio?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Usted sabe, ha conocido que se ejerzan actos de violencia en contra de personas que venden droga?</li> <li>• ¿Conoce o ha escuchado casos de violencia entre consumidores o entre vendedores?</li> <li>• ¿Cuál fue el motivo?</li> <li>• ¿Conoce o ha escuchado de consumidores que hayan cometido algún delito como consecuencia del consumo de heroína?</li> </ul>  |
| <b>Contexto Laboral</b> | <p>¿A qué dedica su tiempo? ¿Cómo es su rutina diaria?</p> <p>¿A qué dedica su tiempo libre?</p> <p>¿Cuáles son sus principales necesidades como persona que se dedica a vender SPA?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indagar por oportunidades laborales en el municipio</li> <li>• ¿Qué otros ingresos económicos tiene?</li> <li>• Con la plata que gana ¿le alcanza para suplir todas sus necesidades? (Alimentación, vivienda, etc.)</li> <li>• ¿qué otras cosas hace en el municipio en su tiempo libre?</li> <li>• ¿Bajo qué condiciones dejaría de ser vendedor?</li> <li>• ¿Conoce a otras personas que vendan heroína?, ¿podría</li> </ul> |

| <b>Categorías</b> | <b>Preguntas de Conducción</b> | <b>Preguntas de profundización</b>   |
|-------------------|--------------------------------|--|
|                   |                                | contactarnos con alguna de ellas?, ¿cuándo?<br><ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="956 310 1403 409">• ¿Cree que podría contactarme con alguna persona que consuma heroína?</li></ul> |

## Anexo F

### Formato de entrevista semiestructurada a Referentes Municipales

**Objetivo General:** Identificar y analizar alternativas gubernamentales y no gubernamentales frente al consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao.

#### Objetivos Específicos

- Profundizar en los temas que no resulten fáciles de abordar en las actividades del taller.
- Indagar a fondo por las categorías de análisis que nos permitirán tener una mejor perspectiva de los diferentes niveles de vulnerabilidad relacionados con el consumo de heroína en el municipio.

#### Caracterización de la población consumidora

- ¿Quiénes consumen heroína en Santander de Quilichao? (procedencia, edades, ocupación, estrato socioeconómico, género, etnia, etc.)
- ¿Cómo se está consumiendo?
- ¿Cuáles son las principales causas del consumo?
- ¿Existe alguna relación con otro tipo de sustancias?
- ¿Cómo ha sido la dinámica del consumo de heroína en el municipio? (ha aumentado-disminuido-igual)
- ¿A qué factores se debe dicha dinámica?
- ¿Cuáles son las cifras que su institución nos puede brindar en relación con el tema?
- ¿Qué se está haciendo como respuesta?
- ¿Qué programas tiene su institución?
- ¿Cuál es el presupuesto que se maneja para cada programa?
- ¿Cómo se han hecho visibles estos programas para la población?
- ¿Cómo se está haciendo?
- ¿Cuál es la calidad de esas respuestas?
- ¿Cuál es la calidad del personal que desempeña estas labores? (son suficientes, están calificados, tienen vocación de servicio, actúan con ética, etc.)
- ¿Cómo se determinan los grupos que son considerados como foco de las campañas de políticas públicas al respecto?
- ¿Cómo se garantiza que las personas puedan acceder a los programas?
- ¿Cómo se evalúa la efectividad de las acciones?
- ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta el municipio en el desarrollo efectivo de las actividades programadas? (Recursos, normatividad, etc.)
- ¿Qué falta por hacer?

#### Percepción social del problema

- ¿Y usted qué piensa de las personas consumidoras de SPA (heroína)?
- ¿Cuáles cree usted que sean los motivos para que las personas consuman heroína?
- ¿Existe alguna clase de respuesta social a la producción, distribución, venta y consumo?

## **Mapeo de la ciudad**

- ¿Cómo se integran los distintos esfuerzos realizados?
- ¿Qué programas específicos existen en relación con prevención, mitigación, superación de la situación de consumo en el municipio?
- ¿Existe una ruta de servicios y respuestas en el municipio?,
- ¿Desde hace cuanto?
- ¿Cómo es esa ruta?
- ¿La comunidad la conoce?
- ¿Cómo se entera la gente de la ruta?
- ¿La comunidad hace parte de la ruta? (para los no consumidores, no consumidores en riesgo, consumidores, incipientes, dependientes)
- ¿Qué instituciones se reconocen en la ruta?
- ¿En qué consisten las rutas rurales y cómo se diferencian de las rutas urbanas?
- ¿Cuál es la calidad de las respuestas?
- ¿Existen dificultades de acceso a los servicios o programas por parte de las personas consumidoras? Si existen, ¿A que se deben esas dificultades?
- ¿Se hace seguimiento y acompañamiento?
- ¿Qué actividades en relación con el manejo del tiempo libre maneja su institución?
- ¿Qué políticas laborales existen en el municipio?



**Anexo G**  
Matriz de categorías de análisis de la información

| Categorías<br>Nivel de<br>Vulnerabilidad |        | El papel de la familia   | El papel de la sociedad   | Violencia  | Salud y educación   | Contexto Laboral  |
|--|--------|--|---|--|---|---|
| <b>Colectivo</b>                         | Social | Normas sociales de género<br>Redes familiares<br>Situaciones desestructurantes<br>Discriminación y soporte familiar<br>Pautas de crianza | Percepción social del problema<br>Estigma y discriminación<br>Redes sociales<br>Grupos de apoyo.<br>Organizaciones juveniles<br>Religión<br>Participación política<br>Referentes culturales<br>Parámetros morales<br>Producción<br>Oferta<br>Distribución<br>Áreas municipales de alta vulnerabilidad | Normas sociales de género<br>Violencia intrafamiliar<br>Violencia sexual<br>Desplazamiento<br>Violencia regional<br>Organismos de vigilancia<br>Grupos de “limpieza social”<br>Acceso al sistema legal | Programas educativos<br>Información que tiene la comunidad en relación con los servicios<br>Información sobre SPA<br>Acceso a la salud<br>Acceso a educación<br>Dificultades de acceso<br>Educación en derechos | Organizaciones productivas<br>Proyectos de inclusión<br>Normas sociales de género<br>Estigma y discriminación<br>Trabajo sexual |

|  |              |  |  |  |   |   |
|--|--------------|--|--|--|---|---|
|  | Programático |  | Participación de la comunidad en la planeación y procesos de evaluación<br>Políticas de inclusión<br>Grupos de apoyo.<br>Programas dirigidos a personas consumidoras<br>Estereotipos étnicos y de género | Respuesta gubernamental<br>Recurso material y humano<br>Perfil técnico de los funcionarios del sistema legal<br>Programas de prevención<br>Violencia sistémica | Políticas sobre reducción de consumo<br>Prevención<br>Superación<br>Mitigación<br>Acciones de seguimiento de las políticas<br>Conexiones multisectoriales<br>Acciones intersectoriales<br>Respuesta gubernamental<br>Recurso material y humano<br>Organización sectorial<br>Niveles de formación del personal médico<br>Estigma y discriminación<br>Programas educativos y de salud en general<br>Criterios de servicio en salud<br>Cobertura y acceso real al sistema de salud<br>Rutas de atención<br>Itinerarios Burocráticos<br>Subregistro<br>Ausencia de programas<br>Mercado negro de medicamentos<br>Planeación y evaluación de servicios | Políticas de inserción laboral y productiva<br>Proyectos de inclusión<br>Enfoque de género<br>Ausencia de programas |
|--|--------------|--|--|--|---|---|

|                   |  |  |   |   |  |
|-------------------|--|--|---|---|--|
| <b>Individual</b> | <p>Constitución de la familia<br/> Características del contexto familiar<br/> Relaciones familiares<br/> Valores<br/> Características del consumidor Historia de consumo<br/> Características del inicio<br/> Trayectorias y vías de consumo<br/> Transición entre consumos<br/> Interés<br/> Creencias<br/> Conocimiento<br/> Actitud<br/> Conductas de riesgo<br/> Prácticas violentas<br/> Muerte</p> | <p>Características del contexto<br/> Percepción social del problema<br/> Influencia social<br/> Lugares de socialización<br/> Pérdida de redes sociales<br/> Estigma y discriminación<br/> Cuándo buscar ayuda<br/> Factores de protección<br/> Factores de riesgo</p> | <p>Actitud<br/> Violencia intrafamiliar<br/> Violencia sexual<br/> Grupos de apoyo<br/> Relación con el sistema legal<br/> Muerte</p> | <p>Nivel educativo<br/> Constitución física<br/> Salud física y mental<br/> Conductas de riesgo<br/> Prácticas sexuales<br/> Conocimiento de derechos<br/> Percepción individual de cobertura, acceso y calidad de los servicios<br/> Motivos de deserción<br/> Mercado negro de medicamentos</p> | <p>Situación laboral<br/> Roles laborales<br/> Remuneración<br/> Jornada laboral<br/> Estigma y discriminación<br/> Otras fuentes económicas</p> |
|-------------------|--|--|---|---|--|