



Generación de conocimiento sobre el problema del consumo de heroína y la capacidad de respuesta en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca

Diagnóstico situacional para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan heroína en **Santander de Quilichao**



Generación de conocimiento sobre el problema del consumo de heroína y la capacidad de respuesta en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca

Diagnóstico situacional para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan heroína en Santander de Quilichao

Informe de Resultados y Recomendaciones para la acción

Bogotá, Diciembre 2016

Ministerio de Justicia y del Derecho

Enrique Gil Botero

Ministro de Justicia y del Derecho

Carlos Medina Ramírez

Viceministro de Política Criminal y Justicia Restaurativa

Marisol Palacio Cepeda

Directora de Política de Drogas y Actividades Relacionadas

Martha Paredes Rosero

Subdirectora de Estratégica y de Análisis

Coordinadora Observatorio de Drogas de Colombia – ODC

Equipo técnico del ODC:

Jenny Fagua Duarte

Sandra Milena Montenegro

Diagnóstico situacional para la caracterización y evaluación de necesidades en personas que usan heroína en Santander de Quilichao

Observatorio de Drogas de Colombia - Ministerio de Justicia y del Derecho
Corporación Acción Técnica Social ATS
Bogotá, Colombia 2016

Este estudio fue realizado en el marco del convenio de asociación No. 307 de 2016 suscrito entre el Ministerio de Justicia y del Derecho y Corporación Acción Técnica Social ATS.

Corporación Acción Técnica Social ATS

Equipo investigador

Coordinación del estudio y preparación del informe

Inés Elvira Mejía Motta

Supervisión de campo

Yanina Silva

Felipe Muñoz

Julián Quintero

Asistentes de campo

Maria Isabel Cosme

Beatriz Alejandra Hurtado

Rocío Ospina

Digitación y procesamiento de datos

Christian Gordillo

Agradecemos el apoyo prestado para el desarrollo de este estudio a las siguientes personas e instituciones:

Dr. Milton Penagos Secretario de Despacho, Alcaldía de Santander de Quilichao; Dra. Mónica del Pilar Tejada, Secretaría de Salud; Hospital Francisco de Paula Santander CAD; Quilisalud; Parroquia de Guadalupe; CAD OPA y Fundar Cauca IPS; Corporación Consentidos; a todas las instituciones que facilitaron amablemente acceso a la información y a todas las personas que generosamente compartieron aspectos de su cotidianidad con nosotros.

I. INTRODUCCIÓN	7
II. METODOLOGÍA.....	10
2.1 Notas metodológicas acerca del estudio.....	10
2.2 Descripción del estudio	11
2.3 Objetivos.....	11
2.4 Muestreo y fuentes de información	12
2.5 Consideraciones éticas	14
III. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.....	17
3.1 Contexto general	18
3.2 Localización, naturaleza y difusión del uso de heroína.....	19
3.2.1 Mapeo y georeferenciación del fenómeno	19
3.2.2 Dinámicas territoriales y de mercado.....	24
3.2.3 Características de las personas que usan heroína (PUH).....	32
3.2.4 Percepción del fenómeno.....	38
3.2.5 Tendencias en el uso de heroína, carreras de consumo y factores que influyen la expansión de las prácticas.....	39
3.2.6 Estigma, discriminación y maltrato por parte de diversos actores sociales	56
3.3 Comportamientos de riesgo asociados uso de heroína y las consecuencias adversas para la salud en una muestra de usuarios.....	62
3.3.1 Riesgos asociados a los rituales del uso de heroína y la parafernalia	62
3.3.2 Sobredosis.....	68
3.3.3 Riesgos asociados al comportamiento sexual	69
3.3.4 Percepción de riesgo y conocimientos	74
3.4 Experiencias de tratamiento para el consumo de drogas	75
3.5 Necesidades de las personas que usan heroína	84
IV. ANÁLISIS DE NECESIDADES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	95
4.1 Conclusiones generales	95
4.2 Análisis de necesidades y recomendaciones para la acción	105
Referencias.....	110

I. INTRODUCCIÓN

Como parte de la implementación del Plan Nacional de Respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada, el Ministerio de Justicia y del Derecho celebró el Convenio 307 de 2016 con la Corporación ATS para el desarrollo de una serie de acciones que contribuyeran al mejoramiento de las capacidades territoriales en la materia.

Una de ellas fue el desarrollo de un estudio que permitiera dar recomendaciones de respuesta e intervención en dos ciudades de Colombia en las que, a pesar de haberse identificado el fenómeno, aún no se implementan acciones de mitigación del impacto del consumo de heroína, salvo las correspondientes al tratamiento.

Se creía necesario actualizar el mapa de situación y tener una aproximación que permitiera caracterizar las necesidades de las personas que usan heroína y que se inyectan drogas, con el fin de emitir recomendaciones que sirvieran de base para el alistamiento de acciones, de acuerdo con las realidades locales, en el componente de reducción de riesgos y daños asociados a las prácticas.

Fue así como se determinó que en el tiempo con el que se disponía y dada la necesidad de orientar la práctica, se llevara a cabo un estudio con una metodología ágil y pragmática, una metodología que ya hubiera sido aplicada en Colombia para la exploración de la inyección de drogas, el consumo de heroína y las consecuencias asociadas para la salud.

Tal metodología fue la evaluación rápida de situación, previamente utilizada en la primera fase del estudio multi-centro de la Organización Mundial de la Salud en el cual participó Bogotá en los años 2001 y 2002 y que fue base para la serie de estudios llevados a cabo por la Universidad CES entre los años 2011 y 2014 y para el estudio llevado a cabo por la Universidad Nacional en Santander de Quilichao en el 2009.

Los instrumentos ampliamente piloteados en Bogotá y en otras ciudades de América Latina (Rosario, Argentina; Santos, Brasil) fueron retomados por la Organización Mundial de la Salud en 2005 para desarrollar lo que denominó *herramientas de vigilancia de segunda generación para VIH y otros riesgos asociados en Consumidores de Drogas de Alto Riesgo CODAR*, las cuales fueron publicadas en 2008.

Un rasgo de la evaluación rápida es la integración de encuestas con métodos cualitativos que fue justamente lo que se propuso para este estudio en particular, junto con su funcionalidad para informar políticas públicas y programas de manera ágil.

Dentro de sus principios se encuentran el uso de múltiples métodos en combinación con múltiples fuentes de información; la triangulación continua de información y un proceso inductivo de generación de hipótesis. El enfoque inductivo facilita la aproximación a hallazgos

prácticos en la medida en que surgen, lo que permite ir abriendo nuevas líneas de indagación en la medida en que surgen (Rhodes et al., 1999).

En el marco del Convenio con el Ministerio de Justicia y del Derecho, se determinó que la evaluación rápida sería la mejor metodología a utilizar no solo por el corto tiempo con el que se contaba para la ejecución de los productos, sino porque se trataba de una actualización con énfasis en el alistamiento para la acción.

La reciente caracterización del fenómeno del consumo de heroína en Colombia mostró que en efecto se trata ya no de un fenómeno emergente, sino ampliamente instalado en algunas ciudades del país; que hay diversas descripciones del fenómeno en distintos escenarios geográficos que muestran concordancias; que ya se han hecho multiplicidad de esfuerzos por estudiar el fenómeno y que de cada uno de ellos se han emitido conclusiones y recomendaciones muy concretas y que el país ya ha venido trascendiendo en parte el momento del diagnóstico para pasar al de la acción.

La situación de caracterización para las dos ciudades objeto del Convenio era diferente, mientras en Santander de Quilichao se había llevado a cabo solo una aproximación diagnóstica en el año 2009, en Medellín se han llevado a cabo múltiples mediciones desde el mismo año cuando el Ministerio de Salud dio inicio a las series periódicas y a la exploración sistemática del fenómeno. Al menos cuatro de los diez estudios financiados por el Minsalud, se llevaron a cabo en Medellín y el último se hizo en el año 2014.

Por tal motivo se determinó que la aproximación debería cumplir con el criterio de ser pragmática y de cumplir con el objetivo de orientar la respuesta de acuerdo con las realidades locales exploradas. Igualmente se tuvo en cuenta que la realidad local era compleja, que el consumo de sustancias ilícitas es altamente censurado, que los usuarios de sustancias como la heroína se encuentran ocultos, que el fenómeno es altamente dinámico y que era necesario aproximarse a él desde una perspectiva de evaluación de necesidades.

Es relevante señalar que se presentan dinámicas diferentes en ambas ciudades. Dichas dinámicas son complejas y se encuentran atravesadas por control de territorios, presencia de actores generadores de violencia, normas tácitas propias de las dinámicas del mercado ilícito, restricción de circulación, presencia y estancia de los usuarios de heroína o de otras drogas por vía inyectada.

Durante el desarrollo de trabajo de campo hubo “advertencias” en ambas ciudades para los profesionales a cargo del acercamiento y contacto con las poblaciones objeto del estudio.

En Medellín dichas advertencias ralentizaron y limitaron el acceso a algunas zona e impidieron que se llevaran a cabo entrevistas con vendedores y distribuidores de heroína con lo cual no fue posible establecer a fondo, asuntos propios del tráfico, comercialización, circulación y origen de la sustancia.

De igual modo en Santander de Quilichao y de acuerdo con reportes de una de las trabajadoras de campo se presentaron “amenazas” y “advertencias”. Durante el desarrollo del acercamiento a campo se produjeron diversos episodios de violencia que terminaron con la

muerte de al menos dos personas involucradas con el comercio de la heroína, con lo cual se dio un “reordenamiento” del territorio y dificultades para indagar a profundidad aspectos propios del comercio y tráfico de esta sustancia en el territorio.

Los resultados que se presentan en este informe integran información no sólo de la evaluación rápida llevada a cabo en cada ciudad, sino de los estudios previos que se consideran una fuente más del presente estudio.

El informe da un peso importante a la información cualitativa pues se consideró que se contaba con una oportunidad única para dar “voz” a las personas que se ven afectadas directamente por el fenómeno en los territorios. Esto porque aunque algunos de los estudios previos tuvieron componentes cualitativos, dieron poco peso al acervo testimonial que en este caso se considera de gran valor y al cual es posible acceder con la aplicación de métodos como los grupos focales, las observaciones en campo o las entrevistas informales y semiestructuradas.

En tanto que el propósito de este estudio es aportar insumos para la definición de algún tipo de respuesta al fenómeno y que si se requiere es justamente porque la respuesta que se haya dado ha sido hasta ahora insuficiente, la lectura que se hace de cada frase y testimonio es crucial para dimensionar la carga cotidiana que viven estas personas. Por tanto, se consideró valioso retomar el registro de muchos de los testimonios como intervenciones textuales por su claridad y crudeza.

Esta vez no hay muchas interpretaciones porque consideramos que es tiempo de escuchar directamente la voz de las personas que viven el malestar día a día y la urgencia de hallar alivio al mismo, a como dé lugar.

Así, este informe ofrece una gran diversidad de matices y variedad de testimonios de primera mano, que ofrecen elementos de enorme importancia a la hora de caracterizar necesidades y de diseñar intervenciones.

Por respeto a las fuentes y para ofrecer una aproximación más realista a las redes que fueron contactadas, se respetaron los discursos tal como fueron registrados y en limitadas oportunidades por razones de relevancia, reiteración o espacio se editaron, lo cual se registra en los párrafos con puntos suspensivos (...).

II. METODOLOGÍA

2.1 Notas metodológicas acerca del estudio

La evaluación rápida es una metodología que se viene usando desde hace más de tres décadas en aproximaciones tan diversas como análisis situacionales, evaluación de necesidades, evaluación de recursos y evaluación de contextos. Permite recabar información cultural, social e institucional para el desarrollo de políticas y programas.

La metodología tuvo su origen en los ámbitos de la atención primaria en salud y de la agricultura y ruralidad y se fue expandiendo en su uso para explorar temas de desarrollo social y comunitario, enfermedades y problemas de salud tales como nutrición, salud mental y salud sexual y reproductiva (WHO, 2003).

Dado el dinamismo del consumo de sustancias psicoactivas y su vinculación con eventos como el VIH y las infecciones de transmisión sexual y sanguínea (ITSS), las evaluaciones rápidas han sido utilizadas con frecuencia porque con ellas se logran estudios ágiles, de bajo costo y de baja exigencia logística, al tiempo que ofrecen información que permite orientar y habilitar el desarrollo de intervenciones apropiadas, aceptables y ajustadas a las realidades locales en corto tiempo y en respuesta a situaciones que demandan acciones ágiles (WHO, 2003).

La Organización Mundial de la Salud en el año 2003 publicó una revisión específica sobre el uso de esta metodología para la exploración del uso de drogas, concluyendo que las evaluaciones rápidas tienen el potencial de generar información importante en materia de salud pública que puede ser útil para el desarrollo de programas de intervención. Así mismo concluyó que el potencial de esta metodología radica justamente en que es complementaria a las metodologías de estudio más tradicionales y que se caracteriza por la rapidez y el pragmatismo, lo que la convierte en una aliada importante a la hora de hacer frente a potenciales problemas de salud pública (WHO, 2003).

De acuerdo con Fitch y colaboradores (2000) el uso de la metodología de evaluación rápida ha sido promovido por diversas agencias interesadas en el desarrollo de métodos costo-efectivos y pragmáticos en la investigación en salud pública.

En la noción de la metodología convergen y se sintetizan diversas tradiciones de investigación e intervención, entre ellas la investigación aplicada, la respuesta médica y de emergencia y el desarrollo comunitario; en el marco de la primera, los orígenes se remontan a los años veinte del siglo pasado con el desarrollo del interaccionismo social de la Escuela de Chicago. Estos desarrollos hicieron énfasis en la naturaleza social y situacional de la conducta individual y mostraron el valor de integrar diversos métodos cualitativos que permitieran comprender el significado y el contexto de los comportamientos.

Así se da el origen de la evaluación rápida como un enfoque multi-método que se enfoca en la mirada de contextos de salud pública, la salud individual y las prácticas que afectan positiva o negativamente la salud individual, de manera que sea posible promover respuestas compatibles con las prácticas locales en los contextos culturales específicos.

2.2 Descripción del estudio

Se llevó a cabo una evaluación rápida de situación siguiendo las guías emitidas por la Organización Mundial de la Salud para la exploración de consumo de drogas y en particular el uso inyectable: *“The guide on rapid assessment methods for drug injecting”*.

Se trató de un estudio de tipo diagnóstico, exploratorio y descriptivo con muestreo oportunista y de redes de pares referidos, multimetodológico y con múltiples fuentes de información.

Junto con los equipos locales se revisaron las preguntas de mayor relevancia a responder con el estudio y se determinaron las fuentes de información. Posteriormente se establecieron los métodos más adecuados para recabar la información requerida.

El estudio se desarrolló combinando métodos cualitativos y cuantitativos. Los métodos cualitativos consistieron en: entrevistas informales a informantes clave y potenciales cabezas de red; observaciones en campo y reporte de recorridos en calle; grupos focales; entrevistas con expertos a cargo de la atención a los usuarios.

El método cuantitativo consistió en la aplicación de un número determinado de encuestas a usuarios de drogas por vía inyectada y a usuarios de heroína en cada ciudad. El instrumento utilizado fue la Encuesta CODAR: *“Encuestas sobre infecciones de transmisión sanguínea o sexual y conductas relacionadas en consumidores de drogas de alto riesgo”*, emitidas en el año 2005 por la Organización Panamericana de la Salud y piloteadas en la ciudad de Bogotá en el mismo año.

Cada ciudad contó con un equipo de trabajo de campo local y con la supervisión de campo. Las personas de los equipos locales fueron formadas en la metodología a desarrollar y contaron con el acompañamiento por parte de la supervisión de campo que se desplazó en varias oportunidades a cada uno de los territorios.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general:

- Identificar tipo y alcance de las consecuencias adversas para la salud asociadas al uso de heroína y a la inyección de drogas, así como evaluar las necesidades de las personas que usan y se inyectan heroína en dos ciudades de Colombia.

- Los resultados de la evaluación serán usados para ofrecer recomendaciones e informar el desarrollo de intervenciones preventivas efectivas contribuyendo así a la reducción de dichas consecuencias.

2.3.2 Objetivos específicos:

1. Evaluar la localización, naturaleza y difusión del uso de heroína y de la inyección de drogas (ID) en las ciudades de Medellín y Santander de Quilichao
2. Evaluar los comportamientos de riesgo asociados uso de heroína y a la ID y las consecuencias adversas para la salud en una muestra de usuarios.
3. Evaluar las consecuencias adversas para la salud asociadas a la ID, en particular el VIH, Hepatitis B/C y otros eventos como la sobredosis (auto-reporte).
4. Evaluar las necesidades de las personas que usan heroína y se inyectan drogas
5. Identificar potenciales intervenciones efectivas que propendan por la reducción de las consecuencias adversas para la salud asociadas al uso de heroína.

2.4 Muestreo y fuentes de información

La condición de la población objeto de estudio es “oculta” por naturaleza y aunque se cuenta para el caso de Medellín con un universo ponderado de las personas que se inyectan drogas (3,500 aproximadamente), el objetivo de este estudio era lograr una aproximación a la mayor diversidad de redes de usuarios posibles para identificar sus necesidades.

Por tanto, se trató de un muestreo por conveniencia que utilizó el método de bola de nieve, con control de número de contactos por cada cabeza de red contactada, con el fin de asegurar la diversidad de los sujetos y las redes. Se hizo uso de incentivos para la dinamización de los contactos efectivos que cumplieran con los criterios de inclusión en el estudio.

La caracterización de las poblaciones y los riesgos asociados, así como la seroprevalencia de VIH para el caso de Medellín, se habían medido amplia y representativamente en el estudio realizado por la Universidad CES en 2014. Para este estudio se esperaba profundizar en algunos de los aspectos ya explorados previamente para avanzar en la definición de recomendaciones de acción e intervención.

Para el caso de Santander de Quilichao se esperaba actualizar la evaluación situacional que había llevado a cabo la Universidad Nacional en el año 2009 utilizando la misma metodología y determinar las dinámicas actuales del fenómeno para que pudiera establecerse qué tipo de intervenciones serían las más ajustadas a la realidad local.

Los criterios de inclusión y exclusión del estudio fueron los que se describen a continuación:

CODAR consumidores de alto riesgo:

Definidos como las personas que usan drogas y que por sus prácticas de consumo presentan un alto riesgo de exposición al VIH y a otras ITSS incluyendo las hepatitis virales.

Para este estudio se consideraron elegibles para GRUPOS FOCALES:

- Quienes usaron heroína en el pasado o quienes se inyectaron heroína u otras drogas y no lo han hecho en los últimos seis (6) meses (Ex – PID)
- Quienes han usado heroína por vías distintas a la inyección entre 1 y 3 veces en los últimos seis meses (fumada, inhalada, aspirada) (Nunca PID en riesgo de transición)
- PID / Ex PID / Nunca PID usuarios de heroína en tratamiento

Se consideraron elegibles como CODAR para ENCUESTAS:

- Quienes han usado heroína al menos una vez por mes en los últimos seis meses (por vía fumada, inhalada, aspirada o inyectada) y/o quien lo ha hecho más dos o más veces en los últimos dos meses
- Quienes se han inyectado heroína u otras drogas legales o ilegales al menos una vez por mes en los últimos seis meses y/o quien lo ha hecho dos o más veces en los últimos dos meses
- No haber participado en este estudio
- Ser mayor de 15 años y poder acreditarlo con documento de identidad
- De ser menor de 15 años contar con la autorización y compañía de un adulto a cargo o tutor.

Se llevó a cabo una *fase exploratoria* que incluyó la consulta de fuentes secundarias de información para el análisis de contexto, en particular los perfiles territoriales, información sociodemográfica, información sobre consumo de sustancias psicoactivas, información sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual y sanguínea.

Como parte de la *fase exploratoria* se llevaron a cabo entrevistas informales con informantes clave por su presencia en zonas de consumo y venta de heroína, observaciones y recorridos de calle en zonas de consumo y venta, como parte del proceso de identificación y posible contacto con cabezas de red y como exploración de información complementaria al ejercicio de mapeo y georeferenciación del fenómeno.

Por último, en esta fase se llevaron a cabo los grupos focales con personas usuarios de heroína y personas que se inyectan drogas. Los grupos focales tuvieron como objetivo levantar y validar la información para el mapeo y la georeferenciación del fenómeno, explorar información para la caracterización del consumo, las prácticas, los riesgos asociados, las dinámicas de tráfico y mercado, la utilización de servicios especializados y de salud, la evaluación de necesidades.

Posteriormente se llevo a cabo la *fase formal* que consistió en el desarrollo de las encuestas CODAR y de las entrevistas a expertos a cargo de la atención de esta población. Se había previsto llevar a cabo un mayor número de entrevistas a expertos, pero fue imposible concretarlas.

En la tabla No. 1 se detalla el número de aplicaciones hechas por ciudad y por método utilizado.

Tabla No.1 Aplicación de instrumentos y métodos

Métodos	Santander de Quilichao
Entrevistas informales informantes clave	9
Recorridos y observaciones	9
Grupos focales	7
Encuestas CODAR	60
Entrevistas a expertos	4
Redes contactadas	9

2.5 Consideraciones éticas

La evaluación rápida de situación se rigió por las especificaciones éticas consignadas en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, la Resolución No. 008430 de 1993 a través de la cual el Ministerio de Salud y la Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y el Decreto 1543/97 a través del cual se reglamenta el manejo de la Infección por VIH/SIDA y otras ETS en Colombia.

Congruentes con lo establecido se tuvieron en consideración los siguientes aspectos:

- La investigación se identificó como de riesgo mínimo en tanto que no involucró exámenes diagnósticos, asesorías o intervenciones de ningún tipo que pudieran poner en riesgo la salud o el bienestar de las personas participantes.
- Se justificó el desarrollo de un estudio que buscara contribuir a la prevención y control de los problemas de salud, y al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud. Que tiene una justificación desde lo científico y lo ético.
- Se diseñó un protocolo en el que prevalece el criterio de respeto a la dignidad, a la protección de los derechos y el bienestar de las personas participantes.
- Se entiende que es deber proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
- Se justifica su desarrollo en tanto que el conocimiento requerido no puede ser obtenido por otro medio idóneo.
- Se garantizó y se formalizó esta garantía a través del consentimiento informado, la seguridad de los beneficiarios y la expresión clara de los riesgos que no deberían superar las especificaciones de las investigaciones con mínimo riesgo.
- Se cuenta con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de la investigación.

El presente estudio se rige también por lo estipulado en el capítulo IV del Decreto 1543/97 que establece: En respeto al derecho a la autonomía que no es otro que la libre determinación

en el pleno derecho de facultades de la persona, de manera libre y espontánea en beneficio del desarrollo de su personalidad.

- Se contó con un equipo de profesionales idóneos en las áreas que involucra los tópicos del estudio, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, para garantizar el bienestar del sujeto de investigación.
- Se protegió la privacidad del individuo, sin necesidad de identificarlo en ningún momento de la participación dado que no se aplicaron pruebas biológicas.
- En relación con la confidencialidad el Artículo 34º del Decreto 1543/97 establece que las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada con el VIH están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad.
- Se identificaron todos los tipos posibles de riesgo y la posibilidad de que el sujeto de la investigación sufriera algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.
- La participación de los sujetos fue enteramente voluntaria.

Por último, este estudio se reguló considerando algunos aspectos mencionados en el código de ética de la American Anthropological Association, entre ellos los siguientes:

- Se adquiere una responsabilidad fundamental con aquellos a quien se estudia, si hubiere un conflicto de intereses, los sujetos van primero. El profesional debe hacer todo lo que esté a su alcance para proteger el bienestar físico, social y psicológico y hacer respetar la dignidad y privacidad de las personas a las que estudie.
 - De esta forma, cuando el estudio involucra la adquisición de material e información transferida basándose en la confianza entre personas, es axiomático que los derechos, intereses y sensibilidades de aquellos a quien se estudia se salvaguarden.
 - Los informantes tienen el derecho de permanecer anónimos. Este derecho debe respetarse tanto más cuando se ha prometido explícitamente como cuando no existe ningún motivo evidente para hacer lo contrario. Lo descrito aplica a la recolección de información a través de cámaras, grabadoras (...) entrevistas cara a cara o en observación participante. Aquellos que están siendo estudiados deben comprender la razón de estos instrumentos, deben estar libres de rechazarlos si no lo desean, y si los aceptan, los resultados obtenidos, deben ser consonantes con los derechos del informante al bienestar, la dignidad y la privacidad.
 - En relación con la responsabilidad frente a las entidades financiadoras o ejecutoras, el profesional debe ser particularmente cuidadoso de no prometer o aceptar condiciones que sean contrarias a la ética aquí establecida o a los compromisos que compitan entre sí.

Estas últimas especificaciones deben liberar a los profesionales (psicólogos, antropólogos o trabajadores sociales) involucrados en cualquier nivel del estudio, de la responsabilidad de dar a cualquier entidad gubernamental, privada o internacional involucrada en el campo del control de la oferta de sustancias ilícitas, información – de cualquier tipo- que amenace o viole la confianza dada por cualquier informante - sea cual sea su actividad- a los miembros del equipo investigador.

III. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados del estudio de acuerdo con la preguntas orientadoras y los objetivos específicos del estudio.

En la primera parte de cada categoría se presenta el componente cualitativo derivado de los relatos y testimonios de los grupos focales, los recorridos de calle, las entrevistas informales y las entrevistas con expertos. Cuando aplique, en la segunda parte de cada categoría se presenta la información cuantitativa correspondientes a la aplicación de la encuesta CODAR.

SANTANDER DE QUILICHAO

3.1 Contexto general

Santander de Quilichao es un municipio ubicado en la región norte del Cauca a 45 Km de Cali y 97 Km de Popayán, al norte limita con los municipios de Jamundí y Villarica, al oriente con los municipios de Jambaló y Caloto, al occidente con el departamento del Valle del Cauca y al sur con el municipio de Caldon. Su extensión es de 597 Km² y se encuentra ubicado a 1.071 Metros sobre el nivel del mar. El Municipio cuenta con 104 veredas y 51 barrios en zona urbana.

Cuenta con una población de 95,000 habitantes, de ellos, el 48,7% son hombres y el 51,3% son mujeres. El 44,9% de la población residente ha alcanzado el nivel básica primaria y el 31,0% secundaria; el 3,6% ha alcanzado el nivel profesional y el 0,7% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población sin ningún nivel educativo es el 8,4%.

El 49% de la población entre 3 y 5 años asiste a un establecimiento educativo, el 90,7% de la población entre 6 y 10 años y el 79,5% de la población de 11 a 17 años.

El 43% de la población es mestiza, el 36% afro-descendiente y el 21% indígena.

El desarrollo del municipio está soportado sobre los tres sectores económicos básicos: agropecuario, manufacturero y de servicios. Sobresalen los subsectores agrícola y pecuario por el cultivo de la caña y la ganadería extensiva; el industrial por instalación de algunas empresas que se acogieron a los beneficios brindados por la Ley Páez, en el sector de servicios y en el comercio formal e informal, de especial importancia por ser el municipio un centro de intermediación para la distribución de bienes y servicios para la zona norte del Cauca. El 59% de los establecimientos son de comercio, mientras que el 28% se dedica a servicios y el 11% a industria.

No se cuenta con estudios de prevalencia que permitan determinar la extensión del consumo de sustancias psicoactivas en el municipio, sin embargo, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas del año 2013 mostró que el departamento del Cauca registra una prevalencia de uso reciente (último año) de cualquier sustancia ilícita de 1,64 frente al 3,6 del total nacional. Para este indicador, el estudio emitió un estimativo de uso reciente de sustancias en ciudades de 70,000 a 199.999 habitantes, como es el caso de municipio y este fue de 2,16%.

Para el indicador de abuso o dependencia de cualquier sustancia ilícita se estimaba que cerca de 3,313 personas en el Cauca cumplirían con los criterios.

Por sustancias específicas, para marihuana el departamento arrojó una prevalencia del último año de 1,5 pero fue cero para el caso de cocaína y no se cuenta con el dato para bazuco o de heroína.

3.2 Localización, naturaleza y difusión del uso de heroína

3.2.1 Mapeo y georeferenciación del fenómeno

Al igual que en Medellín, el ejercicio de mapeo se llevó a cabo a través de los grupos focales y las entrevistas informales, así como durante los recorridos en calle.

Se encontró fuerte resistencia a dar información y detalles en torno a este tema en distintas fuentes, incluso en personas que ingresaron recientemente a tratamiento:

“ehh esos lugares son reservados, créame que si nos ponemos a hablar de esos lugares nos llegan acá y eso es mejor dicho, uno maneja punto aparte ese tema porque eso es con gente ya pesada, se nos sale de las manos ese tema lo sentimos ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“umm pues no sé (piensan, se quedan mirando los unos con los otros y se ríen) ummm no sabemos, solo sabemos que llega” (GF INPEC H)

“Yo te voy a referenciar barrios a nivel general porque sitios como tal por seguridad no lo haré” (Entrevista informal Inf clave)

“Si los conozco, pero no te aseguro que pudiese hacer el contacto con el jíbaro son muy tocados con estos temas.” (Entrevista informal Inf clave usuaria)

“la verdad me da miedo y no me gustaría meterme en problemas” (Entrevista inf comunidad)

“No, la verdad no tengo ni idea y así supiera no me arriesgaría a darte los datos de un jíbaro, es peligroso a esa gente no le gusta que los reconozcan a ellos.” (Entrevista inf chatarra)

A pesar de ello, fue posible identificar los lugares más frecuentados por quienes usan heroína y determinar con cierto grado de precisión, los lugares en los que se concentra la venta y el mercado.

Los reportes sugieren que la dinámica geográfica del fenómeno ha cambiado en los últimos años. La venta y el consumo ocurren en distintos lugares, aunque es el barrio El Porvenir el que se identifica como el lugar que es referente y fuente de la heroína de mejor calidad.

“La mejor calidad de heroína está últimamente en el Porvenir... la que viene más rebajada esta por la Samaria, por la Trinidad. La que casi ya no hace efecto, hace efecto unos 10 minutos, pero no se trata que haga efecto unos 10 minutos, se trata de que dure” (GF HFPS)

“La del porvenir presenta un 80% de pureza como te mencionaba anteriormente, me gusta más la calidad y la sensación que produce mientras que las de las otras partes por lo general las rebajan con “paparina” y le echan mucho corte, por lo tanto el efecto no es tan duradero ya que los jíbaros por lo regular son consumidores y la re-venden.” (Entrevista Inf clave)

“.. yo conozco varios socios que son jíbaros, en el porve (Porvenir) hay una merca buena ... nosotros mismos somos los que exigimos... porque somos los que íbamos a comprar, entonces el jíbaro les decía a cómo está la merca, no firma, está rebajada...está muy mala, entonces todos nos rebotábamos .. él llamaba allá: patrón que ... están diciendo que esa merca está muy floja, pa´ que la cambie por una más buena, entonces el patrón la cambiaba por una merca más buena, ahí ya uno ya se sentía conforme” (GF OPA)

Tal como se indica en el mapa, las principales zonas en las que se concentra el fenómeno son:

Figura No.2 Mapa y Georreferenciación de zonas en las que ocurre el fenómeno y sus diversas manifestaciones en Santander de Quilichao



ZONAS DE DISTRIBUCIÓN (ROJO)	ZONAS DE CONSUMO (BEIGE)	ZONAS CON FRONTERAS (movilidad restringida)
Barrio El Porvenir 1 y 3 etapa Barrio Vida Nueva Barrio Centro Barrio El Arroyo en la entrada al acueducto Barrio Villa del Sur Barrio Plaza de Toros	Porvenir 3 etapa en la cancha de tierra Barrio El Arroyo en la muralla Barrio Betania debajo del puente Barrio Belén en las escaleras	Barrio Vida Nueva Barrio La Esperanza Barrio Nariño

La expansión del fenómeno por el municipio se asocia a cierta “normalización” y a su “mezcla” con otros consumos (como el de marihuana y bazuco) tal como se explicará adelante. Los testimonios que se muestran a continuación sugieren que en efecto el fenómeno antes era mucho más oculto.

No obstante, también se evidencia que la transición de modo fumado “pintao o pintado” (mezcla de marihuana con heroína en el mismo cigarrillo) a modo aluminio o “chino”, estuvo influenciada por la dificultad de conseguir marihuana (en una época), a la restricción en el pasado de uso de marihuana en muchos lugares del municipio, y a la existencia actual de un mercado cada vez más hegemónico de marihuana tipo *cripa*, tal como se aprecia en los siguientes testimonios.

“...el pintado es el famoso mixto, usted llega tin le echa heroína a la marihuana, si quiere le echa doble capa en el cuero y bofff más viaje todavía, ese es el famoso pintado o mixto...” (GF INPECH)

“... pero en ese tiempo no se veían tantas personas en un sitio como decir en el puente o en otras partes ...la gente que fumaba me acuerdo que era muy reservada y para uno llegar al jíbaro tenía que tener el contacto fijo, de resto no le vendían así porque sí, no como ahora que en cualquier parte se consigue...” (GF INPECH M)

“(antes)... uno no podía porque eso era un peligro, a uno lo pillaban así fumando (marihuana) y se lo fumaban (ataban) sin miseria entonces uno pagaba domicilio y resulta que el domicilio que yo pagué, él era consumidor de pintado y pues yo me iba a

*fumar mi baretico (yo fumo marihuana desde los 11 años) ...me dio mucha curiosidad ... yo pensaba que era bazuco porque yo pensaba que la heroína sólo era líquida, que se inyectaba ... **yo le dije que eso qué era y pues me dijo que era heroína ... que acá en Santander se vende es en polvo y se fuma así**" (GF INPEC M)*

***"Aquí se empezó siempre con el pintado y aquí a pesar de que es una zona roja ...la marihuana en ese tiempo era escasa ..."** (GF INPEC M)*

***"Las personas consumían antes el "pintao" pero "ya a raíz del tiempo ya no había para comprar que la heroína y la marihuana porque eso se consumía era con KF, puro cafuche (marihuana corriente), no cripa, entonces pues ya no se conseguía el cafuche, entonces se empezó a consumir en chino."** (GF en calle)*

Al igual que en Medellín, en Santander, existen zonas demarcadas por fronteras invisibles y delimitadas por actores regularmente violentos.

***"los (lugares) que más frecuentaba ...los otros casi no me gustaba arrimar, no podía tampoco, por cosas de que porque yo soy de un barrio y no me dejan entrar a otro..."** (GF HFPS)*

***"... uno se calentaba al entrar a otro barrio y como sabían que yo era de un barrio entonces no me dejaban entrar a otro. Yo mantenía en los más calientes porque yo nací allá"** (GF HFPS)*

***"...una vez subí a la loma a comprarme un bareto y me llegaron cuatro, dos por aquí, dos por acá, me emboscaron y yo quedé en el medio de todos cuatro y uno de ellos me pegó un puño ... si, esta gonorrea es de allá esta gonorrea me sapió ... que este es un sapo que tales y tan el otro man me sacó un fierro, un ocho largo y apenas me lo apuntó, yo no hice sino correr, me los quemó, estuve como tres meses en el hospital y entonces yo como estaba más o menos adicto a la heroína me quería volar pero no podía y entonces firmé mi acta (alta) voluntaria"** (GF OPA)*

***"como tres atentados me han hecho y llegó el tercero y me los pegó, las marcas de la calle, él tiene las mismas cirugías que tengo yo, a mí me colocaron ese tubo de tórax porque tenían que sacarme el pulmón, porque me creció y no podía respirar y entonces mi mamá me tenía que bañar y tenía que vestirme porque yo no podía ni vestirme ni bañarme, nada..."** (GF OPA)*

***"Están en guerra es que los de... tienen una línea de bareta, de todos los vicios, de heroína, bazuco todo, ellos quieren montar una línea pa' ellos solos, entonces los del otro barrio no querían, también querían todo pa' ellos. Más de uno cobra impuesto y si usted no paga impuesto llegan y lo guasquean ..."** (GF OPA)*

La heroína que se encuentra en otras zonas tiene por lo regular "cortes", lo cual se entiende porque la mayor parte de las personas que usan heroína están involucradas en

alguna medida en la venta y distribución de la sustancia, así como en el “campaneo” (aviso/alerta a los distribuidores) u otro tipo de servicios para las redes de organizaciones al margen del ley. De esta forma se aseguran una parte de la droga que requieren a diario, es común que se les pague con droga.

“yo soy una persona que expende la droga en cierta parte y yo se la doy a un compañero que la venda y él la rebaja y él tiene trabajador y entonces al trabajador que se la pasa, él también la rebaja o sea ya nos vamos a fumar ya nada ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Mejor dicho nosotros no vemos plata porque lo único que vemos es droga, droga y droga porque la plata se entrega y de allí para allá mera droga, y uno de las ventas va dejando la droga que era como el pago ...uno prefiere la droga que el efectivo, por ejemplo muchas veces se recibía mercancía para revender y uno hace varias entregas y por decir tengo esto y de aquí me queda tanto y uno a veces se alcanzaba a reunir hasta 20 papeletas, 20 medios y uno ya se relaja y uno recibe la otra y son otros 20 y así sucesivamente ...es mejor tener la droga que la plata” (GF INPEC H)

“...después de las 9 y llegaba a las 10 y no había nada, entonces como uno tenía lo suyo, aprovechaba: chinos a 2 mil, chinos a mil” (GF INPEC M)

“Por ejemplo, yo era una de las que en el día compraba muchísima merca, muchísima merca y por la noche la revendía y amanecía con mucho cochino dinero (se ríen) y al otro día también lo mismo, volvía y por la noche yo revendía y ellos ya sabían. Un medio lo partía en la mitad y se los vendía al mismo precio (se ríe). Eso sí como haciendo negocio normal. Osea, sin hablarnos mierda ...para uno irse acostar con cualquier pirobo que le dé 15 lucas, 30 lucas, 50, un marica que no le gusta ni nada, entonces uno prefería mil veces comprar la merca y revenderla mil veces que uno ir a acostarse con cualquier pirobo” (GF INPEC M)

Las redes de usuarios en su mayoría adquieren la heroína en los mismos lugares, a los que también acuden personas de otros municipios, y personas de distintos estratos socio-económicos que habitan el municipio. Si bien sigue habiendo distribución a domicilio, el mercado en Santander se encuentra más localizado que en Medellín, aunque se evidencian zonas que se han “calentado” por presencia de las autoridades y por conflictos entre organizaciones delincuenciales, lo que ha llevado a que el fenómeno migre, se traslade y “relocalice”.

“En cuanto a la compra de la sustancia manifiestan que durante mucho tiempo el sistema de demanda lo hacían a domicilio, dado que solo era tener el número telefónico del expendedor o jibaro para llamarlo y ponerse de acuerdo del lugar de entrega de la mercancía, que por lo regular era en la zona centro (plaza de mercado). En algunos casos cuando el expendedor era de máxima confianza llegaba hasta los barrios, sin embargo, manifiestan que en los últimos meses debido a la reventa que ha surgido, la mercancía estaba llegando muy cortada por lo que algunos de ellos decidieron trasladarse a

comprarla a uno de los sitios de venta que es El Porvenir.” (Relato trabajo de campo, descripción de las redes)

“... ellos van a cierto lugar, la traen y ya, y cada jíbaro va al mismo punto, osea donde la cabeza grande y le surte” (GF HFPS)

El consumo ocurre en distintos lugares del casco urbano de Santander como se puede observar en el mapa. La red de personas que habitan la calle suelen consumir en el Puente del Río Agua Sucia.

Encuesta CODAR

En referencia a los lugares en los que se da el consumo, el 83,3% de los encuestados señalan consumir en la calle o en sitios apartados o baldíos, el 46% dice hacerlo en su casa o la de sus padres o parientes y el 36% menciona también haberlo en casa de quien les vende la sustancia.

En los pocos casos recolectados en los que se registró inyección durante la encuesta CODAR, tres de las personas dijeron inyectarse en la calle, en baldíos o en zonas ocultas de la ciudad. Cuatro señalaron hacerlo en casas propias o de otros.

Tal como se explicará más adelante, el mercado de la heroína en Santander está mezclado con el de bazuco, marihuana y resto de sustancias. Lo cual es complejo desde el punto de vista **de exposición a oportunidades de uso para personas que apenas inician su carrera de consumo con sustancia ilícitas**. En una ciudad como Medellín, el mercado de la heroína se encuentra altamente diferenciado, en Santander no, y ello puede ser un factor de alto riesgo para población en edad escolar por ejemplo.

De otro lado, la localización del fenómeno del consumo es por lo general oculto y los lugares frecuentados no ofrecen condiciones de salubridad. Una de las redes de consumidores de heroína en calle esta compuesta de 50 a 60 personas y suelen consumir debajo del puente del Río Agua Sucia. Las condiciones de vida, tal como lo describen los mismos usuarios son precarias y no cuentan con servicios sanitarios mínimos.

3.2.2 Dinámicas territoriales y de mercado

La heroína llegó a Santander de Quilichao hace poco más de una década. Llegó de acuerdo con algunas fuentes, a través de un grupo de personas involucradas en la producción y tráfico de heroína a Estados Unidos.

“Aquí llegó hace unos 13 años un parche que se llamaba “La Warner” ... un amigo que trajo una merca de heroína y le dio por pintar el bareto ... empezamos a fumar y es un

viaje muy chévere. Cuando se acabó empezamos a llegar (sentir) ese quiebra huesos, pensamos que estábamos enfermos, cuando llega “el pisco” y dice que ... tome para que se le quite ese quiebra huesos ... cuando uno medio se pegó el plonsito, el quiebra huesos se le fue ...” (GF INPEC M)

“eso lo trajo un parchecito que era muy grande aquí, era una banda muy grandecita, comenzaron a traerla, comenzaron a distribuirla y se regó la heroína en Santander; en el 2002 prácticamente el consumo de heroína era suave pero lo que fue en el 2004 ya el consumo de heroína fue más grande” (Entrevista informal C)

“Lleva más de una década, diría yo que casi dos y es porque se da la posibilidad de los cultivos de amapola en la región, en el norte del Cauca, sobretodo. Vienen personas de otros departamentos con el conocimiento del procesamiento ... del Eje Cafetero, del norte del Valle; vienen con ese conocimiento del procesamiento de la sustancia y les enseñan a unas personas y es el negocio. (Acá) se cultivaba, se procesaba y se sacaba, del país inclusive, pero luego cuando caen esos carteles, todas estas personas que son llevadas y muchas de ellas son extraditadas, tenían trabajadores y esos trabajadores empiezan ellos a comercializarla...” (Entrevista Prof Salud HFPS)

En la actualidad existen redes de usuarios que llevan muchos años en el consumo, muchos de ellos han visto morir o caer en la cárcel a varios de sus compañeros, muchos también han pasado por diversos tratamientos, mientras algunos han recaído, otros han logrado salir y actualmente están abstinentes. Estas redes coexisten en la actualidad con personas que recientemente ingresan y que, de acuerdo con los testimonios, son muy jóvenes.

“fue un grupo grande que probamos eso y la mayoría nos quedamos en eso ... ya la mayoría las mataron, otros están en la cárcel ...usted sabe que eso aquí en Santander se expandió de un momento a otro y cuando ya no era el bareto, el famoso tomy o el pintado que le decíamos nosotros, sino que ya empezaron a consumir en chino, en el aluminio ... usted sabe que en el aluminio es mucho más fuerte...” (GF INPEC M)

“Conozco varios que dejaron de consumir, estuvieron en el consumo por un buen tiempo y mucho de ellos dejaron consumir, hay otros que están muertos, y realmente son muy pocos; sobre todo de bazuco que aún están. Pero la gran mayoría de los viejos consumidores de heroína ya no están... la mayoría de los consumidores son ya adultos, y llevan más de 10 años de consumo, ya no los podemos catalogar como consumidores sólo de heroína, son policonsumidores. Realmente ellos juegan todo el día y todos los días con diferentes sustancias.” (Entrev Prof Salud HFPS)

El primer contacto con la sustancia por parte de las redes de ese entonces fue mezclada con marihuana, conocida como “pintado”, “mixto” o “tomy”. La mayoría de quienes participaron en los grupos focales iniciaron su contacto con la heroína a través de esta mezcla o aspirada por la nariz, pero esta última no es muy popular ni se extiende en el tiempo, pues de acuerdo con las fuentes, sabe mal. Y la primera, deja de ser popular por las razones que ya se explicaron.

Algunas de los participantes familiarizados con aspectos de producción, ofrecieron detalles interesantes del mercado tanto en el municipio, como en la región:

La heroína que se consigue en el municipio pasa por el siguiente proceso:

“... del procedimiento del que estás convirtiendo la M (mancha: látex) en H (heroína) ... queda un corte, queda un bagazo, queda un polvo, con ese coge y mezcla la heroína pura y la revuelve y queda en un estado de un 80% de pureza, no queda tan rebajada. Ese es el método que están utilizando ahora, en los sitios que mis compañeros han dicho, que es donde hay más frecuencia y es donde más venden heroína ...por la calidad que hay.” (GF HFPS)

“Yo aprendí cómo es el proceso ...en el laboratorio pues es la mata en sí, es como una matica, se raya, se saca la mancha, ya la mancha se da el proceso todo de gasolina, amoniaco y de ahí sale la heroína. La mancha es la “M” ya cuando la sacan en polvo es el “H” la heroína.” (GF HFPS)

“La M es la mancha, es la leche que se extrae, que se corta de la amapola esa es la M, esa es la que te compran los laboratorios a ti, te la compran a un buen precio y ellos ya la procesan con otros químicos y vuelven y la pasan a H y H que es la heroína.” (GF HFPS)

Al explorar las zonas de origen dicen:

“La mancha (M:látex) viene de la zona montañosa, de Jambaló, de Piayó, de Silvia”

“...la que bajan acá a Santander, viene de lo que es pitayo, pitoyo, lo que es el páramo de Mora, Mozoco, Belalcazar, Silvia, todo eso lo bajan, Granadillo, lo bajan por acá por la vía de Jambaló, San Pedro, por el páramo, por la María, toda esa mercancía la bajan es por ahí, porque de Tacueyó, Jámbalo y Toribío no está saliendo heroína, está saliendo es cocaína y marihuana, yo lo digo porque yo he trabajado por allá...” (GF HFPS)

“(Tacueyó) no porque es un sitio, por su ecosistema se puede decir, el cual no está hábil para la mata de amapola, es un clima templado, no es un clima frío, en cambio los sitios que menciona mi compañero, Silvia y las zonas mas frías es donde se produce la amapola, es donde se saca la mancha que ya pasa a M, y ya se procesa a H.”

“... la amapola se da en los climas fríos, se da en los páramos por ejemplo en los lugares donde te mencionamos, de allá es donde se extrae pues la amapola, de allá es donde viene la mercancía más pura, los municipios que nombran, que Toribío, Tacueyó, Jámbalo, esos no producen, hay laboratorios sí, pero lo que producen es cocaína, no heroína. Porque eso más que todo lo hacen para la parte fría, la sacan es de allá y de allá es que la bajan acá a Santander.”

“Todo lo que llama por allá monterilla, incluso hasta allá por Pueblo Nuevo también... esa no baja directa aquí, la gente de Silvia es la que baja allá a comprarla y en Silvia la procesan bien, y ahí si descuelga otra vez...” (GF HFPS)

En la actualidad es posible decir que el mercado de la heroína se ha asentado en el municipio y es referente y fuente de distribución para otras zonas de la región.

*“... claro que si somos un **puerto seco la consecución de la heroína es de muy fácil acceso, son muchísimos los lugares en Santander de Quilichao donde podemos conseguir heroína.**” (Entrevista inf salud HFPS)*

*“**Santander en este instante es el exportador mayorista del Cauca, te lo digo porque en los sitios que yo me relacionaba, llegaba gente de Cali, gente de Villarica, hasta el mismo Puerto Tejada, están llegando a Santander a comprar heroína, para la exportación para allá y el consumo de ellos mismos, es algo en lo cual no se veía en los tiempos de antes, y ahora está, está siendo muy fuerte esa exportación en esta zona del Cauca...hace aproximadamente un año, apenas empecé el consumo, casi un año, un poquito más o un poquito menos, pero aproximadamente hace un año que se empezó la distribución, era menor estoy hablando de menor unos diez o quince gramos.**” (GF HFPS)*

*“**En Santander si quiere consigue una roca, si quiere consigue un kilo, una tonelada o sea lo que usted quiera lo consigue en Santander, el todo es llegar con las personas indicadas... Una roca (son) mas o menos seis-siete gramos de bazuco, y una roca de heroína traía cuatro o cinco gramos también, la compraba era así por rocas.**” (GF HFPS)*

*“**Algunos municipios ya están empezando el consumo de heroína, pero hoy principalmente es Santander de Quilichao y eso es una característica muy especial por que estando tan cerca de los demás es en Santander; Mondomo ya se nota también el consumo, pero el resto de los municipios consume marihuana y bazuco.**” (Entrevista Prof Salud HFPS)*

*“...**manifiesta que conoce a tres personas que vienen de Villarica, dice que son de etnia afro y que se la pasan todo el día por el barrio consumiendo ya en horas de la noche se marchan pero después de haber comprado un promedio de 3 a 4 medios de heroína viajan hacia su municipio, también refiere que es posible que estén llevando mercancía porque hay días que compran más de lo normal y una vez uno de ellos dijo que el sí prefería venir a comprar hasta acá porque allá la están rebajando mucho y dice que no se siente igual el placer.**” (Reporte entrevista informal expendedor de heroína)*

*“**Vienen de Villarica ... vienen de Cali, hasta de Popayán. Vienen a comprar la dosis, póngale seis medios, siete medios, 40 mil 50 mil en merca.**” (Entrevista inf usuario 3)*

De hecho, opinan que la demanda ha aumentado, lo cual ha contribuido a que en ciertas ocasiones haya escasez de heroína en Santander.

*“**Ahora es demasiado alta...mensualmente te están pidiendo una libra de heroína, un kilo casi aproximadamente porque el consumo se ha expandido demasiado en esa zona del Cauca, ya es muy alta la demanda, entonces así mismo a veces Santander escasea para poder surtir esos otros sitios.**” (GF HFPS)*

“En Miranda- Cauca hay un barrio que se llama la Castellana en toda la cancha, allá se consume mucho, heroína y bazuco, por ahí mismo queda la distribución, la olla, ahí cerca de Miranda, de Miranda vienen acá a Santander a llevarla allá.” (GF HFPS)

“... es que la de Santander es más pura, es mejor. La heroína de Miranda siempre la rebajaban, entonces uno venía y mercaba acá y la llevaba a Miranda, la rebajaba entonces le salían más bolsas pa’ revender, salía más más dinero” (GF OPA)

No obstante, la heroína que circula es manipulada por diversas fuentes y los “cortes” son característicos, con lo cual los usuarios perciben que la calidad de la sustancia se ha ido degradando progresivamente:

“... ellos la bajan es pura, ya acá en Santander es que le hacen el volteo, la rebajan, pero hay unos que utilizan para rebajarla, utilizan harina, esa harina de plátano, como es que se llama, paparina...” (GF HFPS)

“Aquí en Santander por lo regular si venden heroína buena. Aquí de por sí alcanza a llegar un tanto pura, el problema es que ya los que están aquí en el pueblo es que comienzan a rebajarla ...” (GF INPEC H)

“Pues en Santander yo me podía meter hasta 3 o 4 gramos* y una vez que me fui para Armenia me metí un medio y me duró todo el día la traba y eso era la calidad, es que en Armenia es como 3 veces menos que Santander pero hace más efecto que 4 gramos que la de Santander” (GF INPEC H)

“no pues ahora, lo que se vende ahora es regular, mala y más mala, ya heroína buena no hay. Ya lo que venden es, de 100 gramos de heroína le echan 100 o 200 gramos de corte” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“pues el corte podría ser paparina o cortes que hasta ellos mismos se inventan, por eso es más malo lo que le echan de corte que la misma heroína”. “... Entre más mala más daño para el organismo de nosotros” (GF en calle)

También ha cambiado la presentación de la sustancia y la manera como se vende.

“... antes, unos 5 o 6 años atrás solo vendían era gramos, ahora desde estos 4 años para acá es que es por medios, el gramo pesado valía 12 mil y como 10 mil pesos picado, como quien dice 2 medios. Hasta la última vez que compré valía 6 mil ... (el medio)” (GF INPEC M)

Las sustancias que suelen utilizar para corte son:

“...derivados de la misma heroína, cuando la preparan van quedando residuos y eso luego la revuelven para hacerla rendir ...” (GF INPEC H)

“Los cortes que lleva la heroína es una que se llama **paparina**, se le echa harina, pasta molida (**acetaminofen**), yo he escuchado...”(GF HFPS); “se corta con paparina o **lactosa**” (GF INPECH)

“La última vez que estuve en Fundar ... no me habían podido dar la metadona porque el exámen había resultado **que estaba revuelta con barbitúricos**, pero no sabía qué tipo de barbitúrico era el que habían utilizado e incluso estaban hasta extrañados, porque era la primera vez que salía, que arrojaba así el resultado un exámen...” (GF en calle)

Ante la pregunta por los tipos de heroína disponible dicen:

“No es la misma. La que se inhala es diferente a la que uno se inyecta, uno compra en otro lado, hay dos diferentes heroínas la de chutear y la de inhalar...**la de chutear es blanca sabe más feo y la de inhalar es como griseta café**” (GF OPA)

“ la heroína, la cafecita, **hay una hasta amarilla una que es como café pero más amarillenta esa si sabe feo**, sabe cómo a manta (¿) y eso le deja un coso aquí que usted tiene que escupir, si no escupe eso lo hace vomitar” (GF OPA)

“... yo no sé si sea así, yo digo que hay como de dos tipos, ciertas personas que las manejan, entonces unos tienen de una y otros tienen de otra, la puré, puré, **puré que es la que usan para inyectarse no tiene corte y es la que es un poquito más costosa, pero la otra no, tiene corte y es la que fumamos todos.**” (GF en calle)

Reconocen la heroína de calidad por diversas razones, entre ellas la duración e intensidad de los efectos (de 5 a 6 horas las de mejor calidad), es decir, qué tan eficaz es a la hora de aliviar el malestar, la manera como se quema y el sabor.

“ Pienso que **la sensación es lo más importante en un adicto, es una sensación de placer instantáneo**.. cuando estaba en el estado de abstinencia que estaba coliquiado, lo primero que yo quería era que **el primer chino que me pegara, me relajara totalmente**. Entonces cuando consumo una heroína de baja pureza, de baja calidad, lo que hacía era ir y hacerme consumir una bolsa entera ... **en cambio cuando es de la calidad de la cual le hemos hablado, de un 80% de pureza con un chino, vos sentís el cambio instantáneo en tu cuerpo con dos ya ahhh te sentís mejor y con tres estas full; no tiene la necesidad de consumirte una bolsa entera para estar bien al contrario con dos tres chinos tu cuerpo lo estabilizas y ya puedes seguir tu vida normal puedes trabajar, puedes comer, puedes tener sexo, hacer lo que tú quieras...**” (GF HFPS)

“...uno con tres chinazos que se pegue uno se va sentir ya el uff, como el descanso del cuerpo, **en cambio con esa chinea, no era igual, uno no sentía ni efecto de nada ...**” (GF HFPS)

“**porque no da el mismo efecto que la que es en verdad heroína, que ya no se vé. La traba no es tan duradera. Si es pura entre comillas el efecto dura mucho más tiempo**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Hoy en día se vende mucho corte, vea hace unos añitos atrás usted se compraba un medio y usted se quedaba dormido... hoy en día tengo una dosis muy alta que son seis medios, antes (bastaba) con unos tres o dos medios” (Entrevista inf usuario 3)

“...en mi concepto la mas buena era la color beige o tirando a café” (GF HFPS)

“Pues es buena cuando se consume no queda el sabor amargo en la boca y hace buen efecto” (Entrevista informal usuario 2)

“... uno la reconoce por la forma en que quema, quema así rojita y no como esa heroína mala que queda un carbón todo pegajoso y sabe a cáscara de huevo quemada, sabe feísimo. En el sabor, en la forma en que quema, en el color y apenas usted pega el primer plon, usted siente la pureza de la heroína.” (GF HFPS)

“cuando se quema no deja tanto carbón, cuando está con corte usted lo quema y queda carbonizado entonces está rebajada, en cambio cuando queda como aceitico es de mejor calidad” (GF INPECH)

“porque cuando se vuelve *aceituda y rojita es porque esta nítida*” (GF OPA)

Valoran la calidad de la sustancia por razones asociadas al tiempo que les dura el efecto, con lo cual pueden gestionar con cierto grado de tranquilidad las siguientes dosis y deben gastar menos. Dicen que a mayor calidad, menor consumo:

“La mejor calidad es que a los tres plones ya me ha quitado el cólico, ya me ha hecho efecto, la heroína cuando está muy rebajada, yo tengo que fumarme una bolsa para sentir que ya estoy aliviado, e inclusive hasta dos bolsas porque te alivias por cinco minutos y crees que ya estás bien, pero mentiras a los cinco minutos estás con el mismo síntoma que traes, entonces para mi tiene que estar de buena calidad, cuando me pego los tres plones que me dura seis horas de no fumar.” (GF HFPS)

“...porque uno estando así (con cólico y malestar) es complicado gestionar el dinero, entonces es mejor conseguir algo de calidad que le dure el efecto, mientras uno gestiona el dinero para volver a merca, si uno va y compra una de mala calidad, el efecto va a ser de 20 - 15 minutos y si usted no tiene el dinero en ese momentico para volverse a descoliquiar, es duro, entonces uno opta por la calidad, tanto por el efecto y por la sensación que le da a uno, por la traba, uno siempre busca lo mejorcito.” (GF HFPS)

“... entre mejor esté, menos consume uno”, “si y menos plata gasta también.” (GF en calle)

Es altamente característico de Santander que el mercado de heroína está profundamente permeado por el de bazuco, tal como se verá más adelante.

Los costos y cantidades que usan son muy variables, tal como se evidencia en los testimonios. Por lo regular el costo de un consumo diario y frecuente es entre 30 y 40 mil

pesos, pero hay personas a quienes les basta una sola bolsa (un *medio*) de 5 o 6 mil pesos en el día.

En cuanto a la cantidad oscila por lo general entre dos y cinco *medios* que equivalen a entre uno y tres gramos.

Lo que es evidente es que con frecuencia se presenta una escalada en el consumo, con lo cual el gasto y la cantidad se incrementan. De igual modo, es evidente que cuando tienen dinero disponible consumen más, es decir que es común que la cantidad que se usa sea el resultado del dinero del que se dispone.

Al parecer la combinación del uso de heroína y bazuco contribuye a escalar el consumo y a hacerlo más compulsivo. Cuando la persona consume únicamente heroína, el consumo suele ser menor. Así, los participantes refieren lo siguiente:

*“... Cinco mil pesos no más. De una bolsita, o sea de un medio o de medio gramo, vale 5.000 pesos, un gramo vale 10.000 y se dice medio porque es medio gramo y de ese medio gramo sale por ahí unos treinta plones. Osea que esa bolsa te puede durar todo el día, **si vos te fumas tres plones en cada descoliquiada, te va a durar un día** y medio la bolsa porque siempre trae, es la mitad de un gramo...” (GF HFPS)*

*“el efecto le dura bastante, lo deja como dormido, bien mareado, **de una bolsa me saco cuatro plones bien pegaos, a mí me gusta es vaciarme**, me compro seis bolsas, en el día me gasto cuarenta (mil pesos)” (GF OPA)*

“Pues en realidad yo primero me compraba una bolsa, cinco mil, ya después me empecé a fumar dos, tres, hasta cinco en el día que eran veinticinco mil, y eso era lo último que yo me estaba fumando, veinticinco mil, treinta mil pesos diarios.”;

*“Igual yo primero me fumaba cinco mil pesos, gestionaba cinco mil pesos, después que ella me descoliquiaba gestionaba veinticinco mil pesos y compraba cinco medios, **el promedio era de treinta mil pesos en el día, fuera del bazuco**, me compraba dos papeletas de bazuco de cinco mil.”; “Pues yo me consumía un medio, cinco mil diarios y más compraba cuatro mil de marihuana diario.” (GF HFPS)*

“... yo me fumaba hasta 6 bolsas, 6 medios, 30 mil pesos y hasta más ...” (GF OPA)

“ya en estos últimos meses me fumaba seis medios en el día. Treinta mil pesos, o sea me tenía que fumar antes que anocheciera, tenía que asegurar mis cuatro medios, para fumarme por ahí a las nueve hasta las diez de la noche y no levantarme amurao (con malestar), sino tener lo mío al volante, igual me fumaba los otros dos por la mañana y ya del resto del día, a medio día me fumaba dos... para sentirme bien, por todo eran treinta mil pesos” (GF HFPS)

“Si yo he llegado a tener un consumo de hasta de 40 mil pesos es decir ochos medios o diez al día” (Entrevista inf usuario 3)

“Yo revolvía heroína y bazuco, si... al iniciar era diez mil pesos, quería todos los días fumarme un gramo, como entonces en ese tiempo que yo empecé el consumo era por gramos.. compraba solo gramos, valían diez o doce mil pesos ...el consumo era más o menos de cuarenta mil pesos de heroína, mas veinte mil pesos de bazuco.” (GF HFPS)

“ ... lo máximo que me llegué a fumar en heroína fueron 150 mil ... yo trabajaba con el patrón, me daba a 8 mil pesos el gramo y yo trabajaba y me pagaban 100 mil pesos por vender el día y había veces que me ganaba 100 mil y me gastaba 150 y como él había veces que me regalaba aparte, me regalaba para que fumara aparte ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“yo creo que se iban por ahí unas 100 lucas porque uno allí mete los gastos, mete el cigarrillo, el mecato, mete el bazuco, mete la heroína, mete uno cuando uno tiene que el compañero le hacen falta 2 mil, entonces ese gasto es porque cuando uno estaba arruinado porque a mí personalmente me gustaba robar mucho porque cuando usted entre más tiene, más fuma”

“... si uno tiene plata pues uno compra y compra y busca que le genere ese placer de que lo deje a uno uff y muchas veces pueden ser de 3 hasta 4 bolsas ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

El mercado cambia dependiendo de la hora del día y explota de manera llamativa “la necesidad”.

“...a veces a la madrugada y tu tienes la necesidad, tu pagas lo que sea, yo llegué a pagar un medio en 30 mil, un medio” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“uyy obvio en la noches la heroína es una reliquia, cuando no hay es una reliquia... uno paga lo que sea.” (GF INPEC H)

“Lo que pasa es que las personas cuando venden, aprovechan que solamente ellos tienen en ese momento, porque escasea también, y entonces aprovechan que vea que a 7 si quieren y si quieren, porque esa es la palabrita de ellos, si quieren a 7 ... ellos saben ... una vez llegué a comprar un medio en 12 mil pesos, un medio a la madrugada” (GF INPEC M)

“Depende del jíbaro porque el man sabe que le está ganando al piso, él sabe que los tira a 6 y uno qué más hace ...” (GF INPEC M)

3.2.3 Características de las personas que usan heroína (PUH)

En Santander de Quilichao el fenómeno se ha asentado en los últimos años y se ha ido incorporando como parte de un policonsumo. Como se ha mencionado, la heroína se integró a la parrilla de sustancias disponibles y se asocia muy fuertemente al mercado de bazuco.

Así, al igual que en Medellín, muchas de las personas que usan heroína también usan bazuco y se han empobrecido perdiendo sus vínculos familiares y habitando la calle. Las redes sin embargo, son diversas también y la precariedad es muy notoria en algunas de las redes pero no en todas. De esta forma, muchas personas aun cuando estén desocupadas y perciban ingresos de actividades informales aún viven en sus casas, otras personas se han salido de sus hogares y habitan la calle, en particular aquellas a las que las familias las han expulsado y rechazado.

A diferencia de Medellín, el trabajo sexual se identificó claramente como una fuente de ingresos para las mujeres que usan heroína. Pero esta actividad fue referida por los hombres y otras fuentes y no por ellas, por lo que es posible que se trate de una actividad altamente estigmatizada en el municipio.

“Retaque”, hurtos, reciclaje, “campaneo”, trabajo sexual son actividades ampliamente mencionadas por las fuentes consultadas como alternativas de ingresos. Así mismo, la venta de dosis de heroína es muy común y que como ya se describió está asociada al “corte”, con lo cual la sustancia es manipulada varias veces antes de llegar al consumidor final.

*“... personas que pasan y quieren buscar compañera ... entonces le dicen a uno, **vé alguna loquita para uno, y uno llega y dice breve: yo se la tengo pero me da la liga (dinero) muchas veces gana más uno por conseguir las que lo que ellas (consiguen)**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“**a mi personalmente me gustaba robar mucho**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“Pero aquí hablando claro, **nosotras éramos también de las que nos prestábamos para halar los indiecitos, para robarlos (se ríen)**, obvio porque esos indios bajaban con mucho dinero y uno coliquada y uno les pedía y le daban dizque 100 pesos” (GF INPEC M)*

*“...uno cuando tiene ese cólico y no consigue el dinero por decirlo así, uno se arriesga y va a robar, en mi ocasión no yo no robaba cuando estuve, **me dio por robar ahora de viejo y todo por el consumo de la heroína tan así que me estuvieron buscando pa’ matarme y para la honra de Dios aquí estoy y por eso fue el cambio. Uno sabe que tiene riesgos cuando está en el consumo sino que es muy triste cuando uno no se da cuenta, pero pues cuando se da cuenta uno, Dios mío, así esté en el suelo tiene que volverse a parar.**” (GF HFPS)*

*“... se le llama cruces, digamos le llevamos remesas (mercado), que nos ganamos un celular, que nos hicimos un gane bueno de herramientas o de visajes (hurtos) así entonces en ocasiones, **él nos desamura (les quita el síndrome de abstinencia)**” (Entrevista inf usuario 3)*

*“... por lo menos yo tuve un inconveniente, un problema con la fiscalía **por eso mismo del cólico, hurté, robé, entonces los tombos me cogieron y me volearon bala ... entonces como los manes ya me habían pillado varias veces, ya me conocían pues ya sabían cómo era yo, esos tombos me decían ganoso ... ganoso de pegarte un tiro y irte a tirar al Cauca (río), sino que mucha gente te pilló te tenemos que arrestar, si no, te pegábamos un***

pepazo y te íbamos a tirar al Cauca ...me decían los tombos. Y es verdad donde ese día no hubiera tenido quien me pillara que ellos me habían cogido pues me habían matado y me habrían tirado al cauca; porque así es los mismos policías se encargan de hacer la limpieza.” (GF HFPS)

“...yo vendía bazuco y heroína y con eso sostenía mi adicción.” (GF HFPS)

“Claro es muy difícil encontrar la droga ahí a la vuelta de la esquina, uno tiene que hurtar.” (GF HFPS)

“yo me dedico a los oficios varios, yo reciclo, trabajo en la galería lavando papa y escogiendo, logrando gestionar plata breve.” (Entrevista inf usuario 3)

Los insumos de la parafernalia, como se vará más adelante, son también una fuente de ingresos.

En referencia al tipo de personas que compran y usan heroína en el municipio dicen:

“hay mucha gente que tiene mucho cochino dinero y también se va a trabar al puente ...” (GF INPECM)

“El uso de heroína no tiene estrato social, hasta los niños de papi y mami vienen en busca de conseguir la sustancia, así mismo como los habitantes de calle; lo único importante es conseguir la heroína.” (Entrevista Inf clave usuaria)

“Jóvenes de diferentes edades, algunos se ven de buen estrato social, llegan en motos y carros bonitos” (Entrevista inf comunidad)

Ante la pregunta sobre quienes compran heroína: **“Son de todas partes del pueblo pero los más visibles son los habitantes de calle, aunque ellos algunas veces vienen acompañados con otros consumidores que se ven de buena familia y que tienen un consumo en casa porque no están tan deteriorados físicamente.”** (Entrevista inf chatarra)

“... él manifiesta que a la zona del Porvenir llega todo tipo de personas y de diversos estratos sociales a comprar heroína, de edades más o menos 20 a 40 años de edad” (reporte de entrevista informal a expendedor de heroína)

“...pues yo veo que vienen a consumir toda clase de personas, gente de buena plata, gente que ha ido a la universidad pero debido al consumo ha dejado de asistir, gente trabajadora que uno a veces ni se imagina que consumen, pero eso si siempre los veo por acá, porque en lugares de consumo, en parche muy poco” (Entrevista informal usuario 2)

Como se mencionó, a diferencia de Medellín, el trabajo sexual es común en las redes de personas que usan heroína en Santander. Los siguientes testimonios dan cuenta de esta actividad, el impacto que tiene sobre las mujeres y la diferencia en la “gestión” de recursos entre hombres y mujeres.

Lo que se evidencia es que la prostitución de quienes consumen heroína se ejerce en condiciones diferentes al resto de mujeres que se dedican a este oficio, por tanto se exponen más y corren más riesgos. Quienes se prostituyen para obtener heroína se deterioran más rápidamente.

*“ estas niñas no están en lugar, en una casa destinada para este trabajo, no. **Elas están en la calle, entonces ejercen la prostitución en cualquier lugar.** Si hay la posibilidad de que el cliente pague un lugar, pues lo pagará, **pero la mayoría de las veces es con los mismos consumidores;** y los consumidores, osea **es el intercambio a cambio de sustancias en la mayoría de las veces.**” (Entrevista Prof Salud HFPS)*

*“... **en la calle hay mujeres que llegan y se lo dan a cualquiera de momento con tal de ganarse un chino, un balazo** y los hombres llegan y se aprovechan de eso” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“obvio, como dice el compañero **por un chino, por un pipazo, por un cacho, por un mandado por cualquier cosa se lo prestan a cualquiera,** se lo pueden prestar a él y ahí mismo apenas acabe, **el que llegó con plata sigue él y él y así**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“**Había una pelaita que también por consumo con todos esos viejitos y todo eso la contagiaron de SIDA, a ella la mataron ahora último ...**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“Es que eso ya viene ahí lo que es la prostitución porque **mientras llegan a la olla llegan con un buen cuerpo y eso y llegan con tarifa pero va pasando el tiempo ya la tarifa la pone uno,** inclusive hasta en el reportaje que salió por Caracol una compañera de consumo de allá (persona que iba en algunos días a consumir a Cali y a Santander) **ella decía que se acostaba con los manes simplemente por la mitad de lo que vale una bolsa allá que son 5 mil, la mitad son dos mil quinientos (2.500)**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“**Yo conocí unas mujeres que eran muy lindas, hermosas y empezaron con el patrón les daba platica, ya después del patrón pasaron a los vendedores, ya después de los vendedores con los consumidores y hasta que se volvieron una nada,** ya ahora último casi que nadie les paraba bolas, si ellas llegaron muy lindas y el patrón les decía que vinieran y me dijeran a mí, y ellas venían y me decían que les diera tanto y yo cogía y llamaba al patrón y el me daba la orden de que sí y **ya cuando se estaban volviendo feitas ya las abrió** y de ahí ya se metieron con los vendedores y de ahí con los consumidores y ahora con unos viejitos” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“Yo pienso que a la hora de gestionar es más breve con la mujer porque uno tiene más labia y uno puede que ayy que aquí ... **pero cuando uno está bien, porque cuando ya lo ven a uno así como uno estaba, eso era un hueso también para conseguir, porque ya nadie le quería dar nada, ya nadie le copiaba a uno,** pero en cambio cuando uno recién está empezando y uno no está tan acabado uno sí gestionaba más breve que los hombres y todo porque de por sí al hombre le tocaba tirarse más al pedazo a quitarle algo*

a alguien ahh ... si me entendés a coger de quieto a alguien ... (robar). **De hombre es más duro la gestión que para nosotras las mujeres**" (GF INPEC M)

"El tema de las mujeres en Santander de Quilichao consumidoras de heroína es un tema bien delicado, **la gran mayoría de ellas que puedo conocer han entrado a la heroína por una pareja; por un hombre que consume heroína y ellas se han enganchado mucho más rápido y las vemos hoy en la calle; con un agravante que hemos detectado y es el tema de la prostitución.**

Entonces, **dicen los chicos que ellas gestionan más rápido, pero se desgastan mucho más rápido, porque ellas se prostituyen para poder consumir; hay muy poca red de apoyo para estas personas.** Nosotros por ejemplo lo que hacemos es que la podemos ayudar ambulatoriamente, pero las que necesitan o piden irse para algún lugar pues debemos buscarle en otro sitio donde ayudarlas, **las familias las rechazan mucho mas que al hombre. Las discriminan mucho más.**" (Entrevista Prof Salud HFPS)

Ante la pregunta explícita del ejercicio de la prostitución algunas entrevistadas dijeron:

"no, yo experimenté eso pero no cuando estaba en el consumo de la heroína porque como te digo, uno tampoco se puede pordebajear porque está así. Pero sí había muchachas que lo hacían y entonces los hombres creían que todas éramos así y no... pero como andaban así todos picados, morbosos entonces hágale, hágale, déme la plata y no le dejábamos el roto ... sí ejercí la prostitución pero no cuando estaba en el consumo de la heroína" (GF INPEC M)

"En cierta ocasión uno les copiaba pero como dice ella, para cogerlos y robarlos pero no precisamente para estar con ellos ni nada de eso ..." (GF INPEC M)

"Personalmente a mi nunca me tocó que prostituirme o eso porque yo tenía mi cucho que me daba plata diario, él me mantenía el consumo o sea yo no tuve necesidad", "yo también tuve mi cucho que me daba para lo mío ... yo lo manipulaba a él yo le hacía unos berrinches ..." (GF INPEC M)

Ante la pregunta sobre uso de protección dijeron:

"nooo la única protección es la liga, después de que ellas calmen el cólico se siente protegidas porque ellas no sentían el cólico pero de ahí para allá eso es mentira, es más ni se aseaban de salir de aquí para pasarse allá, eso era en la misma chocolatera pero de diferente bolinillo" (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

Encuesta CODAR

Tabla 2. Características sociodemográficas y estancia en centros privativos de libertad o protección
Encuesta CODAR Santander de Quilichao

Edad	La edad mínima de los usuarios de heroína que participaron en la encuesta fue de 18 años y la máxima de 42. La edad media fue de 27,9 años.
Sexo	El 10% fueron mujeres y el 90% hombres.
Grupo étnico	La mayoría de las personas participantes se consideran a sí mismas <i>mestizas</i> o <i>blancas</i> , un 18% considera que es <i>mulato</i> o <i>afrodescendiente</i> y un 7% <i>indígena</i> .
Estado civil	El 97% es soltero, mientras que un 3% está separado.
Ciudad de nacimiento	La gran mayoría nació en Santander de Quilichao y ha vivido en el municipio la mayor parte del tiempo. El 31,6% nació en otros municipios, 9 de ellos en Cali y otros en Bogotá, otros municipios del Valle del Cauca, Putumayo, Huila, Antioquia y Cauca.
Escolaridad	El 34% tiene primaria completa, el 43% secundaria completa y el 7% cuenta con estudios técnicos o universitarios completos. Un 16% no completó la primaria.
Situación laboral	El 53% cuenta con un trabajo remunerado, mientras que el 39% se encuentra desocupado o desempleado , un 8% se encuentra en centro privativo de la libertad.
Fuentes de ingreso	Sólo un 6% cuenta con un trabajo con contrato formal, el 65% labora en oficios temporales sin contrato formal, el 33% vive además de ingresos de familiares, el 38% vive de pedir dinero y reciclar, el 23% obtiene ingresos de la venta de drogas y 20% dice además obtener ingresos del hurto. Sólo una persona dijo obtener ingresos del trabajo sexual. El 44% dice vivir principalmente del trabajo informal, el 15% vive del reciclaje o de pedir dinero , sólo dos personas dicen vivir principalmente de la venta de drogas y cinco del hurto.
Vivienda	El 52% de quienes respondieron dijeron vivir en casa de padres u otros parientes, un 17% (10) dice vivir en la calle.
Expulsión o huída del	El 24% de quienes respondieron, dijeron haberse escapado, huído o haber sido expulsados de la casa de sus padres o tutores antes de cumplir

hogar antes de los 18 años	los 18 años.
Ingreso a centros de reforma para menores o en hogares de paso	El 20% dijo haber ingresado en alguna oportunidad en el Sistema de Protección o de Responsabilidad Penal para adolescentes.
Ingreso a centro privativo de la libertad	<p>El 30% de quienes respondieron la encuesta dijeron haber ingresado a un centro carcelario en alguna oportunidad (privación de libertad de más de 24 h, excluye retenciones en estaciones)</p> <p>Cinco de ellos tuvieron estancias de más de 32 meses o más, ocho estuvieron entre uno y dos años; y los cinco restantes tuvieron estancias menores de un año.</p>

3.2.4 Percepción del fenómeno

La percepción en la mayoría de las fuentes consultadas es que el fenómeno no solo se ha asentado en el municipio, se ha expandido a otros municipios y se ha extendido a diversos grupos sociales.

“Ha aumentado el uso de heroína y se nota con la cantidad de personas deambulando en la calle buscando la manera de conseguir dinero de cualquier manera para sostener la compra de la droga.” (Entrevista inf chatarra)

“... yo llevo 9 años trabajando con el tema de sustancias psicoactivas en prevención y atención al consumo, entre el 70 y 75 % de nuestros clientes o las personas que nos buscan son consumidores de heroína. Pienso que es una situación que está creciendo, no se ve que disminuya, al contrario, se ve que crece y que más jóvenes empiezan el consumo de heroína a más temprana edad en Santander de Quilichao.” (Entrevista Prof salud HFPS)

“Pero mira que ahora se ve mucho peladito, mucho quicatico, las mujeres ya son más reservadas, si me entendés, ya la que de pronto se le acabe todo, como plata como cosa material es que ya se tiran debajo del puente ... pero más se ven hombres, vos ves en los parches y se ve puro peladito. Peladitos de 10 años, de 15 años” (GF INPEC M)

La percepción frente a la heroína y quienes la usan se describe en los siguientes testimonios y evidencia que se trata de un grupo social de alta vulnerabilidad, aspecto que se ampliará en la sección sobre estigma, discriminación y maltrato.

“La heroína es lo peor que ha podido existir, destruye a las personas.. corren el riesgo de que los maten por estar robando y de enfermarse” (Entrevista inf comunidad)

“Los muchachos corren mucho riesgo en la parte de seguridad ya que por la necesidad de consumo, algunas veces incurren en el delito para poder saciar sus ganas de consumo, por lo tanto algunos han terminado muertos o en la cárcel.” (Entrevista inf chatarra)

“Del uso de heroína, pues que puede ser lo peor que le puede pasar a una persona en medio de su elección... puede ser una de las peores cosas que puede hacer una persona ... el riesgo más grande es destruir la salud, dañar la salud en todos los sentidos y puede empezar a alejarse de la sociedad como tal.” (Entrevista informal Dragoniante INPEC)

3.2.5 Tendencias en el uso de heroína, carreras de consumo y factores que influyen la expansión de las prácticas

La mayor parte de las personas que participaron en el estudio llevaban carreras de consumo que oscilaban entre cuatro y trece años. Quienes reportaron las carreras más extensas vivieron la llegada y el auge de la heroína en el municipio y explicaron cómo el inicio en el consumo se produjo en medio de un gran desconocimiento de lo que era la sustancia o lo que podría ocurrir si se consumía habitualmente.

“La verdad que cuando yo consumí heroína, consumí hace mucho tiempo, de hecho aquí en Santander de Quilichao fuimos poquitos los primeros que consumimos y la verdad que cuando yo probé la heroína yo no sabía, nosotros no sabíamos que era lo que producía a uno, que era lo que causaba ... imagínate que eso fue hace más de 10 años que llegó la heroína aquí al pueblo. Cuando el ‘pisco’ trajo (el parche de la Warner) yo estuve con ellos y todo eso, de hecho allí estuvieron un poco de amiguitas mías y unas salieron, otras nos quedamos, pero la realidad nosotros no pensábamos que la heroína causaba así, porque como nosotros empezamos con el baretico o sea con yerbita y heroína pues ya cuando se acabó lo que trajeron de por allá, lo que habían traído los muchachos y ahí fue que nos dimos cuenta que eso enferma, desde allí quedamos enganchadas, la verdad es que yo no sabía lo que provocaba, ninguno de nosotros sabíamos que era lo que daba, ya cuando después que el cólico que el vómito y ya ...” (GF OPA)

“Yo pues no tenía ningún conocimiento de la heroína porque si hubiera tenido conocimiento y hubiera sido consciente de los efectos que iba a causar en mí creo yo que no la habría consumido” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Yo probé el síndrome de abstinencia a los seis meses ... primero ese cansancio y dije vé, pero qué es lo que me pasa, lo primero que se me vino es el cansancio en los pies y comencé ese bosteciadera y me ha cogido esa vomitadera. ..Cuando yo llegué al batallón mal, pálido. Yo me acuerdo que a uno lo mandan al dispensario ... decían la dipirona, eso me calmó un poquito pero resulta de que había uno de nuestros compañeros que había tenido un poquito de heroína y que no, que vamos a fumárnoslo y cuando yo siento que pruebo y relajado y yo chévere, bacano esto me dejó bien..” (Entrevista informal C)

La influencia del grupo de pares y la curiosidad, son factores importantes en el inicio del consumo, luego, la intensidad de los efectos referidos los lleva a repetir la experiencia incluso a pesar de los eventuales efectos negativos o desagradables.

Al igual que en Medellín, algunas personas en Santander consumieron heroína aspirada por la nariz la primera vez. No obstante, refieren repetidamente desagrado con el sabor, razón por la cual transitan rápidamente a fumarla en aluminio o *chino*.

*“... yo estaba en el colegio, estaba como en décimo me acuerdo y **comencé la primera vez a meterlo así como perico, y ya después me sabía feo**, ya me explicaron cómo se metía y ya uno cogía el aluminio se pegaba los plones, le decían chinos. Ya lo hacía cada mes y luego que cada 15 y así sucesivamente..” (GF INPEC M)*

*“... antes de entrar a la heroína **veía a mis socios enrumbados y les preguntaba cómo es la traba, quiero sentirla**, me dieron unos chinos y eso me empezó a **uff, me dopó y me gustó**, después empecé a mercar por mis propios medios, desde ahí me empecé a chinear y a contaminarme la sangre después ya me coliqueaba muy feo, me daba dolor en los huesos escalofríos, no podía caminar me daban unos cólicos muy feos, así empecé.” (GF OPA)*

*“... **consumimos y bacano, ósea a los primeros tres plones, genial ya, uff! De una tu personalidad cambia, tu adrenalina se pone más**, pero al rato me cogió mucho sudor y vómito, mucho sudor y vómito, entonces yo decía tan bacano y al otro día fue lo mismo...” (Entrevista informal C)*

*“Yo comencé fumando cigarrillo, el cigarrillo me embobaba, después ya no me hacía nada el cigarrillo comencé a fumar marihuana Uff lo mismo, ahora si empecé a sentir más la traba, **de ahí consumí heroína de ahí comencé a oler perico, inhale heroína también inhalada** ... por la nariz me la olía... pero no en cantidad porque sabía que era malo ... **después ya no me gustaba olida y me la fumé.**” (GF HFPS)*

Otras personas, a pesar de saber de los riesgos consumieron:

*“Pues **me habían dicho que eso era un viaje serio y la curiosidad me ganó, probé y me quedé consumiendo**” (GF INPEC H)*

*“... imagínate que ya sabía lo que pasaba con la heroína, **de pronto nadie aprende en cabeza ajena**, uno siempre quiere como experimentar eso, pero allí ya me ví involucrada y más y más **y cuando menos pensé ya era muy tarde.**” (GF INPEC M)*

*“**si (sabía) que enfermaba que daba dolor aquí, que daba un dolor allá y todas esas cosas** y yo era conocedora, **nunca había visto una persona así como decimos que coliquada no pero sí sabía que le hacía hartos efectos a uno, sin embargo así la probé y vea ...**” (GF INPEC M)*

*“... una amiga fue la que me dio a probar eso, porque yo consumía solamente marihuana y ella ya consumía heroína y **yo estaba recién llegada de un centro (de tratamiento)**... y un día cualquiera nos fuimos a fumar marihuana y ella pintó el bareto con heroína, el mixto que le llaman y yo la vi. **La rumba de ella era totalmente diferente que la mía**, yo estaba*

como en otra rumba diferente y yo le dije que estás fumando y me dijo pinté un bareto y que tin y que tales con H ... no sé si usted se quiera pegar los plones, yo le dije no déjeme con mi bareta pero entonces **me seguía la curiosidad y yo le dije, yo quiero un plon de esos ... en el momento que me dijo que me lo pegara ella me aclaró que suave que porque eso de pronto me cogía y ya era complicado después de allí para allá, mas sin embargo yo me pegué el plon y de ahí me seguí ploneando así y ya todos los días ella llegaba a la pieza donde yo vivía y ella misma llevaba un gramo de H...**" (GF INPECM)

Encuesta CODAR

Tabla 3. Edad de inicio de consumo de heroína

Edad de inicio con heroína	La edad mínima en el inicio con heroína fue 9 años y la máxima 33 años. El promedio de edad de inicio fue de 17,4 años (un año más temprano que en Medellín) Un 27,7% (16) de los participantes inició con heroína antes de los 15 años. El 42% empezó entre los 15 y los 18 años y el 29% restante empezó a los 19 años o más tarde.
Edad de inicio con la inyección	Las 17 personas que en la encuesta dijeron haberse inyectado alguna vez, empezaron con esta práctica a los 19,1 años en promedio (min 12, max 32). Cuatro de ellas dijeron haberlo hecho antes de cumplir los 15 años.

Los resultados confirman que en efecto, la edad media de inicio en heroína en Santander es más temprana que en otras ciudades y que una importante proporción de personas empiezan incluso antes de los 15 años, con lo cual la heroína está dentro de la parrilla de inicio en el consumo de drogas ilícitas.

Al igual que en Medellín, las carreras de consumo son extensas si se tiene en cuenta que la edad promedio de quienes participaron en la encuesta fue de 27 años.

Tabla 4. Circunstancias de inicio con la práctica de la inyección

Ciudad en la que se inyectó la primera vez	Dos de quienes respondieron la pregunta estaban en Medellín, dos en Cali, una persona en Madrid (España) y cinco en Santander de Quilichao.
Jeringa nueva o usada la primera vez	16 personas dijeron haberse inyectado la primera vez con una jeringa nueva, solo una lo hizo con jeringa ya usada por alguien más.
Ayuda de otras personas en la primera	A 9 de las 17 personas con experiencia de inyección las inyectó otra persona la primera vez y 8 lo hicieron ellos(as) mismos(as). En todos los casos la asistencia la recibieron de amigos(as) cercanos(as),

<p>inyección</p>	<p>no parejas sexuales.</p> <p>7 de las 17 personas dijeron haber inyectado o ayudado a alguien a inyectarse drogas alguna vez. 3 de ellas dijeron haber ayudado a alguien que lo hacía por primera vez y se trató de amigos(as) cercanos(as) y lo eventos ocurrieron en 2004, 2009 y 2015.</p> <p>En dos casos se registra que esto ocurrió en Santander de Quilichao, los otros mencionan otras ciudades.</p>
-------------------------	---

Tabla 5. Características de uso de heroína y rituales

<p>Días de consumo de heroína en últimos 12 meses</p>	<p>El 100% de quienes participaron dijeron haber consumido heroína durante en al algún momento de los últimos 12 meses antes de la medición.</p> <p>Salvo una persona que dice haberlo hecho en promedio 15 días al mes, las 59 restantes reportan un consumo permanente al señalar los 30 días del mes en promedio.</p> <p>Nota: En este caso, llama la atención que 8 de estas personas se encontraban recluidas en centros carcelarios y algunas estaban asistiendo a tratamiento, por lo que es posible que el dato haga referencia a los momentos en los que se tenía un consumo activo (en algún momento durante los últimos 12 meses) o haya habido dificultades en su diligenciamiento por lo que podría no ser del todo confiable.</p>
<p>Vías de uso de la heroína</p>	<p>En efecto, el 89% dice haber consumido heroína por vía pulmonar es decir fumada en aluminio durante los últimos 12 meses.</p> <p>Dos de ellas dijeron habersela inyectado también en el mismo período y 5 haberla consumido aspirada por vía nasal.</p>
<p>Vía de uso de preferencia (U12M)</p>	<p>Para el 97% la vía fumada con aluminio es la de preferencia, mientras que las dos personas que mencionaron inyección, dijeron preferir dicha vía.</p>
<p>Con quién consumen heroína (U12M)</p>	<p>Mientras el 46% dice haberlo hecho en compañía de amigos que consideran cercanos, el 11% menciona conocidos, dos personas mencionan parejas sexuales y extraños respectivamente.</p> <p>No obstante, el 70% dice haberlo hecho solo(a).</p> <p>Llama la atención que 28 de las 60 personas que respondieron la encuesta, dijeron haberse relacionado personalmente con alguna</p>

	<p>persona que se inyectaba en ese mismo período. 8 de ellas dijeron que se trataba de desconocidos, 23 dijeron que se trataba de amigos cercanos y 2 que se trataba de familiares.</p> <p>El promedio de personas conocidas que son PID es de 1,6. Una personas dijo conocer 5, dos personas, 4 y cuatro, 3. Alrededor de 8 conocen entre una y dos PID. Ello confirma que la red de PID en Santander es pequeña en efecto.</p> <p>Ocho personas dijeron haber estado consumiendo drogas en el mismo lugar en el que otra(s) persona(s) se estaba(n) inyectando.</p>
--	---

En referencia a las transiciones entre vías de uso de la heroína.

De acuerdo con las fuentes femeninas consultadas en la cárcel, el consumo por vía pulmonar a través de aluminio, “chino” o “balazo” fue introducido por un compañero que había estado en España y que también está en la cárcel.

“él llegó de España y llegó con el famoso chino, el balazo y de hecho él llegaba a consumir así y los demás le decíamos que esa cochinateda qué y de un momento a otro todo el mundo comenzó a consumir así” (GF INPEC M)

“... un día nos dio por probar el chino, nosotros veíamos que la sensación de placer era más rápida o era más disimulada; porque, cuando yo estaba en la calle en ese tiempo, fumarse un mixto no todo el mundo te jodía, todo el mundo te caía por que el olor de la marihuana, todo mundo te echaba la policía ...”, “nosotros veíamos que el chino no olía” (Entrevista informal C)

“...en el aluminio eso es peor porque la heroína va es directamente, en chino es como si tú te la chutearas, es casi lo mismo porque es directo sino que la chuteada va directo a las venas pero el chino es lo mismo, para mí es lo mismo, es la misma reacción ...” (GF INPEC M)

La percepción es entonces que el “chino” es tan fuerte como por vía inyectada y en todo caso sí consideran que es más fuerte que mezclada con marihuana o aspirada por la nariz.

Es un modo de uso que, a juicio de los usuarios en Santander, es altamente costo-efectivo, creen que ahorran dinero y obtienen el mejor efecto posible. Esta forma de uso les permite además conservar cantidades mínimas a las que pueden acceder en momentos de ausencia total del droga. A ello lo llaman “la terapia” y se trata de los residuos de material que quedan adheridos al papel aluminio, a las mangueras o tubos, que luego “raspan” y les permite obtener un poco de alivio a su malestar.

La preferencia por el aluminio corresponde a razones de ahorro y optimización de la dosis, así como obtención de efectos de mayor intensidad.

*“Primeramente yo lo fumaba así con marihuana, el pintado y un amigo un día me llevó y me dio a probar así con el aluminio y **me dio más placer, me elevó mas y gastaba menos heroína así**” (GF HFPS)*

*“...ya comenzamos a fumar el chino porque **a mí ya no me gustó fumar con bareta, ya me pareció mas breve el chino y sentí que me cogía más la traba ...**” (GF INPEC M)*

*“Yo empecé fumando marihuana en el barrio después conocí otros amigos ...y ya la marihuana yo sentía que no me hacía nada y ya **empecé a echarle así también pintado, duré como que un año así fumando pintado y no me coliquiaba , ya después me dio por probar así en chino porque yo pillaba**, entonces yo decía que no iba a fumar, pero llegó un día en el que dije que yo iba a pegármelos y me los pegué y yo dije: al otro día no me los voy a pegar y al siguiente me los volví a pegar; **y ya de ahí empecé a sentir cosas en el cuerpo me erizaba y no fumaba y uff un calor, sudaba, iba y me los pegaba y ya normal me iba a trabajar, y así empecé a fumar la heroína, me fumaba medio hasta que ya me fumaba cuatro o cinco en el día. Entonces toda la plata que me hacía me la gastaba en eso...**” (GF HFPS)*

La descripción que hacen de los efectos puede explicar la intensidad de la experiencia y la razón por la cual, a pesar de los riesgos, el sufrimiento, las pérdidas derivadas de la dependencia, los costos, entre otros factores, siguen consumiendo:

*“**Cuando es de buena calidad la sensación que te da en tu boca es una sensación como menta, es algo agradable, no es una sensación amarga y es algo más bien como una sensación de placer y te relaja tu cuerpo, se siente bien, tu mente se tranquiliza, tus emociones, si estas deprimido olvidas todo, si tienes rabia, si tienes odio, se te va todo, se olvida totalmente, todo depende de la calidad que sea...**” (GF HFPS)*

*“**y ese humito lo deja a uno como happy y como con ganas de irse como para júpiter, pa’ venus Saturno, nos manda a dormir ...**” (GF INPEC H)*

*“**yo la probé y me gustó mucho porque ayy es como ayy, uno anda como en las nubes, muy bacano y ya a cada ratico yo conectaba ese domicilio para que me llevara y para que me comprara ... porque a todo el mundo no le vendían, eso es cierto, porque si usted no tenía el flecho que era, no le vendían ...**” (GF INPEC M)*

En referencia a la **inyección de heroína** fue posible establecer que en efecto no es un modo de uso popular entre las redes de usuarios en este contexto. No obstante, muchas de las fuentes consultadas refieren familiaridad con este modo de uso o haberlo explorado en algún momento y cuando ocurre se lleva a cabo en condiciones poco aptas.

“Casi todos la usan inhalada sólo conozco de los 36 años que tengo, a cuatro personas que he visto que se inyectan.” (Entrevista Inf clave)

“... ya después fui conociendo personas que se inyectan dentro de mi grupo de amigos, **algunos lo hicieron por un tiempo**, otro mantiene la práctica hoy en día, a este último varias veces lo he visto inyectándose.” (Entrevista Inf clave)

“Sí, claro conozco algunos de los muchachos que dicen inyectarse y que los demás los refieren que se inyectan... por lo regular lo hacen en zonas alejadas de la comunidad o de personas que puedan verlos...”. “El muchacho es muy celoso con estos temas no le gusta ser reconocido en el cuento” (Entrevista inf chatarra)

“el señor conoce a tres personas que se inyectan pero no son habitantes de calle, dos de ellos tienen trabajo y sostienen su consumo, el otro viene de vez en cuando a comprar, no sabe a qué se dedica” (Reporte entrevista informal a expendedor de heroína)

“Pues siempre en su mayoría es fumada en el aluminio y con el tubo y conozco a uno que lo hace inyectada...” (Entrevista inf usuario 2)

Quienes han sido testigos de la práctica de inyección señalan:

“no pues como yo les digo, eso era a la tártaro, eso no era que el agua destilada sino que era agua del río, cualquier tapa, tapa de gaseosa, una jeringa, la heroína, un poquito de sangre y va para adentro y así y a veces había otro que se inyectaba con las misma, eso no era que no que mi jeringa nada ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Pues a mí sí me consta porque con el compañero que yo consumía él está en la cárcel ahora, y pues yo a veces lo ayudaba a amarrarse con una guasca, pero la verdad a mí me daba rabia porque él sabía que a mí no me gustaba que se inyectara porque el viaje era muy bravo, a mí me tocaba cogerlo y cargarlo y reaccionarlo a veces porque quedaba casi que desplomado” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Pues de lo que yo he conocido pues a veces usaban el agua hasta de los sandis, los refrescos y a veces hasta la misma saliva cuando estaban muy coliquiados pero cuando estaban bien pues ya buscaban otros recursos pero si no, eso era a la maldita sea” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Yo también conocí un personaje de Pereira que él se inyectaba por ejemplo hoy y la votaba por allá en un monte y pasaban dos días y volvía a buscarla y con esa misma se inyectaba” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“... llegaban y la revolían ahí y se inyectaban ahí, andaban varios días con esa agujas, con la misma aguja, yo le decía firma por qué no votan esa aguja que de pronto una infección o algo, ellos decían que no, que déjenme mi aguja ...” (GF OPA)

“me tocó una experiencia un día como un amigo que estábamos fumando bazuco y estábamos pero re-embalados y pues yo andaba con mi medio para quitarme ese embale

porque me sentía pegado de los árboles, **me chutié para relajarme y mi compañero tenía casi todo menos jeringa y me dijo que se la prestara, yo lo pensé para prestársela pero lo vi tan mal que accedí y le dije que sí, pero eso sí le dije que eso quedaba a conciencia de él y le dije yo no tengo nada raro ni ninguna enfermedad así que usted verá, y ese man de una se chuteó y yo le dije que la botara.**" (GF INPEC H)

"... la vez que me inyecté, la jeringa que yo compre como estaba nueva, la utilice una sola vez, **las muchachas la utilizaron varias veces**, después de que yo me quemé vi que ellas (porque en el instante no me consumí toda la bolsa, solo fue poquita por experimentar) ...cogieron y pum ... **se inyectaron ellas dos con la misma jeringa y ahí yo la dejé**" (GF HFPS)

De quienes participaron y dijeron abiertamente haber probado la heroína por vía inyectada:

"Hace aproximadamente 17 años me inyecté por primera vez en 1980, **cuando tenía 19 años me dio la curiosidad de experimentar y fue la única vez que lo hice**, pero la heroína fumada si fue a partir de los 24 años que empecé a consumirla." (Entrevista Inf clave)

"sí, una vez, antes de que me capturaran porque C era el que se chuteaba en el puente y ese día nada que llegaba el medio que mandamos a comprar y él ya lo tenía preparado y yo no pero... **yo te digo que no lo volvería hacer porque eso es un viaje total, eso me dejó muy mal, eso me dijo allí tirada y yo no me podía parar y ... yo solamente recuerdo que yo le decía que no me vuelva a dar esa cosa así**" , "él la preparaba delante de nosotras normal" (GF INPEC M)

"No yo sí me chutié muchas veces, por allí unos 4 años atrás, **yo duré como tres, cuatro meses chuteándome, ya ni fumaba nada** y de ahí me vine para Santander porque yo estaba en Cali y me vine para acá pa' Santander otra vez y volví y cogí el chino ..." (GF INPEC M)

"Noooo, la utilice unas dos veces (inyectada), pero que te digo en dos ocasiones no más, **casi no me gusto es una sensación más directa...**" (GF HFPS)

"Eso va la sangre de una. **Es más directa uno siente un calor y buuuuff como un bajoneo de una y queda ahí...**"

"Yo también **una sola vez lo hice no más** y eso porque yo consumía pero nooo yo veía a los demás hasta que una vez me entró la curiosidad y yo dije ... hacerle sin mente y yo tenía plata entonces dije yo compro mi jeringa, todo personal y fui y la compré y yo había visto que eso cogían y la revolían con agua.. y la cogía así entonces ahí mismo me apreté aquí las venas se me veían normales y me dicen te la inyectas vos mismo y yo le dije que sí y **a lo que me la inyecté sentí como uffff el cerebro se me aceleró y yo quede así como que uffff...en otra dimensión ...me la saqué y empecé a ver como borroso, noquiado.**"

“ Se siente al bajoneo pero se siente el calor uffff porque ella es caliente, se siente el calor, te quita todo”. “ Pero eso es lo que te llega directo al cerebro buuuuff de una, lo sentís yo lo sentí que me subió por todas las venas y buuffff como que me bajó a los pies y volvió y subió.” (GF HFPS)

¿Por qué lo hiciste? **“por curiosidad pero no me gusto la curiosidad, me hizo perder la noción ... cuando yo me despierto yo estoy en el mismo parche con la jeringa metida, tirado entonces no me gusto esa reacción. ¿Lo hiciste una segunda vez? si, porque en la primera no me pasó eso, la segunda vez fue que me pasó eso. La primera vez me gustó porque no pasó eso, me gusto porque me acuerdo de lo que hice, los movimientos que yo hacía, todo me causaba gracia, me pareció bacano y ya, pero entonces la segunda vez quise aumentar la cantidad y no me gustó eso..” (Entrevista informal usuario 3)**

“...yo veía que una de ellas ya tenía demasiado quemados los dos brazos y yo vi que ella estaba desesperada pero le dolía y cuando yo vi que pummm se la inyectó aquí en la aorta, la vena ahh y quedo más relajada ..y yo ese día me quedé aterrado ... esa hembra es como loca también. Pero después yo dije quiero probar, ellas como que me retaron a mí y yo queee, sin mente.” (GF HFPS)

“Pues yo empecé así inhalando, me pegaba los pases de heroína también, a través del tiempo ya de tanto consumo la heroína, ya no me hacía nada, dije voy a probar la aguja en el Sucre le dicen la tola (en Cali) y así fue ... y empecé a ofrecer mis kits, que la aguja, que el agua, la cuchara y me empecé a inyectar en los pies para que mi mamá no me viera ... desde allí me quedó gustando más la heroína” (GF OPA)

“Claro no me gustaba prestar, allá yo pillaba mucho que se prestaban la aguja de los cólicos prestaban las agujas, y yo llegué a ver a más de uno que se chuteaba y no se volvía a despertar se quedaba en el viaje se moría llegue a pillar eso en el Sucre” (GF OPA)

“Bueno pues yo, lo último que estaba haciendo en la calle era inyectándomela, la cucharita, la jeringa de insulina, el agua destilada y el cordonsito para poder hacer que la vena se vea y poder inyectármela...” (GF INPEC H)

La inyección se asocia en efecto con una mayor necesidad de “gestionar” dinero para asegurar las dosis a diferencia de los “chinos” tal como se deduce del siguiente testimonio. Pero es claro el desagrado con los efectos tanto en los otros de la red como en sí mismos, parece estar asociado a un grado mayor de “degradación” que no está bien visto en este contexto.

Aspectos como el “miedo a las jeringas” fue mencionado sólo una vez por una de las profesionales consultadas. Las razones de la no preferencia por esta práctica parecen ser diferentes de acuerdo con las PUH y tienen que ver con cierta resistencia a experimentar efectos muy intensos o a la pérdida (incluso parcial) de conciencia. Los siguientes testimonios hacen referencia a la percepción de los usuarios frente a la práctica de la inyección.

“Fue una sola vez no más, una sola vez no más. Esa vez casi no me gustó porque de una vi, porque yo me fumaba lo mío en el aluminio ... entonces se sentó ese día ... yo por curiosidad lo veía, se buscó una tapita puffff después con la jeringa y ese día pues yo era curiosidad. Él mismo me hizo el procedimiento, sentí que me calentó fue el brazo de una y se me calentó fue todo el cuerpo y de una cogí mi moto y nos abrimos puffff y de una llegué a mi casa me dio sed, apenas la tomé praff, la vomite y no me gustó porque de una me puso a dormir ...llegué como a las diez de la mañana y ya eran las siete de la noche y me levanté fue adolorido y con un dolor de cabeza como si tuviera un guayabo pero el tenaz, entonces no no me gusto por eso.” (GF HFPS)

“... me inyecté una sola vez, no me gusto el viaje, entonces no lo volví a hacer, es más placentero la heroína inhalada (fumada), porque la inyectada deja una sensación muy molesta al cuerpo, en ese momento ya estaba en Santander de Quilichao y me inyectó un conocido”, quedé desplomada casi desde las 10am hasta las 6:00pm y me levanté con dolor de cabeza.” (Entrevista Inf clave)

“... esos maricas se chuteaban y quedan en un viaje muy áspero, quedaban así todos zombis, todos tiesos, yo decía uy no ese se ha inyectado ... no yo fumaba puros chinos inyectado no” (GF OPA)

¿cómo las describiría? **“Personas arriesgadas porque es una sensación muy maluca la que deja esa inyección, lo deja a uno tirado en cualquier lugar”. “Es la manera más fácil de destruirse es la manera más fácil de adquirir enfermedades.”**(Entrevista Inf clave)

“...para mí también ha sido una incógnita. Yo les pregunto, ¿tantos años consumiendo heroína, nunca te ha dado por inyectarte? Muchos de ellos responden que le tienen pavor a las agujas; pues para mi es una respuesta muy normal de ellos. Y pienso que es un miedo natural que bueno, pues yo digo gracias a Dios existe y refuércenlo y digan que sí que las agujas son muy malas... es el dolor, el pánico al chuzón, es como la respuesta que me han dado a mí.

Hay unos que me han dicho que eso se pierde la sustancia, han tenido la oportunidad de ver a personas que se inyectan. Más o menos hace unos dos años tuvimos una crisis en las minas, en las minas ilegales, las minas de oro y hubo una catástrofe en las minas y algunas de esas personas migraron acá; y eran personas del eje cafetero que se inyectaban, ellos los veían inyectándose ...y no, el man se queda dormido antes de que termine ... se perdía la merca. Bueno que más respuestas; ojalá descubriéramos..” (Entrevista Prof Salud HFPS)

Algunas personas dicen que: “no les resulta rentable inyectarse porque la gestión económica incrementaría, además que tienen un acercamiento y conocimiento en cuanto a los riesgos traídos por el uso de jeringas y el riesgo de sobredosis por la heroína inyectada” (Reporte trabajo de campo descripción redes)

Pero

“Realmente yo pienso que **nosotros tenemos un gran riesgo de pasar a la inyección en cualquier momento** ... en cualquier momento porque tal vez esos viejos ya no se van a inyectar, pero nuestros jóvenes si, **nuestros jóvenes son experimentadores**; ellos experimentan, yo conozco niños que se inyectan cocaína, por ejemplo, ese tema de las redes es delicado en esto. Nosotros tenemos muchos chicos que dicen que aprendieron por internet y nuestros jóvenes están en alto riesgo de ensayar, **estamos muy cerca de Cali, muy cerca.**

Yo alguna vez les preguntaba por la calidad de la heroína y decían bueno será que la de aquí no se puede inyectar, pues para mí fue lo primero, **ese fue mi primer pensamiento la heroína de aquí es diferente y no se puede inyectar y pues eso me lo han tumbado casi todos**, algunos inclusive van hasta Cali a venderla al Sucre, inclusive dicen que es muy buena y yo bueno pues ni modo hay que creerles entonces para las respuestas que he obtenido, **no es la calidad.** Yo creo que ha sido un paradigma que tiene frente a las agujas es mental, un **miedo natural frente a las agujas**, pero mi gran temor es que nuestra realidad en Santander de Quilichao cada vez más jóvenes, en más temprana edad comienzan el consumo de heroína y con ellos tenemos un alto riesgo de pasar a la inyección, **yo pienso que nuestro trabajo mayor debe estar enfocado en evitar ese paso.”** (Entrevista Prof Salud HFPS)

Las carreras de consumo de muchas de las PUH en Santander se asocian íntimamente al uso de bazuco. Esta asociación puede ser la responsable de fuerte enganche con la sustancia, las extensas carreras de consumo, así como del deterioro que termina en muchos casos en habitabilidad de calle.

Dado que la inmensa mayoría de quienes usan heroína también usan bazuco o a la inversa, se ha integrado una suerte de venta de “combos”.

“**Si no tenía heroína no se podía consumir bazuco** ... un embale bien tenaz y ahora con qué se desembala uno. Y es lo que tienen los jóvenes aquí, **la mayoría de jóvenes que son poli consumidores si no hay heroína, no te consumen bazuco**” (Entrevista informal C)

“Yo siempre consumo las dos, **pero si hay heroína eso es fijo que llega el bazuco**, y si llega el bazuco eso es fijo que llega la heroína” (Entrevista inf usuario 3)

“no pues diario uno se fumaba unas 30 lucas que era 6 medios en mera heroína porque **a la hora treinta nosotros revolíamos eso con bazuco. Donde había heroína había bazuco..**” (GF INPEC H)

“si todas dos, tiene que haber si, **el patrón pide cierta cantidad de merca de bazuco tiene que haber también heroína** porque él sabe que va a ganar, sale ganado porque de una se vende, **de una el combo como se dice ahora ...**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

Sin embargo, y a pesar de que los usuarios hablaron sin mayor dificultad del tema, desde la visión de los trabajadores de la salud a cargo de la atención, el bazuco está muy mal posicionado:

“Aquí hay un tema importante del bazuco y es la economía; en Santander de Quilichao el bazuco es catalogado como lo más bajo, entonces a la gente inclusive muchachos que hemos llegado a conocer, niegan el consumo de bazuco... está muy mal visto, ¿por qué? Pues porque aquí la heroína es barata, entonces como así que va consumir bazuco pudiendo...” (Entrevista Prof Salud HFPS)

Lo que sí es claro es que profesionales de la salud y usuarios reconocen que esta mezcla es responsable del alto deterioro asociado al consumo, lo que se corrobora a través de la profesional a cargo del programa del HFPS:

“ el tema del bazuco afecta mucho a esta población y sobre todo a la población de calle, es una sustancia que los está acabando mucho, lo está desgastando demasiado. Hoy encontramos a chicos que antes consumían sólo heroína y que ahora ya están consumiendo bazuco y entonces se notó su desgaste mental y físico. Ahí podemos entender que cada día nos tenemos que preparar más, porque realmente le bazuco se consume aquí hace muchos años, pienso que empezó antes que la heroína; pero hoy para nosotros ha sido sorpresa que unas personas muy jóvenes consumen bazuco...” (Entrevista Prof Salud HFPS)

Y de este testimonio:

“yo llevaba una vida casi normal porque yo consumía heroína sola y sabe que fue lo que me tiró a mí al tres totalmente, fue cuando empecé a mezclar la heroína con el bazuco, realmente eso fue lo que me deterioró, lo que me hizo fumarme hasta lo que no tenía ... me separe del papá de mi hijo ... de ahí fue donde me deterioré y me tiré a ese puente a hacer y deshacer” (GF INPEC M)

De acuerdo con las fuentes, la heroína se utiliza para “bajar el embale” del bazuco.

“Si, es que la mayoría de consumidores de heroína son consumidores de bazuco” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“ De mi parte he consumido, pues comencé con la marihuana luego pasé al perico, luego las pepas, luego el bazuco y luego vino la heroína”. “También empecé con marihuana, después de todo alcohol, solución, bazuco y después con la heroína”. “Yo comencé con marihuana perico de ahí probé la heroína también, después de eso probé el bazuco”(GF OPA)

“yo también prácticamente consumía de todo, empecé con marihuana de ahí empecé con cocaína, a los 12 años también consumí heroína, consumí heroína y marihuana casi al mismo tiempo, la revolvía ahí quedaba un pintado, eso fue el inicio y de ahí se empezó una secuencia de consumo más agresivo que ya era marihuana, heroína, cocaína, alcohol, bazuco, sacol, pepas, casi de todo y no encontraba el placer en sí en ninguna”. “...para bajar la cinta del bazuco fumaba heroína” (GF OPA)

“... fumaba las dos, más que todo la base. Es que el bazuco como se dice, lo despierta a uno y la heroína lo relaja, lo dopa a uno, se siente relajado. Me daba un hambre muy

áspera, yo comía y comía y no me llenaba, cuando metía bazuco eso se me quitaba el hambre completamente, no me daba ni ganas de hablar ...con ganas de irme a dar bala yo me entonaba me sentía perseguido” (GF OPA)

“Yo sólo me pegaba 3 o 4 chinos para bajar el embale del bazuco y el resto lo regalaba o lo vendía” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Yo manejaba más el consumo de bazuco pero mantenía con mi medio (heroína) porque yo sabía que me alteraba mucho el bazuco entonces yo mantenía con el aluminio y la candela porque pues yo me pegaba los chinos cuando estaba muy embalado...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

*“... depende de lo que quiera el parche, si es una noche de rumba donde quieran estar despiertos, donde quieren estar bien y hacer mucha gestión, ellos meten bazuco para poder despertarse y para poder activarse y estar asustados y tener valor, dicen ellos, ya la heroína los para; **es muy charro porque dentro de la concepción de ellos, dentro de su momento de consumo nos cuentan que ya ha sido demasiado embale entonces hay que meter heroína para bajar, para parar, para poder descansar.**” (Entrevista Prof Salud HFPS)*

Encuesta CODAR

De acuerdo con la encuesta CODAR, el 67% de las personas usa la heroína sola y sin mezclar, mientras que un 15% lo hace la mayoría de las veces y un 18,3% la mezcla en ocasiones o siempre.

Una de cada dos personas que dijo mezclar la heroína, lo hace con bazuco; el 35% con marihuana y en un caso se registra mezcla con cocaína, en otros casos las mezclas involucran otras sustancias.

El 73% de quienes participaron usaron **cocaína** alguna vez en la vida y la edad promedio de inicio con esta sustancia fue de 15,6 años (min. 10 y max 25). El 55% de quienes dijeron haber usado esta sustancia la usaron al menos una vez en el último año y la frecuencia fue de 100 días o menos en el período explorado.

22 de quienes la usaron lo hicieron aspirada por la nariz y una reportó haberlo hecho por vía inyectada. 11 de ellas la consumieron sola o sin mezclar con otra sustancia; uno de los reportes registra mezcla de esta sustancia con heroína.

En referencia al **bazuco, el 97%, es decir 58 de las 60 personas que respondieron la encuesta, dijeron haberlo usado alguna vez en la vida.** A diferencia de Medellín, en Santander la edad promedio de inicio es más temprana, 17,3 años y llama la atención que una persona dijo haberlo usado a los 5 años, dos a los 8 años y otras dos a los 12 años o menos. La edad máxima registrada fue 27 años.

El 71% de quienes dijeron haberlo usado, lo consumieron en el curso de los últimos 12 meses y todos lo hicieron por vía pulmonar.

El consumo se caracteriza por darse principalmente en la calle o en las casas de las personas o de otros. Se usa con frecuencia con amigos cercanos, conocidos o extraños y en un 15% se registra uso en solitario. Pocos registros enuncian que el consumo ocurre con sus parejas sexuales.

Mientras 11 de estas personas dicen usar bazuco SIEMPRE mezclado con otras sustancias, 20 dicen hacerlo sin mezclar.

En relación al **alcohol** el uso en los últimos 12 meses fue reportado por el 60% de los participantes. En el 25% de los casos la frecuencia fue de entre 90 y 200 días del año, el resto registró consumo en un número menor de días. El 36% dijo consumir 8 o más unidades de alcohol en cada episodio, el restante menos cantidad. La mayoría no sabe responder cuántos días se embriagó en el período.

El 76% de los encuestados dijo haber usado marihuana durante los últimos 12 meses. 5 personas dijeron haberla usada por más de 100 días, el resto señaló un número menor de eventos.

El 66% dijo consumirla la mayoría de las veces sola o mezclada muy pocas veces, lo cual confirma que la modalidad de uso “pintado” no es ya tan popular, al menos en las redes de usuarios contactadas durante el estudio. Una de cada tres personas que la usan, la usan siempre o hasta la mitad de la veces mezclada con otra sustancia.

En 11 casos se registró uso de inhalables volátiles, tales como pegantes u otros.

El 32% dijo haber consumido otros opiáceos. Lo que ha ocurrido en frecuencias menores a 120 días de los 365 del año

10 de estas personas dijeron haber usado este medicamento 300 días o más durante los últimos 12 meses. El 90% (18) dijo haberlos usado por vía oral por lo que es posible que se trate de **Metadona**. En otros pocos casos se registra uso por vía fumada.

También el 32% (19) dijo haber consumido medicamentos tranquilizantes en los últimos 12 meses, todos por vía oral. Tal uso fue reportado en frecuencias menores a los 100 días de los 365.

Una sola persona reportó uso de **ketamina** en los últimos 12 meses, durante al menos 96 días y tal uso fue por vía oral.

Múltiples factores contribuyen a incrementar el sufrimiento que viven cotidianamente las personas que usan heroína en este contexto. Mientras en Medellín se le llama “enfermedad” al malestar derivado de la abstinencia, en Santander se le conoce como “estar coliquiado”.

Llama la atención que además de la búsqueda de alivio al dolor o cólico y al malestar, las PUH identifican beneficios a la hora de usar la sustancia.

“...cuando no consumo me dan esos síntomas, lo que le dicen el cólico, estoy coliquiado, no puedo ni caminar hay veces, pero ya cuando la consumo quedo todo normal como si nunca hubiera consumido nada, por promedio de unas seis horas; después de las seis horas vuelve y me coge el mismo síntoma ósea escalofrió se repite la secuencia...” (GF HFPS)

“Ya no es la sensación de la traba sino de necesidad para estar bien.” (GF HFPS)

“...es algo que uno ya no lo hace por placer, es algo como una necesidad ya para el cuerpo, mas sin embargo, a muchos les dan los cólicos diferentes, en mi caso a mi no me daban cólicos sino que me daban un calor en el pecho hasta ahora lo mantengo, porque me alborotó la gastritis, le reseca los labios a uno, los huesos se vuelven más débiles ... físicamente uno se deteriora porque es una droga que las pocas vitaminas, los pocos alimentos que uno consume pues los seca de una .. sin embargo uno ya hace eso como para no estar enfermo es como la anestesia para la vida de uno” (GF HFPS)

“a veces queremos consumir ese vicio por problemas y por los mismos problemas seguimos los vicios porque queremos desahogarnos en la heroína, en la marihuana, en el alcohol y qué hace eso, pues nos hace olvidar lo que estamos pasando, lo que estamos viviendo, todo lo que nos está pasando en nuestras vidas y a veces buscamos refugio en el vicio, eso es un químico que nos hace olvidar las penas ..” (GF INPEC H)

“... qué era lo que tenía esa sustancia que hacía que uno volviera al mismo punto ... ya habiendo pasado cólico, ya estando uno bonito o rosadito, vuelve uno como que otra vez ahí, esa siempre ha sido mi pregunta, ¿qué pasa?, ¿por qué?... ¿qué me falta a mí?, si es algo psicológico, si es algo que tenga la sustancia que hace volver a llegar a mí. A mí por ejemplo, siempre me han diagnosticado polaridad afectiva y siempre me han dicho que mi adicción es debido a la bipolaridad, que si yo no la trato, siempre voy a ser adicta, pero yo no creo que yo sea bipolar. Es eso, siempre he querido saber que pasa, que pasa conmigo, qué tengo que hacer para poder salir algún día de esto y como te dije nunca voy a dejar de intentarlo o me muero en el intento.” (GF en calle)

“Y es algo que lo pone alucinante a uno porque lo pone a robar también, a no pensar las cosas que va tirado en lo que sea, por conseguir plata para ir a comprarla, muchos problemas en la familia y en la vida de uno porque se van los sueños, en cada quema uno quema los sueños las esperanzas y la vida.”(GF HFPS)

“... la misma droga avisa lo que es, al consumirla se manifestaban unos síntomas, me revolvió el estomago Uff me ponía a vomitar en el acto, de una. Pero entonces al pasar el tiempo ... ya la consumía ya no me daba eso, pero de ahí para allá ya venía lo que les comento, escalofrio ...” (GF HFPS)

“Ese vicio es una mierda parce ... cuando llegue acá me dio quince días el síndrome feo, a llorar me ponía parce” (GF OPA)

“A mí me da escalofríos y dolor de huesos yo no podía ni caminar y sabe, yo me llevaba las cosas de la casa, me lleva la licuadora, la plancha y a mi mamá a veces le buscaba la cartera y me llevaba la plata de la cucha también. Yo ahora estoy arrepentido de todo eso .. la llamé y le dije sabe qué perdóneme por todo lo malo que le hice, por trasnocharla, porque mi mamá conmigo sufría mucho, yo no llegaba a la casa, un mes me quedaba todo sucio me iba al río a bañar pero así, cada 8 días, si me bañaba, eso era un desorden con la misma ropa sucia ... muy feo, muy feo eso.” (GF OPA)

“La heroína es como una enfermedad”, “la heroína es la perdición, lo peor que han podido sacar en las drogas”, “la heroína es como una cosa muy mala”, “la heroína si es un químico extra peligroso” (GF INPEC H)

“La heroína es como cogerle la cola al diablo, pues para los que ya sabemos cómo son esas vueltas, uno sabe a lo que se atiene, nadie lo obliga a uno, pero pues a la vez es muy mala pero a la vez también es muy buena!” (GF INPEC H)

“... estudiada y todo eso, pero de qué me sirvió si la droga llegó a mi vida y me destruyó toda, me destruyó todo lo que yo tenía, mis estudios, todo lo que yo había conseguido, mis amigos ...me gustaría decirle a las demás personas que están en consumo ahora, que sí se puede ... mira que yo la paso tan rico así, sobria. No digo que yo no me pego mis plones de marihuana de vez en cuando pero ahhh uno la pasa tan rico así, porque cuando uno estaba en consumo abría los ojos y de una en el nochero a coger el aluminio ... porque si yo no me pegaba mi chino yo no me podía parar de esa cama, todos los días la misma rutina, y uno no se había terminado de fumar el medio y uno pensaba que voy hacer ahora para conseguir el otro, que voy hacer para gestionar ...” (GF INPEC M)

“ Yo llegue a vivir también en la calle dos meses, ya no me importaba mi familia no me importaba ni yo mismo y si comía o no comía...prefería más la bolsa que cualquier plato de comida” (GF HFPS)

“Es que es muy duro uno se levante y así coliquiado uno no puede comer, lo que uno come lo vomita de una porque uno está en ese momento desesperado con ansiedad de consumir y un café noo, la comida no le entra por el malestar.” (GF HFPS)

“...si a uno lo coge el cólico por allí afuera de la URI y yo conseguía aluminio pues yo me sentaba a fumar, yo me descoliquiaba era ahí. Podía haber gente podía, estar el papá, mi mamá yo me descoliquiaba primero yo, segundo yo y de ahí para allá yo no tengo nada que ver, pero ya cuando uno está niveladito ya uno busca su guarida que ya saben a dónde ... por eso me lo reservo ...”

A juzgar por los testimonios, las personas que han desarrollado adicción a la heroína lejos de negar que tienen un problema, lo reconocen, lo sufren cotidianamente y los lleva a

“gestionar” medios para consumir diariamente; evitar el malestar y el dolor es claramente una de sus prioridades. No parece haber “negación” en dichos registros, lo contrario.

En contraste, de acuerdo con algunos prestadores de servicios, la “negación del problema” es la principal limitante para pedir ayuda.

*“... el tratamiento inicia con la parte operativa con lo que tiene que ver con la atención primaria, **que es el reconocer que es un problema; porque el adicto eso es lo más difícil que el reconozca para sí que es un problema**, porque es un problema para la mamá, para el familiar, para el allegado, para la sociedad, **para todos nosotros pero para él no es un problema** y hasta que él no lo identifique como un problema pues no es un problema.” (Entrevista a Prof salud Quilichao)*

*“Algunos se alejan y sucumben más en el problema que tienen que es la droga, **muy pocos buscan ayuda esa es la reacción muchas veces de las personas ante el consumo de drogas.**” (Entrevista informal Dragoniante INPEC)*

Es interesante que algunos testimonios refieren la posibilidad de **regular el consumo según las circunstancias**. Algunos, intentos por abandonar por cuenta propia o reducir las dosis:

“Si usted tiene plata no se controla sino que el cuerpo le pide y le pide, cuando no tiene plata la mente como que se controla: no no tengo plata entonces para hacer la gestión uno suave, mientras que gestiona y consigo ahí si compro más. Así mismo como que uno lo proyecta que si tiene, hay que fumar.” (GF HFPS)

*“Uno cuando se iba a dormir y uno llevaba merca, uno no se levantaba coliquiada, **pero vaya acuéstese a dormir y no lleve merca y verá que se levanta de muerte, si eso es como de la mente ...**” (GF INPEC M)*

En ello la marihuana parece cumplir algún rol:

*“... mire que la marihuana a uno le ayuda mucho para dejar, dicen que la marihuana es la puerta de entrada a todos los vicios, pero **también es la salida**, mire que a uno le ayuda mucho ... la heroína se demora siete años en desintoxicarse la sangre de uno y uno siempre va a estar con ese craving como le dicen a uno en los centros de rehabilitación, **nosotros tenemos ese craving ... que con cualquier cosita se activa el nivel de ansiedad.**” (GF INPEC M)*

En relación a los **factores del contexto** que podrían haber incidido en la expansión del fenómeno, se mencionan aspectos descritos en estudios previos (Abadía et al., 2009) asociados a la tradición productiva de la zona, pero también fenómenos sociales interesantes que denotan cierta “normalización” del fenómeno:

*“... son varias las variables, primero nosotros **somos cultivadores**, tenemos el terreno y por cultura campesina desde hace mucho tiempo se viene cultivando la marihuana y la amapola, entonces somos cultivadores, somos procesadores, en nuestras montañas del*

Norte del Cauca hay muchísimos lugares donde se procesa la sustancia. **Hace muchos años casi todo salía de Santander de Quilichao, ahora una parte de lo que se produce sale, pero la mayoría se queda dentro del municipio, entonces tenemos una situación de microtráfico grandísima, se vuelve como el negocio y la posibilidad de hacer el dinero; es el trabajo de muchas personas, tenemos la facilidad de conseguirla; en Santander de Quilichao se consigue de manera muy sencilla la heroína, la marihuana, el bazuco; precisamente porque nosotros aquí la producimos y es de muy fácil acceso.**” (Entrevista Prof salud HFPS)

“Y hay otras variables para mí como lo son **falta de una política pública enfocada en este tema que durante años ha estado, pero que realmente no se han hecho trabajos enfocados a mejorar esta situación.**” (Entrevista Prof salud HFPS)

“Sabes que yo creo que **se volvieron parte del paisaje** porque siempre son los mismos, te puedo decir los nombres, te puedo decir hace cuantos años los conozco, te puedo decir a ese lo conocí cuando tenía los dos ojos, ahora solo tiene uno, entonces pienso que nos falta entender que son personas con derechos, se volvieron parte del paisaje ...” (Entrevista Prof salud HFPS)

“Es una **actitud de conformismo ya estamos como habituados a ver a las personas así y simplemente dejamos de actuar, como estamos tan habituados a que eso ya está allí, lo hacemos parte de nuestra vida y de nuestra convivencia, no nos hacemos tan responsables como debiéramos y a veces no prestamos la ayuda porque dejamos ... a los familiares de ellos que se comprometan con el problema**” (Entrevista párroco)

Otros factores identificados se refieren a “sistemas familiares quebrados”, además de limitadas oportunidades de participación productiva plena e inclusión social que serán tratados con mayor profundidad en la sección sobre *evaluación de necesidades*.

“Y hay otros temas familiares, las familias que son disfuncionales .. hay padres abandonicos, madres que han infundido mucha rabia hacia los hombres, hay mucho dolor. Pienso que Santander de Quilichao hace muchos años con el tema del narcotráfico **era un lugar en el que se movía muchísimo dinero, mucho comercio, muchas familias adineradas y esto se acaba y quedan muchos niños y muchas familias lastimadas, hay muchas muertes, mucha violencia y se hieren muchos sistemas familiares** y pienso que eso también ha influido, estamos recogiendo el resultado de esa historia, porque cuando podemos mirar, **muchos de esos jóvenes son los niños de todas esas personas que mataron en otros tiempos**” (Entrevista Prof salud HFPS)

3.2.6 Estigma, discriminación y maltrato por parte de diversos actores sociales

Al igual que en Medellín son diversos los imaginarios y representaciones sociales que llevan a distintos actores sociales a estigmatizar, discriminar, humillar y maltratar a las personas que usan heroína en el municipio.

“Yo opino que también **la sociedad discrimina, discrimina mucho y no se ponen a ver en realidad qué pasa con la persona**, porque está ahí, sino que lo único que hacen es hundirle el dedo en la llaga y no más ...” (GF en calle)

“... uno en medio del consumo **recibe mucho menosprecio**, tanto en lo social, como de los mismos jibaros, por un consumo **lo tratan mal, a veces hasta golpes y también la familia lo va alejando a uno, hasta el punto de discriminarlo y no aceptarlo en la casa de uno.**” (GF en calle)

“**Desprecio es lo que más se ve hacia las personas en uso de drogas, las actitudes de rechazo son constantes, por lo tanto la discriminación es muy alta** y eso nos genera rabia la indiferencia de la comunidad y las mismas instituciones.” (Entrevista Inf clave)

“...además hay mucha gente que piensa que porque uno tiene un problema de drogas se toman el atrevimiento de menospreciarlo a uno, y humillarlo, de tratarlo mal, hasta de golpearlo, porque piensan que uno es menos que ellos porque piensan que solo porque está sucio, cosa que no debería ser así .. **deberían antes tener conciencia y ayudarnos a nosotros que tenemos ese problema, pero en vez de eso lo que hacen es maltratarnos, humillarnos, hasta mandarnos a matar.**” (GF HFPS)

“... es que hay policías que entienden que esto es una enfermedad y otros que no y comienzan ahh es que estos hijo de madres **viciosos**”

“ ...de los **tombos (policía) maltrato, de la gente menosprecio**, la verdad es que puedo decir algo y no porque esté aquí sino que casi siempre quien estuvo con nosotros fue la doctora Isabel con Quilisalud, siempre estuvieron haciéndonos acompañamiento, llevándonos brigadas de aseo, dándonos comida o sea de tanta gente en Santander se pueden contar con los dedos de las manos, porque fue la única que se puso en los zapatos de nosotros. Porque de resto **todo mundo es señalándolo, cuestionándolo, maltratándolo física o verbalmente, psicológicamente menospreciándolo**, entonces **son muy pocas las ayudas que tenemos las personas que sufrimos la enfermedad de la adicción ...**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

Sin embargo, uno de los testimonios señala que en algunos casos la policía les permite estar en algunos lugares:

“ya los **tombos** luego dejaron como que ahhh dejémosle ese pedazo ahí como para que soplen porque también dan mucha lora por alla arriba “ (GF INPEC M)

La policía dice llevar un trato diferencial. Consideran que los consumidores no son un peligro en sí mismo, salvo que les dé por delinquir o atracar, por lo que en ocasiones los requisan buscando armas. Cuando les encuentran una cantidad de droga mayor a la permitida, los privan de la libertad y cuando eso pasa:

“Pues sí, ya que en ocasiones uno se encuentra con más bichas (dosis de bazuco) de lo que ellos le llaman la dosis mínima, entonces toca dejarlo bajo la disposición de la fiscalía o de

las autoridades competentes, **entonces esos pelados en el transcurso del día, si no han consumido, ellos mantienen con ese cólico y mantienen vomitando todo el día y a veces hasta se hacen del cuerpo, ya porque no han consumido...** Cuando ya suceden esos casos así, pues toca trasladarlos hasta el hospital o si no, buscar de pronto la ayuda del personal de bomberos para que los atiendan” (Entrevista a oficial de policía)

Muestran interés en aprender y obtener más herramientas para manejar mejor la situación de estas personas:

“Pues yo creo que sí, sería algo bueno como para ver uno qué puede hacer en caso de que un pelado, un muchacho, esté pasando una situación de esas” (Entrevista agente policía)

Al igual que en Medellín, las personas asocian a quienes usan drogas con algún tipo de “peligro”, pero en este caso la reacción no parece ser de “miedo” sino más bien de desprecio y rechazo abierto, por lo que el estigma y la violencia simbólica (en el sentido de Pierre Bourdieu) parece ser mayor en este contexto.

“...cuando somos adictos, cuando estamos en ese mundo **nadie nos escucha nadie nos propone porque como nadie nos cree entonces todo mundo hash quítese que este no más habla sino basura, siempre dicen ese man no quiere cambiar** y entonces **la pregunta es a qué ser humano le gusta comer mal, que lo maltraten, vivir en la calle, mojado sucio haciendo daños, a ningún ser humano, Dios nos hizo por bendición no por maldición**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“... **la mayoría de la gente piensa que cuando uno ha fumado que uno es todo aleta, que es peligroso y ya ve que uno cuando ha fumado no es ni agresivo, sino cuando uno está con el cólico es cuando uno más agresivo está y está en esa gestión de bueno cómo consigo, cómo hago, mucha gente piensa que uno después de haber consumido es que se pone todo agresivo y es cuando uno está con el cólico.**” (GF HFPS)

“...**hay una cosa que la gente piensa que porque somos muchos y porque somos consumidores todos nos comemos con todos. Ese era el decir de los tombos, que ahh que todas estas viejas se dejan comer de todos estos chirretes, porque esa era las expresiones de ellos y eso es falso, eso es falso, por lo menos nosotras éramos pocas mujeres y esos maricas eran muy cuidadosos con uno, o sea ellos mismos lo robaban a uno, si es cierto, pero que se fueran a sobrepasar no. Igual ellos tampoco eran pelados que fueran a tener una mujer aquí, otra mujer allá, porque ellos como digo, eso nos quita el deseo sexual**” (GF INPEC M)

“Es que **mucha gente piensa que para uno es una chimba estar así, que uno vive es reído, que uno vive es feliz de la vida y no es así, yo por lo menos fui una de las personas que decía ya no quiero estar más así, ya quiero dejar todo esto. Pero entonces la decisión de cambiar como que ummm, como que había algo que me impedía y pues a la final, gracias a Dios, por estar aquí (cárcel), porque si no hubiera sido así, no estoy como estoy ahorita**” (GF INPEC M)

*“en este mundo de la droga ...uno debe aprender a perder, a ganar si no es la muerte, es la cárcel o sea yo ya sabía, y vea que lo que me esperaba si seguía en ese mundo. Para mí esa va a ser una experiencia que me marcó para toda la vida ... yo a este pueblo no quiero volver, porque **así yo me recupere, está ese letrado de consumidora, de viciosa, de chirrete ... nadie se lo va a quitar**” (GF INPEC M)*

*“me ha tocado pelear con la gente cuando **agreden físicamente a los muchachos, es una especie de estigmatización que existe sobre los consumidores.**” (Entrevista inf chatarra)*

*“algunas veces **incurren en robos hacia estas personas y groserías como una forma intimidación para que no los molesten.**” (Entrevista inf chatarra)*

*“también las violan, abusan mucho de ellas; **ellas llegan al hospital abusadas...**” (Entrevista Prof Salud HFPS)*

*“La mayoría de personas están ahí porque no hay amor, no hay afecto, solamente reciben desprecio, porque, porque hay familias y personas que tienen, cómo se le puede decir, una fobia... **para ellos es la puta, el que le pega a la mamá, el ladrón, el vicioso y no siempre es así ... habemos personas consumidoras pero no somos malas, no somos las que le pegamos a la mamá, no somos putas, no somos ladrones, que si, tenemos nuestro problema, pero eso no quiere decir que uno sea una mala persona, entonces yo pienso que esas personas deben ser como escuchadas si, que se desahoguen, que sientan que sientan libres de expresarse y ser queridas un abracito, un te quiero, un besito, hace falta.**” (GF en calle)*

*“... a mi me rechazaba mi familia, tengo una sobrina, ella una vez me vio y dijo mire que mi tío esta fumando vicio, entonces me sacaron de la casa, de allí para allá no me dejaron entrar más, entonces me tocó fumar afuera, siempre fumaba en la calle, nunca jamás, **jamás volví a la casa, yo iba a la casa y no me dejaban entrar, yo mantenía más en la calle, ya me tiré a la calle, ya me volví más habitante de calle,** no iba a mi casa, ya no me bañaba, ya mantenía a toda hora sucio, no podía ver unos espejos por ahí, una moto mal parqueada porque los sacaba breve...” (GF HFPS)*

*“La heroína me hizo perder muchos trabajos, me sostenía pero no duraba mucho en el trabajo y ya la gente lo pillaba a uno como uno estaba más llevado... le daba la espalda a uno los socios, por lo menos mi novia, **todos mis vecinos que me llevaban a trabajar me decían de pronto se me lleva la herramienta, se me lleva las cosas ...la desconfianza ...entonces me tocaba robar**” (GF OPA)*

En referencia a Santander de Quilichao

“... yo digo que Santander de Quilichao es la perdición, yo digo que Santander no es para mi porque yo muchas veces me he recuperado, ya me he recuperado unas tres veces, de hecho ahora último yo viví tres años en Ecuador .. llegué súper bien, colocando mi peluquería y la demora es que yo llegue a este pueblo y dure bien unos cuantos meses y como el diablo ... eso en un cerrar y abrir de ojos todo lo que conseguís otra vez todo pa’

...”, “mi pensar cuando yo salga de aquí, irme para donde mi mamá para Jamundí, es cerquita pero bueno, **o sea yo en este pueblo yo tengo muchos malos recuerdos y ya mucha gente me conoce, me conoció, yo era bien y de un momento a otro yo caer tan bajo, porque yo toqué demasiado fondo, porque yo toqué muchísimo fondo**” (GF INPEC M)

“Uyyy no es que pille, hay una situación muy dura que a uno le pasa, **uno termina proceso después de ocho meses y uno se viene relajado de nuevo para Santander pero cuando uno va llegando acá uyyy, a uno le comienza a dar como ese cólico** y más cuando uno se baja por ahí y pilla a los socios por allí comprando o fumando entonces a uno le van dando ganas...” (GF INPEC H)

“Pero me gustaría en un futuro estar bien y venir acá y ver la gente que no ha dado un peso por nosotras, como de que vean que si, mírenme ahora porque aquí hay mucha gente que **lo miró a uno por encima del hombro, que lo miró feo, que lo menospreció** ... véanme la cara ahora, como que miren que ahora estoy hasta mejor que ustedes ...” (GF INPEC M)

Se presenta también explotación laboral:

“Hay veces la manipulación de muchas personas y hay un trabajo que vale 30 mil o 40 mil pesos no vení que ese man por 5 mil me hace eso y pumm **lo ponen a uno a camellar (trabajar) por nada** “ (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

Llama la atención que para algunas de estas personas, el maltrato y la humillación son justificados e incluso hasta merecidos, tras estar en tratamiento esto es lo que uno de ellos piensa:

“A nosotros nos tratan así porque nos comportamos así, si no, **si fuéramos personas de bien**, porque en este momento los que estamos aquí a todos nos tratan bien y valoran lo que hacemos porque **somos personas nuevas que hacemos las cosas como se deben** ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

En Santander hay un lugar que se conoce como “el puente de la masacre”, al indagar por la razón del nombre dijeron:

“Porque una vez mataron un poco de gente ahí.”, “bazuqueros, todos los viciosos, **una vez hicieron una masacre ahí de puros viciosos**, por eso le dicen el puente de la masacre” (GF HFPS)

“...en el centro de Santander, por ahí venden ropa ... la misma gente llamaba la policía... (decían) que ese poco de chirretes, uno los saca de aquí y vuelven otra vez y se ponchan ahí... nosotros éramos tercicos, **la gente era sáquenos y nosotros más nos entrabamos y a veces .. decían fuera de aquí viciosos...**” (GF OPA)

“Es mejor que uno se esté escondiendo a que lo estén viendo a uno ... por ejemplo yo era una era un hueso para salir de día ...” (GF INPEC M)

De acuerdo con la profesional del Hospital Francisco de Paula Santander consultada, las mujeres viven peores consecuencias.

*“El componente machista, la cultura de aquí, **ellas rápidamente son enviadas a la calle, les quitan sus hijos.** La mayoría (de los hijos) quedan con las familias, las mamás, las tías, las abuelas, se hacen cargo de esos niños, ¿no? en muy pocas ocasiones he visto que bienestar (ICBF) por ejemplo, se haya hecho cargo. Tengo dos experiencias en las que les han quitado a sus niños y ellas inmediatamente buscan ayuda para poder rehabilitarse, mejorar, dicen ayúdame para que me vean mejor, para que devuelvan a sus hijos. **Yo considero que son más castigadas que los hombres, son más castigadas desde ahí..**” (Entrevista Prof Salud HFPS)*

*“Y consumen delante de los niños, varias sí. **Yo pienso que este fenómeno en las mujeres es, no sé cómo expresarte, es como catastrófico.** El hombre evita consumir dentro de su casa, pero si ella tiene a sus hijos y los tiene que cuidar, **ella tiene que consumir dentro de la casa y bueno he tenido varias experiencias de chicas que consumen delante de sus hijos o que consumen con sus bebés muy pequeños.** También tengo dos chicas embarazadas con consumo de heroína. (Para el caso de bebés nacidos con síndrome de abstinencia) Si claro, varios, se remiten a nivel tres para ser atendidos” (Entrevista Prof Salud HFPS)*

Por eso:

*“(consumo) sola casi todas las veces, porque **me gusta cuidar mi imagen por mi hijo,** entonces no me gusta aparentar, ni calentarme con el consumo, que me vean en sitios de consumo.” (Entrevista Inf clave)*

Las condiciones de precariedad y el fuerte sufrimiento cotidiano, así como las dificultades propias de la gestión de los recursos para asegurarse la droga para el alivio, parecen explicar la fuerte solidaridad que desarrollan las redes de PUH en Santander. Esto se observó también en algunas redes en Medellín, pero parece ser más marcado en este contexto.

Por supuesto, en ambos contextos existen redes de personas que prefieren llevar un consumo en solitario y las razones tienen que ver justamente con un intento por protegerse de estigma, la humillación y la violencia de la que son víctimas con frecuencia.

*“... **porque así uno esté en la calle hay gente que mantiene pendiente de uno, están los socios y uno cuida de ellos, siempre uno se cuida la espalda entre nosotros**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“...los chinos lo cuidan a uno, que venga otro pirobo a pegarle porque hizo un gane, **ellos lo cuidan a uno, si entonces como dicen, lo robaban pero lo cuidaban**” (GF INPEC M)*

*“... **eso se convierte como una familia en realidad,** uno les coge como mucho aprecio, imagínese uno las 24 horas, porque nosotros éramos de los que durábamos hasta 15 o 20 días sin dormir y pasabas 15 días sin dormir fumando día y noche, y te quedabas dormida*

dos o tres días de seguido, te levantabas y entonces uno como que aprende a convivir mucho con todo ese grupo, el parche de nosotros era demasiado grande.

Y es tanto así que de pronto faltaba alguien y uno como que caía en cuenta que esa persona faltaba o sea una ya vive pendiente, es como la familia, porque igual a uno muchas veces, por lo menos yo, como mi familia está en Cali entonces mi pensar era ellos no me ven, ellos están mal ...entonces **yo para que me voy a dejar ver así y entonces yo nunca iba ni llamaba tan siquiera .. hay veces que uno le da hasta pereza irse a bañar por no perder tiempo de seguir fumando ...** porque mientras me baño es un medio que me fumo menos” (GF INPEC M)

“De hecho las que estamos aquí tocamos muy fondo, éramos las que **dormíamos debajo del puente, en un andén, donde nos cogiera la noche ... sin necesidad** porque yo he tenido mi casa, en mi casa nunca me han cerrado las puertas, vea con decirle que mi mamá y mi papá con tal de que yo estuviera en la casa ellos mismos iban y me compraban eso para que yo estuviera en mi casa y **no a uno le gustaba era su calle, su corrinche** y como que no es lo mismo ...” (GF INPEC M)

3.3 Comportamientos de riesgo asociados uso de heroína y las consecuencias adversas para la salud en una muestra de usuarios

3.3.1 Riesgos asociados a los rituales del uso de heroína y la parafernalia

De acuerdo con los testimonios los rituales más comunes para el uso de la heroína en Santander de Quilichao, corresponden a la vía pulmonar a través del humo que emite tras ser calentada en superficies de aluminio. Algunas personas describieron también los rituales de uso a través de la inyección.

Las principales fuentes de riesgo se identifican en el material que utilizan como fuente de aluminio, así como en los utensilios a través de los que aspiran el humo de la heroína (tubos y mangueras) y posteriormente “raspan” los residuos que se quedan adheridos ya que en momentos en que no tienen su dosis les sirve para “terapiarse”.

La parafernalia más común es: aluminio, tubos y mangueras que se guardan para su uso posterior.

“... yo también empecé así con marihuana y echándole la heroína, **así uno siente el embale de la heroína pero no tanto, porque igual la marihuana lo relaja.** Ya en el chino si se coge el aluminio, se le echa el polvito, se le da candela por debajo y él se derrite, entonces vota el humito ...” (GF HFPS)

“pues el paso a paso era primero coger un aluminio, tener la sustancia y echarla sobre el aluminio, **darle fuego por debajo de aluminio, hacer un tubo y quemarlo y evaporar el humo, inhalarlo,** ese era el paso a paso” ¿por dónde se inhalaba? “por boca y nariz para no dejar escapar ningún poquito” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Aunque también hay otro procedimiento que es el que llamamos **pintado** que es el que se hace con la marihuana, se arma como si se fuera armar el bareto y se pinta la marihuana con la heroína y se fuma como un cigarrillo” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Hay otras personas que lo **consumen por la nariz** así como si fuera cocaína, el perico” (GF HFPS)

Papel de aluminio

“A veces se ve uno a gatas pa’ comprar un pedacito de aluminio.” (GF en calle)

Lo consiguen “...de la calle, **ese aluminio se buscaba en cualquier lado, el que saliera a buscar aluminio se ganaba un cacho de bazuco o un chino de heroína**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“**Muchas veces estaban allí dentro del Río Agua Sucia donde nos hacíamos y uno cogía (pedazos de aluminio) lo sacaba y lo secaba**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Pues **muchas veces se guardaba (el aluminio) pero a veces se dañaba** si uno no lo sabía doblar y cuando uno lo iba a sacar para pegarse el chino ya uno no tenía nada” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

Las fuentes de aluminio son diversas: chocolatinas jet, tapas de vasos de yogurt, empaques de hamburguesas y comidas rápidas, empaques de cigarrillos.

“también **de las cajetillas de cigarrillo**”, “o si no con la **chocolatina** también.” (GF HFPS)

“Y también cuando uno está quemando ese papel de chocolatina, **ese aluminio y saca como una mantequilla como una grasa de lo que son las tintas de lo que dice chocolatina Jet y pues muchas veces no se quema bien y entonces eso puede traer problemas al organismo**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“**Del aluminio también cuando se quema eso trae algo y cuando uno lo quema eso vota unos químicos, a mí me jodió, claro que yo nunca compartía mi tubo porque yo lo dejaba llenar de terapia y lo dejaba para mí, eso era personal y a mí lo que me jodió mucho fueron los riñones, a mí me dieron cálculos en los riñones, eso me jodió bastante la salud y por eso dejé de fumar porque me dio miedo que fuera a terminar peor de enfermo ...**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Yo una vez cogí un aluminio de esas **tapas del yogurt** y eso se calentaba que daba miedo y **eso echaba una cantidad de candela, de humo y eso quemado, esa llama azul y uno hágale y hágale** y cuando fumé y me pegué el chino, eso fue bravo, no pues **me dañó el paseo y me gastó la mercancía** y hasta rabia me daba de eso **porque muchas veces tenía la heroína, la candela pero no el aluminio por ningún lado y eso me daban era ganas de comérmelo de metérmelo por la nariz**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“... hay unos aluminios que son más delgados que otros y hay unos que no votan esos químicos, y ese delgadito vota mucho y se quema mucho y uno finalmente termina consumiendo ese humo del aluminio que hace bastante daño” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“También por lo menos ese aluminio, al menos de lo que yo vi, recogían ese aluminio de esas hamburguesas y eso todo engrasado y uno limpiaba eso en el pantalón que estaba bien sucio pues era peor de riesgoso porque esa cantidad de infecciones” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

En referencia al aluminio de las hamburguesas dicen: “era mas resistente y el sabor era diferente, a mi personalmente no me sabía igual. Porque el de los cigarrillos usted lo quema y queda negro y sigue quedando como el sabor a papel, en cambio el de la hamburguesa usted no mas es quemarlo y es mejor. El de la chocolatina era más débil, se rompía más rápido y era una sola usada y ya” (GF INPEC M)

“Si, eso, osea la que decía jet, la quemaba, quedaba el aluminio y yo utilizaba los mismos caramelitos, a veces lo utilizaba hasta tres días ... porque le queda como una terapia ahí pegada vé .. entonces cuando uno está como apurado llegaba y la raspaba y ahí tenía para lo suyo, para coger fuerza. A veces cuando no tenía el tubo en el momento en que estaba así cogido, lo que pudiera ser porque uno no pensaba las cosas, no mas pensaba en quitarse el malestar.” (GF HFPS)

“A veces en la calle lo encontraba tirado así, entonces lo alzaba o si no cuando tenía completo ... compraba mi chocolatina y sacaba eso, pero cuando no tenía me tocaba gestionarlo por ahí o cuando llegaba al ponche (parche o grupo), quién me regala un chino, quien me regala aluminio .. y le pasan un tubo, entonces a veces ese tubo como lo utilizan tanto, me salían unos granos aquí (en la boca) ... entonces yo a veces permanecía con mi tubo personal, porque eso le sale a veces barro...” (HFPS)

Tubos para aspirar el humo

“Pueden ser de lapiceros, pitillos, improvisados...”, “se hace con pedazos de manguera de las que se utilizan en construcción, de las de niveles” (GF HFPS)

“... personalmente no me gustaba hacer los tubos de papel porque allí se desperdiciaba todo, yo siempre conseguía esas mangueritas, el tubo del lapicero y todo eso porque uno al consumir quedaba pegado todo adentro y ya cuando se le acaba todo a uno, uno coge con un alambresito y se la terapea y vuelve y se la consume y vuelve y se llena y así sucesivamente ...” (GF INPEC M)

“...la misma ansiedad que uno le da en ese instante (si) no está el mismo aluminio pues utilizaba otra forma, si no había marihuana ni nada, en una tapa en cualquier cosa que se pudiera calentar y aunque me matara ese humo yo lo hacía sólo para quitarme esa sensación de malestar que me producía en el cuerpo ...”

Los tubos y las pipas son fuente de riesgos porque se suelen compartir, prestar e incluso intercambiar por dinero o por dosis de droga:

“... cuando uno está en un proceso de consumo de heroína y revuelve bazuco pienso que los riesgos son más altos; porque cuando yo consumía heroína, llegó el punto en el cual la heroína ya no me hacía nada, entonces yo que hacía, fumaba bazuco y llegaba los momentos en los que tenía plata y yo llegaba así como el que manda ... decís, vé préstame tu pipa yo me pego un pipazo yo te doy uno, vé préstame tu tubo entonces ... el riesgo de contaminarse con cualquier enfermedad es más alto” (GF HFPS)

“... y si no tenía un tubo hay veces le decía a otro: vé haceme un favor, préstame un tubo, un aluminio que estoy mal, que yo te regalo, pero hacele que estoy es que me los pego, no puedo más.” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“por lo menos yo cuando no tenía pipa, yo se la pedía prestada a más de uno, a veces me pegaban esa gripa, me pegaban esa infección en la boca, sapos, todo eso me salía y a veces fiebre. Una vez una hembra y yo hicimos el amor todos trabados y esa hembra me pegó una infección y me tocó ir al hospital” (GF OPA)

“En ocasiones ...hay varios que llegan enfermos uno los ve llegar y dice: doy un chino por un tubo doy un chino por un tubo y ahí si, uno se apegaba de las cosas así se iba consiguiendo las cosas de fumar. Ósea doy un plom por un tubo o doy un pipazo por una pipa, porque más de uno tampoco tiene como conseguirlas lo de la dosis y esto entonces así se gestiona también...” (GF HFPS)

“...cuando se me acababa todo, la cogía y le sacaba “la terapia” ... al tubo y a la pipa, entonces es ese procedimiento y con eso consumía, entonces llegaba y se la vendía a otro, y ese otro también recogía y así sucesivamente ...”(GF HFPS)

“Es esa misma situación en la cual la droga lo tiene tan dominado a uno que a mí no me importaba, honestamente cuando empecé ... la vanidad, yo decía a estos manes no les pido nada, que le voy a pedir a estos manes ... pero cuando ya está uno sin control, que su vida pierde el dominio total, no me importaba estar sucio oliendo feo y parece hágame el favor y yo podía llegar bien vestido y no me importaba lo utilizaba y lo cogía con las manos sucias me lo metía en mi boca ... pero obviamente estaba siempre la condición en la cual estaba expuesto a cualquier enfermedad, pienso que la ansiedad no le daba otra opción en ese instante de razonamiento sólo piensa en consumir y ya...”(GF HFPS)

“...ya había más de uno utilizando esos tubos negros, ya olían hasta maluco y uno ya del cólico no miraba eso y eso al otro día amanecía con granos.” (GF HFPS)

“También he visto muchos compañeros que le salen granos como chupos ya porque la sangre esta mala por la cuestión de tanto consumo, en mi caso también me salió me salieron esos chupos... me salían nacidos cuando no consumía y lo mismo, dolor en los huesos, piquiña, eso.” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

Encuesta CODAR

Aunque el 58% de quienes respondieron la encuesta dijeron NUNCA haber usado tubos o pitillos que otros ya hubieran usado cuando aspiraban por la nariz la(s) sustancia(s), el 26% lo hizo alrededor de la mitad de las veces y el 11,6% lo hizo SIEMPRE.

En 10 casos se reportó que dichos tubos o pitillos se compartieron con personas que se inyectaban drogas o lo habían hecho en el pasado.

Ante la pregunta por el uso de tubos, pitillos o mangueras para aspirar por la boca los vapores o el humo de la(s) sustancia(s), el 40% dijo haberlo hecho alrededor de la mitad de las veces, cuatro personas dijeron comprarlos SIEMPRE, mientras que el 48% dijo no compartirlos NUNCA.

En 12 casos se encontró que han compartido dichos elementos para la práctica descrita con personas que reconocen como PID.

Cuatro de quienes señalaron haberlo hecho en los últimos 12 meses dijeron haber tenido acceso a jeringas estériles. Dos de ellas lo hicieron siempre con equipo estéril. Una persona dice haber tenido acceso a jeringas “gratis” en el hospital y el resto accedieron a ellas en farmacias o “en el lugar donde le venden la droga”.

Una de las limitantes descritas para acceder a jeringas estériles es que “las farmacias están muy lejos”.

Para desecharlas, los pocos reportes de práctica reciente sugieren que las botaron en canecas de basura y una que las quemó.

Dos personas señalan que la policía les confiscó las jeringas en algún momento de los últimos 12 meses.

Una de las personas traía consigo una jeringa nueva al momento de la entrevista.

El 65% de los encuestados se ha tatuado y el 78% se ha hecho alguna perforación para colocarse un adorno o accesorio en el cuerpo (piercing).

En algunos casos se observan gestos de auto-cuidado:

“Pues yo la verdad compraba el rollo de aluminio y en mi billetera cargaba el pedazo y cargaba mi tubo ahí al volante... un tubo de lapicero o esas mangueritas de nivel. Era personal solo compraba esos rollitos que valen como 2.500, compraba eso y lo mantenía en la casa y cada que salía sacaba el pedazo y me lo echaba a la billetera.” (GF HFPS

En referencia a la inyección señalan:

“Uno cogía una cucharita pero las de metal, coge el polvito de la heroína y lo echa allí y compra agua destilada y le echa unas goticas allí para que remoje o sea para que quede líquida, y tu coges y la quemas por debajo de la cuchara y ya. Cuando esté hirviendo entonces tu paras la candela, tu coges un pedacito de algodón o **cuando a veces no había pues uno cogía la colilla de cigarrillo y uno lo abre y le saca el filtro**, y entonces uno coge el algodoncito y uno lo echa allí en la cuchara. El algodón se consume todo lo que es la heroína y en la cuchara queda lo que es el corte, **porque para uno inyectarse siempre tiene que ser pura, por eso es que uno coge la hierve y le echa el agua destilada para poder que suelte el corte**, al echarla así el algodón solo queda recargada de la heroína pura y abajo solo queda el polvito como de la **paparina**. Depende con lo que corten la merca y ya y coges la jeringa y te la metes allí en el algodoncito y ella va saliendo solo la heroína pura y en la cuchara solo queda el corte y de ahí coges te apretas, te la inyectas y ya...” (GF INPEC M)

“Pero por una jeringa yo si aullaba, me tocaba caminar para conseguir, por lo menos en la madrugada me tocaba fumármela porque para chutearse no había, no encontraba una jeringa. Una vez caminé tanto que llegué al hospital y allá no se la venden a uno, la insulina no la venden porque yo iba hasta con tres lucas deme una jeringa pero nooo ... pailas toco fumársela. Una vez sí me tocó coger una jeringa de esas agujas gruesas de esas que se inyectan a las personas cuando le ponen suero y son gruesas.

Una vez a un compañero le tocó coger una jeringa de esas de aplicar al ganado y tocó conseguir eso y con esa se chuteo pero esa aguja era tremenda aguja.

... son de insulina de esas agujas pequeñas y uno se amarra y se aprieta la vena y se ve y la presión de la aguja cuando le coge la vena, de una revuelve la sangre de una y **como uno siempre saca sangre para revolverla y no revolver en agua, muchas veces se me iba mal y se me hacían unas bolísimas y se me dormía todo el brazo**, no sentía el brazo y me dejaba todo morado, pero aun así me seguía buscando la vena y ahora sí el viaje y cuando me pasaba la traba uyy, ahora si el dolor en el brazo y en la vena.

Una vez me estaba muriendo en el puente (puente del río Agua Sucia vía de avenida Brasil) y ese día **tenía una jeringa nueva, la destape pero no tenía el agua y había una bolsa con agua por allí tirada** y yo coliquiado y nadie quería ir por la bolsa y **cogí ese cuncho de agua y rápido hice el procedimiento...**” (GF INPEC H)

Encuesta CODAR

Dos de las personas que dijeron haberse inyectado drogas respondieron que los hicieron al menos una vez al día en el período de consumo de los últimos 12 meses. El resto mencionaron pocos días.

Ante la pregunta por NO haberse inyectado drogas en períodos extensos señalaron preferencia por los efectos derivados de otras vías de uso o el temor a las consecuencias que trae la inyección a la salud. El número de inyecciones no supera las dos veces al día.

En referencia a la parafernalia de inyección en los casos en los que se registró los resultados fueron los siguientes:

Una sola persona dijo haberse inyectado la última vez con una jeringa previamente usada por alguien más, en este caso la jeringa había sido previamente cargada con la dosis por otra persona.

En cuatro casos se registra reutilización de jeringas propias en los últimos 12 meses y existe un sólo registro de una persona que dijo haber cedido su jeringa usada a otra persona en el mismo período de la indagación.

Dos de las 17 personas que dijeron haberse inyectado, señalaron haber usado recipientes, cucharas o tapas que otras personas estaban también usando durante el último episodio de inyección.

3.3.2 Sobredosis

Aunque los eventos por sobredosis son más característicos de la inyección, tal como en efecto lo confirman los testimonios, algunos han presenciado y vivido ellos mismos episodios en los que han requerido atención.

*“No hemos presenciado sobredosis, **hasta donde sabemos, la heroína inhalada no produce sobredosis.**” (GF El Porvenir)*

*“**pues a mí me dijeron que estaba convulsionando** y que uno empieza a ponerse frío, la verdad que antes de darme eso yo sí me sentía cansado como que todo me daba vueltas y frío y cuando uno menos piensa uno bufff se fue y cuando me desperté ya estaba en el hospital” (GF HFPS)*

*“pues yo no sé si eran sobredosis o qué, el hecho es que él ... se quedaba dormido, dormido y yo le daba cachetadas, **le echaba agua para que reaccionara y él me decía gracias, gracias pero lo hacía todos los días y yo lo regañaba, como será que yo le daba los pipazos aun así echando babas (escupa), hasta se orinaba, él se levantaba más coliquiado de lo normal ...**” (GF HFPS)*

“Un día a mí me pasó que estaba mal, había consumido tanto que me estaba quedando dormido y se me había caído el cigarrillo en la cama y se estaba incendiando el colchón cuando entró mi hermano con mi mamá y preguntaron que qué pasaba con ese humero y ellos pensaban que estaba haciendo sahumerio para los zancudos pero no, estaba era mal del consumo” (GF HFPS)

*“A mí un día me tocó presenciar una sobredosis de una hembra que era la novia de mi hermano y **ella comenzó a colocarse fría en todo el cuerpo y los ojos le blanqueaban y comenzó a convulsionar** y no pues que susto, yo le decía a mi hermano que la sacáramos de la casa porque si esa hembra llegaba a morirse en la casa se formaba tremendo problema y esa hembra convulsionaba ...”*(GF HFPS)

*“...usted aquí llego con un paro respiratorio algo así... eso es feísimo ... cuando me estaban reanimando sentía que me llamaban por allá lejos ...y cuando ya fui cogiendo un poco de sentido, **sentí frío bárbaro, tiembla y tiembla**, ese día me tiraron como un papelillo encima y eso fue lo que me fue haciendo coger calor, y me tuvieron ahí en la sala de reanimación como dos días me tuvieron ahí mientras me pasaba eso, uy eso es muy mal, muy feo estar en sobredosis, es peligroso.”* (GF HFPS)

“Fue horrible, fue horrible porque eso hizo que a mí me sacaran de mi casa, mi hijo estaba muy pequeño, él fue el que sacó con los otros amiguitos a la persona que estaba muerta en la casa y lo llevamos al hospital y ahí lo reanimaron, pero sí fue muy feo y ya al otro día pues me sacaron de la casa.” (GF en calle)

*“Yo también conozco una socio que se quedó en el viaje se llamaba C. también ese marica se fue en el viaje, estábamos en Belén por ahí por la piscina principal de Santander, estábamos ahí fumando y tan entonces era como las seis de la tarde ese marica **se inyectó, se acostó en las gradas y se quedó acostado allí**. Empezó a llover y yo vea firma, vámonos que está lloviendo y lo empecé a mover y nada yo lo **movía ese marica se quedó fue tieso allí** ... Yo llegué a pillar tres muertes así en el Sucre tres, esos manes ya flaquitos, esos locos delgaditos con la aguja pegada allí ...”* (GF OPA)

3.3.3 Riesgos asociados al comportamiento sexual

La situación es similar a la descrita en Medellín. El comportamiento sexual se afecta de manera importante con el uso de la heroína, se retarda la respuesta sexual y el orgasmo y en los encuentros sexuales se usa condón eventualmente con parejas ocasionales, con parejas permanentes no se usa.

*“La verdad es que **a mí ya eso no me importaba, yo descuidé a mi pareja porque me importaba más la droga que tener relaciones sexuales**, yo prefería mi droga antes que cualquier mujer, la verdad a mí me daba miedo estar con cualquiera allá debajo de ese puente porque ese poco de locas, vaya y le peguen una enfermedad entonces mejor no, nada de nada”* (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

*“no la verdad uno estando en la calle no, eso ya no es lo mismo, porque yo vivía para consumir y consumía para vivir, **a mí se me podía desnudar Natalia Paris pero yo prefería mi dosis, no me importaba nada, la droga era mi bebé, era mi todo**”* (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

*“Pues **la verdad a mí no me dan ni ganas, a mí la heroína me produjo frigidez**, pues a mí no me dan ganas.”* (GF en calle)

“Si, como que ya casi uno no piensa tanto en eso, como que se le duerme el apetito sexual a uno, no sé.” (GF en calle)

Algunos refieren aspectos positivos del retardo en la respuesta sexual:

“pues cuando uno está en consumo a uno si le dan ganas pero el problema es que uno se demora para desarrollarse, uno no se desarrolla ni por el hiju madre, uno esta déle y déle pero nada” (GF OPA)

“Yo por eso me envié en esto porque yo tenía una pareja y cuando tenía relaciones con ella duraba entre dos o tres horas y pues uno se acostumbra a eso y cuando uno ya no consumía pues no era lo mismo, entonces uno no se sentía bien” (GF OPA)

“Eso es un retardante bravo, uno dura una hora, uno está haciendo el amor una hora boleando y nada que se le duerme” (GF OPA)

“Osea, la heroína como que te llena todo esos vacíos, todas esas cosas que vos tenés pero cuando uno hace el amor bajo los efectos es muy rico también y como que el hombre dura más, es verdad, dura como más y uno como que no se cansa de que le den tampoco (se ríen) sí, es en serio ...” (GF INPEC M)

Uso del condón

“No utilizo protección en el sexo. Cuando estaba en la calle, que era habitante de la calle, por la hora, porque no alcanzaba, por dinero, o porque no tenía para el preservativo, porque me cogía por ahí en el monte y sin nada de protección, fumando, con la que me acompañaba a fumar, siempre escogía una muchacha diferente, ve acompañame a fumar...” (GF HFPS)

“... las únicas veces que he utilizado protección es cuando no he estado con mi pareja, que he estado con otras mujeres y la verdad lo he hecho porque me cuido. Con la mujer que yo estaba confiaba en ella y ella confiaba en mi. Entonces siempre me protegía en todo sentido con otras mujeres, para no tener hijos primordialmente y segundo por una enfermedad, ya tenía el conocimiento de las enfermedades que hay.” (GF HFPS)

“yo con mi mujer no usaba protección y con las hembras de la calle sí usaba protección”, “porque más confianza, uno sabe qué es lo que tiene” (GF OPA)

“Con la estable uno si no se protege, pero ya cuando se sale uno a la calle sí se protege.” (GF en calle)

“...a pesar que estábamos en el consumo era una pareja estable y la llevábamos muy bien, nosotros no usábamos porque igual a nosotros no nos llegaba el período, cuando nosotras estábamos en consumo no nos llegaba el período entonces con él no me cuide ..” (GF INPEC M)

“... como dice ella cuando yo estaba consumiendo a mí no me daban ganas de estar con nadie ehh de un tiempo para acá me metí con alguien, también fue una relación muy estable y **cuando estaba con esa persona nunca me cuidaba nunca, siempre tuvimos relaciones sin cuidarnos, nunca usamos ningún preservativo ni nada y también era consumidor y está aquí de hecho (en la cárcel).**” (GF INPEC M)

“Un man que le dicen care monja (Funquidiversa) y el doctor Henry y andábamos con las propias tiras de condones y claro **siempre hay que andar con ellos al volante**” (GF INPEC H)

“Claro, **había que protegerse porque no sólo se protege uno sino la pareja.**” (GF INPEC H)

Encuesta CODAR

Tabla 6. Prácticas sexuales de riesgo

<p>Relaciones sexuales (vaginales, anales u orales) alguna vez en la vida</p>	<p>El 100% dijo haber tenido relaciones sexuales alguna vez, al igual que en Medellín una persona dijo que dichas relaciones ni fueron anales ni fueron vaginales.</p> <p>La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales fue 13,6 (min 8, max 19), es decir casi un año más temprano que en Medellín.</p> <p>Salvo en 4 casos, el último intercambio sexual ocurrió en el curso de los últimos 30 días antes de la medición.</p> <p>Durante el último intercambio sexual dos personas cobraron por ello y seis dijeron haber pagado.</p> <p>Cuatro personas dijeron haber tenido relaciones sexuales al menos con 4 a 10 personas en los últimos 12 meses, las restantes con un número menor.</p> <p>El 24% dijo haber tenido relaciones sexuales en el período con una pareja “principal” o estable. El 44% dijo haber usado condón en estas relaciones siempre o casi siempre, mientras el 56% no lo usó NUNCA. Sólo una persona usó condón en el último intercambio de este tipo.</p> <p>El 54% dijo haber tenido relaciones sexuales con parejas diferentes a la pareja estable. El 64% usó condón la última vez que tuvo este tipo de intercambios.</p> <p>El 19% (10) dijo haber tenido contacto anal con alguna persona en</p>
--	--

	<p>los últimos 12 meses. 4 de ellas usaron SIEMPRE CONDÓN y 5 NUNCA.</p> <p>Al igual que en Medellín, un solo hombre dijo haber tenido relaciones sexuales con otro hombre y en tal caso dijo NUNCA haber usado condón.</p>
Relaciones sexuales con alguien que se inyectaba drogas	Cuatro personas dijeron haber tenido intercambio sexual con alguien que se inyectaba drogas.
Disponibilidad de condón	<p>El 50% dijo haber tenido disponible un condón en el último intercambio sexual. Sin embargo, el 59% NO usó condón en esa oportunidad (datos virtualmente idénticos a los de Medellín).</p> <p>El 49% (29) dijo que no lo usaron por razones de confianza o porque no creían correr algún riesgo. 17 no lo usaron porque no quisieron, no les gusta o porque “no se siente igual”. 8 no tenían condones a la mano y 4 dijeron que porque estaban bajo efectos de sustancias o tenían un deseo “descontrolado”.</p> <p>Tres personas de quienes dijeron haber usado condón no lo hicieron de forma consistente o en todas las penetraciones.</p> <p>El 78% dijo haber tenido condones disponibles durante los últimos 12 meses. 32 personas dijeron haberlos comprado en farmacia o supermercado, 24 haberlos recibido de personas que los distribuyen gratis, y 3 en el hospital.</p>
Trabajo sexual	<p>Al igual que en Medellín, 6 personas dijeron haber pagado por tener relaciones sexuales durante los últimos 12 meses. Una persona dijo no haber usado condón en tales casos.</p> <p>3 personas dijeron haber recibido dinero, drogas o algún otro beneficio por tener relaciones sexuales. Dos de ellas dijeron haber usado siempre condón en estos casos. En un caso, el número de personas de las que recibió dinero en los últimos 30 días fue de 40.</p>
Síntomas que sugieren una ITS	<p>3 personas dijeron haber tenido algún síntoma que sugiere una infección de transmisión sexual en los últimos 12 meses.</p> <p>Según dos de los reportes el diagnóstico correspondió en un caso a <i>clamidia</i> y en el otro a <i>condiloma</i> o infección por el virus de papiloma humano. En ambos casos dijeron haber recibido tratamiento en el primer nivel de atención.</p>

Tabla 7. VIH y Hepatitis virales

<p>Pruebas de VIH</p>	<p>El 85% dijo haberse practicado una prueba de detección de VIH alguna vez.</p> <p>El 59% dijo que tal prueba fue practicada en un centro de atención al consumo de drogas, 7 personas se la hicieron en el hospital y una en el establecimiento carcelario.</p> <p>El 88% de quienes se la hicieron, dijeron haber recibido asesoría pre-prueba. Y 7 de quienes recibieron un resultado negativo dijeron NO haber recibido ninguna información acerca de la prevención del VIH.</p> <p>Mientras 14 personas no conocieron el resultado, 37 (73%) si y ninguno recibió un resultado positivo. 23 de los resultados negativos fueron recibido en el curso del año 2016.</p>
<p>Hepatitis virales</p>	<p>El 43% dice conocer la hepatitis B y el 25% la hepatitis C.</p> <p>Solo 8 personas del total se han hecho alguna vez la prueba de hepatitis C. 5 de ellas se la hicieron en centros de tratamiento o en el hospital y 2 en clínica privada.</p> <p>Seis conocieron el resultado y ninguno resultó positivo. Cuatro de ellas recibieron el resultado en el curso del año 2016 y cuatro también dijeron NO haber recibido información alguna sobre cómo prevenir la infección.</p> <p>El 78% del total, dijo conocer el riesgo de trasmisión de hepatitis virales a través de jeringas o agujas compartidas. Y el 75% también dijo conocer el riesgo por compartir otros elementos de la parafernalia que se usa en la inyección de drogas.</p> <p>Igual que en Medellín, el 61% considera que es posible reducir el riesgo de infección con hepatitis si la drogas se usan por vía pulmonar o nasal.</p> <p>El mismo 61% reconoce el riesgo de infección con hepatitis por relaciones sexuales sin protección.</p>
<p>Conocen personas que vivan con VIH o hepatitis</p>	<p>El 47% (28) de las personas encuestadas dijeron haber conocido a alguna persona que estaba infectada por VIH o que había muerto por sida.</p> <p>21 de las 28, dijeron que se trataba de amigos(as) o familiares.</p>

3.3.4 Percepción de riesgo y conocimientos

Hay conciencia amplia de los riesgos tal como se ha descrito también en testimonios previos, por ejemplo con el aluminio que utilizan, pero también con el uso compartido de otros elementos de la parafernalia para fumar e inyectarse.

“Con los tubos la tuberculosis y cualquier infección intestinal uno nunca sabe y como cuando estamos en la droga uno nunca sabe y como somos inmunes entre comillas porque como estamos en el consumo nunca nos duele nada porque estamos drogados, anestesiados pero cuando dejamos el consumo uff hasta el que no tiene pelo le duele el pelo, le dan los síntomas de todo eso que uno no ha sentido por estar anestesiado por la droga” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“...pues el tubo, porque muchas veces se puede infectar la tuberculosis, uno no puede prestar su tubo porque obvio eso es personal y con eso uno se expone a muchas enfermedades, más que todo esa tuberculosis y esa enfermedad es brava, por ejemplo yo me chiniaba con mi tubo y no con el de los otros.” (GF INPEC H)

“Si, el aluminio se puede llegar a prestar, ya lo otro es personal, ya el tubo uno lo piensa” (GF INPEC H)

“Uno se da cuenta de los riesgos, sino que uno en ese momento de uno sentirse bien, de no tener ese malestar, ese dolor, esa ansiedad, uno lo hace, pero ya uno se pone a echar mente y no piensa en nada esencial, uno se compra su jeringa tiene que ser que uno esté que no se pueda parar porque ocasiones hay.” (GF HFPS)

“...a uno en ese momentico no le importa nada, uno no más quiere es quitarse el cólico, el síndrome de abstinencia, porque eso es horrible uyy no” (GF INPEC M)

“si somos sabedoras de que eso puede traer mucha enfermedad ...contacto de sangre con una enfermedad si sabíamos que podría ser muy riesgoso pero la verdad yo en ese momento no pensaba sino en el cólico, yo me inyecté con las misma jeringa de C en ese momento no pensé en eso sino en aliviarme porque estaba muy mal y me inyecté con la misma jeringa de él” (GF INPEC M)

“Pues primero que todo una enfermedad bien sea hepatitis, el VIH que de por sí la heroína ahora le da VIH, ahora está dando eso y pues uno al compartir esos implementos que deben de ser de uso personal se arriesga uno y arriesga a los demás, porque si el que me lo prestó no tiene ninguna enfermedad y yo sí la tengo pues lógicamente se la voy a transmitir a él. Entonces se arriesga uno y arriesga a los demás...” (GF HFPS)

“...claro yo pillaba mucho eso allá en el Sucre que prestaban la pipa, más de uno con tuberculosis. Yo si nunca llegue a prestar mi pipa incluso yo utilizaba la aguja dos veces no más, dos inyectadas y ya, no me volvía a inyectar. Allá yo pillaba gente enferma, gente que le salen cosas en la boca como le digo que se duermen y no vuelven a despertar ...” (GF OPA)

“Obvio que con una jeringa se puede correr el riesgo de contagiarse del Sida, de hepatitis” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

Encuesta CODAR

En referencia a los conocimientos y creencias frente al VIH, estos fueron los resultados:

Dos personas no reconocen que exista riesgo de infectarse con VIH cuando se comparten jeringas o agujas con otras personas.

Por otro lado, igual que en Medellín, son 10 las personas que no reconocen riesgo alguno en el uso compartido de recipientes (cazoletas, tapas, latas, felpas, cucharas) para mezclar y preparar la droga.

El 75% piensa que el riesgo de adquirir VIH es menor si la persona fuma o aspira la droga en lugar de inyectarla, para el 20% el riesgo NO es menor y el 5% no sabe.

El 42% cree que existe riesgo de infección por VIH tras una picadura de insecto, mientras que el 33% cree que hay riesgo por compartir comida y el 18% no sabe. El 86% dice que una mujer embarazada con VIH puede transmitir el virus a su bebé.

El 79% considera que el uso consistente del condón protege de infectarse por VIH, siempre y cuando se utilicen materiales estériles en las prácticas de inyección.

3.4 Experiencias de tratamiento para el consumo de drogas

Al igual que en Medellín, las extensas carreras de consumo se caracterizan también por múltiples ingresos a tratamiento, deserciones y recaídas.

“Acá llevo un mes y medio, yo acá he hecho tres procesos” (GF OPA)

“...me llevaron a una clínica, pasé el síndrome de abstinencia, de ahí me llevaron a un centro de rehabilitación y yo me re-educué y todo eso, terminé tratamiento, estuve bien como tres años en Ecuador ... pero no sé, en un abrir y cerrar de ojos volví y recaí después de tanto tiempo, eso es lo que más rabia me da y cada recaída es peor, porque esta recaída fue fatal, fatal, fatal” (GF INPEC M)

Los testimonios dan cuenta de aspectos positivos y aspectos por mejorar en los programas de tratamiento que se ofrecen actualmente en el municipio.

En referencia al trato que reciben:

*“lo que no me gusta es que **el líder le habla a uno muy feo, es que deberían de hablarle suave pero es que quieren pegarle a uno con la voz** y eso no me gusta ...” (GF OPA)*

*“El trato en los centros de internamiento es relativamente bueno, pero los líderes en su mayoría son personas que han sido consumidores y **tienden a creerse más que los demás y nos tratan muy mal, pienso que deberían hacer procesos de formación para que las personas que atiendan asuman un verdadero rol operador.**” (GF El Porvenir)*

*“En Popayán allá es más relajado, uno allá se relaja, no lo mandan a uno a bañarse en círculo ni nada ... en cambio acá sí en círculo, acá es terapia, pura terapia ...pero hay veces que uno pide un favor y no nada, por lo menos yo a veces que necesito a mi mama pa’ llamarla pa’ mis útiles del aseo ...**no le pasan la mano, no le pasan nada, no le dejan recibir visitas, no nada nada nada,** entonces yo les digo **pero si estamos aquí todos con la enfermedad, tienen que colaborarnos pero yo he visto centros de rehabilitación peores que son terapias de choque peores que éste...**” (GF OPA)*

*“...este centro a mí me parece bien porque cuando uno se porta mal es que le faltan al respeto un poquito, pero gritándolo, porque hay personas que no entienden hablándoles bien entonces hay que gritarlos para que acepten la orden que les están dando. Es bueno porque por lo menos la comida es buena ... hay centros que le dan de desayuno un pan y un café y llegan y lo mandan a uno a la calle a vender cosas, en cambio aquí **este centro es muy estricto, hay buena cama, mantienen dándole a uno buena terapia para que uno cambie** ... en cambio en Popayán cuando estuve la primera vez, allá no le decían nada a uno, uno hacia lo que quisiera allá ..” (GF OPA)*

“No me gustaba ni ir a una terapia, ahora por lo menos me gusta, me gusta escuchar a veces dan la palabra de Dios también lo descansa a uno ...” (GF OPA)

*“Pues en el centro que yo estuve fue en OPA y **allí tratan bien** ...” (GF INPEC M)*

Algunos testimonios dan cuenta de la experiencia en los tratamientos:

*“...pues bien porque uno se acopla al lugar, mal porque muchas veces uno no trabaja lo que tiene que trabajar, muchas veces uno está siempre de aguante ehheh y sale y sale a lo mismo, uno no más espera a que los días pasen, pasen y pasen para salir a pegárselos y eso me pasó en el primer proceso porque tuve una recaída y **uno no trabaja las problemáticas de uno**” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

“Pues a mí me ha servido bastante así haya recaído porque he aprendido a conocerme a mí mismo, que si uno pone en práctica todo lo que uno ha aprendido créalas que uno cambia” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

*“...si yo hubiera puesto en práctica todo lo que me enseñaron allá mejor dicho y lo que estoy aprendiendo aquí, **en cada lugar he aprendido.** Aquí he conocido cosas que uno dice si en realidad sí, porque el otro lugar eso **era más que todo camellar y todo eso viendo***

televisión, en cambio acá he aprendido a conocerse uno mismo, reflexionar en que está fallando ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“...mala porque siempre las he hecho mal, yo he estado en muchas fundaciones y sabes que es lo que pasa es que no hay fundación mala sino que es la persona que tiene el problema la que no se halla para que puedan trabajar con ella. Aquí porque realmente me encontré con mi propio yo, sé que el enemigo número uno no es la droga sino que soy yo mismo. O sea no es ni Santander ni Cali ni Pereira porque para donde me voy, me voy conmigo mismo en donde uno vaya va a haber droga, pero aquí todo el equipo profesional clínico me ha ayudado a llenar ese vacío que me dejó la droga.” (GF HFPS)

Otros testimonios no son tan positivos y consideran particularmente que el trato debería cambiar:

“.. hay en algunos centros muy terapia de choque, confrontación, donde llegan a tratarlo mal o echarle basura, cosas así ... la gente no vive para eso no, si uno va a un centro de rehabilitación, va es para que lo ayuden, no para que lo llenen más de menosprecio a uno.” (GF en calle)

“pues en algunos el maltrato porque nosotros llegamos de la calle de ser maltratados físicamente, psicológicamente y verbalmente y llegar en un sitio en donde entre comillas te van a brindar amor, comprensión y que lo van a entender y...en los primeros 7 días que le dan a uno de acogida lo levanten a uno a gritos a tabla, no le den buena alimentación y que lo estén humillando y mirándolo a uno por encima del hombro pues mejor me voy a que me humillen en la calle. Uno en estos sitios no puede ponerse a pelear ...ni debe de hacerlo, mientras que usted en la calle lo está humillando y usted resuelve a su manera. Muchas veces el sitio no da con el trato adecuado hacia los pacientes” (GF en calle)

“Muchas veces el menosprecio por delante como creyéndose más que uno. Se debería cambiar que las personas hagan las cosas de corazón y no por cumplir y llenar una hoja y el paciente sigue hasta peor. Todo lo hacen pensando en la economía pero no se fijan en la persona ...”(GF en calle)

Del Hospital Francisco de Paula (programa de farmacodependencia)

Es de resaltar que los testimonios en torno a la experiencia en el programa que actualmente ofrece el hospital son positivos, en particular porque de acuerdo con los testimonios agradecen el buen trato.

“Pues a mí me ha ido muy bien me parece, llevo dos meses de rehabilitación, son seis meses, he cambiado demasiado mi forma de pensar frente al consumo, me han ayudado demasiado las personas de acá, son personas profesionales en lo que hacen. Fuera de eso le brindan cariño amor a uno como si fuera más que un paciente ...”

“Voy a cumplir los tres meses, me faltan como quince días, me siento bien no solamente físicamente sino que mentalmente, ya mis valores otra vez los he vuelto a ganar, mi

sobriedad que es muy hermosa, porque me doy cuenta que sin drogas es otra vida muy hermosa, le doy gracias a esta finca, a este grupo ...las enfermedades que uno tiene o lo que le duele ... me han atendido muy bien, todos los problemas que he tenido se me están solucionando y no solamente es dejar de consumir sino que la recuperación va en los valores, en la forma de pensar porque cuando uno está aquí ya sabe que los sueños y metas están vivas”

“... este lugar es el más adecuado para una persona rehabilitarse, para una persona cambiar, tenemos todas las herramientas que un ser humano necesita para rehabilitarse. Pienso que en el tiempo que llevo aquí ha sido muy gratificante para mi vida ... me ha servido demasiado. Nunca he estado tan solo, no tengo apoyo familiar, no tengo apoyo de nadie y pienso que en este sitio he encontrado ese cariño ese afecto que me hace falta” (GF HFPS)

“Gracias a Dios todos los días nos levantamos bien, tenemos una buena cama, unos buenos dormitorios, una excelente comida, pienso que todo aquí es excepcional, no hay nada que reprochar. Gracias a Dios las personas que están aquí dan lo mejor de ellos para que cada día seamos seres humanos, no quieren tener pastores, no quieren tener curas, ellos quieren tener personas comunes y corrientes con dificultades, con problemas, pero personas que tengan la capacidad de afrontarlos y tomen la mejor decisión” (GF HFPS)

No obstante, el acceso a la metadona en los programas es limitado.

“... con la heroína hay unos casos que están funcionando con metadona, ya hay uso en algunos casos, pero son muy poquitos ...” (Entrevista Prof salud Quilichao)

De acuerdo con la profesional a cargo de coordinar el programa de Farmacodependencia del Hospital Francisco de Paula Santander, se presentan barreras de acceso al medicamento.

“Por que el costo del insumo es alto y las EPS le ponen talanquera al asunto... hasta que no van al segundo nivel y allá al tercer nivel y un neuro-psiquiatra no los evalúa, entonces no, no hay cómo, entonces por eso es la situación, cuando eso está normado, osea eso ya está escrito y es en el primer nivel donde se atiende eso, de modo que no hay razón ...” (Entrevista Prof salud Quilichao)

Estos son algunos testimonios en torno a la vivencia del síndrome de abstinencia en tratamiento:

“...al principio es duro porque el síndrome de abstinencia es muy duro, pero la atención para qué, fue buena, los compañeros que ya están mejor, que llevan más proceso pues son los que se encargan de ayudarlo y atenderlo a uno, porque a uno lo dopan con esos medicamentos para pasar el síndrome pero uno no es consciente de nada y uno se orina y hasta hace del cuerpo y los compañeros son los que lo atienden a uno...” (GF INPEC H)

“Es que hay lugares donde lo ponen a sufrir a uno ese dolor tan berraco que es ese síndrome de abstinencia y ese dolor así es muy duro y después de verlo bien mal a uno es que le dan el medicamento ...” (GF INPEC H)

“... hay partes que no conocen bien la problemática y creen que cualquier medicamento a uno le va a calmar el dolor”. “Sí, hay personal que no tiene el suficiente conocimiento de los medicamentos para contrarrestar el síndrome”. (GF INPEC H)

“Si eso es así, ahora es que como que han conocido bien la problemática y ya saben calmar el síndrome con los medicamentos porque ahora hay nuevos tratamientos como la metadona y eso le ayuda a uno bastante a calmar el dolor de ese cólico que es tan duro...” (GF INPEC H)

“Por ejemplo yo he estado como en cuatro centros de rehabilitación y clínicas y de todo, pero mira que siempre las primeras veces que me llevaron, me llevaron así como a la fuerza que hasta me amarraban con tal de que me quedara allá . Yo me acuerdo una vez que mi mamá me hizo escoltar de los tombo para que no me bajara del bus, para llevarme para el centro. Yo creo que esa es una de las cosas, cuando a uno lo llevan como obligado uno como que no, no reacciona” (GF INPEC M)

“... por lo menos en la mayoría de centros son muy raras las veces que lo ve a uno el psicólogo, (en) la mayoría no hay psiquiatras, el enfermero está ahí pero rara la vez, el médico general tampoco.” (GF en calle)

Desde la perspectiva de los usuarios los medicamentos alternativos podrían ser insuficientes para el manejo de los síntomas asociados.

“Nos daban medicamentos pero muchas veces los medicamentos no sirven para el cólico, me daban cinco clozapinas y yo llorando ... y uf que los huesos me duelen y usted no se puede mover ni comer, eso es feo. El del bazuco es más o menos, el de esa heroína es feísimo, el del bazuco le da ansiedad, la heroína le coge es todos los síntomas que hay en el mundo..” (GF OPA)

En referencia al tratamiento en la cárcel los testimonios señalan que en efecto no hay tratamiento alguno para la abstinencia en la cárcel.

¿Han recibido algún tipo de tratamiento?

“... nada desde que yo llegué aquí no me han pasado ni al médico a revisarme, lo único que para qué voy a hablar mierda ... la señora allá me dio un suero y un agua que para que me pasara dizque el cólico.”

“... cosas que no le sirven a uno, mire que cuando recién caí aquí a la cárcel a mi me trajeron de una para acá, yo lo último me lo fumé allá afuera ... al otro día sin mentirle, yo casi me muero porque yo convulsionaba, yo vomitaba, vea a mi tenían que bañarme, me tenían que dar la comida, a mí me daban agua y todo lo votaba, a mi me dio horrible,

yo me desmayaba... y todo eso. **Donde yo no me corte las venas acá, acá no me dan nada, ni me sacan** ... esa fue la única forma que me sacaron y me llevaron directamente para Cali. Allí fue que yo pasé el síndrome de abstinencia, en el hospital psiquiátrico o sino acá por ellos jumm..." (GF INPEC M)

"...sabe cuál es la respuesta de la mayoría cuando a uno le dice que le duele algo, que necesita algo: **quién lo mandó a delinquir** ... yo casi me les muero acá con el síndrome de abstinencia porque es que a mi me dio horrible, horrible, horrible y acá como les digo si no me corto las venas me les muero ... porque es que yo estaba así deteriorada, flaquísima, en la inmundia" (GF INPEC M)

"... no hay una información para uno llegar aquí, a nada, a **no tener ni una pasta para un dolor de cabeza, a que traigan una psiquiatra** ... es que **ellos tienen el deber, es que nosotros somos seres humanos, así sea por tráfico, por lo que sea, que porque mató, es un ser humano o sea todos somos humanos**, obvio que pensamos diferente, pero somos seres humanos ... acá falta muchísima atención médica" (GF INPEC M)

Aunque ninguna de las personas entrevistadas en la cárcel hizo mención a ello, llama la atención que en entrevista con el Dragoniante del establecimiento carcelario de Santander, él señala:

"Si, si he escuchado de venta de heroína al interior de la cárcel, si son los mismos usuarios quienes comercializan la heroína."

Encuesta CODAR

Tabla 8. Tratamiento para el consumo de drogas

<p>Alguna vez ha recibido tratamiento para dejar o controlar el consumo de drogas</p>	<p>El 80% (48) de quienes participaron en la encuesta dijeron haber recibido algún tipo de tratamiento, alguna vez en su vida y 29 de ellos fueron tratados en el curso de los últimos 12 meses antes de la medición.</p> <p>El 64%, es decir, 30 de quienes dijeron haber recibido tratamiento, lo han hecho en un programa que les ofrecía metadona como alternativa de sustitución. 22 han recibido tratamiento en el que les han dado otro tipo de medicamentos, 29 dijeron haber estado en comunidades terapéuticas y 14 dijeron haberlo intentado con grupos de autoayuda o con otro tipo de desintoxicación alternativa.</p> <p>40 de ellas han estado internadas en alguna oportunidad.</p>
<p>Servicios ofrecidos en las instituciones</p>	<p>La mayoría de ellas recibieron información sobre las pruebas de VIH, pudieron practicárselas, 20 dijeron haber tenido acceso a</p>

de tratamiento	condones y 7 haberse podido vacunar contra la hepatitis B en algunos de los tratamientos en los que han estado.
----------------	---

A propósito del programa ambulatorio adscrito al Hospital, su coordinadora dice:

*“.. nosotros tenemos una población ambulatoria que es una población que se trabaja para reducción de daños. Es una población a la que buscamos simplemente mejorar su calidad de vida pero son personas que no han expresado todo su deseo de dejar todas las sustancias, entonces **lo que hacemos es ayudarles a dejar las sustancias duras, para que ellos sean funcionales puedan trabajar, puedan responder si tienen unas familias y bueno mejorar su calidad de vida.**” (Entrevista inf salud HFPS)*

En referencia al uso de servicios de salud y las limitantes que enfrentan, la principal es el temor al malestar tras una hospitalización o espera y lo segundo es la percepción de la falta de oportunidad en los servicios que se ofrecen:

*“Uno en consumo no busca lo que es médico general, ni odontología nada de lo que es eso porque uno no, **piensa que al ir allá va a perder tiempo de consumo ..**”*

*“Bueno a mí, mi médico era, si me dolía la cabeza me pegaba un pipazo, si me dolía una muela me pegaba un chino, **ese era mi médico yo lo tenía siempre en el bolsillo** “ (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“no yo no ... una hora **que yo voy a perder con es cucho allá es una hora de gestión, eso es una hora que dejo de producir para consumir** y entonces si el doctor me va a ayudar pues voy a la consulta pero si me van a regalar 10 lucas o 20 lucas yo voy...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“Uy a mí por lo menos me iba muy duro, yo llegaba al hospital ... a mí me pegaron tres puñaladas vea aquí, en el brazo y en el cuello... **Yo llegué que me torcía del cólico, me torcía en la camilla ... y yo mami, mami me quiero ir, me quiero ir... yo le decía uy no doctor, me siento muy mal, me quiero ir, no mijo tranquilo que yo le voy a dar algo pa’ que le calme** y no eso no me calmaba nada yo le decía no tiene media, con media me lo calma decía yo ...” (GF OPA)*

*“**Pero en el hospital hay gente que no quiere a los consumidores.**” (GF en calle)*

*“**En el hospital hay un trato brutal se puede decir, porque cuando uno llega herido que por una puñalada o algo, lo demoran o lo hacen como con rabia, que porque algunos roban o le hacen daños a ellos, piensan que todos son así... entonces como que ahí viene como la frustración de ellos hacia uno y no lo atienden como una persona común y corriente si no que tienden a ser más rudos.**” (GF en calle)*

*“pues mira que muchas veces los muchachos se enferman en las calles y **siempre acuden a doña Janeth (Chatarrería Planeta azul) y ¿sabe por qué? Por el solo hecho de que ir a un hospital a esperar, que si tiene papeles o si no, que se muera, me gustaría más que en salud (estuvieran) más pendientes de los pelados**” (Entrevista inf usuario 3)*

*“sí, que no tengan que esperar a que aparezca en un computador, que esté registrado en el SISBEN para atenderlo, sino que cuando llegue el pelado lo atiendan, si yo le digo a usted que es negro, es negro yo no tengo porque decir mentiras de que es blanco, esa es la necesidad más inmediata, **que atiendan a tiempo**” (Entrevista inf usuario 3)*

*“una persona siempre hizo eso ... porque él siempre es el que me ha hecho las vueltas para irme, porque él siempre ha creído en mi y me decía vamos y yo le doy para la dosis y el me llevaba me sacaba la cita me recogía, ahí si yo iba ... pero después de que yo entrara y tuviera mi plata en el bolsillo y **yo veía que se demorara** yo le decía a que voy para el baño pero yo cogía y me iba ...”*

*“Y también cuando un va y busca **para que le autoricen cosas es como muy demorado, entonces uno le pierde como las ganas a seguir**, por ejemplo uno a veces un día se decide, sí voy a hacer las vueltas, pero entonces llega allá y que no, que hay que autorizar... entonces ya **le coge pereza**, entonces uno sigue en lo mismo, **porque es más fácil estar consumiendo que ir a hacer vueltas, madrugar y joder**” (GF en calle)*

*“**Falta agilizar en ese campo**, por ejemplo las personas que hacen tratamiento con metadona, para conseguir una pasta de esas es un proceso ... **que eso no está en el POS**, que esto y lo otro, entonces falta como ayuda del área de autorizaciones del área de la salud, de tratamientos, como ponerle un poquito más de interés.” (GF en calle)*

Al respecto, el profesional de Quilisalud que fue entrevistado dice:

*“Yo te diría que eso se está haciendo, hecha la salvedad de todo lo que te he hablado anteriormente y también en el segundo nivel, nos están recibiendo los pacientes, los están atendiendo con una oportunidad, pues no la mejor, pero **no pasan los quince o veinte días, yo diría que esta aceptable, está dentro de los parámetros establecidos** que si se pudiera mejorar, obvio a quién no le gustaría, cheverísimo. En lo que hemos tenido que ver con los terceros niveles no hemos tenido quebranto en cuanto hemos tenido una necesidad apremiante lo hemos enviado a internamiento, entonces yo diría que no, por ese lado no hay problema” (Entrevista prof salud Quilisalud)*

A juicio del profesional de atención primaria no hay dificultades de acceso a servicios y le parece razonable la espera de 15 o 20 días.

*“... ella en el momento me sirvió mucho porque fue la que revolucionó todo para que llegara rápido la ambulancia. Y hasta quebró los vidrios del hospital para que atendieran porque eso es lo que pasa en el hospital de Santander de Quilichao, que como allá ven que uno es consumidor y todo eso y uno va por ejemplo apuñaleado, porque a mí me ha tocado llevar muchos parceritos a los que uno ayuda, y claro como ven son consumidores y pueden llegar votando sangre... **siempre como que los dejan de últimas, por el simple hecho de ser consumidores y las cosas no deberían ser así porque así nosotros seamos, ehh éramos**”*

consumidores y todo eso, nosotros somos seres humanos y merecemos la misma atención médica que le dan a las demás personas...” (GF INPEC M)

*“yo personalmente tengo dos entradas al hospital, todas bajo síndrome de abstinencia y cada que entraba sabían que yo consumía y que siempre llegaba con el mismo problema ... **me atendían ahí como podían...** lo único que es que me aplicaban suero y ya y me dejaban ahí” (GF INPEC M)*

Algunos han tenido experiencias positivas y encuentros con profesionales cuyos servicios y trato valoran:

*“De las personas de salud a mi me ha ido muy bien ..., **ese señor es un ángel de Dios vea ese señor habían veces que lo atendía rápido y él decía atiéndamelo que el necesita esto rápido y el saludaba que hubo parcerito y todo bien, ese señor me ayudaba mucho ...”***

*“A mí él que me ayudo para venirme para acá y el que me incentivó para que tomara conciencia fue el doctor Perlaza, siempre él me ayudó ... él me decía que tomara la decisión para cambiar, allá en ese puesto de salud de Nariño **siempre me acogían bien yo no tenía rechazo”***

*“ el caso mío fue al contrario porque a mí me pegaron unas puñaladas ...me llevaron, **yo llegué primero y al rato llegaron los tombo y ellos me hicieron atender de una.** A mí me atendieron muy bien en ese hospital pero los que no me querían colaborar era los taxistas y los piratas que porque eso es un hueso que yo no sé que ..” (GF INPEC M)*

Encuesta CODAR

En referencia al uso de servicios de salud y al estado de salud de las PUH participantes, la encuesta arrojó los siguientes resultados:

El 62% considera que su salud es excelente o buena, mientras que el 37% piensa que es regular o mala.

En el curso de los últimos cuatro años: una persona fue diagnosticada con tuberculosis, una con endocarditis y ocho con neumonía. La persona con tuberculosis dijo no haber recibido tratamiento para la infección y cuatro de las ocho personas con neumonía recibieron tratamiento en ese caso.

El 72% dijo haber recibido algún tipo de atención médica en el curso de los últimos 12 meses y el 22% entre uno y dos años. La razón dada por cuatro de de las personas que no han recibido atención médica recientemente es “porque no lo han necesitado”.

Tres de las 6 mujeres que respondieron la pregunta fueron al ginecólogo solo por razones de embarazo o parto y el resto lo hizo al menos una vez en el curso de los últimos dos años.

El 22% (14) dejó de acudir a un servicios de salud de emergencia o de otro tipo por temor a la policía o a otras autoridades.

3.5 Necesidades de las personas que usan heroína

*“Pues yo lo único que les pido es **que las personas que vayan a escuchar esto allá en Bogotá que nos ayuden** y que no olviden a la juventud de Santander de Quilichao, que somos buenas personas y que pueden contar con nosotros para que aquí a un futuro brindar una ayuda a otra persona adicta y nada que nos ayuden, que no nos olviden, que nos den una oportunidad para salir de esta adicción, que nos enseñen pautas ...” (GF en calle)*

En referencia a acciones de prevención y a enfoques novedosos:

*“bueno, **eso esperamos que en realidad llegue algo novedoso para las personas que están en calle**”. (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

*“Sería muy chévere que pudiera hacer uno como un video, algo impactante sí, **que no sean solo palabras sino hechos...**, si, más charlas de prevención” (GF en calle)*

En referencia al tratamiento del dolor y el malestar:

*“**La necesidad más importante de los consumidores de heroína**, lo digo yo porque yo fui, es **calmar ese cólico que es muy feo, eso es algo que uno no se lo desea a nadie, una sensación muy fastidiosa, muy cansona, muy extravagante en el cuerpo de uno**, por eso la consumía, para quitarme ese malestar tan feo, esa sensación tan maluca que me daba a mí.” (GF HFPS)*

*“**si es una necesidad consumirla**, ya no es placer, no es la traba, no es por sensación de que Uff que chimba, que traba, no, es de necesidad **para no estar enfermo**.” (GF HFPS)*

*“...es tanta la necesidad que llega uno a robar en la calle, robar a la familia, y el cólico es muy tremendo, **aguantarse ese dolor de huesos, aguantarse ese desaliento, en el cuerpo, estar bostezando a cada rato, vomitando, sintiendo esa piquilla, esos granos que te salen en el cuerpo, es demasiado frustrante sentir eso, eso no se le desea al peor enemigo**, es esa la necesidad que vivimos nosotros los que consumimos heroína, es demasiado llegar hasta esos extremos, solo por un vicio...” (GF HFPS)*

En referencia a zonas o lugares en los que se permita un consumo supervisado:

“... uno debe ser realista, cuando uno anda en consumo uno no le importa nada, solo el consumo y ya, pueden ponerle a uno de todo para entretenerse pero si uno no quiere irse a un proceso de rehabilitación entonces en la casa de paso uno se relaja y uno va viendo cuando lo atiende porque eso es un paso a paso, hasta que uno ya toma la decisión de hacer tratamiento y si la casa de paso a uno le va ayudando a reducir daños ...”(GF INPEC H)

“... zonas de tolerancia porque la verdad uno debería tener o deberían tener un lugar para consumir. Ustedes debería ayudar a gestionar un lugar porque nosotros somos seres humanos que tenemos una enfermedad por la cual no pueden estar de un lado para otro como si uno fuera un perro ..” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“... porque muchas veces lo hacemos ante los ojos de la gente y hay niños, hay muchas mujeres entonces eso queda maluco ante los ojos de los demás queda maluco. Pero pues como nunca han sacado un espacio para nosotros porque todos merecen un espacio, todos somos seres humanos y todos merecemos” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA) “Si una forma de reducir el daño, donde no sólo se consuma sino que uno pueda bañarse, cambiarse y andar limpio. Claro, pegaría un hogar de paso, una zona de tolerancia donde se pueda consumir con tranquilidad y que no se vea la gente amontonada en el puente, en la plazoleta ...” (GF INPEC H)

“ya no estaría pensando a qué horas van a llegar por uno, entonces la seguridad es importante porque uno no estaría por allí rifándola y tentando la suerte, entonces se reducirían los homicidios, y uno no estaría por ahí transitando en la madrugada arriesgando la vida, en cambio si hubiera un lugar donde llegar a relajarse pues uno hace el empeño de solo salir a gestionar para la droga.” (GF INPEC H)

“Si un lugar donde poder llegar es bueno porque aparte de consumir uno podría hasta descansar y hasta físicamente uno se repone porque lo que hace uno en la calle es caminar día y noche, uno anda volteando 24/7 y ya al día 8 ya anda uno que no puede del sueño y le toca quedarse en cualquier lado dormido y uno queda expuesto a que lo roben la poca droga que uno tiene guardada, muchas veces con la ropa cortada, sin zapatos mejor dicho sin nada porque se la llevan todo porque las mismas raticas lo roban a uno ...” (GF INPEC H)

“sabe qué me gustaría... esos centros de pasos osea, que le colaboren más a los consumidores, usted sabe que la heroína no es fácil dejarla, por ejemplo a mi me da mucha rabia cuando las personas dicen que no, que ella es porque no quiere, es que entiendan, la heroína no es como el bazuco, como el perico, como la marihuana, no, el cuerpo te lo pide. Para mi la necesidad que tiene aquí el pueblo es por ejemplo que hubiera un hogar de paso por ejemplo, los que más están tirados al tren, por lo menos que tengan donde ir, por ejemplo en Cali en las ciudades así, cogen y van y se bañan, comen y vuelven y salen así, si me entiende? mientras cada uno toma la decisión de rehabilitarse, porque eso es como cada quien ... eso no es fácil por ejemplo yo, mucho tiempo era pegándome un chino y llorando porque no quería fumar, pero era porque me tocaba fumar si me entiende? eso es muy duro y eso sería muy bueno ...” (GF INPEC M)

“... como en España que yo he pillado hay sitios que uno puede ir, que **le dan la ropa y el que quiere le merman la dosis y le van mermando la dosis y que en las cárceles también le dan a los que fuman la heroína también les dan sus dosis pa’l cólico y entonces se les va bajando..**” (GF INPEC M)

“Pues las necesidades es que **hay policías ... que son bien mierdas no les importa quitarles la dosis y pues los pueden mandar a robar, a hacer daños o algo. Entonces para mí tendría que haber un lugar porque así como la gente que fuma marihuana tiene muchos lugares en Santander, a veces hay manes que fuman al frente de la policía y no les dicen nada** y eso que la marihuana es escandalosa el olor, porque usted se puede meter un chino allí y uno no se da cuenta, en cambio la marihuana si se esparce ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“Por ejemplo de mi parte que **como le dijera, que regalen kit pa’ la gente que se chutea, si me entiende? porque mucha gente no tiene dos mil pa’ comprar las cosas y eso...**” (GF OPA)

Servicios, centros de paso y atención básica para dignificarlos y mejorar su calidad de vida:

“...la necesidad de uno **primero que todo es resolver el malestar, el cólico que es lo que a uno lo vuelve “ mierda” ... después de eso ... hay que tener en cuenta también que uno pasa necesidades en la calle, no come, mantiene sucio porque no tienen como vestirse, le hace falta la comida, el poder vestirse, el poder tener útiles de aseo con qué asearse**” (GF HFPS)

“... **si Jornadas de salud que hacía Quilisalud, nos llevaban aseo, nos hacían bañar, nos llevaban ropa, comida, nos daban muchas veces kits de aseo. Eso nosotros los vendíamos, no que estos zapatos que esto se lo voy a llevar a mi mamá a mi hermanito pero mentiras, para la olla (lugar de venta de drogas) ... pero si sentíamos esa voz de aliento, ese apoyo o sea uno contaba con ella digamos martes, miércoles y jueves y viene la doctora y viene Quilisalud muchachos vamos a almorzar hoy y eso era motivante y no que ahhh llegan los tombo a sacarnos de aquí y toca tirar piedra ...**”(GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“como yo viví en Cali, hay unos días en que va la chocolatada. Jornadas en que llevan las tanquetas de los bomberos entonces **es el día del baño ... eso lo hacen como cada 15 días ... para algunos es como que vuelven a creerse personas** porque también habían jornadas de peluquería y ... **como se le sube el autoestima ...**”(GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

“pues sería **muy importante un lugar dónde llegar, algo como una casa de paso, un hogar donde uno pueda llegar a consumir porque uno se motiva y no se tira en cualquier parte por ahí, porque uno ya sabe que se consiguió lo suyo y uno se va relajado a fumar sin pensar que no van a llegar a hacerle nada** y se consuma con tranquilidad.” (GF INPEC H)

“Una **casa de paso donde se pueda consumir y que en ese espacio haya diferentes servicios como atención médica, psicológica, social, que estén personas tan profesionales como ustedes ... que sí nos saben entender y ayudar.**” (Entrevista Inf clave)

*“De pronto a mí me parece que un **hogar de paso** aquí en Santander sería bueno, **sería muy bueno un hogar de paso, donde puedan llegar, bañarse, tomar su comida ... tener un espacio donde puedan encontrarse, que les den talleres, carpinterías, pinturas**, la mayoría de personas consumidoras somos muy inteligentes y tenemos muchas capacidades intelectuales .. de talentos, deberían ayudarnos a explotar eso.” (GF en calle)*

*“... **muchísimas necesidades básicas como techo y comida que no se satisfacen ni se trabajan, muchas personas de aquí de Santander tenemos programas asistenciales**, donde decimos bueno; si tú vas los miércoles, entonces yo me encargo los viernes, entonces yo voy el lunes conversamos y decimos bueno, yo voy el primer viernes del mes y tú vas el siguiente y no sé qué pero **eso es depende de la buena voluntad. Un techo donde puedan descansar, donde se puedan limpiar, donde puedan bañarse. Educación**, ellos son discriminados, no tienen derecho a ir estudiar a una institución, **talleres básicos que ellos puedan aprender un oficio; además que ellos ya saben muchos oficios, tienen algunos oficios pero no tienen las oportunidades para explotar ese conocimiento** entonces creo que desde ahí no tiene nada, creo que estamos en ceros..” (Entrevista Prof Salud HFPS)*

“ que les presten atención médica, que les den alimentación, donde puedan dormir” (Entrevista inf comunidad)

*“Me parece que Santander de Quilichao necesita urgente un **centro de atención** en el cual estas personas puedan ser **atendidas, escuchadas, valoradas, y se les brinde una oportunidad de alimentación, baño, ropa**, como una forma de que las instituciones puedan hacerle frente al fenómeno de la droga el cual viene creciendo desmesuradamente en esta ciudad.” (Entrevista inf chatarra)*

No obstante, hay una mirada crítica frente a ciertas ayudas que podrían considerarse “asistencialistas”:

*“ ... **qué ganan con ir a dar comida y todo eso ... para mí sería más que todo darle charlas y darle cualquier atención, hablar y no que los bañen y los hagan cambiar (de ropa) y si es bueno en ese sentido, pero también es que los hagan concientizar, que les hablen ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)***

*“Mira que lo que dice el compañero es verdad, **la ayuda de la comida, de la ropa es bien entre comillas porque uno se vuelve como zángano**, ...uno se vuelve que no, el día jueves no me baño ni voy a mi rancho porque como el jueves viene la doctora con la ropa, si me dieron para la peluqueada pues no yo, me espero hasta dentro de 15 días que vengan a peluquear ...si tengo para comer no pues yo no como porque por la noche viene el del chocolate ... **entonces desde un punto es como una alcahuetería para uno cuando uno está en ese mundo**. Porque hay muchas necesidades que suplen porque uno con hambre y llega el agua panelita y esa agua de panela del pastor es única, agua de panela como esas nunca me he tomado y no creo que me le vuelva a tomar porque no voy a volver a ese sitio pero sí créame que me hace falta esa agua de panela ...” (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)*

“ allá en el puente llegaba todo, para qué salir de allá decíamos, allá llegaba comida, ropa y hasta droga, hay gente que nos lleva en la buena que quiere a los loquitos, como en todo no falta el que nos hace la mala atmosfera, que nos señala pero bueno...” (GF INPEC H)

“atención médica, nos vacunaban para las enfermedades como la gripa, el médico nos atendía y también los dientes nos revisaban, además que llevaban ropa, kits de aseo y también nos peluqueaban ...Cuando llegaban jornadas de salud ahí sí uno iba, en cambio cuando llegaban los evangélicos uno se abría del parche sin pensarlo ...” (GF INPEC H)

“Ellos están allá y bueno si uno llega allá con una olla con comida ...pienso que hay mucha gente que cree que ayudar es eso, cree que es ir a dar una comida cada semana y ya con eso hace muchísimo, eso es un pañito de agua tibia, yo lo he hecho, yo converso con ellos que es lo que quieren en su vida, a veces ellos dicen ay! No que pena volverme a ver, bueno ya después ni pena les da. Yo no creo que haya programas directamente dirigidos a ellos allá en el sitio, no.” (Entrevista Prof salud HFPS)

Acerca de la atención integral:

“Nos refugiamos en las drogas por los diferentes problemas, quisiéramos que hubiera otros espacios, como un lugar en donde hallan talleres de auto ayuda, oportunidades de estudio, de trabajo y ayuda psicológica.” (GF El Porvenir)

“Ellos siempre necesitan que alguien esté con ellos... uno conversa con ellos y todavía no olvidan que son gente, son personas humanas que necesitan de otro. Tristemente ellos se sienten muy necesitados de estas drogas, como que no pueden vivir ni un momento sin consumirlas, es algo psicológico y fuerte y lo que se puede en este caso hacer es prestarle asistencia básica, ya lo otro es una orientación más desde salud, la parte médica y psicológica. En cuanto a la iglesia es tratar de brindar una ayuda como la que brinda la pastoral social de algunos alimentos cuando se puede y de alguna ropa cuando se puede, para que estas personas optimicen de cierta medida su calidad de vida.” (Entrevista inf párroco)

La profesional a cargo del programa del HFPS concuerda con este diagnóstico y añade la importancia de una atención con enfoque diferencial:

“Nosotros ofrecemos servicio de medicina general, psicología, trabajo social, se pueden bañar, les llevamos ropa, comida, hay pastores, se hace tamizajes se aplican algunas herramientas; ofrecemos eso. Y ellos ya saben que estamos allá, entonces muchos van, cada ocho días van y mire que hace ocho días está enfermito, que el pie, que me corté, que me pegaron un tiro, que no quiero ir a urgencias, los atendemos, le damos medicamentos y alguien va, un operador va a hacerles el seguimiento tenemos algunos líderes comunitarios identificados ..” (Entrevista Prof Salud HFPS)

“Frente a los patrones de consumo, en particular la mezcla con bazuco... implica mayor conocimiento. Los perfiles de consumo son completamente diferentes y el abordaje es

completamente distinto. Para nosotros ha sido un completo aprendizaje que no todas las personas han decidido dejar de consumir y que nuestra responsabilidad está en ayudarles a mejorar su calidad de vida respetando sus derechos, y su derechos están en decidir que si quiere seguir consumiendo o qué quiere dejar para ayudarle a dejar una sustancia ...” (Entrevista Prof Salud HFPS)

“para mi, atención integral es no solamente que yo pueda prestar un servicio para que deje de consumir, sino que yo pueda prestarle un servicio a esa persona entendiendo que el problema no es sólo el consumo, él es un ser humano que tiene una relación viva psicosocial, son un contexto con él, con su familia y tengo que poder ver su biología, todo su sistema mental y todo su contexto en el que él se desenvuelve; entonces la atención integral es que yo pueda desde todos esas variables, prestarle a esa persona una atención adecuada, no solamente dedicarme o centrarme en la sustancia, sino en su calidad de vida, en su red de apoyo, en sus emociones, en sus sentimientos”

¿usted cree que el componente de reducción de riesgos y daños debería estar incluido dentro de cualquier atención integral que se preste?

“Absolutamente, es un derecho de las personas.” (Entrevista Prof Salud HFPS)

“yo pienso que es una barrera de educación cultural, creo que primero la barrera política de comprender que estas personas tienen derechos, como cualquiera y que son ciudadanos, que así como cualquiera de nosotros tengo unos derechos, ellos también, así esté en el puente, con el costal, tiene derechos y es un ciudadano. Es barrera política entender y reconocerlos a ellos como seres humanos de este municipio.

La **barrera educativa** va desde la familia, hay **discriminación, señalamiento**, muchos barrios y muchas comunidades que los rechazan desde ahí, pienso que en el tema de educación nos falta trabajar muchísimo.”(Entrevista Prof Salud HFPS)

“... pienso que estamos lejos, no lo veo cerca; veo muchas intenciones y veo mucha gente, creo que tenemos muchas oportunidades; el resto del país, así como ustedes, otras instituciones que conocen que saben, que están dispuestos a ayudarnos, pienso que los recursos los hay, pero creo que falta una intención política para realmente hacerlo verdad en nuestro municipio. Es una necesidad evidente, es una necesidad que no podemos tapar más. Yo puedo decirte que conozco más o menos unas ochenta o noventa personas que siempre veo ahí, en ese lugar y cuando queremos atenderlos están ahí, personas que han decidido vivir en el consumo ... porque decidieron consumir no tenemos que abandonarlos ni rechazarlos, está ahí, todos los insumos están, entonces creo que falta una intención política real para hacerlo verdad” (Entrevista Prof Salud HFPS)

En referencia a la atención diferencial para las mujeres:

“Como que lo discriminan a uno (como mujer), pues no sé por lo menos en el caso de Centro Día no hay la ayuda para las mujeres, no sé qué pase ahí con nosotras. Siempre dicen que el otro año, que el otro año y de año en año, obviamente que no es el único que

hay, pero pues **uno busca algo que sea dentro del pueblo para que las familias puedan ir y todo el cuento.**" (GF en calle)

"(se necesitan) **más centros de rehabilitación.** Por ejemplo en esta área donde vivimos nosotros, **si acaso hay dos, tres centros de rehabilitación para hombres. No hay mixto, hay uno solo donde reciben mujeres, y es ambulatorio.**" (GF en calle)

Esto se corrobora en el testimonio de la profesional entrevistada del HFPS quien señala que les toca conseguir ayuda para las mujeres en otros lugares.

En referencia a alternativas y oportunidades productivas:

"...falta de oportunidades... pues que **no hay como pa' uno tratar de sostenerse, cuando no hay un centro de rehabilitación, falta de estudio, falta de trabajo, falta de otro proyectos que lo pongan hacer otra cosa, que lo saquen de ese entorno donde uno siempre va a estar.**", "Como pa' salir del ocio." (GF en calle)

"Pues yo digo que para brindarles una oportunidad de que si se puede, hacerles ver de que nosotros no nacimos así adictos sino que nos volvimos adictos y **darles una oportunidad porque de las oportunidades es que uno aprende**" (GF FUNDAR CAUCA TUNIA)

"... **un proyecto de vida, dar más oportunidades para los que hacen los procesos (de tratamiento) y que cuando salgan, tengan un estilo de vida como un trabajo, como un apoyo ... da miedo por el mundo que uno ha vivido ... decir la verdad o que la familia lo rechaze o que no le crea el cambio.**" (GF HFPS)

"**Necesitamos tener trabajo estable, para sostenerse, mantener el consumo y ocupar el tiempo y así ir cambiando nuestro proyecto de vida.**" (GF El Porvenir)

"Pues como una oportunidad de empleo, trabajo donde uno pueda sostener no tener necesidades de ir hacer otras cosas que no se deben, robar, prostituirse, bueno qué sé yo, que no haya necesidad de llegar hasta es punto, porque sabe que hay un trabajo o una oportunidad, **que enseñen algún arte donde uno pueda desempeñarse en algo no sé, en algo para bien, algo positivo.**" (GF en calle)

"Pues yo pienso que cada centro tiene su metodología, **ya es el paciente que se debe acomodar a la institución(i), pero yo pienso que tienen que hacer énfasis en el después, para que la persona no vuelva a reincidir, yo insisto en cuestión de trabajo, talleres que la persona este ocupada haciendo algo y que la mente no le juegue trucos mentales ... y que no tengan tiempo de pensar en la sustancia ya, todo el tiempo ocupado.**" (GF en calle)

Todo esto lo corrobora la profesional a cargo del principal programa de atención en el municipio, el Hospital Francisco de Paula Santander:

"(Hay) muy **pocos programas de reinserción, por ejemplo, para las personas que en algún momento deciden mejorar su calidad de vida, dejar algunas de las sustancias que**

consumen y pueden ser funcionales con las que se siguen consumiendo **pero no tiene trabajo, no tienen posibilidades, no hay un hogar de paso donde las personas puedan ser atendidas, donde puedan mejorar su calidad de vida, sus derechos fundamentales nada de eso y las personas vuelven al consumo y cada vez son más las que llegan allá.**" (Entrevista Prof Salud HFPS)

"necesitamos políticas públicas que fortalezcan el tema de la responsabilidad social porque contamos con más de 200 empresas, pero ninguna de estas empresas tiene programas de responsabilidad social dirigidas hacia la recuperación de estas personas, hacia darles la oportunidad de trabajar, y a defender los derechos de dignidad que tiene un ser humano." (Entrevista inf salud HFPS)

Cuando ingresan y permanecen en la cárcel:

"Si acá (en la cárcel) no hay buena atención sobre eso. Pues de pronto es que no están bien informados como es el síndrome de heroína. Ellos pensarán que... es como el bazuco, no están informados qué produce. Que la alcaldía apoye la cárcel... que casi todos son chirretes...(consumidores de heroína) pues como dicen vulgarmente, ya sacaron lo que es la metadona para las persona que fuman la heroína..." (GF INPEC M)

"Esta es la cárcel de Sing sing porque no hay ni medicamentos, ni doctor, ni nada ...la única forma que nos paren atención es que lo vean botando sangre o si no pailas. Mire yo desde que llegué no me han llevado al médico, si fuera un centro de rehabilitación ya lo habían pasado a uno con el médico, con el psicólogo, hasta con el psiquiatra pero acá no, y yo creo que acá debe tener más atención de salud porque uno va a pasar más tiempo acá." (GF INPEC M)

"Es que ese es el problema y es que el INPEC no tiene sanidad. No, no es que no sirva sino que la vuelta es que el que mande aquí tiene que hacer la gestión de pedir..." (GF INPEC M)

"Hablando de la cárcel, una de las necesidades es la intervención como tal y crear espacios donde esas personas puedan acceder digamos yo de manera higiénica, los que quieran consumir que lo hagan de manera controlada pues se conoce como una enfermedad; igual en el pueblo se necesita intervención por parte de las autoridades sobre todo de los actores que tienen la facultad para hacerlo y eso me parece que debe ser lo más importante." (Entrevista informal Dragoniante INPEC)

Otras necesidades que fueron identificadas:

"...llegado, llegando a los puntos de consumo de pronto creo que salvaríamos más vidas, más jóvenes que quieren rehabilitarse pero de pronto tienen la intención de internarse, no tienen una motivación, o no tienen ese empujoncito que de pronto se necesita ..." (GF HFPS)

"Que les colaboren a que se internen, que cambien de vida porque esa vida es muy fea, esa vida es muy dura, esa vida es un vida de menosprecio..." (GF OPA)

En referencia a las barreras de acceso a los servicios, falta de oportunidad en la atención y oportunidades perdidas:

*“En el tema de salud, pues hay muchas **barreras de acceso; empezando por que el paciente puede tener 90 días** y en 90 días tu apenas estas recuperando tu parte biológica” (Entrevista Prof Salud HFPS)*

*“**Y no todas la EPS tienen convenios con esos centros**” (GF en calle)*

*“yo escucho que dicen yo daría la vida por estar en una fundación y **mucha gente no tiene la cédula, que la EPS, todo eso...**” (GF OPA)*

*“Por lo menos **la mayoría de mis parceros no tienen carnet, ni cédula**, todos la han botado, otros la han empeñado*, la han dejado perder” (GF OPA)*

** “La empeñan por diez mil pesos o por un medio entonces la dejaban perder y no vuelven a sacarla más”*

*“**muchas veces las EPS, no lo autorizan a uno, porque a mí no me querían autorizar el proceso**, entonces me tocó voltear bastante para poder que me lo autorizaran. Muchas veces ocurre eso, que a uno le puede llegar ese momento, de querer dar ese paso al cambio, que **por una cosa u otra no se dá y entonces por eso uno sigue consumiendo...**” (GF HFPS)*

*“**las demoras de la EPS**, que porque usted no tiene el carnet, la cédula, eso pasó en mi caso, **me demoré hasta un mes para entrar aquí, debería ser el proceso más rápido ...**”*

*EPS indígena (bien en un caso), en otro: “tenemos la misma EPS pero como era habitante de calle, **no me paraban bolas, me esquineaban, me menospreciaban** negligencia conmigo...” (GF HFPS)*

*“ la primera vez que iba por cuestión de drogas también me pasó casi lo mismo, por negligencia. El doctor que estaba de turno... que **tenía que esperar, que me bajara el embale y que si yo quería cambiar era porque yo quería** ...me dejaron sentado ahí, yo llegué muy mal ... no me quería atender. Ya a lo último sí me aplico una inyección como para calmarme el dolor que tenía pero ...” (GF HFPS)*

*“**En el caso mío un mes duré haciendo las vueltas** pa’l hospital, del hospital pa’ salucoop, que de aquí para allá, que de Centro Día otra vez al hospital, que reclame los exámenes que yo no sé qué ... **un mes completico para poder salir de todo para poderme venir para acá. Entonces eso le da rabia a uno** ... ya le dan como ganas de no, hijueputa **ya no voy hacer nada entonces ...es tiempo que uno pierde en la calle y oportunidades también porque uno sigue es en la misma.**” (GF HFPS)*

*“ Y **corre más riesgo de que lo puedan a uno matar** por problemas que uno por la ansiedad se busca, por robos que uno hace en la calle lo amenazan a uno ...**entonces como**”*

le ponen mucho problema, uno la piensa, le dan ganas de irse de aquí del pueblo para otra olla y terminar su ciclo de vida hasta que ya lo maten en otro lado, buscando escapatoria, donde se caliente se va para otro lugar y así sucesivamente va recorriendo, hasta que llega el día en que lo desaparecen.” (GF HFPS)

“Yo diría que la oportunidad tiene que mejorarse porque nada hace el esfuerzo de un grupo de trabajo operativo en terreno que le toca muy duro para captar la persona, convencerla de que tiene un problema y de querer recibir ayuda, cuando la persona quiere esa ayuda se encuentra que lo van a recibir en un sitio con mucha gente, él va a estar asustado, que no se va a ver motivado ... porque tú sabes que es una situación que tiene un cantidad de paradigmas y que eso fuerza a la misma persona a retraerse de la sociedad ... tenemos un barrera inmensa para atenderlos y eso hace de que perdamos la oportunidad en la atención..” (Entrevista Prof salud Quilichao)

“... mis pacienticos del programa sufren y yo también sufro por que los veo allá fuera como están en su ansiedad y no tengo como canalizar que las cosas sean más prontas, más oportunas; yo digo que es eso” (Entrevista Prof Salud HFPS)

En referencia al VIH y a las hepatitis

¿Hacen actividades para captar VIH, hepatitis?

“Si, hasta el año pasado, este año no se ha hecho. Hay una fundación que se llama Funquidiversa aplicando todo el tema de pruebas rápidas y hasta el año pasado ellos lo hicieron, parece que se les acabó el contrato con fondo mundial y este año ya queda eso a cargo de la administración municipal y la administración municipal no los contrata a ellos, entonces este año no se han hecho los tamizajes” (Entrevista Prof Salud HFPS)

El análisis de necesidades y de oportunidades para mejorar desde la perspectiva del personal de salud entrevistado del primer nivel de atención, muestra una serie de áreas críticas que es necesario abordar para mejorar la oportunidad, calidad y eficiencia de los servicios para esta población:

Falta de articulación

“la realidad es que te podría decir que hasta ahora, en lo que yo he tenido que ver con el sistema, he encontrado que hay una desarticulación en la comunicación, en la interrelación, en las interacciones y en lo que tiene que ver con la plataforma estratégica que debería tener la atención tanto primaria, como secundaria y de tercer nivel, no está articulada” (Entrevista Prof Salud Quilichao)

Necesidad de flexibilizar la atención y hacerla diferencial

“el que ha trabajado con atención a farmacodependientes se habrá dado cuenta de que no es sencillo, es una población muy específica, muy especial y muy diferente en sus características; tu le puedes decir a una persona que está enferma de hipertensión o de diabetes que le dan una cita a tal hora y en tal momento y es rígido y es militar y puede

llegar y tú lo puedes atender y si no llega le puedes decir que no lo atiende; pero a un fármacodependiente no. Ellos están enfermos de otra manera y tienen otras circunstancias, obliga a que seamos muy diferentes en el contexto de lo que tiene que ver la atención; a veces el paciente uno falla en la atención por que no llega, o llega y eso esta atiborrado” (Entrevista Prof Salud Quilisalud)

“Así como el paciente diabético tiene su programa específico, el paciente hipertenso tiene su programa específico, ellos no están en las condiciones mentales en las que llegan las personas que tiene farmacodependencia. El ministerio ha establecido políticas muy definidas claras y operativas para el paciente de planificación familiar, las ha operativizado para hacer la atención prioritaria y diferencial, hay para el adolescente unos espacios muy definidos, para la atención en farmacodependencia, no!

*Y Santander de Quilichao tiene una epidemiología que tiene que ver con incidencia y prevalencia muy severas, ahí están las estadísticas que son del Ministerio de la Protección Social, no nos las hemos inventado nosotros aquí localmente, no, ahí están y entonces la toma de decisiones, lo que tiene que ver con los recursos, no están asignados ... la conclusión es que **tenemos que trabajar con lo que podemos**, a la voluntad de las personas y eso no es así...” (Entrevista Prof Salud Quilisalud)*

Limitada capacidad en el primer nivel

*“Ellos están en unas situaciones críticas desde el punto de vista emotivo y es difícil, entonces **el sitio no es el adecuado aquí para atender personas con un padecimiento psiquiátrico y mucho menos farmacodependientes, pero aquí lo hacemos ...”***

“tenemos una demanda insatisfecha muy grande, inmensa y no tenemos como responderle, entonces en primer nivel tal vez necesitaríamos mayor recurso” (Entrevista Prof Salud Quilisalud)

*Si se amplía la demanda con estrategias de inducción “yo creo que antes se agravaría, porque lo que estamos haciendo, lo estamos haciendo con unos recursos muy mínimos y si nosotros aumentamos la captación, pues vamos a aumentar el problema; así de sencillo, lo que **necesitamos es que esto cambie, necesitamos que haya capacitación a la gente que atiende la EPS a los gerentes, a los que toman la decisión, tener en cuenta de que esto es diferente y que existe, así lo queremos opacar, esto no desaparece, es una realidad real, no es una realidad virtual ni es una realidad inventada” (Entrevista Prof Salud Quilisalud)***

Falta de idoneidad en el personal / alto umbral y barreras de acceso (lo operativo)

“.. no se tiene ni siquiera capacitación de las personas que tienen que ver con esa atención en las EPS para que se den cuenta que un farmacodependiente o un paciente psiquiátrico es un paciente con una diferencia humana muy grande, racional muy grande, sentimental muy grande, afectiva muy grande, que requiere una atención totalmente diferencial y específica, una persona de estas no va a pedir que le hagan autorizaciones,

someterse a una madrugada, atenderla a tales otras horas, a esas horas su psiquis ya no se lo permite, ya tiene que irse para otro lado ...” (Entrevista Prof Salud Quilichao)

Reflexión crítica

“yo creo que estamos fallando, el que está fallando es el sistema; está bien, el sistema está compuesto de personas; yo soy un individuo y formo parte del sistema y trato de hacer lo mejor que puedo y mis compañeros que están en terreno también hacen lo posible y lo imposible y me consta; pero es que esa no es la tónica. Hay una cosa que se llama la dignidad humana y dentro de la dignidad, nosotros los humanos tenemos derechos y los derechos que tenemos en Colombia, hay leyes ya dictadas, hay normas que establecen que la atención es prioritaria pero diferencial y es específica. Yo diría que obviamente no estamos cumpliendo nada, entonces esto no es de esfuerzo, es de cumplir lo que está dictado, estamos muy mal porque ellos no tienen que ser atendidos en las circunstancias que te he mencionado...” (Entrevista Prof Salud Quilichao)

“...los que administran saben que para toda actividad hay que asignarle recursos, ninguna actividad sin recursos produce resultados” (Entrevista Prof Salud Quilichao)

“... todos estamos como muy preocupados pero realmente muy pocos ocupados en el tema.” (Entrevista Prof Salud HFPS)

IV. ANÁLISIS DE NECESIDADES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones generales

La heroína llegó a Santander de Quilichao hace poco más de una década. De acuerdo con las fuentes consultadas, llegó a través de una red de personas involucradas en el tráfico de esta sustancia a otros países que a su vez tenía contacto con las redes del Eje Cafetero y del Valle del Cauca. Un cargamento importante fue la fuente de los primeros consumos en algunas redes del municipio, luego este se fue extendiendo y asentando.

El mercado cambió posteriormente cuando según algunas fuentes, quienes dirigían el negocio fueron extraditados y quienes trabajaban con ellos continuaron y reforzaron su comercialización en el municipio.

Esto sin embargo, ha venido cambiando también en los últimos años. El consumo de heroína se ha identificado en otros municipios del norte del Cauca entre ellos, Miranda, Mondomo, Villarica, Puerto Tejada, Popayán. Santander sigue siendo la principal fuente de heroína para suplir este mercado, incluso el de Cali. La heroína que baja de las zonas de montaña es de alta pureza o baja lo que denominan “mancha” que es el látex (materia prima para la fabricación de heroína).

Lo más común es que se haga rendir con cortes (especialmente de *paparina*) por tanto, los usuarios perciben que no es posible encontrar heroína de alta pureza en el mercado local, a pesar de la cercanía con el origen. La mejor calidad se conserva en el barrio El Porvenir. Lo mismo ocurre en los otros municipios, razón por la cual los usuarios prefieren venir directamente a Santander a comprar la heroína y esto hace que en ocasiones escasee.

De acuerdo con los usuarios, hay dos tipos de heroína en el municipio, la que es apta para inyección que no se usa en aluminio por el sabor y la que usan para fumar a través de aluminio, variedad más expuesta a cortes.

La calidad de la sustancia es importante según los reportes porque se asocia directamente con la cantidad que usan. Así, a mayor calidad menor consumo dado que los efectos son más duraderos. Reconocen la calidad por el color que toma cuando la queman, por el sabor y los efectos. Hay una que dicen que quema como un carbón, variedad que estaría dentro de las de baja calidad para usar en aluminio. Para ellos es importante que sea de calidad, de lo contrario se ven obligados a conseguir más recursos para consumir más. Estos testimonios dan cuenta del gusto y los beneficios que dicen sentir cuando la usan.

“Cuando es de buena calidad la sensación que te da en tu boca es una sensación como menta, es algo agradable, no es una sensación amarga y es algo más bien como una sensación de placer y te relaja tu cuerpo, se siente bien, tu mente se tranquiliza, tus emociones, si estas deprimido olvidas todo, si tienes rabia, si tienes odio, se te va todo, se olvida totalmente, todo depende de la calidad que sea...”; “y ese humito lo deja a uno como happy y como con ganas de irse como para júpiter, pa’ venus Saturno, nos manda a dormir ...”; “yo la probé y me gustó mucho porque ayy es como ayy, uno anda como en las nubes, muy bacano”

Actualmente el gasto promedio diario oscila entre \$25,000 y \$40,000 pero hay personas que dijeron haber llegado a gastar hasta \$150,000 en un día.

Los primeros contactos con la sustancia fueron mezclada con marihuana, práctica denominada “pintar” el cigarrillo, “pintado”, “tomy” o “mixto”. A propósito de esta última mención es importante señalar que en el informe del MJD/ODC (2015) en el cual se compilaron los hallazgos de distintos estudios, entre ellos el de Abadía y colaboradores quienes en 2009 hicieron la primera evaluación rápida sobre el consumo de heroína en este contexto, se señaló que el “mixto” se trataba de una mezcla de heroína con residuos del procesamiento de cocaína. Como se pudo comprobar en este estudio, esto no es preciso.

Es importante esta claridad porque una de las hipótesis mencionadas en dicha compilación fue precisamente que debido a esta mezcla, la heroína que estaría circulando en Santander no era apta para la inyección y que ello podría estar explicando la no transición a la inyección, a pesar del extenso tiempo de exposición a una sustancia que es típicamente inyectable.

Razones que tuvieron que ver con la censura social al consumo de marihuana, y con el cambio del mercado de esta última hacia la variedad de *cripa*, llevaron a que la mayoría de personas exploraran la modalidad de uso llamada “chino” o “aluminio”, que consiste justamente en calentar la sustancia en una superficie de aluminio para aspirar el humo por

boca y nariz. Esta modalidad según algunas fuentes, fue aprendida de una persona que estuvo en España. No obstante, un 35% de quienes dijeron usar heroína mezclada con otras sustancias, lo hizo con marihuana.

La modalidad del “pintao o pintado” ya no es tan popular como lo era en 2009 cuando se hizo el otro estudio. De igual modo, aunque algunas personas iniciaron aspirando la sustancia por vía nasal, no les agrada por el mal sabor que dicen, les deja en la boca. De acuerdo con algunos testimonios la modalidad del “chino” es altamente costo-efectiva, quienes la han probado la comparan incluso con la inyección y dicen que es igual de potente. De igual modo, los tubos y mangueras que utilizan, e incluso el mismo aluminio, suelen acumular residuos de la sustancia, con lo cual cuentan con una reserva en casos de necesidad y recurren a raspar tales reservas y a consumirlas, práctica que se conoce como “terapiarlas”.

Lo interesante es que este estudio confirmó que en efecto, existe un modo de uso que es satisfactorio para la mayoría de redes de usuarios y que a no ser que el mercado siga cambiando y la calidad siga disminuyendo, como viene ocurriendo, este seguirá siendo el modo de uso por excelencia para este contexto.

En Santander, al igual que en el resto de las ciudades en las que se ha caracterizado, el consumo se inicia principalmente por curiosidad y en la red de amigos y conocidos, así como con parejas sexuales. Transitan rápidamente el “chino” o empiezan con él ya que su uso se disimula mucho mejor que en el caso del “pintado” o “mixto” cuyo olor los exponía más.

No obstante, y a pesar de que la percepción desde la institucionalidad es que no hay inyección en Santander de Quilichao o que se trata de dos o tres personas que ya se encuentran en tratamiento, una de las cuales proviene de Pereira; los registros indican que muchas de las personas participantes probaron la inyección en algún momento o conocen de personas que se han inyectado heroína en Santander.

Esta modalidad definitivamente no es popular. De acuerdo con una de las personas entrevistadas de las red de servicios, la razón es el temor a las agujas y jeringas. Esta razón no fue mencionada en ninguno de los grupos focales o entrevistas, pero sí sugirieron cierto desagrado por la intensidad de los efectos. Al parecer en este contexto no es “deseable” la pérdida de control sobre sí mismos, quedarse dormidos, “tirados” en cualquier parte o perder parcialmente la conciencia. Sienten que no vale la pena quedarse dormidos, “se pierde la merca” y además perciben que esta práctica es altamente riesgosa, haciendo muy probable enfermarse.

Se refieren a la inyección como “quemarse las venas” o los brazos, lo cual tiene una fuerte carga simbólica. Dicen sentir un calor muy fuerte y que se trata de un “viaje muy áspero”. Así, el temor no parece estar viculado al gesto de pincharse, sino a la intensidad del efecto, que es justamente lo que buscan quienes transitan a la inyección, pero que en este contexto se valora negativamente.

De otro lado, la percepción es que se trata de una práctica degradante, por lo que prefieren evitarla; incluso quienes la probaron alguna vez retornaron al “chino” porque no les

gustó, sintieron un fuerte malestar y dolor de cabeza. Además temen engancharse aún más fuertemente con lo cual tendrían que gestionar más dinero para suplir la necesidad.

Esta realidad es positiva, claramente existe un factor protector de origen cultural para que se instale la inyección. No obstante, tal como lo advierte una de las profesionales entrevistadas, el riesgo existe. Hasta el momento la heroína de la que se dispone, aun cuando está cortada y se percibe de baja calidad, es suficiente para suplir la necesidad, pero si el mercado sigue cambiando y la heroína se degrada más, es altamente probable que algunas personas transiten a la inyección, dada la fuerte dependencia que ya existe en estas redes y las extensas carreras de consumo. De otro lado, el que estén expuestos a personas que lo hacen, es un factor de riesgo que no conviene desestimar.

La percepción general de las distintas fuentes consultadas es que el fenómeno del consumo de heroína, lejos de disminuir está en aumento. Creen que a ello contribuye la ausencia de acciones concretas para intervenir y contenerlo, pero también cierta “indiferencia” social e institucional frente al fenómeno, se ha convertido en “parte del paisaje”, se convive con el fenómeno y “se deja de actuar”. Factores como la disfuncionalidad familiar, el contexto y la historia de violencia que hace que muchas familias estén “incompletas”, hace que los sistemas familiares estén quebrados y exista mucho dolor. A ello se suma el fuerte estigma asociado, que favorece el maltrato, la humillación y la violencia de la que son objeto las personas que usan heroína.

Al respecto, vale la pena retomar algunos apartes de testimonios que explican el valor que les dan a los efectos de la heroína en estas circunstancias: *“es un químico que nos hace olvidar las penas”, “es como la anestesia para la vida de uno”.*

Actualmente, el consumo de heroína se ha “normalizado”, esto quiere decir que se ha integrado a la parrilla de sustancias ilícitas disponibles en diversas áreas del municipio. Esto es preocupante, en la medida en que quienes inician una carrera de consumo con sustancias ilícitas en Santander, se exponen muy tempranamente a la heroína como alternativa. De hecho, como se pudo observar en los dos estudios, la edad media de inicio con heroína en Santander es más temprana que en otras ciudades de Colombia.

Su mercado se ha asociado fuertemente con el de bazuco, es muy usual que las personas en este contexto, mezclen estas dos sustancias en una sola toma (en la pipa de bazuco principalmente) o que las usen de manera intercalada para controlar los síntomas asociados, en especial para “bajar” el efecto estimulante del bazuco. Esta realidad supone un importante desafío en materia de tratamientos, alto deterioro de las personas en relativo corto tiempo, habitabilidad de calle, todas ellas, producto del alto potencial adictivo que es característico de ambas sustancias.

Esto último, confirmado en el componente cuantitativo contrasta con la idea expuesta por una de las profesionales entrevistada; de acuerdo con ella el bazuco es “mal visto” y está mal posicionado en el municipio. La encuesta CODAR mostró cómo el 97% (58/60) de estas personas usaron bazuco en algún momento de su vida y que el 71% lo hizo en el curso de los últimos 12 meses antes de la medición.

La percepción general es que antes el consumo era más oculto, pero que eso ha ido cambiando, lo que confirma que en efecto hay cierto acostumbramiento a esta realidad en el municipio. Sin embargo, tanto como el consumo de bazuco, el consumo de heroína también está altamente estigmatizado, produce temor, se percibe de alto riesgo y se considera “lo peor” que una persona puede hacer.

La asociación del consumo de bazuco con heroína puede estar detrás del alto y rápido deterioro de estas redes de usuarios. Igualmente puede vincularse con la prostitución, actividad también altamente estigmatizada en este contexto.

Las redes de personas que usan heroína en Santander de Quilichao son sin embargo, variadas. De acuerdo con los testimonios, se trata de personas de todos los estratos socio-económicos y las personas que pertenecen a estratos más altos compran en los mismos lugares que las otras personas, incluso consumen en ocasiones en los mismos espacios.

La caracterización de los participantes en este estudio muestra que la mayoría son hombres (90%), con edad promedio de 27,9 años, el 18% dice ser afro-descendiente y el 7% indígena; el 97% dice ser soltero y el 31,6% ser de fuera de Santander de Quilichao.

En referencia a la escolaridad, el 16% no completó la primaria, el 34% si lo hizo y fue el mayor nivel educativo alcanzado. El 43% completó estudios secundarios y un 7% alcanzó estudios técnicos o universitarios.

Así, la escolaridad es más baja que en otras ciudades en las que se presenta el fenómeno y es reflejo del rápido deterioro y de la expulsión o deserción de las instituciones educativas más temprano que tarde.

El 53% dijo contar con un trabajo remunerado, mientras que el 39% dijo estar desocupado, un 8% estaba privado de la libertad al momento de la encuesta.

El 65% dijo contar con un trabajo temporal sin contrato formal, el 33% recibe ingresos de la familia o parientes, el 23% de la venta de drogas y el 20% del robo o hurto.

Las principales fuentes de ingreso fueron en su orden, trabajo informal 44%, reciclaje 15%. Dos personas dijeron vivir principalmente de la venta de drogas y cinco del hurto.

Aunque la prostitución fue mencionada como una actividad común en las redes de mujeres por parte de otras fuentes, se trata de una actividad altamente estigmatizada y por ello, en la encuesta solo una persona dijo recibir ingresos de esta actividad, aunque fueron dos quienes dijeron haber recibido dinero en su último intercambio sexual.

Al respecto, llama la atención que el trabajo sexual es una actividad más común al inicio de la carrera de consumo de las mujeres, tras el deterioro físico producto de las difíciles condiciones que viven y el consumo, esta actividad sigue ocurriendo, así como el abuso sexual, pero en un entorno de mayor explotación y violencia.

En referencia a la vivienda uno de cada dos viven con familiares, padres o parejas sexuales, mientras que un 17% dijo vivir en la calle.

El 24% huyó, salió o fue expulsado de su casa antes de cumplir los 18 años. El 20% tuvo vinculación al Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente y el 30% dijo haber estado en alguna oportunidad en un centro privativo de la libertad.

Este perfil, al igual que lo hallado en Medellín, indica que estas redes viven en condiciones de alta precariedad socio-económica incluso en casos en los que se vive en casa de familiares. La dependencia a la heroína junto con la dependencia al bazuco en muchos casos, los lleva a requerir dinero que se “gestiona” como se observa, en actividades informales o ilegales que los exponen a un mayor número de riesgos. Su mayor motivación es evitar a como dé lugar el malestar que sobreviene a la abstinencia, que en este contexto se conoce como “estar coliquiado”.

El contexto es altamente peligroso para ellos y ellas, muchas personas han muerto y muchas otras han terminado en la calle o en la cárcel tras haberse involucrado en el consumo y en el mercado de las drogas ilícitas. En este contexto se identificaron también disputas por territorios dinamizadas principalmente por el mercado de las drogas ilícitas, lo que impide que muchas personas puedan moverse libremente por algunos territorios so pena de terminar heridos o muertos. Hacen parte de la historia de la relación de estas redes con el municipio, eventos de muertes masivas que le han dado nombre a lugares emblemáticos como “el puente de la masacre”.

La dinámica de vivir en función de “gestionar” las dosis los saca del entorno en el que viven, los expulsa de sus hogares con frecuencia, los expulsa de la escuela o la universidad y los lleva a vivir en medio de la precariedad propia de la vida en la calle. Aunque muchos de ellos no habitan la calle, la inmensa mayoría termina viviendo de la calle y en uno u otro momento de su carrera con la heroína, ha terminado habitando la calle.

Así, es posible decir que el consumo de heroína es un claro factor de riesgo para la habitabilidad de calle y dinamiza la expansión del fenómeno cuando no se interviene adecuadamente y a tiempo.

Las condiciones de habitabilidad de calle traen consigo enormes riesgos y un gran sufrimiento que enrarece aún más las circunstancias cotidianas en las que viven estas personas. De los testimonios se colige que las redes son compactas y solidarias. Consideran que la dinámica del uso y la convivencia con otras personas que hacen lo mismo, se crean lazos fuertes, como los de una familia y se cuidan entre sí.

Que el hurto y la venta de drogas haga parte de las fuentes de ingreso para muchas de estas personas, afecta la seguridad del municipio y profundiza aún más el estigma y el rechazo social en torno a este grupo.

Los relatos indican que es tan apremiante la necesidad de encontrar alivio al malestar o al cólico que están dispuestos a hacer lo que sea necesario, los límites dejan de existir y los

riesgos que se puedan correr, sean estos de seguridad o de bioseguridad, pasan a un segundo plano.

En el caso de las mujeres la situación es mucho más compleja tal como lo indican las distintas fuentes. El deterioro es mayor, el rechazo por parte de las redes familiares es más marcado y no cuentan con alternativas de atención o tratamiento que se ajusten de manera diferencial a sus necesidades. Por tanto, es usual que deban ser remitidas a otros servicios por fuera del municipio, con lo cual se distancian aún más de la familia. A ello hay que agregar la situación de las mujeres usuarias de heroína que tienen hijos.

Como se ha dicho, se trata de un grupo social altamente estigmatizado. Al igual que en Medellín, están expuestos a la violencia, al maltrato, a la humillación y al estigma o el rótulo que deriva de imaginarios y representaciones negativos que están profundamente posicionados social y culturalmente.

Apartes de algunos de los testimonios dan cuenta de ello: *“la sociedad discrimina, discrimina mucho y no se ponen a ver en realidad qué pasa con la persona, porque está ahí, sino que lo único que hacen es hundirle el dedo en la llaga y no más ...”*; *“... uno en medio del consumo recibe mucho menosprecio, tanto en lo social, como de los mismos jíbaros, por un consumo lo tratan mal, a veces hasta golpes y también la familia lo va alejando a uno, hasta el punto de discriminarlo y no aceptarlo en la casa de uno”*; *“desprecio es lo que más se ve hacia las personas en uso de drogas, las actitudes de rechazo son constantes, por lo tanto la discriminación es muy alta y eso nos genera rabia la indiferencia de la comunidad y las mismas instituciones”*; *“que porque uno tiene un problema de drogas se toman el atrevimiento de menospreciarlo a uno, y humillarlo, de tratarlo mal, hasta de golpearlo, porque piensan que uno es menos que ellos porque piensan que solo porque está sucio, cosa que no debería ser así .. deberían antes tener conciencia y ayudarnos a nosotros que tenemos ese ‘problema, pero en vez de eso lo que hacen es maltratarnos, humillarnos, hasta mandarnos a matar”*.

“...en este mundo de la droga ...uno debe aprender a perder, a ganar si no es la muerte, es la cárcel o sea yo ya sabía, y vea que lo que me esperaba si seguía en ese mundo. Para mí esa va a ser una experiencia que me marcó para toda la vida ... yo a este pueblo no quiero volver, porque así yo me recupere, está ese letrero de consumidora, de viciosa, de chirrete ... nadie se lo va a quitar”

“ ...de los tombos (policía) maltrato, de la gente menosprecio ... todo mundo es señalándolo, cuestionándolo, maltratándolo física o verbalmente, psicológicamente menospreciándolo, entonces son muy pocas las ayudas que tenemos las personas que sufrimos la enfermedad de la adicción”.

Las carreras con heroína empiezan en general más temprano que en el resto del país, un 42% la probó por primera vez entre los 15 y los 18 años y un 27% antes de los 15 años. La edad promedio de inicio fue 17,14 años, siendo la edad mínima los 9 años. Se trata de un inicio muy temprano que confirma lo señalado en torno a la “normalización” y a que en este contexto está disponible junto con la marihuana, la cocaína y el bazuco como drogas de inicio. De hecho, llama la atención que la edad media de inicio con heroína coincide con la edad media de inicio con bazuco.

En referencia a los rituales de uso y a los riesgos asociados fue posible establecer que aunque la inyección sea marginal, cuando ocurre, se presenta dificultades para coseguir parafernalia nueva y estéril.

La modalidad de uso con aluminio no está libre de riesgos. En particular se identifican prácticas que podrían suponer un alto riesgo para la salud en la parafernalia que se usa. Las fuentes de aluminio son diversas y acuden a cualquier tipo de aluminio, especialmente impreso. Los envoltorios de las chocalinas de marca Jet o de los dulces, vienen con tintas que cuando se calientan y queman se derriten, al hacerlo, la persona está aspirando no solo el humo de la sustancia sino los químicos que componen las tintas.

Otras fuentes son los empaques de hamburguesas que usan habiendo sido sacados de las canecas de basura, las tapas de los frascos de yogurt o el aluminio de las cajetillas de cigarrillos. Acudir a estas fuentes refleja la dificultad para acceder a papel de aluminio limpio y de mejor calidad. Muy pocas personas usan el papel de aluminio enrollado que viene en distintas marcas comerciales, pero que como se ha visto en algunos estudios, no es tampoco apto para calentar y fumar pues al hacerlo libera químicos que pueden ser dañinos para los pulmones y el Sistema Nervioso Central. El aluminio al calentarlo desprende partículas que son nocivas. Es importante determinar si las tintas de los empaques y aluminio que usan continen metales como el plomo.

De otro lado, los tubos a través de los que aspiran son de lapiceros, esferos o de mangueras. Unos y otros son elementos con potenciales componentes nocivos para la salud si se exponen a altas temperaturas, una y otra vez. La práctica de “raspar” los residuos que se adhieren a las superficies de estos elementos para obtener la “terapia”, tal como ya se explicó, podría ser también un fuente de toxicidad. Así, es probable que quienes consumen en Santander de Quilichao se estén exponiendo a sufrir daños respiratorios y en otros órganos y neuropatías derivadas de la parafernalia que usan para consumir la heroína.

Estos elementos son además fuente de ingreso en momentos en los que no cuentan con recursos para consumir, y es común que se compartan entre varios aun cuando exista una alta percepción de riesgo por compartir. Esta práctica conlleva riesgos de exposición a virus como el de la tuberculosis e incluso de hepatitis virales.

Todos estos aspectos debe tenerse en cuenta a la hora de implementar acciones de reducción de daños, pues pueden ser impedimento para integrar nuevas prácticas o para usar implementos nuevos y estériles cada vez.

La sobredosis no es un evento tan familiar, pero muchos refieren episodios en ellos mismos o en personas de sus redes, incluso muertes asociadas.

En referencia a las prácticas sexuales es claro que el uso de heroína reduce la actividad sexual, pero ocurre. Con excepción de cuatro personas, las restantes dijeron haber tenido algún tipo de intercambio sexual en los treinta días previos a la encuesta. En este contexto se evidencia que perciben cierto beneficio en la respuesta sexual retardada cuando están bajo efectos de la heroína.

Las relaciones sexuales inician temprano (un año más temprano que en Medellín por ejemplo), siendo la edad media 13,6. Dos personas dijeron haber cobrado por el último intercambio y seis haber pagado.

El uso del condón es más sistemático con parejas distintas a la “permanente o estable”, así mientras el 44% lo usó siempre con las más estables, y solo una persona dijo haberlo usado en su último encuentro de este tipo, el 64% dijo haberlo usado en el último encuentro con parejas ocasionales.

El 85% se ha realizado al menos una prueba de detección de VIH y ninguna persona refirió haber recibido un resultado positivo; 23 de los resultados negativos fueron recibidos en el curso del año 2016. No obstante, 47% dijo conocer a alguna persona que vivía con VIH o que había muerto por Sida y se trató de parientes o personas con algún grado de cercanía.

Existe una clara percepción de riesgo asociada a la inyección como práctica, especialmente con el uso de jeringas compartidas, no tanto con el resto de parafernalia. El 75% sin embargo, cree que el riesgo es menor cuando las drogas se fuman, aspiran o inhalan, un 20% no considera que el riesgo sea menor.

A pesar de ello, persisten algunas creencias erradas sobre los modos de transmisión del VIH, ya que un número importante considera que hay riesgo por picaduras de insectos o por compartir comida. Así mismo, aunque el 79% cree que el condón protege, un número mucho menor hace uso consistente del mismo en sus relaciones sexuales.

Al igual que en Medellín, la mayoría de quienes participaron en el estudio y respondieron la encuesta (80%) recibió algún tipo de tratamiento en algún momento, 40 de ellos en modalidad residencial, 29 de estas personas pasaron por uno en el curso de los últimos 12 meses o se encontraban en proceso en el momento de responder la encuesta. 64% dijo haber estado en tratamiento de sustitución con metadona en algún momento.

Aunque existe una percepción positiva de algunos de los tratamientos disponibles en Santander, en particular el adscrito al Hospital Francisco de Paula Santander, la generalidad reniega de algunas de las experiencias y la mayor queja consiste en el trato irrepetuoso, displicente e inadecuado que dicen recibir en algunas instituciones.

Valoran aspectos como tener dónde dormir, o que la comida sea de calidad, pero consideran que aunque saben que necesitan límites y normas, los gritos y la falta de respeto no son mecanismos adecuados. Llama la atención que aunque algunos de los usuarios, en particular quienes estaban en tratamiento, consideran que el maltrato es legítimo “porque hay gente que no entiende sino a las malas”, la mayoría considera que no está bien. De hecho, lo que más valoran del tratamiento en el hospital es el buen trato que dicen recibir.

*“Uno va es para que lo ayuden, no para que lo llenen más de menosprecio a uno”,
“llegamos de la calle de ser maltratados... pues mejor me voy y que me humillen en la calle”,
“todo lo hacen pensando en la economía, pero no se fijan en la persona”.*

Este aspecto puede estar limitando la adherencia a los tratamientos junto con la dificultad de acceder a medicamentos que coadyuven en la deshabituación y contrarresten el malestar propio de la abstinencia a la heroína. Por los testimonios se deduce que en la mayoría de los tratamientos tuvieron que pasar el síndrome sin apoyo farmacológico o con medicamentos que los mantuvieron “dopados”, lo mismo ocurre en la cárcel, escenario por el que han pasado muchos de ellos pero que no cuenta con servicios de salud ajustados a sus necesidades.

En referencia a la metadona, llama la atención que el 32% dijo haber usado otros opiáceos en los últimos 12 meses, y 18 de ellos lo hicieron por vía oral, por lo que es probable que se trate de metadona. De acuerdo con la entrevista hecha a la profesional del programa del Hospital, se deduce que la metadona no está disponible en el contexto para todos los casos, pues es de “alto costo” y enfrentan dificultades con las Administradoras de Planes de Beneficio quienes limitan el acceso a 90 días y ponen otras talanqueras para el libre acceso al medicamento, tales como exigir atención por segundo o por tercer nivel de complejidad.

De esta forma, es posible entender porqué rehuyen la ayuda, no se adhieren a los tratamientos, recaen y reinciden. Al respecto dicen: *“ellos tienen el deber, nosotros somos seres humanos”*.

De acuerdo con una de las fuentes consultados en la prestación de servicios, la atención a esta población es difícil por la “negación”, es decir que desde la institucionalidad se percibe que estas personas niegan que tienen un problema y por eso es difícil ayudarles.

Los testimonios indican que por el contrario, las personas reconocen lo que les ocurre, sienten que es lo “peor” que le puede pasar a alguien; sufren cotidianamente por la gestión de dinero; por el malestar cuando no tienen cómo o con qué evitar el dolor y el cólico; por lo que han perdido a lo largo de sus carreras de consumo, por el dolor y el rechazo de sus familiares. No obstante, y a pesar de todo eso, evitan exponerse al malestar y al dolor, lo cual es comprensible.

“...cuando somos adictos, cuando estamos en ese mundo nadie nos escucha nadie nos propone porque como nadie nos cree entonces todo mundo hash quítese que este no más habla sino basura, siempre dicen ese man no quiere cambiar y entonces la pregunta es a qué ser humano le gusta comer mal, que lo maltraten, vivir en la calle, mojado sucio haciendo daños, a ningún ser humano”.

“Es que mucha gente piensa que para uno es una chimba estar así, que uno vive es reído, que uno vive es feliz de la vida y no es así, yo por lo menos fui una de las personas que decía ya no quiero estar más así, ya quiero dejar todo esto. Pero entonces la decisión de cambiar como que ummm, como que había algo que me impedía y pues a la final, gracias a Dios, por estar aquí (cárcel), porque si no hubiera sido así, no estoy como estoy ahorita”.

De esta forma, cualquier servicio o tratamiento que les implique vivir el malestar sin codyuvante alguno, o que les suponga el uso de medicamentos de uso psiquiátrico que los “dopa” no será para ellos una buena alternativa. Las razones de esto último pueden estar vinculadas con el hallazgo descrito en torno a los efectos tras la inyección.

Algunos testimonios refieren que los servicios no están adecuadamente preparados para atenderlos a ellos en particular. Igual que como ocurrió en Medellín, perciben que requieren un trato y un tratamiento diferencial, que su situación no es la misma de la de quienes usan otras sustancias y que los servicios deberían prepararse mejor para que la calidad de la atención sea mejor y más idónea.

De igual modo, creen que la atención debe reforzar el trabajo interdisciplinario, según algunos, raramente reciben atención por psicología por ejemplo.

A pesar de todo ello, tanto como algunos legitiman el maltrato, otros también consideran que el tratamiento falla porque la persona “no se deja ayudar”, “no se halla”, o “no pueden trabajar con ella”. Así, parece ser común en estas redes la idea de que es el usuario el que debe ajustarse a la institución y al tratamiento y no al contrario, por lo que se escucharon frases como *“el enemigo número uno no es la droga sino que es uno mismo”*.

Rehuir el malestar, el dolor y el cólico es también impedimento para acudir a servicios médicos cuando los requieren. Los tiempos de espera son extensos para ellos, como ya se explicó, la calidad de la heroína los lleva a consumir más veces el día. De igual modo sienten, a diferencia del CAD, que en el hospital el trato es “brutal”, *“lo demoran o lo hacen como con rabia”*.

Aunque la percepción de uno de los prestadores de servicios entrevistado es que la oportunidad de los servicios ha mejorado, es de mínimo dos semanas para cualquier procedimiento o remisión a tratamiento. Durante ese tiempo cualquier proceso de motivación para pedir ayuda que estuviera en curso en el caso, se puede perder. Como ellos mismos lo señalan, la demora hace que pierdan el impulso y las ganas: *“uno sigue en lo mismo, porque es más fácil seguir consumiendo que ir a hacer vueltas, madrugar, joder”*.

4.2 Análisis de necesidades y recomendaciones para la acción

- Prevención del inicio del consumo y de las transiciones

El municipio presenta la edad más temprana de inicio en el consumo de heroína y otras drogas como el bazuco, esto hace que la prevención sea una necesidad primaria e inaplazable en este contexto. Como se describió, la heroína está disponible tanto como la marihuana, la cocaína y el bazuco, para cualquier niño, niña o adolescente que inicie su contacto con sustancias ilícitas en Santander de Quilichao.

La amplia disponibilidad de la sustancia, tanto como el tiempo de exposición a la misma, hacen que sea una de tantas otras drogas con las que es posible experimentar. De igual modo la coincidencia en la edad de inicio para heroína y bazuco, confirman que son dos mercados que se han asentado de manera no solo paralela sino asociada. Por tanto, existe alto riesgo de explorar el consumo de sustancias ilícitas con dos de las sustancias de más alto potencial adictivo, con lo cual, las probabilidades de transitar rápidamente a consumos problemáticos son más elevadas que en otros contextos.

La caracterización de los usuarios también sugiere que muchos abandonan tempranamente la escuela, es entonces fundamental que se intervenga en el sector educativo pero también en las zonas de alta vulnerabilidad y de mayor deserción para minimizar el riesgo de involucramiento precoz en el consumo de sustancias ilícitas.

La inclusión social y la generación de oportunidades y alternativas para grupos de alta vulnerabilidad podrían llegar a tener un impacto positivo e importante en el municipio.

El desconocimiento con el que dicen haber llegado a probar heroína, sugiere que en general se desconocen los riesgos asociados y la naturaleza de esta sustancia. En consecuencia, es urgente reforzar acciones educativas y quizás retomar intervenciones focalizadas y específicas para Santander, que fueron piloteadas entre los años 2010 y 2011, pero que no se continuaron. Algunas piezas fueron incluso diseñadas para ese momento.

- Visibilizar el problema, humanizar el trato y dignificar

El alto estigma del que son objeto pasa también por la impresión de indiferencia ante la situación que viven. Sienten que como grupo no se les ha escuchado y no se les ha atendido como lo requerirían.

Así, aunque en el municipio hay diversos actores que se han movilizado para atender las necesidades básicas que tienen insatisfechas, tales intervenciones no son bien vistas ni por las redes de usuarios ni por los profesionales entrevistados, pues se consideran “asistencialistas”. Piensan por ello que son inocuas frente a precaria realidad que viven y para muchos de ellos es incluso contraproducente porque se acostumbran a la ayuda que a veces les es “cómoda”.

No obstante, cuando contaban con los servicios de brigadas de salud, sentían que los dignificaba. “vuelven a creerse personas” mejorando la estima propia.

Es importante que estas personas puedan contar con servicios que les permitan satisfacer necesidades básicas que son materia de derechos humanos fundamentales, y que dichos servicios respondan a una política pública en la materia (muchos dependen de la “buena voluntad” de algunas personas o instituciones) y que hagan parte de un sistema de atención integral, de lo contrario no se contribuye tampoco con la reducción de daños y riesgos.

Es claro por los testimonios que requieren comida, servicios de aseo e higiene personal, vestido y alimentación.

Es necesario también hacer un trabajo de sensibilización y pedagógico que permita empezar a reducir el estigma, la discriminación y el maltrato, al menos con actores institucionales, servicios de salud y comunidades de las zonas de impacto. Para ello se cuenta con líderes sociales que han construido puentes con esta población y tienen relaciones de respeto y confianza que serían aliados clave para estas estrategias.

Al respecto es importante tener en cuenta que a mayor marginalidad, mayor aislamiento. Cuando las personas han sido sistemáticamente violentadas, responden negativamente y

están a la defensiva con lo cual alimentan el ciclo de violencia y humillación que profundiza aún más el problema.

Si las necesidades se suplen, al menos parcialmente, es posible que factores como el hurto y otros que afectan la seguridad y la convivencia, empiecen a disminuir y si esto ocurre, los imaginarios empiecen a transformarse.

□ Lugares de paso, refugios, zonas de “tolerancia” y acceso a parafernalia

En muchos de los testimonios se evidencia que reconocen que no todas las personas están dispuestas a cambiar de la noche a la mañana y mucho menos a abstenerse de consumir. Las razones fueron ampliamente descritas.

Mientras algunos usuarios en tratamiento consideran que recibir servicios de asistencia básica o de reducción de daños es una “alcahuetería” porque impediría que las personas salgan de su situación tal como ellos lo están tratando de hacer, los usuarios activos piensan que sería positivo.

Por ello piden poder contar con un lugar en el que sea posible recibir los servicios mencionados, mientras están dispuestos a pedir ayuda o a cambiar sus hábitos de consumo.

Incluso en algunos casos se piensa que en estos lugares o zonas sea posible consumir. Hablan de una “zona de tolerancia”: *“uno no puede estar de un lado para otro como si uno fuera un perro”*.

En consecuencia, y dada la condición de habitabilidad de calle de muchas de estas personas, además de las necesidades básicas ya mencionadas, se requiere de algún espacio en el que puedan pasar la noche. Esta posibilidad minimizaría los riesgos que corren las mujeres y que fueron documentados, y reduciría los incidentes de seguridad.

Es importante, tener en cuenta que la operación de estos servicios debe darse bajo la lógica del bajo umbral, es decir que incrementar las exigencias o poner límites de horarios y otros condicionantes, los alejarán de los servicios por sentirlos altamente exigentes y poco ajustados a su realidad, con lo cual no se estaría cumpliendo con el propósito de los servicios.

Siendo Santander un municipio poco extenso, es posible diseñar una estrategia de intervención territorial en la cual se configure y consolide una asistencia integral a esta población, que a su vez incluya acciones de reducción de daños y zonas en las que el consumo pueda darse en condiciones reguladas y menos riesgosas. Es positivo que ya han existido estrategias de base comunitaria, tales como los centros de escucha y que muchas personas del municipio han sido formadas en estos modelos de intervención por parte de UNODC y del Ministerio de Salud.

Dada la baja popularidad de la inyección, en este caso no se trataría de una sala o lugar de consumo supervisada, sino de una zona o territorio en que la institucionalidad pueda hacer

presencia y ofrecer asistencia con enfoque diferencial ya que como ellos mismos lo señalan: *“esto no es como el bazuco”*.

Tal asistencia debería incluir la educación y la provisión de insumos de parafernalia que minimicen al máximo los riesgos descritos y propios de la modalidad de uso más común en el municipio. La posibilidad de que puedan acceder a aluminio apto para el consumo y a tubos o pipas de materiales también aptos para ello (de vidrio es el ideal o incluso de silicona).

Dado el riesgo sexual descrito, es importante que cuenten con acceso a condones y a educación para prevenir el VIH, otras ITSS y la tuberculosis. Esto debe focalizarse de manera especial en las mujeres quienes como se señaló, suelen verse involucradas en situaciones de alto riesgo y en intercambios que las exponen aún más por la inminente necesidad de conseguir medios para acceder a la sustancia.

En los pocos casos en los que se presenta inyección de heroína, es necesario entrar a intervenir con educación en salud y con parafernalia limpia para minimizar los riesgos que de hecho están corriendo.

De acuerdo con uno de los testimonios, la reducción de daños es un derecho y debe hacer parte de una estrategia de intervención integral.

Oportunidades de trabajo productivo e inclusión social

Los hallazgos sugieren que muchas de estas personas deben recurrir al delito como alternativa para obtener dinero y suplir su necesidad de heroína. Muchas otras (la mayoría) viven de actividades informales y trabajos temporales que incluyen el reciclaje. Muchas de ellas habitan la calle.

La fuerte estigmatización y la desconfianza impiden que estas personas puedan integrarse a una vida laboral formal, más aún si carecen de una atención adecuada que les permita mantener a raya el consumo de heroína.

Así, aunque en los testimonios se identifica como una necesidad sentida la posibilidad de ser formados en oficios, tener talleres, oportunidades y alternativas productivas, es necesario que se refuerce la posibilidad de ofrecer un tratamiento de sustitución con metadona con los mejores estándares posibles y sin barreras de acceso. Y explorar posibilidades para quienes continúan con un consumo activo y que podrían ser potenciales beneficiarios de acciones de reducción de daños.

La exclusión social y la falta de oportunidades para integrarse efectivamente a la vida social, familiar y productiva son razones mencionadas como responsables de muchas de las reincidencias en el consumo. De igual modo, la imposibilidad de “sobreponerse” al estigma de haber consumido heroína, les acompaña como un “sino” difícil de superar.

Desde el año 2009 cuando se llevó a cabo el primer diagnóstico situacional del fenómeno en el municipio, se mencionaba la exclusión social y la falta de oportunidades como uno de los principales factores de riesgo y vulnerabilidad para el consumo de heroína. Hoy sigue siendo

una necesidad no satisfecha y fundamental para el contexto, tanto para la prevención, como para el tratamiento y la reducción de daños.

□ Mejora en la calidad y oportunidad de los servicios

El que en un contexto de alto consumo de heroína no haya disponibilidad de sustitutos opiáceos o que su prescripción sea más la excepción que la regla, expone a los grupos de usuarios y a la comunidad en general, a grandes riesgos propios de consumos crónicos, complejos y no atendidos.

De igual modo, la expansión del fenómeno a otros municipios del Cauca, obliga a que se lleve a cabo una gestión decidida con las Administradoras de Planes de Beneficios a nivel departamental y municipal. No existe ningún impedimento normativo para prescribir metadona en los bajos niveles de complejidad, ni para ofrecerla como parte de un tratamiento de largo plazo, tampoco es cierto que se trate de un medicamento de alto costo. En todo caso, la limitante de ofrecer tratamientos idóneos a quienes usan heroína en Santander de Quilichao, elevará los costos para el municipio en distintas áreas y para el sector salud en el mediano y largo plazo.

La recomendación para la Administración Municipal y para la Secretaría de Salud, es buscar un espacio de articulación con el Departamento y promover un proceso de discusión y negociación con las EPS y las IPS en la que el Ministerio de Salud esté presente, para poder avanzar y resolver las múltiples “talanqueras” que de acuerdo con las fuentes, persisten. El acceso a la metadona es un derecho no solo consagrado en las leyes de salud vigentes, sino amparado por la Corte Constitucional en diversas sentencias y además es un derecho humano fundamental tipificado como derecho a la analgesia.

De acuerdo con las mismas fuentes consultadas, es necesario mejorar la articulación y el diálogo entre los diferentes niveles de complejidad, flexibilizar la prestación de los servicios para ajustarla a esta población, es decir, avanzar hacia una atención diferencial, mejorar la oportunidad en la respuesta y reforzar la capacidad del primer nivel de atención.

Es importante también, que junto con el Departamento, se pueda trabajar con los servicios habilitados para prestar tratamiento. Preocupan los testimonios que dan cuenta de tratos indignos que a todas luces son anticonstitucionales y que no están avalados por ninguna agremiación que soporte los modelos de comunidad terapéutica, que tampoco están basados en la evidencia y que no contribuyen a mejorar la adherencia ni el éxito de los tratamientos.

La exposición a malas prácticas en materia de tratamiento, ralentiza el camino hacia el cambio, cronifica las condiciones a tratar, produce desconfianza y desesperanza en las redes, refuerza el estigma y la discriminación, refuerza los imaginarios y las representaciones en torno a esta población y contribuye a profundizar los riesgos y daños derivados de estos consumos.

Es importante en todo caso reconocer que la capacidad de respuesta del municipio ante el fenómeno ha mejorado sustancialmente, si se compara con lo que contaba en el año 2008. El involucramiento del Hospital Francisco de Paula Santander en la atención a esta población, ha

sido decisivo, pero es necesario seguir avanzando para que las personas que usan heroína en Santander de Quilichao, cuenten con un tratamiento que cumpla con los estándares de atención para las personas dependientes a opiáceos. Este tratamiento se está dando en un contexto que cuenta con suficiente y amplia normatividad que habilita las mejores prácticas posibles, tal como ha sido el caso de otros territorios que en el país, afrontan la misma situación.

Referencias

Fitch, C; Rhodes, T & Stimson, G. *Origins of an epidemic: the methodological and political emergence of rapid assessment*. International Journal of Drug Policy. V:11 (1-2) 2000.

Ministerio de Justicia y del derecho, Ministerio de Salud y Protección Social y Observatorio de Drogas de Colombia (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, 2013. Informe final*.

Ministerio de Justicia y del Derecho MJD- Observatorio de Drogas de Colombia ODC (2015). *La heroína en Colombia: producción, uso e impacto en la salud pública, análisis de la evidencia y recomendaciones de política*. Bogotá D.C.: ODC

Organización Panamericana de la Salud OPS (2008). *Encuestas de comportamiento en consumidores de drogas con alto riesgo CODAR: herramientas básicas para la vigilancia de segunda generación de la trasmisión del VIH y otras ITSS en CODAR. Cuadernos 1, 2 y 3*.

En:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=853%3A2009-encuestas-comportamiento-consumidores-drogas-alto-riesgo-codar&catid=745%3Asurveillance-monitoring-evaluation&lang=es

World Health Organization WHO (2003). *RAR-Review: an international review of rapid assessments conducted on drug use, a report from the WHO Drug Injecting Study Phase II*. Fitch, C & Stimson, G.



MINJUSTICIA



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

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



Santander de Quilichao
**COMPROMISO
DE Todos**

