

Estudio de

# prevalencia de VIH

y comportamientos de riesgo  
asociados, en usuarios  
de drogas por vía inyectada (UDI)  
en Medellín y Pereira

Investigación del Ministerio de Salud y Protección Social realizada  
por la Universidad CES en el marco del convenio con la Oficina  
de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC



Libertad y Orden

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
República de Colombia

Informe final del Estudio de prevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira.

Este documento hace parte del desarrollo del eje de mejoramiento de la capacidad de respuesta de la Política y el Plan Nacional para la Reducción del Consumo de SPA 2009-2011, se desarrolló en el marco del Convenio entre el MSPS-UNODC y con el apoyo técnico de la Universidad CES.

**Autor Institucional:** Ministerio de Salud y Protección Social

**Autores:**

DEDSY YAJAIRA BERBESÍ FERNÁNDEZ

LILIANA PATRICIA MONTOYA VÉLEZ

ÁNGELA MARÍA SEGURA CARDONA

PEDRO MATEU-GELABERT

**ISBN 978-958-57372-1-1**

Año de la publicación 2012

Bogotá, abril 2012

© Derechos Reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de este documento, por cualquier medio escrito o visual sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC).



BEATRIZ LONDOÑO SOTO  
Ministra de Salud y Protección Social

CARLOS MARIO RAMÍREZ RAMÍREZ  
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ  
Viceministro de Protección Social

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL  
Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ  
Director de Promoción y Prevención

## Equipo Técnico



Libertad y Orden

**Ministerio de Salud y Protección Social**  
República de Colombia

ALDEMAR PARRA ESPITIA  
Responsable del Grupo de Salud Mental y Drogas

INÉS ELVIRA MEJÍA MOTTA  
Asesora - Interventora



**UNIVERSIDAD CES**  
*Un Compromiso con la Excelencia*  
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

DEDSY YAJAIRA BERBESÍ FERNÁNDEZ  
Investigadora  
Grupo Observatorio de Salud Pública

LILIANA PATRICIA MONTOYA VÉLEZ  
Investigadora  
Grupo Salud Mental

ÁNGELA MARÍA SEGURA CARDONA  
Investigadora  
Grupo Epidemiología y Bioestadística

PEDRO MATEU-GELABERT  
Asesor técnico del estudio  
National Development Research Institute

# CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN.....	11
2.	ANTECEDENTES.....	15
3.	OBJETIVOS.....	21
3.1	Objetivo general.....	21
3.2	Objetivos Específicos.....	21
4.	METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO.....	23
4.1	Tipo de estudio.....	23
4.2	Población de referencia.....	23
4.3	Muestra.....	23
4.4	Proceso de recolección de la información.....	24
4.5	Fuentes de información.....	28
4.6	Técnica e instrumento de recolección de información.....	28
4.7	Control de sesgos.....	29
4.8	Prueba piloto.....	30
4.9	Criterios de inclusión.....	30
4.10	Procesamiento de la información.....	30
4.11	Plan de análisis.....	30
4.12	Plan de divulgación de los resultados.....	30
5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	31
6.	RESULTADOS.....	33
6.1	Fase Exploratoria.....	33
6.1.1	Saberes de algunas instituciones sobre el consumo de drogas inyectadas.....	34
6.1.2	Saberes de los usuarios sobre el consumo de drogas inyectadas.....	36
6.1.3	Aportes de la fase exploratoria a la definición de aspectos logísticos para la investigación.....	37

6.1.4	Impacto de la fase exploratoria en la realización de las fases posteriores de la investigación .....	37
6.2	Fase de Expansión.....	37
6.2.1	Características sociodemográficas.....	39
6.2.2	Comportamientos de riesgo .....	45
6.2.3	Prevalencia de VIH .....	62
6.2.4	Utilización de servicios de salud.....	65
7.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	69
8.	RECOMENDACIONES.....	73
9.	BIBLIOGRAFÍA .....	75

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según grupos de edad en Medellín y Pereira .....	40
Tabla 2.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según sexo en Medellín y Pereira .....	41
Tabla 3.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según nivel de escolaridad en Medellín y Pereira.....	42
Tabla 4.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según estado civil en Medellín y Pereira .....	43
Tabla 5.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según estrato socioeconómico familiar y actual en Medellín y Pereira.....	44
Tabla 6.	Estimaciones de prevalencia de consumo de drogas en el último año en población UDI. Medellín y Pereira .....	45
Tabla 7.	Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según consumo de drogas un mes previo al inicio de la inyección. Medellín y Pereira..	46
Tabla 8.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según actividades asociadas con drogas en los últimos seis meses en Medellín y Pereira .	47
Tabla 9.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según comportamiento de riesgo sexual con pareja sexual permanente en Medellín y Pereira .....	49

Tabla 10.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según comportamiento de riesgo sexual con parejas casuales. Medellín y Pereira.....	50
Tabla 11.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según comportamiento de riesgo sexual relacionado con trabajo sexual en Medellín y Pereira .....	51
Tabla 12.	Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según características en la primera inyección en Medellín y Pereira .....	53
Tabla 13.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según características de la inyección en los últimos seis meses en Medellín y Pereira .	55
Tabla 14.	Distribución de la proporción de los usuarios de drogas inyectables según razones para compartir el equipo de inyección en Medellín y Pereira.....	56
Tabla 15.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según intercambio de otros elementos en el proceso de inyección. Medellín y Pereira ..	57
Tabla 16.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según persona con la que ha compartido la jeringa en Medellín y Pereira .....	58
Tabla 17.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según conductas de inyección con otros usuarios en Medellín y Pereira .....	59
Tabla 18.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según características del último evento de inyección .....	60
Tabla 19.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según actividades realizadas en el último evento de inyección en Medellín y Pereira .	61
Tabla 20.	Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según otras actividades realizadas en el último evento de inyección. Medellín y Pereira .	62
Tabla 21.	Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según estado de VIH. Medellín y Pereira.....	63
Tabla 22.	Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según conocimientos sobre el VIH y relación con consumo de drogas inyectables en Medellín y Pereira.....	63
Tabla 23.	Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según conocimientos sobre el VIH y relación con consumo de drogas inyectables en Medellín y Pereira.....	64
Tabla 24.	Distribución porcentual de los usuarios de drogas inyectables según utilización de servicios de salud en Medellín y Pereira.....	66
Tabla 25.	Distribución porcentual de los usuarios de drogas inyectables según consecuencias relacionadas con el consumo en Medellín y Pereira .....	67

## TABLA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Número de olas requeridas para lograr el equilibrio por características demográficas y estado de VIH en Pereira y Medellín .....	39
Gráfico 2. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según grupos de edad en Medellín y Pereira .....	40
Gráfico 3. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según sexo en Medellín y Pereira .....	41
Gráfico 4. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según nivel de escolaridad en Medellín y Pereira.....	42
Gráfico 5. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según estado civil en Medellín y Pereira .....	43
Gráfico 6. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según estado socioeconómico actual en Medellín y Pereira .....	44
Gráfico 7. Prevalencia anual de consumo de drogas en población UDI. Medellín y Pereira.....	46
Gráfico 8. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según actividades asociadas con drogas en los últimos seis meses en Medellín y Pereira .	48
Gráfico 9. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según frecuencia de contacto sexual con alguien del sexo opuesto (IC 95%) .....	48
Gráfico 10. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según razones para iniciar el consumo inyectable .....	54
Gráfico 11. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según frecuencia de inyección .....	54

## TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Cadena de reclutamiento en la metodología de RDS.....	26
Figura 2. Reclutamiento de usuarios de drogas inyectables en la ciudad de Medellín ..	38
Figura 3. Reclutamiento de usuarios de drogas inyectables en la ciudad de Pereira .....	38



## AGRADECIMIENTOS

A la Doctora *Inés Elvira Mejía Motta*, Asesora Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA, por brindar la orientación y experiencia requerida en el desarrollo del proyecto.

A las *Direcciones Departamentales de Antioquia y Risaralda y Municipales de Medellín y Pereira* que participaron activamente en la Investigación.

A la ONG *Hábitat* y su Director *Jorge Andrés Ortega Correa*, por el trabajo realizado en la recolección de información en la ciudad de Pereira.



# 1

## INTRODUCCIÓN

---

*La gran victoria que hoy parece fácil fue  
el resultado de pequeñas victorias  
que pasaron desapercibidas*

**Paulo Coelho**

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) genera un fuerte impacto económico y causa un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia. De acuerdo al informe mundial sobre la epidemia mundial de Sida, se estima que, en todo el mundo, 33,4 millones de personas vivían con el VIH en 2008. En total, 2,0 millones de personas fallecieron a causa del sida en este mismo año (ONUSIDA, 2010).

La pandemia de VIH es sumamente devastadora en las naciones de ingresos medios y bajos, pero incluso en los países con muchos recursos para financiar la prevención, la aparición de nuevos casos de infección por VIH se siguen reportando. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en 2004 que 1,6 millones de personas de los países de ingresos altos vivían con VIH (UNAIDS & OMS, 2004); en el año 2005, dos millones de personas solo en Norteamérica, Europa occidental y Europa central vivían con VIH y 65 000 se infectaron de forma reciente en estas tres regiones. La disponibilidad generalizada del tratamiento antirretroviral (TAR) permite a muchas personas en los países de ingresos altos, vivir por más tiempo y de forma más saludable que las personas en los países de escasos recursos. Además, aunque el TAR logre eliminar el virus, aun sería deseable prevenir la propagación del VIH (Underhill K. et ál. 2008).

Según los datos oficiales de VIH-Sida en América Latina 2007, en Colombia las relaciones sexuales entre hombres fueron el principal factor de transmisión del VIH, observando una prevalencia del 10 al 18% entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en varias ciudades.

Las relaciones sexuales remuneradas no protegidas constituyen otro factor fundamental, de modo que, en 2006 se registraron prevalencias del VIH del 3,3 y 5% entre profesionales femeninas del sexo de Barranquilla, en la costa caribeña (Ministerio de Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, 2009).

El consumo de drogas está relacionado con el VIH, esa unión se produce cuando las drogas se inyectan y se utiliza un material contaminado. Además, es un hecho reconocido que el consumo de ciertas drogas puede hacer aumentar un comportamiento sexual de riesgo que a su vez puede favorecer la transmisión del VIH. De los diferentes modos de transmisión que existen, la inyección de una sustancia contaminada por el VIH en el torrente sanguíneo es el más eficiente de todos ellos: mucho más que la transmisión por vía sexual (ONUSIDA, 2010).

Muchos países de Europa, Norte América, Asia y del Sudeste Asiático han mostrado cómo el uso de heroína y más específicamente la inyección como vía de administración de las sustan-

cias suelen asociarse a índices de prevalencia de VIH u otras infecciones como las hepatitis virales muy altos, por lo regular superiores al 30%. Las epidemias asociadas al uso inyectado de drogas han sido ampliamente documentadas y hoy su intervención adecuada y oportuna es una de las acciones prioritarias en países en los que se visibiliza este tipo de consumos (Reid S, 2009).

Según la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA, la epidemia de VIH es concentrada cuando la prevalencia en grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) supera el 5% y en mujeres gestantes, no es superior a 1%. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a la región Andina.

De igual modo, por las características de la epidemia de VIH/Sida en Colombia de naturaleza concentrada es importante avanzar en la priorización y focalización de acciones en grupos altamente vulnerables.

Si bien los consumidores de drogas no se incluyeron dentro de los grupos a priorizar en el marco del Plan Nacional de Respuesta al VIH/Sida 2008-2011 (Ministerio de Protección Social, 2008), el Ministerio de la Protección Social comprende la necesidad de empezar a visibilizar estos grupos y adelantarse en las acciones de vigilancia de segunda generación y otras iniciativas de vigilancia centinela para avanzar en conocer mejor el aporte que podrían estar haciendo estos grupos al perfil actual y futuro de la epidemia en Colombia.

Según el Ministerio de Protección Social de Colombia, el país enfrenta un nuevo reto con el creciente consumo de heroína, esta sustancia por su naturaleza típicamente inyectable supone un claro impacto para la salud pública. Así mismo, como antecedente importante existe el Estudio Multicentro realizado por la OMS y en Programa Presidencial Rumbos en Bogotá (Mejía IE & Pérez A, 2005), entre 2001 y 2002, en el cual se entrevistaron 410 personas (inyectores, ex inyectores, expendedores y no inyectores). Los resultados muestran que el uso intravenoso de drogas es más frecuente de lo que se pensaba; los riesgos del policonsumo de drogas, del uso intravenoso de estas, de la actividad sexual desprotegida, evidencian que la población de inyectores es un foco importante para el desarrollo de epidemias como el VIH y la Hepatitis B y C.

Este estudio arrojó una prevalencia de VIH cercana al 1%, superior al del general de la población que en la actualidad aún se ubica en 0,7%. Pasados ocho años de esta iniciativa y teniendo en cuenta las dinámicas internas de expansión del uso de la heroína es necesario conocer a fondo lo que está ocurriendo y avanzar en un ejercicio de caracterización de los consumidores de alto riesgo (CODAR) (Organización Panamericana de la Salud, 2008) y de sus comportamientos de riesgo.

En el marco de la Política Nacional de Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (Ministerio de Protección Social, 2007) y dentro de las acciones previstas en su propuesta operativa 2009-2010 y en particular en los ejes de capacidad de respuesta y de mitigación, se ha previsto mejorar el conocimiento de la realidad de consumo y de las consecuencias asociadas a ciertos consumos emergentes que traen consigo un alto impacto en salud.

El desarrollo de la investigación busca determinar la seroprevalencia de VIH en la población usuaria de drogas inyectadas y los comportamientos de riesgo asociados; este proceso incluía una prueba de tamizaje a estas personas, utilizando la metodología (Respondent Driven Sampling; describiendo sus fases de diseño de protocolo, muestreo, ajuste de instrumentos, aval ético, operativo de campo, asesorías pre y posprueba, aplicación de instrumentos y análisis de información y manteniendo el respeto, coherencia y honestidad con las personas UDI (Ministerio de Protección Social, 2005).



# 2

## ANTECEDENTES

---

*No se conoce completamente una ciencia mientras  
que no se sepa su historia*

**Auguste Comte**

**E**l Programa Conjunto de Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA) estima que a finales del año 2007 habían 33 millones de personas en el mundo que vivían con VIH/Sida, 92,8% de las cuales correspondía a adultos/as. Solo durante el año 2007, un total de 2.7 millones de personas contrajeron la infección y 2 millones fallecieron por Sida, siendo esta una de las principales causas de mortalidad en el mundo y la primera causa de defunción en África. No obstante, en los dos últimos años el número de personas fallecidas por enfermedades relacionadas con el Sida se ha reducido, en parte, gracias a los efectos que tiene la terapia antirretroviral (TARV) en la sobrevida de quienes viven con VIH.

Si bien la prevalencia mundial de la infección por VIH se ha estabilizado, el número total de personas que viven con este virus está aumentando debido a las nuevas infecciones que aparecen cada año, a los tratamientos antirretrovirales que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones aun superan en número a las muertes por Sida. Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con VIH en el mundo y los jóvenes entre 15 y 24 años, son el 45% de las nuevas infecciones.

África subsahariana continúa siendo la región más afectada por el VIH y en el año 2007 el 67% de todas las personas que vivían con VIH y el 72% de las muertes por Sida, correspondieron a esta región. Sin embargo, los aumentos más preocupantes en el número de nuevas infecciones se registran en países muy poblados de otras regiones como Indonesia y la Federación Rusa.

En casi todas las regiones del mundo, fuera del África subsahariana, el VIH afecta en forma mayoritaria a hombres que tienen sexo con hombres y a personas usuarias de drogas inyectables, poblaciones en las que la prevalencia sigue creciendo. En América Latina, las estimaciones alcanzan a 1.7 millones de personas que viven con VIH.

Durante el año 2007 aparecieron 140 000 nuevas infecciones y hubo 63 000 muertes por Sida. La transmisión de la epidemia sigue estando concentrada en poblaciones consideradas como de mayor vulnerabilidad, entre las cuales se encuentran los/as trabajadores/as sexuales y los hombres que tienen sexo con hombres.

La epidemia del VIH en la subregión Andina está concentrada en hombres que tienen sexo con otros hombres (prevalencias entre 10 y 20%) y trabajadores/as sexuales (prevalencias entre 0,5 y

4,4%, aunque estas se incrementan cuando se trata de trabajadores sexuales masculinos), mientras que en la población general está por debajo del 0,6% en todos los países (entre 0,1 y 0,5% en embarazadas de 15 a 24 años de edad) (UNAIDS & OMS, 2004).

En 2008 ONUSIDA estimaba un total de 376 490 personas viviendo con VIH en la subregión, lo que significa una prevalencia de 0,33% en población general. En los últimos 5 años, el número anual de casos nuevos de VIH notificados se ha incrementado en la subregión. La mayor oferta de Asesoría y Prueba Voluntaria (APV), en particular entre las gestantes, explicaría, al menos en parte, esa tendencia ascendente así como la disminución en la brecha de la razón hombre mujer (ONUSIDA, 2011).

La infección por el VIH afecta principalmente a la población joven y adulta; entre 81,3 y 89,6% de las personas con VIH tenía entre 15 y 44 años de edad al momento del diagnóstico; y entre 15,1 y 25,1% tenía entre 15 y 24 años. ONUSIDA estima que la mitad del total de las nuevas infecciones por VIH corresponde a personas menores de 25 años y dos tercios de la población de la subregión se encuentra por debajo de esta edad.

Se calcula que, en todo el mundo, hay unos 3 millones de usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH, mientras que 13 millones más corren el riesgo de infectarse. En todo el mundo se estima que cada usuario de drogas inyectables dispone de menos de dos agujas estériles al mes (ONUSIDA, 2011).

En consecuencia, el VIH continúa propagándose entre los usuarios de drogas inyectables, y si bien en la actualidad dichas infecciones solo representan entre el 5 y el 10% del total mundial, en algunas partes del mundo constituyen el sector de población más afectado. Por ejemplo, por lo menos la mitad de todas las infecciones por el VIH en la China, Malasia y Vietnam están relacionadas con el uso de drogas inyectables; y la infección por el VIH se está extendiendo rápidamente en partes de Europa Central y Oriental, y los recientemente independizados estados de la anterior Unión Soviética, por compartir utensilios contaminados para la inyección (The sciences or improving lives, 2011).

Las epidemias por el VIH, entre los usuarios de drogas inyectables se diferencian de las de los otros sectores de la población porque pueden propagarse rápidamente dentro de la comunidad de usuarios de drogas y de ahí pasar a la población en general. La experiencia en ciudades como Bangkok, Nueva York y Odesa ha demostrado que una vez que los índices de prevalencia del VIH alcanzan un umbral de alrededor del 10%, pueden elevarse a más de 50% en menos de cuatro años (Copenhaver MM. et ál. 2006).

En los programas relativos al VIH dirigidos a los usuarios de drogas inyectables es esencial contar con una estrategia integral que promueva el cambio de comportamientos mediante la reducción del daño. Esta estrategia se basa en las lecciones aprendidas a nivel internacional y trata de mantener un bajo nivel de prevalencia entre dichos usuarios, concentrándose en el riesgo de compartir equipos de inyección contaminados (en vez de en el uso de drogas o las inyecciones). También existe un enfoque integral para hacer frente al riesgo de transmisión sexual.

La vigilancia de segunda generación corresponde a sistemas de vigilancia que permiten generar información, a través de la recolección de datos obtenidos con diferentes metodologías. A



diferencia de la de primera generación, la vigilancia de segunda generación adiciona el estudio sociocomportamental a la tradicional vigilancia serológica de VIH. Con ello es posible identificar los conocimientos y comportamientos de la población y asociarlos a los niveles de prevalencia de VIH, es decir, conocer los factores que pueden ser determinantes en la exposición al riesgo y los factores protectores frente a ese riesgo.

La vigilancia básica o de primer nivel (de primera generación) se basa en la notificación individual de personas con diagnósticos nuevos de infección por VIH, muertes por Sida y, en algunos países, el paso de infección VIH a Sida; este sistema está afectado por el subregistro significativo, a pesar que los países de la subregión Andina han hecho esfuerzos para reducirlo en los últimos años.

Desde la perspectiva de la vigilancia en salud pública, si bien se han registrado una serie de avances en cuanto al registro de las notificaciones de las personas viviendo con VIH y se han efectuado estudios de seroprevalencia en diversas poblaciones expuestas por vía sexual en varios países, las limitaciones metodológicas vinculadas a la inexistencia de marcos muestrales que permitieran abordar a poblaciones escondidas o de difícil acceso, así como consideraciones éticas respecto a estudios de tipo anónimo no ligados, dificultaron la realización de mediciones de prevalencia de VIH/Sida en UDI que permitieran conocer la magnitud de la epidemia en esta población objetivo.

En este contexto, y ante la necesidad de contar con información de seroprevalencia en una población oculta y que es vulnerable a la epidemia en el país, considerando además aspectos comportamentales que constituyeran un insumo para las estrategias de prevención, surge la iniciativa de desarrollar un estudio de prevalencia de VIH/Sida en usuarios de drogas inyectables en dos ciudades de Colombia.

Las dos ciudades seleccionadas para la presente investigación fueron Medellín y Pereira, por los antecedentes frente al consumo de drogas inyectables y los riesgos identificados previamente producto de otras investigaciones ya mencionadas en el presente documento.

En Colombia, el abuso de heroína es reciente y menos conocido que el de otras sustancias psicoactivas; sin embargo, los datos de salud sugieren que dicho consumo se ha convertido en un problema progresivo que actualmente “demanda esfuerzos adicionales de investigación para establecer sus características específicas y su verdadera dimensión” (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Su consumo se ha comportado de manera escalonada en las últimas dos décadas, constituyéndose en una preocupación priorizada para el Ministerio de la Protección Social. Dada además su asociación con la propagación del VIH, las líneas de acción para frenar lo que pudiera ser una epidemia concentrada por la alta disponibilidad de heroína en el país se perciben más necesarias que nunca.

El Primer Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas se realizó en 1992 (Dirección Nacional de Estupefacientes, 1992), sin embargo, no fue sino hasta un año después que los primeros datos sobre el consumo de heroína en el país fueron presentados en el Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas (1993).

Este estudio encontró una prevalencia anual superior a 6 personas por diez mil, correspondiendo todos los casos a hombres del área urbana, y el 80% de este total se encontraban en edades entre los 16 y los 19 años (Ministerio de Salud, 1994).

En esta época, ya se presumía una alarma en el consumo de heroína, dado el incremento de su disponibilidad en el país. Hasta esa fecha, la producción de otras sustancias psicoactivas, especialmente la cocaína, era prevalente en Colombia, sin embargo, durante la década de los 90 el país fue escalonando la producción y exportación de heroína, de acuerdo con lo reportado en los anuncios de prensa de la Drug Enforcement Administration DEA, del Gobierno de los Estados Unidos.

Acorde con estos reportes, en 1995 Sur América fue la responsable del 32% de la heroína que llegaba a los Estados Unidos, proveniente especialmente de Colombia, con un estimado de 20.000 hectáreas de cultivos de amapola. Para 1996, la exportación de heroína hacia los Estados Unidos, principalmente desde Colombia se había multiplicado hasta alcanzar un 62% del mercado americano (Drug Enforcement Administration, 2002).

En 1997 se realizó el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, el cual de manera coherente con el incremento en la producción y disponibilidad de heroína en el país arrojó una prevalencia duplicada de 1,2%, evidenciando un incremento en el consumo (Ministerio de Salud, 1997).

Durante 1999 se llevaron a cabo dos estudios separados relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. El primero de ellos se realizó en 12 Centros Penitenciarios de la ciudad de Manizales con una muestra de 851 detenidos, que reportó una prevalencia de consumo de heroína por vía intravenosa del 0,2% (Gobernación de Caldas, 1999).

El segundo estudio fue realizado por el Programa Presidencial RUMBOS y la Comisión Nacional de investigación en drogas, en jóvenes del país entre los 10 y los 24 años (Programa Rumbos, 2002), al comparar jóvenes de secundaria y jóvenes universitarios, el estudio encontró una prevalencia de consumo de vida del 1,6% en estudiantes universitarios, llamando la atención la alta proporción en universitarios de Tunja (3,1%) y Pasto (2,8%).

Las prevalencias de consumo de heroína reportadas en el sondeo nacional sobre consumo de drogas en jóvenes (1999) llaman la atención, en tanto las prevalencias de vida, para el consumo más altas se encontraron en las ciudades cercanas a los principales cultivos de amapola y centros de procesamiento de heroína del país en esa época, tales como Yopal, Puerto Carreño y San José del Guaviare, con prevalencias de vida del 2,8, 2,1 y 1,6%, respectivamente, seguidas de ciudades como Ibagué 1,1.% y Medellín 1,1.% (Programa Rumbos, 1999).

Para finales del 2002, la heroína Colombiana ya dominaba el mercado en el oriente de Estados Unidos, gracias a su alta pureza y bajos costos (DEA, 2010). Su disponibilidad en Colombia iba en aumento, al igual que las prevalencias de consumo.

En el 2003 culminó la Fase II del Estudio Mundial (Multi-Centro) sobre uso intravenoso de drogas y riesgos para la salud llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud en 13 ciudades

del mundo, con una población para Colombia de 410 participantes (inyectores, ex inyectores, expendedores y no inyectores) de la ciudad de Bogotá. El objetivo de este estudio era el de proveer información acerca de la naturaleza actual, la extensión y las implicaciones de la inyección intravenosa, así como lograr una mejor comprensión de los factores socioculturales y legales que podrían estar influenciando la toma de riesgos (Mejía IE & Pérez A, 2005).

Los resultados de este estudio, en Colombia, confirmaron que el uso de drogas inyectadas se había posicionado como una alternativa para muchos jóvenes de Bogotá. Si bien este mecanismo de consumo no se reportó como un hábito en la población de consumidores de sustancias psicoactivas, la inyección de alcohol parecía estar en aumento. Los patrones de inyección detectados no mostraron necesariamente una expansión de la inyección de heroína, pese a su creciente disponibilidad, en su defecto, el uso de alcohol y cocaína inyectada tendía a volverse cada vez más popular.

En cuanto a los comportamientos sexuales de riesgo en esta población, se encontró que la mayor parte de quienes participaron en la segunda etapa del estudio tuvieron parejas sexuales (primarias o casuales) que nunca se habían inyectado drogas, es decir, que la mayoría de sus parejas sexuales se encuentran por fuera del círculo de usuarios de drogas intravenosas.

El estudio evidenció la realidad sobre el consumo de drogas inyectadas en Bogotá, su estatus subterráneo, y los peligros latentes que su consumo conlleva para la salud pública de la población de UDI, y la población general. Es a través de los resultados de dicho estudio, que se evidencia y denuncian los riesgos y los retos que enfrenta el país en materia de consumo de drogas intravenosas. Si bien los resultados de estudios posteriores relacionados con el consumo de heroína reportan de manera constante y sostenida el incremento en su consumo, la vía de consumo no es discriminada.

Por ejemplo, en el 2004 se realizó la Encuesta Nacional sobre Consumo SPA en Jóvenes Escolares de 12 a 17 años, en la cual participaron las instituciones públicas y privadas existentes en el año 2002 (de acuerdo con el Ministerio de Educación Nacional), con una muestra mayor a 100.000 estudiantes (Ministerio de la Protección Social, 2004).

Este estudio arrojó una prevalencia de vida nacional para el consumo de heroína del 1,0%, y una prevalencia de vida del 1,3% en colegios tanto públicos, como privados. El consumo entre hombres (1,7%) fue más prevalente al compararlo con el consumo entre las mujeres (1,0%). Es importante anotar que estas proporciones no están discriminadas por vía de consumo.

De manera contraria, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en conflicto con la Ley en Colombia, de 2009 (Dirección Nacional de Estupefacientes, 2009), reporta una prevalencia de consumo de heroína superior en mujeres que en hombres, y una prevalencia general de vida del 5,6% (cuatro veces mayor a la prevalencia en jóvenes escolarizados), y de 4,0% en el último año (más de tres veces la prevalencia en escolarizados).

De igual forma, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia de 2008, muestra que el consumo de heroína es ya un problema socialmente relevante, aunque no se hace una discriminación en su vía de consumo. Dicho estudio arrojó una prevalencia de vida

de 0,2%, y una prevalencia anual 0,02%, constituyendo los hombres la mayoría de sus consumidores (Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupeficientes, 2008); se identificaron prevalencias muy bajas de consumo de heroína posiblemente relacionado con la población de referencia (hogares).

En el 2009, se llevaron a cabo otros dos estudios locales en las mismas ciudades en las que el presente estudio ha tenido lugar. El primero de ellos fue realizado en Pereira, con una serie de casos conformada por 120 varones mayores de 16 años de edad, adictos a heroína y/o derivados de la coca (cocaína o basuco), pertenecientes a 13 centros de rehabilitación del municipio de Pereira. De ellos, el 26% (20) de las personas en tratamiento informaron utilizar heroína de manera inyectable (Isaza C. et ál., 2010).

El segundo estudio se realizó en Medellín y su objetivo fue indagar por características del consumo de heroína. Para ello, fueron estudiadas 42 personas adictas a esta sustancia, de las cuales el 24% (10) la utilizaban de manera inyectable (Castaño G. & Calderón GA., 2010).

Con relación al microtráfico de heroína, un tercer estudio realizado en Medellín y Bogotá en el 2009, se llevó a cabo en una muestra de 40 consumidores de heroína que se encontraban bajo tratamiento al momento de la entrevista. Con edades entre 17 a 22 años, la muestra contaba con un alto porcentaje de estudiantes universitarios, de estrato medio alto, en su mayoría hombres y con una historia de consumo de más de tres años; utilizando como vías de consumo la heroína fumada, inhalada y principalmente inyectada (correspondiendo al porcentaje más alto). Este estudio, estableció las diferencias que existen entre ambas ciudades con relación al microtráfico de heroína, siendo este más común en Medellín (Pérez A., 2011).

En el Estudio epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas a la población universitarias, el uso de cocaína alguna vez en la vida fue declarado por el 6,4% de los estudiantes de Colombia, cifra que se reduce a menos de la mitad en los otros tres países (Bolivia, Ecuador y Perú) (Comunidad Andina, 2011).

En conclusión, la evidencia muestra un crecimiento constante y progresivo en la disponibilidad de drogas inyectables en el mercado nacional, y la subsecuente elevación de la prevalencia de consumo desde los años 90.

Actualmente, los resultados arrojados por los diversos estudios llevados a cabo en el país, alertan sobre la necesidad de realizar un seguimiento riguroso de la problemática, pero muy especialmente, de los riesgos que trae consigo el consumo de drogas inyectadas, y la necesidad de contención de una posible epidemia de VIH y hepatitis como consecuencia.

# 3

## OBJETIVOS

---

### 3.1 Objetivo general

Determinar la seroprevalencia de VIH y comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira, Colombia.

### 3.2 Objetivos específicos

1. Identificar las principales características sociodemográficas y culturales de la población objeto de estudio.
2. Describir los comportamientos de riesgo asociados de la población UDI con relación al VIH-sida.
3. Establecer la seroprevalencia de VIH en la población objeto de estudio.
4. Caracterizar la utilización de los servicios de salud



# 4

## METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

*Una ciencia, realmente, es el método, y este no es otra cosa que la lealtad racional al propósito que nos hemos fijado. Sin método, sin orden, sin voluntad, no se cumplen los objetivos*

**W. Sanders**

### 4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio con un componente cualitativo y una fase cuantitativa de tipo prevalencia-analítica, con el cual se esperaba obtener información sobre los comportamientos de riesgo asociados, en usuarios de drogas inyectadas (UDI), al igual que determinar la seroprevalencia de VIH para el segundo semestre de 2010 en dicha población.

### 4.2 Población de referencia

La población de referencia para el estudio sobre comportamiento de riesgo en VIH, fue la población de usuarios de drogas inyectadas de las dos ciudades seleccionadas en conjunto con el Comité técnico encabezado por el Ministerio de Salud y Protección Social, representantes del Grupo Temático en VIH/Sida del Sistema de Naciones Unidas, representantes académicos y otras instancias determinadas por las entidades contratantes.

### 4.3 Muestra

Debido al tipo de población estudiada, no fue posible contar con un marco muestral conocido que permitiera diseñar una muestra probabilística convencional, por lo que se optó por una muestra de referencia en cadena basada en quienes responden (RDS según sus iniciales en inglés), método que ha comprobado su utilidad para acceder a poblaciones de difícil acceso como son los usuarios de drogas inyectables y que consiste en un muestreo con referencia en cadena, pero que incorpora teorías de redes sociales para obtener una muestra que se aproxime a la población estudiada.

Para el cálculo del tamaño muestral para cada una de las ciudades seleccionadas. Se utilizó la fórmula para una proporción, con un nivel de confianza  $1-\alpha=95\%$ , una precisión absoluta del 4%, efecto de diseño de 5 y con una proporción de 2% teniendo en cuenta la prevalencia de VIH en la población Colombiana. Esperando recolectar una muestra de 240 personas para cada ciudad seleccionada.

$$n = \frac{N z^2 p (1-p)}{d^2 (N-1) + z^2 p (1-p)}$$

El método RDS se inicia con un grupo de “semillas” o participantes seleccionados no aleatoriamente de la población objetivo. En el caso de la presente investigación se determinó una cantidad inicial de tres semillas, de doce posibles semillas identificadas inicialmente. Desde estas semillas se iniciaron las cadenas de reclutamiento y se logró la muestra requerida.

Considerando desde la formulación del protocolo de investigación hasta la elaboración del presente documento, el estudio tuvo una duración total de 6 meses, entre octubre de 2010 y abril de 2011. El proceso de reclutamiento e incorporación de los participantes se prolongó por ocho semanas.

#### 4.4 Proceso de recolección de la información

Las principales actividades y procedimientos realizados como parte del trabajo de campo fueron los siguientes:

- Fase exploratoria
- Fase de expansión
- Análisis y presentación de resultados.

##### Fase 1. Diseño. Fase exploratoria

Con el propósito de realizar un acercamiento y de identificar barreras al estudio y posibles alternativas de solución a los contextos de consumo, así como establecer alianzas interinstitucionales que facilitaran la comunicación con los sujetos de investigación denominados como *semillas*, se llevó a cabo una fase exploratoria mediante el uso de una técnica cualitativa que posibilitara la recolección y construcción de datos que enriqueciera la información arrojada por la posterior aplicación de la encuesta estructurada que fundamenta la presente investigación.

Se buscaba identificar características de la red social: subgrupos, conectividad, red personal, la aceptabilidad del estudio, interés, posibles razones para no participar, así como definir aspectos de logística, como el sitio para la recolección de información, horarios, diseño de cupones y el perfil del personal.

A través de grupos de discusión se convocó a representantes de diversas instituciones de Medellín y Pereira que desde la investigación, atención y tratamiento, ofrecieran al equipo de investigación un panorama general acerca del contexto del consumo inyectado de sustancias psicoactivas; con ello se esperaba construir un saber contextual referido a los consumidores que



se inyectan drogas y aportan desde allí elementos que orientaran el trabajo en campo y el análisis de la información arrojada por las encuestas.

Luego de una priorización de instituciones, se indagó con ellos acerca de la descripción del problema, caracterización de los sujetos, consumo de drogas, experiencias institucionales, investigaciones, ubicación territorial de puntos de consumo en la ciudad, modos de abordaje del consumo, comportamiento y prácticas de riesgo para infección por VIH, entre otros. Finalmente, se sistematizaron los datos recopilados y se generó la descripción del contexto de consumo en las ciudades, según las perspectivas de las instituciones y los participantes entrevistados.

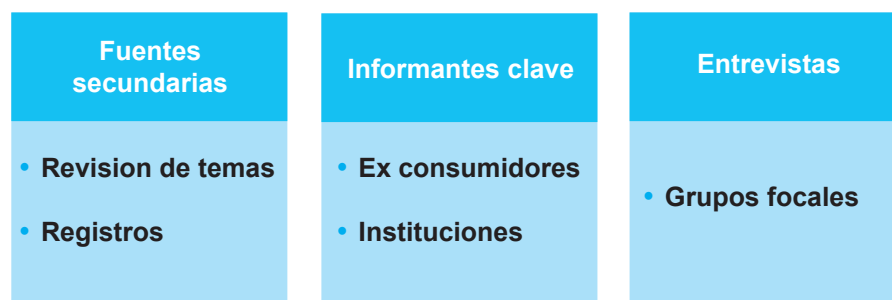
El tiempo estimado para completar la fase exploratoria fue de dos meses, esto incluía la recolección, análisis e interpretación de los datos y la comprensión de las condiciones encontradas.

Los objetivos de esta fase fueron:

- Determinar el número de usuarios de drogas inyectables, de acuerdo a las características de dicha población en las ciudades seleccionadas.
- Identificar las posibles semillas y el inicio del reclutamiento.
- Obtener información de las redes sociales de los UDI.
- Obtener información sobre aspectos logísticos, sobre sitios, lugares y horarios para la atención y recolección de la información de la fase cuantitativa.

Igualmente, se esperaba obtener información sobre las características socioculturales y los contextos de riesgo para VIH de los pacientes y tratar de indagar sobre posibilidades de respuesta por parte de los usuarios ante programas de reducción de riesgo.

Las principales actividades a realizar se resumen en la siguiente figura:



La **revisión de fuentes secundarias** tenía como propósito recolectar información sobre:

- Características de la población UDI y posible prevalencia de VIH.
- Identificación de organizaciones que realizaran servicios de prevención en población UDI y en el tema de VIH.

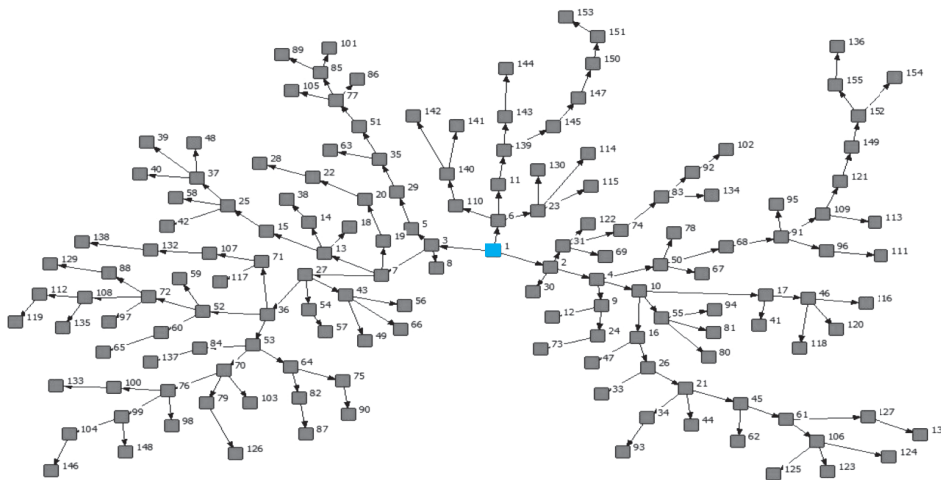
- Recolectar información sobre instituciones que prestaran servicios de atención y reducción de riesgo con UDI.

## Entrevistas con informantes clave

Estas personas eran consideradas expertos en el contexto sociocultural de los usuarios de drogas inyectables, teniendo como objetivo entender el comportamiento de los usuarios; como ejemplo de informantes clave están las personas que habían trabajado con población UDI, habitantes de calle, personas de instituciones, ONG, entre otros.

## Fase 2. Expansión

**Figura 1. Cadena de reclutamiento en la metodología de RDS**



En la figura 1 a manera de ejemplo se presenta cómo se realizó el reclutamiento a partir de una semilla, los números indican el número del cuestionario y las flechas describen el flujo de la red social.

Para la segunda fase del diseño muestral, se tomaron las personas que hicieron parte de la construcción de los mapas y distribución geográfica de las personas UDI, para empezar la expansión tipo bola de nieve pero con un componente de modelo matemático, denominado muestreo guiado por el respondiente (respondent driven sampling), utilizando además fuentes informativas para atraer participantes.

**El Respondent-Driven Sampling (RDS)** es un método de muestreo diseñado originalmente para el estudio de poblaciones ocultas o de difícil acceso (Heckathorn, 1997). El propósito de

este método es mejorar las carencias metodológicas de tipos de muestreo ya conocidos como la bola de nieve, el muestreo a través de informantes clave, o a partir de la utilización de mapas etnográficos.

Las actividades se describen en el siguiente cuadro resumen y se realizaron en las dos ciudades:

ACTIVIDADES
<b>ACTIVIDAD 1. FASE EXPLORATORIA</b>
Revisar el estudio (protocolo e instrumentos) realizado en Bogotá en 2002 – 2003 como parte del II Estudio Multicentro sobre UDI y riesgos asociados para la salud de la OMS, así como el pilotaje realizado en Bogotá para el desarrollo de Herramientas de Vigilancia de Segunda Generación para Consumidores de Alto Riesgo (CODAR) con la OPS.
Diseñar el protocolo del estudio a realizar y validarlo con un Comité de Ética con el fin de asegurar los estándares éticos requeridos por la ciencia y por el país.
Diseño y desarrollo de la estrategia de entrenamiento y capacitación para recolección de información.
Convocatoria a la población UDI a ser parte del estudio (semillas), utilización de mapas realizados en la primera fase (cumplimiento de criterios de inclusión y exclusión).
Entrevistas a informantes clave e instituciones.
Prueba piloto (para evaluar la fase de expansión y ajustar el cuestionario).
<b>ACTIVIDAD 2. FASE EXPANSIÓN</b>
Establecimiento de protocolo e instrumentos para el desarrollo del estudio de prevalencia.
Consentimiento informado de la población UDI.
Aplicación de la encuesta sobre comportamientos de riesgo asociados con VIH.
Asesoría preprueba en VIH.
Realización de tamizaje de VIH-prueba de laboratorio.
Desarrollo de las asesorías pre/posprueba.
Acompañamiento / asesoría para el tratamiento.
Seguimiento a pacientes VIH positivos, enlace a entidades de salud.
Publicación de resultados.

## 4.5 Fuentes de información

La presente investigación utilizó la fuente primaria como medio para la obtención de la información de la población UDI de las dos ciudades seleccionadas (encuesta a la población y toma de muestra).

Se utilizaron técnicas cualitativas para la fase I del proyecto. Para la fase de expansión se aplicó un cuestionario para determinar comportamiento de riesgo en la población UDI.

## 4.6 Técnica e instrumento de recolección de información

La presente investigación utilizó la fuente primaria como medio para la obtención de la información de la población UDI, para tal fin se diseñó un formulario en Teleform® que incluyó aspectos de comportamientos de riesgo asociados frente al VIH.

Este cuestionario estructurado es un instrumento diseñado y aplicado por la OMS en el estudio Multicentro a usuarios de drogas por vía inyectada (consumo durante los últimos seis meses). WHO DRUG INJECTING STUDY PHASE II Organización Mundial de la Salud / Programa Rumbos.

Las únicas secciones no incluidas en la presente investigación, con respecto al instrumento original, fueron: la sección de nunca inyectores porque todos los usuarios son inyectores; la historia médica, por tener algunas preguntas para las personas que ya tienen VIH; y se tomarán solo los casos en personas aparentemente sanas o que conocen su diagnóstico de VIH; y la sección de hepatitis, porque no es un evento que se va a diagnosticar, además se incluyen preguntas de riesgo en la sección de comportamiento sexual.

A cada persona estudiada se le tomó una muestra de sangre para realizar el tamizaje de VIH; en los casos presuntivos positivos dados por el tamizaje, se realizó la correspondiente prueba confirmatoria.

Las pruebas confirmatorias fueron realizadas por el Centro de Análisis Molecular, el cual es un laboratorio clínico especializado con más de 10 años de experiencia en el diagnóstico y seguimiento de enfermedades infecciosas; dicho Centro cuenta con personal calificado e infraestructura adecuada, los cuales le permiten garantizar la calidad de sus servicios y el oportuno cumplimiento de las metas propuestas.

La participación del laboratorio incluyó elaboración de un protocolo de manejo de muestras, suministro de los insumos necesarios para la toma de muestras, la recepción y procesamiento de pruebas de laboratorio y la entrega de resultados.

Los insumos que suministró el Centro de Análisis Molecular para las pruebas de diagnóstico por el sistema de sangre seca en papel de filtro "Sistema de Toma de Muestras CAM" fueron:

- Papel de filtro con formulario numerado de identificación
- Lanceta desechable de bioseguridad

- Par de guantes
- Pañito con alcohol
- Sobre de papel para empaque
- Sobre resellable para remisión de la muestra.

Las muestras fueron tomadas por el personal asignado por la Universidad CES y se enviaron a las instalaciones del Centro de Análisis Molecular en la ciudad de Bogotá.

Las pruebas aplicadas fueron directa y totalmente procesadas por el Centro de Análisis Molecular y se realizaron por métodos idóneos con equipos apropiados y personal calificado (Umelisa HIV en papel de filtro y Western Blot Davih blot en papel de filtro).

Dadas las serias implicaciones éticas de desarrollar pruebas diagnósticas, el proceso de asesoría incluyó:

- a. Información y educación sobre el VIH
- b. Asesoría y consejería en reducción de riesgos
- c. Remisión y asesoría de acceso a servicios de prevención, tratamiento y servicios de soporte. La identificación de la red de soporte y servicios.

#### 4.7 Control de sesgos

Para el control de sesgos de información se utilizó un instrumento aplicado y revisado en una investigación anterior; igualmente, como medida de control del sesgo de información en los entrevistados, se realizó una capacitación en el manejo adecuado del instrumento de recolección. Además de lo anterior, los investigadores realizaron la revisión de las entrevistas recolectadas por los encuestadores para corroborar su correcto diligenciamiento. En el proceso del control de los sesgos de información del entrevistado, se garantizó la confidencialidad de la información suministrada por la población.

Para el control de sesgo de selección se aplicaron las recomendaciones de la metodología de muestreo reconocida de “Respondent Driven Sampling”. Con la selección de las semillas se tuvo especial cuidado en identificar las propiedades de la red social (identificación de subgrupos, conectividad, red personal); la aceptabilidad del estudio (interés, posibles razones para no participar); la identificación de semillas (red social amplia y diversa, líderes o bien conocidos, apoyan al estudio, entusiasmados); y cuidar especialmente la logística (sitio, horarios, diseño de cupones, perfil de personal).

El trabajo de campo consistía en la aplicación del consentimiento informado, consejerías pre y posprueba, toma y remisión de muestras de laboratorio, aplicación del instrumento para identificar los comportamientos de riesgo, coordinación con otras instituciones relacionadas con el proceso para la entrega de resultados (EPS, Secretarías Municipales de Salud, entre otras) y entrega de resultados.

## 4.8 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto con el fin de calibrar los instrumentos a aplicar, capacitar a los encuestadores, calcular el tiempo de diligenciamiento para ajustar el cronograma del proyecto, observar la reacción de la población, evaluar el desempeño de los encuestadores y las técnicas más adecuadas para el control de calidad de la información recolectada; esta se llevó a cabo con dos personas.

## 4.9 Criterios de inclusión

- Usuarios activos de drogas inyectadas (en los últimos seis meses de consumo)
- Tener entre 18 y 65 años de edad
- Consumo de drogas inyectables en una de las ciudades seleccionadas
- Firmar el consentimiento informado
- Contar con un cupón de RDS vigente (salvo las semillas).

## 4.10 Procesamiento de la información

Se realizó un procesamiento automatizado; el instrumento fue diseñado, tabulado y creada su correspondiente base de datos en TELEFORM®. El primer análisis fue realizado en el software RDSAT (Respondent Driving Sampling, 2008). Un análisis secundario incluyó otros paquetes como SPSS 8.0; con estos programas se realizó el análisis estadístico de los datos y la generación de cuadros de salida.

## 4.11 Plan de análisis

Se realizó una descripción de las características de la población objeto de estudio, según las variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel educativo, estrato, además se obtuvo la seroprevalencia de VIH y las proporciones de acuerdo a las variables de comportamientos de riesgo asociados de VIH.

## 4.12 Plan de divulgación de los resultados

Al finalizar la investigación, se realiza la socialización de resultados; de igual manera se generan dos informes: uno que incluya el protocolo de estudio y el otro los resultados publicables en formato de libro o folleto; así como presentar la investigación en coloquios o simposios de investigación; adicionalmente, someter a revisión de una revista indexada nacional o internacional un artículo de publicación de acuerdo a las indicaciones de las entidades contratantes.

# 5

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

---

**E**n el Comité de Ética de la Universidad CES, en su sesión número 35 del 4 de octubre de 2010 fue sometido a consideración el presente proyecto; en el desarrollo de este proceso investigativo se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos éticos por parte de los investigadores; algunos de estos aspectos fueron retomados textualmente del estudio realizado en Bogotá mencionado previamente, los apartes más relevantes fueron:

- Se respetó la integridad de las personas entrevistadas, independiente del comportamiento de riesgo sobre VIH, tanto por los entrevistadores como por los investigadores.
- Se informó a los entrevistados los términos de confidencialidad en el consentimiento informado. Se solicitó el consentimiento en forma escrita por parte de la población UDI, para la realización de la entrevista y toma de muestra de sangre, según Resolución 8430 de 1993 que reglamenta la investigación en seres vivos, según su **artículo 14**; se entiende por Consentimiento Informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgo a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.
- Además, según la misma Resolución, esta investigación se clasificó como una investigación con riesgo mínimo, es un estudio prospectivo que utilizó el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en exámenes diagnósticos, entre los que se consideran la extracción de sangre por punción venosa.





# 6

## RESULTADOS

*Podemos evadir la realidad,  
pero no podemos evadir  
las consecuencias de evadir la realidad*

**Ayn Rand**

### 6.1 Fase Exploratoria

Con el fin de dinamizar la entrada en campo y de establecer vínculos con los posibles participantes del estudio, se llevó a cabo una fase exploratoria que permitió la identificación de escenarios y sujetos que orientaron la búsqueda de semillas y la activación de redes sociales de personas que se administran sustancias psicoactivas por vía inyectada.

Además, con la fase exploratoria se respondió la pregunta sobre la existencia de redes de relación entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI), cuestión fundamental para la metodología planteada para el estudio. Durante la fase exploratoria se realizaron entrevistas semiestructuradas a tres tipos de actores:

- **Actores institucionales:** corresponden a funcionarios de instituciones públicas y privadas competentes en el abordaje del fenómeno de consumo de sustancias psicoactivas y que potencialmente tuvieran información sobre las dinámicas de la población usuaria de drogas inyectadas.
- **Contactos clave:** estas son personas que no son actores institucionales ni usuarios de drogas inyectadas; podían ser en este caso líderes comunitarios, consumidores de drogas mediante otras vías de administración, u otras personas que contaran con información y pudieran remitir a la población en la cual se interesa el estudio.
- **Usuarios de drogas inyectadas (UDI):** Personas mayores de 18 años que consumen sustancias psicoactivas por vía inyectada. De este grupo se seleccionaron las semillas para iniciar la Fase de Recolección de Información.

Los resultados de este proceso se dan a conocer en el presente informe, el cual está estructurado a partir de cuatro ejes temáticos. En el primer apartado se realiza un acercamiento a los saberes de algunas instituciones de Medellín y Pereira sobre el consumo de drogas inyectadas y sus usuarios; posteriormente, se presentan los resultados de las entrevistas realizadas a posibles semillas del estudio.

Como tercer eje se destacan los aportes de la fase exploratoria en la definición de aspectos logísticos de la investigación, tales como cupones, incentivos, horarios y lugares de atención; finalmente se da a conocer el impacto de la fase exploratoria en el desarrollo de los otros procesos inherentes a la investigación. Estos temas se presentan esquemáticamente a continuación:

Aspectos logísticos	Actores institucionales y usuarios de drogas inyectadas	Impacto de la fase exploratoria en la investigación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivos</li> <li>• Horarios y lugares para la toma de muestras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Situación del consumo</li> <li>• Oferta de tratamiento</li> <li>• Características de UDI</li> <li>• Interacciones y redes sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expectativas institucionales</li> <li>• Expectativas de los usuarios de drogas inyectadas</li> </ul>

### 6.1.1. Saberes de algunas instituciones sobre el consumo de drogas inyectadas

En Pereira y Medellín se entrevistó a diez funcionarios en cada ciudad de diversas instituciones públicas y privadas, con experiencia en trabajo investigativo y/o de intervención con población que consume sustancias psicoactivas, bien sea mediante inyección o por cualquier otra vía de administración, y con población en alto riesgo de consumo de drogas.

Las entrevistas fueron orientadas a partir de la *Guía de preguntas para entrevista a instituciones*. Las preguntas allí consignadas contemplan tres categorías temáticas: a) situación del consumo inyectado de sustancias psicoactivas en la ciudad y oferta de tratamiento; b) algunas características sociodemográficas de los usuarios de drogas inyectadas; c) interacciones y redes sociales de los usuarios de drogas inyectadas. A continuación se presentan los saberes identificados durante la fase exploratoria.

#### A. *Situación del consumo inyectado de sustancias psicoactivas en la ciudad y oferta de tratamiento*

En Pereira, de las diez instituciones, a excepción de la Secretaría de Salud, cuentan con datos estadísticos que permiten establecer la prevalencia de usuarios de drogas inyectadas en la ciudad, durante los últimos seis meses previos al inicio de la investigación conocieron, atendieron o trataron personas que consumieran sustancias psicoactivas de manera inyectada; la sumatoria de los datos arrojó un total de 104 casos conocidos por nueve instituciones; en este dato no se especifica si algunas personas son atendidas en dos o más instituciones, pues aún no se han construido sistemas de información que posibiliten un seguimiento sistemático del fenómeno en la ciudad.

En Medellín, cuatro de las diez instituciones consideran que el consumo inyectado de sustancias psicoactivas es bajo; esta estimación se fundamenta en la comparación con otras ciudades y países y en suponer que en la idiosincrasia de Medellín está presente el miedo a inyectarse; además de eso, las instituciones consideran que las drogas inyectables no tienen una alta oferta y que la accesibilidad económica a ellas es muy limitada. La sumatoria de los datos arrojó un total de 91 casos conocidos por las instituciones.

### ***B. Algunas características sociodemográficas de los usuarios de drogas inyectadas***

En Pereira, de los 104 casos conocidos por las instituciones, aproximadamente 98 son hombres, 6 son mujeres y 5 que hacen parte de la población lesbiana, gay, transexual y bisexual (LGTB); el rango de edad más frecuente es entre los 16 y 20 años, seguido por edades que oscilan entre los 21 y 30 años; igualmente, se conocen algunos usuarios de drogas inyectadas con edades entre los 10 y 15 años; los estratos socioeconómicos que con más frecuencia acuden a las instituciones son el 1 y el 2, seguido del 3, y con menores reportes, el 4, 5 y 6. La sustancia inyectada con mayor frecuencia es la heroína, seguida del “roche” –nombre común del Rohypnol, fármaco ansiolítico de bajo costo y 10 veces más potente que el Valium–, la cocaína y el alcohol. Finalmente, respecto al conocimiento de diagnósticos de VIH en población UDI, la mayoría de instituciones reportan no tener este dato, mientras que en tres de ellas se conoce un total de 4 casos.

En Medellín, de los 91 casos conocidos por las instituciones, aproximadamente el 80% son hombres y el 20% son mujeres; una institución estima que máximo 10 de las personas que conoce hacen parte de la población LGBT; el rango de edad más frecuente es entre los 16 y 25 años, seguido por edades que oscilan entre los 26 y 30 años. Los estratos socioeconómicos que con más frecuencia acuden a las instituciones son el 1 y el 2, seguido del 3, y con menores reportes el 4, 5 y 6.

### ***C. Interacciones y redes sociales de los usuarios de drogas inyectadas***

Uno de los intereses de la fase exploratoria fue la indagación del conocimiento de las instituciones acerca de las dinámicas de relación e interacción de los usuarios de drogas inyectadas con otras personas que consumen sustancias psicoactivas por vía inyectada y con otros conglomerados sociales.

Para algunas instituciones, los usuarios de drogas inyectadas son personas que se dedican a actividades ilegales con pandillas y grupos al margen de la ley, involucrándose principalmente en la distribución y expendio de sustancias psicoactivas ilícitas; contrario a esto, algunas instituciones consideran que los UDI no están involucrados en el microtráfico. Algunas instituciones también consideran que la población UDI participa de la prostitución y la explotación sexual a cambio de dinero o dosis, y que las relaciones establecidas entre ellos giran en torno al consumo y las prácticas de inyección y actos sexuales que, según los entrevistados, se llevan a cabo de manera grupal.

### 6.1.2. Saberes de los usuarios sobre el consumo de drogas inyectadas

#### ***A. Saberes sobre el fenómeno del consumo inyectado de sustancias psicoactivas en la ciudad***

En Pereira, para 15 de las 17 personas entrevistadas, el nivel de frecuencia del consumo inyectado de sustancias psicoactivas es alto; para las otras dos personas, el nivel es medio pero en creciente aumento. Todos los UDI entrevistados coinciden en que la heroína es la droga más consumida porque es más adictiva, económica, de fácil acceso y que “está de moda” entre los consumidores.

En Medellín, las sustancias que con mayor frecuencia son consumidas mediante inyección son: heroína, cocaína, alcohol, ribotril, metadona e insulina. Según la semilla No. 1, esta modalidad de consumo tiene lugar en los sectores de Belén, Floresta, San Javier, Envigado, Barrio Antioquia, Castilla y Aranjuez, involucrando a la totalidad de estratos socioeconómicos y sin distinguir posiciones sociales.

#### ***B. Algunas características sociodemográficas de los usuarios de drogas inyectadas***

De los 235 UDI conocidos por las personas entrevistadas, la mayoría son hombres mestizos; el rango de edad más frecuente es entre los 21 y 25 años, seguido por edades que oscilan entre los 16 y 20 años; igualmente, se conocen algunos usuarios de drogas inyectadas con edades entre los 10 y 15 años; los estratos socioeconómicos más frecuentes son el 1 y el 2, seguido del 3, y con menores reportes el 4 y 6.

#### ***C. Interacciones y redes sociales de los usuarios de drogas inyectadas***

La indagación acerca de las redes sociales e interacciones de los UDI entrevistados permitió hacer un acercamiento a las formas en que estas personas se relacionan con otras que también se inyectan sustancias psicoactivas, y con otros conglomerados y organizaciones sociales.

A partir de lo construido durante las entrevistas, y referido a las redes sociales, se considera que al parecer el grupo de UDI no se reconoce a sí mismo como una red organizada, aunque manifiestan procesos de interacción asociados al consumo: la compra de la droga de forma colectiva, el acompañamiento en la inyección, el intercambio de equipos de inyección y el cuidado mutuo para evitar una sobredosis; solo uno de los entrevistados afirma que los UDI pueden hacer parte de redes de microtráfico.

Así mismo coinciden en que su contacto con otros grupos sociales es precario, debido al aislamiento que produce el consumo y a la actitud que estos tienen hacia ellos.

En cuanto a prácticas de riesgo para infección por VIH, las dos identificadas son el sexo sin protección y el intercambio de equipos de inyección; uno de los UDI mencionó que la razón para compartir el equipo no radica necesariamente en la falta de dinero sino en la baja conciencia frente al riesgo.

### **6.1.3 Aportes de la fase exploratoria a la definición de aspectos logísticos para la investigación**

A través de la fase exploratoria fue posible definir aspectos logísticos como horarios y lugar para la toma de muestras en la fase de recolección; mediante el análisis de las propuestas de los UDI entrevistados, se seleccionó un sitio en el centro de la ciudad, al cual tuvieron acceso todos los participantes de la investigación en horarios acordes a sus disponibilidades.

Con relación a los incentivos entregados, se encontró que una de las motivaciones principales para participar de la investigación fue la recepción de un monto de dinero que permitiera mínimamente asegurar el sustento para un día con alimentación y hospedaje; por esto, se optó por entregar dinero en efectivo. Estos aspectos son fundamentales para el desarrollo del proceso investigativo, y gracias a la fase exploratoria pudieron ser definidos con acierto.

### **6.1.4 Impacto de la fase exploratoria en la realización de las fases posteriores de la investigación**

La fase exploratoria permitió realizar un acercamiento inicial a la realidad contextual del consumo de droga inyectable, aportando cierto saber acerca del fenómeno en la ciudad y proporcionando información que puede servir como insumo para futuras investigaciones y/o procesos de atención. Así mismo, permitió indagar sobre el impacto investigativo esperado por las instituciones y la población UDI.

En general, a nivel institucional se esperaba que la investigación aportara un saber sistematizado sobre el consumo inyectado de sustancias psicoactivas y la población que lo practica; esto a fin de contar con un fundamento teórico, conceptual y de contexto que permita ajustar la oferta de tratamiento y otras intervenciones específicas de manera que sean más pertinentes y menos sustentadas en estereotipos e imaginarios de los actores institucionales.

Por su parte, los UDI entrevistados esperan que a través de la investigación puedan no solo conocer su estado de salud, sino que puedan a partir de los resultados acceder a servicios de atención y tratamiento más adecuados a sus realidades; esto no solo en términos de la infección por el VIH sino también de abordaje del consumo de sustancias en general y del uso inyectable en particular. Así mismo, esperan poder conocer el estado de salud de sus referidos, para poder “ayudar” y tomar medidas de prevención de propagación de la infección. Otra de las expectativas de la población UDI, es recibir dinero suficiente para cubrir por lo menos las necesidades básicas de un día. Además de la identificación de expectativas, la fase exploratoria permitió el contacto con la población UDI y su motivación frente a la investigación.

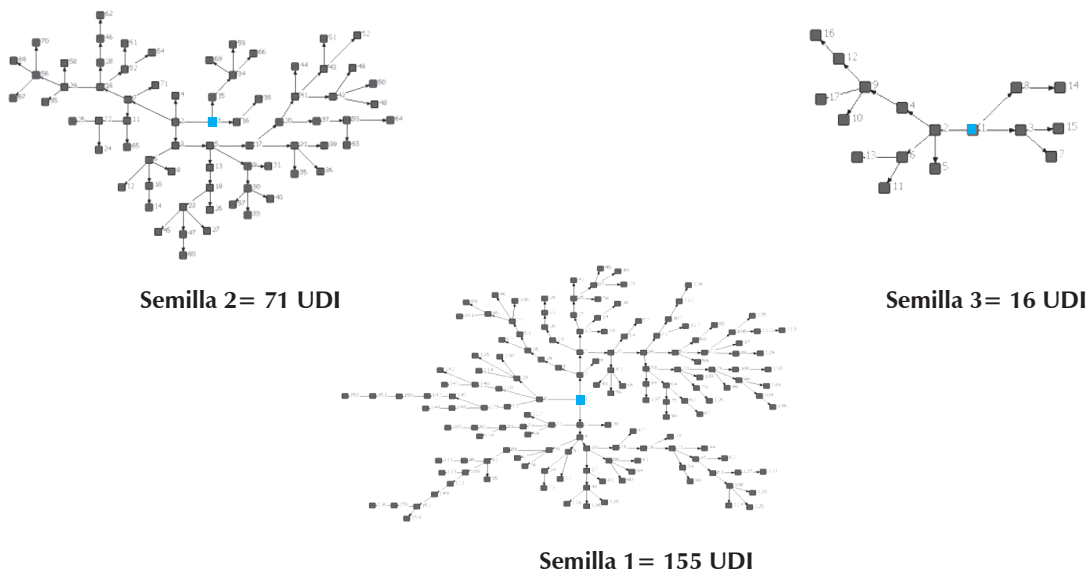
## **6.2 Fase de Expansión**

Los resultados de la fase de expansión se procesaron en el software de RDSAT (Respondent Driven Sampling Analysis Tool versión 6.0.1), teniendo en cuenta que este programa es específico para el análisis a partir de datos logrados mediante muestreo basado en el entrevistado.

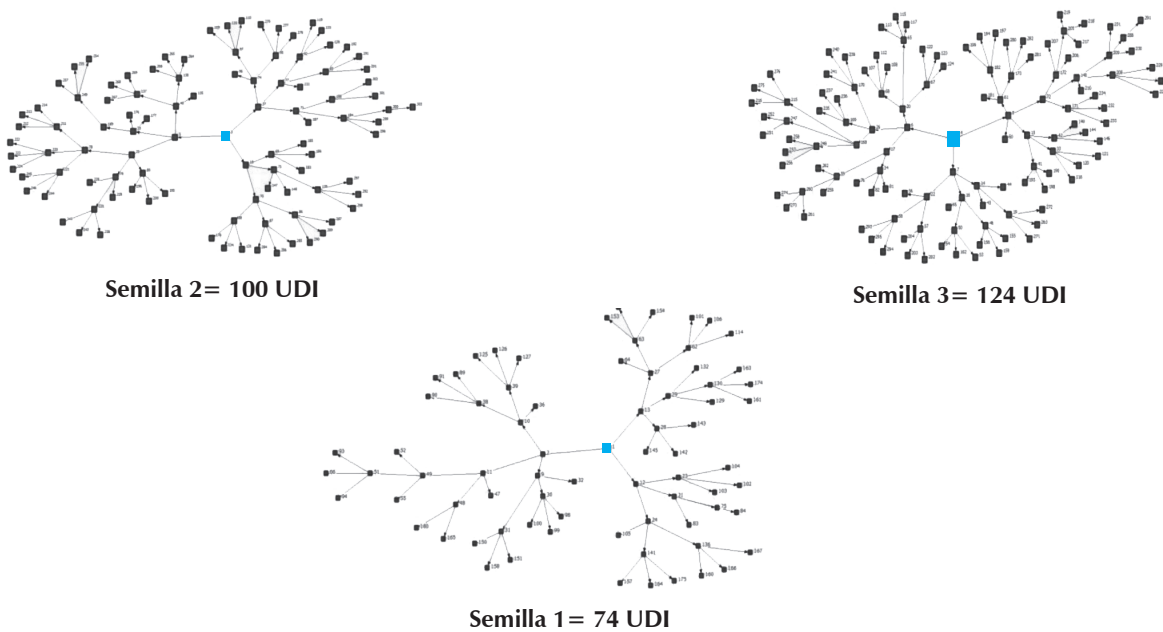
Los resultados reportados hacen referencia a estimaciones poblacionales con base en la muestra expandida calculadas por el programa RDSAT que ajusta las variables de acuerdo a la probabilidad de selección de los sujetos y el tamaño de la red informada por cada participante.

En ambas ciudades se seleccionaron tres semillas, para un total de 297 personas reclutadas en Pereira y de 237 personas reclutadas en Medellín.

**Figura 2. Reclutamiento de usuarios de drogas inyectables en la ciudad de Medellín**



**Figura 3. Reclutamiento de usuarios de drogas inyectables en la ciudad de Pereira**



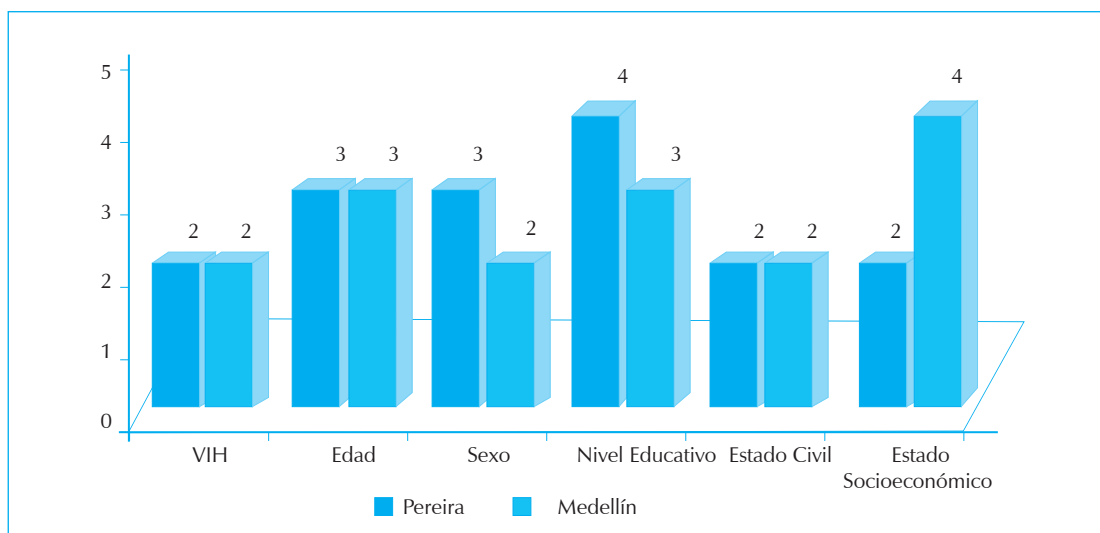
Se definieron las siguientes variables para analizar la estabilidad de la muestra: edad, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, nivel educativo y prevalencia de VIH. La estabilidad se determinó a través del cálculo de la homofilia, el equilibrio y el número de olas requeridas para lograr dicho equilibrio.

A estas variables se les calculó la homofilia en la muestra, esta medida indica la tendencia de un individuo de reclutar a otro con la misma o distinta característica. El valor de homofilia varía entre -1 y 1, siendo 1 una alta probabilidad de reclutar a otro con la misma característica y -1 los individuos tienen más probabilidad de reclutar a alguien con una característica opuesta, es decir, heterofilia. La homofilia cercana a 0 es lo deseado, significa que el reclutamiento se produjo al azar.

El equilibrio es una proporción que se calcula para cada variable en estudio y se define como el punto en el cual la proporción de una categoría en la muestra se mantiene estable, aun cuando se recluten más olas de participantes. Siendo el equilibrio una proporción, la suma de los valores de equilibrio de todas las categorías de una variable debe sumar 1.

En el gráfico 1 se observa el número de olas requeridas para lograr el equilibrio de la muestra por las variables seleccionadas.

**Gráfico 1. Número de olas requeridas para lograr el equilibrio por características demográficas y estado de VIH en Pereira y Medellín**



### 6.2.1 Características sociodemográficas

#### Edad

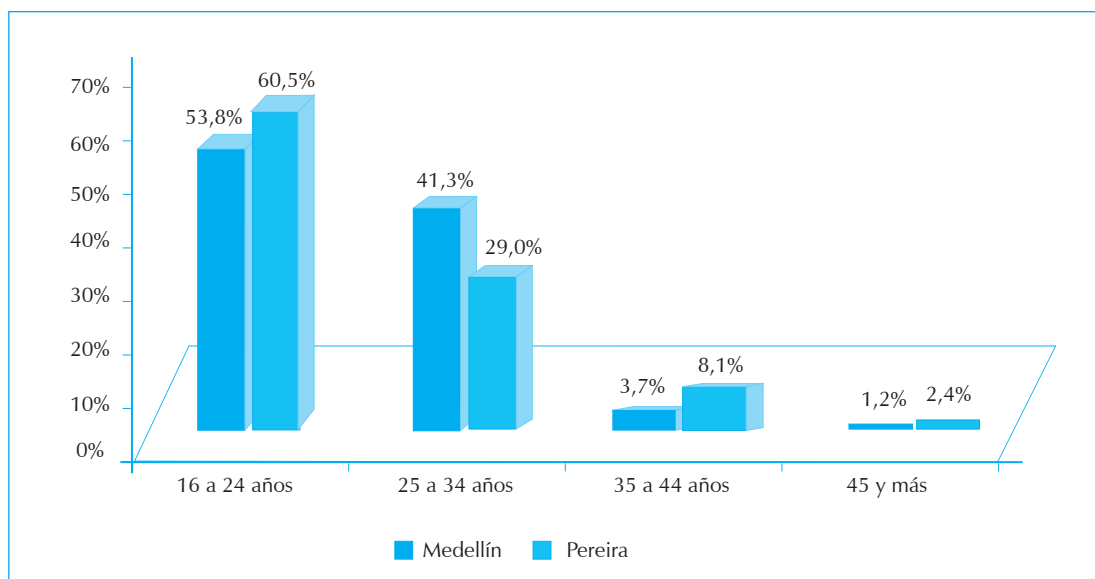
En Medellín y Pereira la población UDI se caracterizó por ser en su mayoría personas entre los 18 y 24 años (53,8 y 60,5%, respectivamente), indicando poblaciones muy jóvenes, que posiblemente tengan reciente iniciación en el consumo inyectable; con una homofilia cercana a cero

en los grupos de edad de 18 a 34 años, es decir, este grupo poblacional reclutó usuarios de otros grupos de edad; mientras que los mayores de esta edad reclutaron, en su mayoría, personas más jóvenes que ellos (Tabla 1 y Gráfico 2).

**Tabla 1. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según grupos de edad en Medellín y Pereira**

Grupos de edad	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza	Homofilia	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza	Homofilia
18 a 24 años	53,8%	46,4%-62,2%	0,015	60,5%	55,2%-65,8%	0,041
25 a 34 años	41,3%	33,0%-49,7%	0,132	29,0%	24,4%-33,6%	0,022
35 a 44 años	3,7%	0,7%-6,6%	-1	8,1%	5,3%-11,2%	0,047
45 y más	1,2%	0,1%-2,8%	-1	2,4%	0,8%-4,2%	-1,0

**Gráfico 2. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según grupos de edad en Medellín y Pereira**



## Sexo

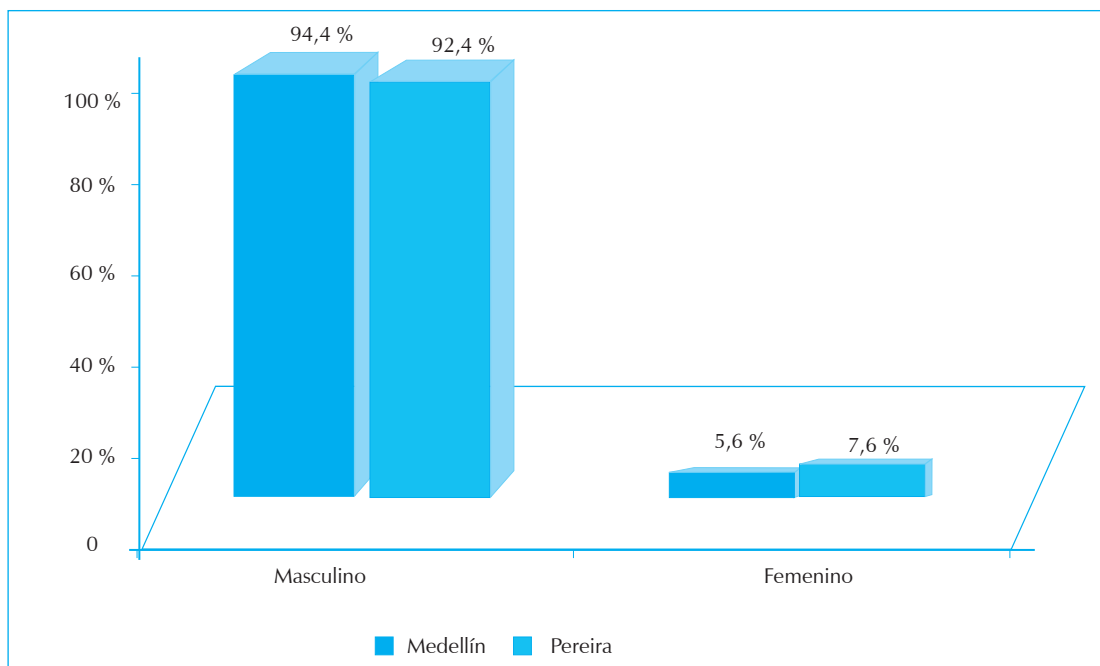
En cuanto al sexo, predominó la población masculina UDI en ambas ciudades con proporciones superiores al 90% (Medellín 94,4%, Pereira 92,4%) y homofilias cercanas a 0 que indican una variabilidad adecuada. El tamaño de la red fue mayor en Medellín comparado con Pereira, con promedios de 16,9 y 19,8 por los hombres y mujeres de Medellín y 9,63 y 9,50 para Pereira (Tabla 2 y Gráfico 3).



**Tabla 2. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según sexo en Medellín y Pereira**

	Medellín		Pereira	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Estimación proporcional de la población	94,4%	5,6%	92,4%	7,6%
Estimación proporcional de la muestra	93,3%	6,7%	92,3%	7,7%
IC Límite Inferior	91,0%	2,8%	89,3%	5,0%
IC Límite Superior	97,2%	9,0%	95,1%	10,6%
Homofilia	-0,011	-0,147	0,089	0,078
Equilibrio	93,5%	6,5%	92,5%	7,5%
Error estándar	0,016	0,016	0,014	0,014
Estimación tamaño de la red	16,95	19,83	9,63	9,50

**Gráfico 3. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según sexo en Medellín y Pereira**



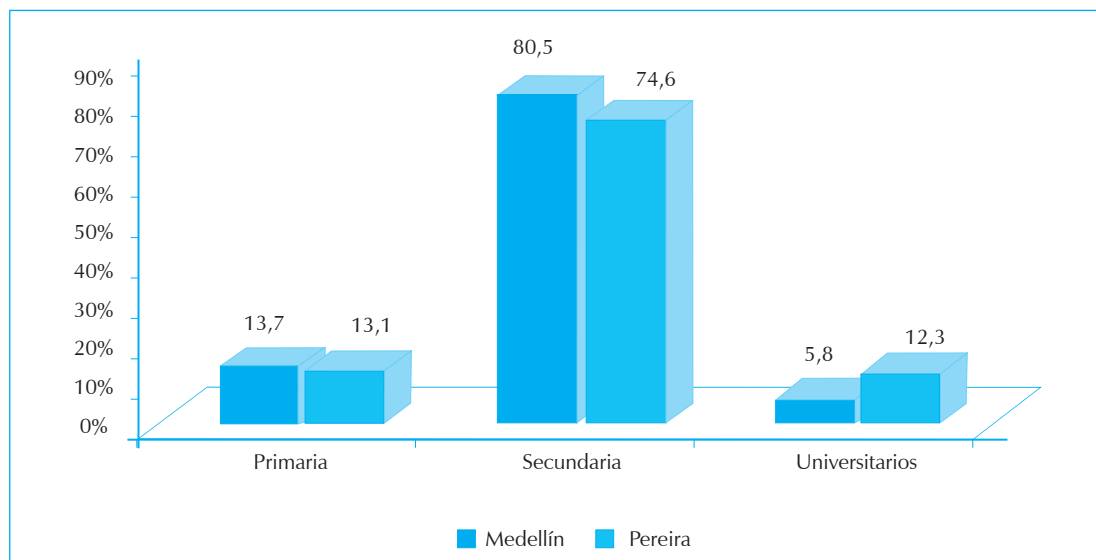
### Nivel de escolaridad

En cuanto al nivel de escolaridad, tres de cada cuatro (75%) UDI habían iniciado por lo menos un curso de secundaria, comportamiento similar en ambas ciudades. Llama la atención que el nivel de estudios universitario estuvo representado por un 5,8% para Medellín y 12,3% para Pereira. En los tres niveles de escolaridad se observó una variabilidad adecuada representada en homofilias cercanas a cero.

**Tabla 3. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según nivel de escolaridad en Medellín y Pereira**

Nivel de escolaridad	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC	Homofilia	Estimación proporcional de la población	IC	Homofilia
Primaria	13,7%	8,4%-19,2%	0,035	13,10%	9,1%-17,4%	0,041
Secundaria	80,5%	74,4%-87,0%	0	74,60%	69,3%-79,7%	-0,024
Universitarios	5,8%	2,2%-9,4%	0,03	12,30%	8,9%-16,0%	-0,036

**Gráfico 4. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según nivel de escolaridad en Medellín y Pereira**



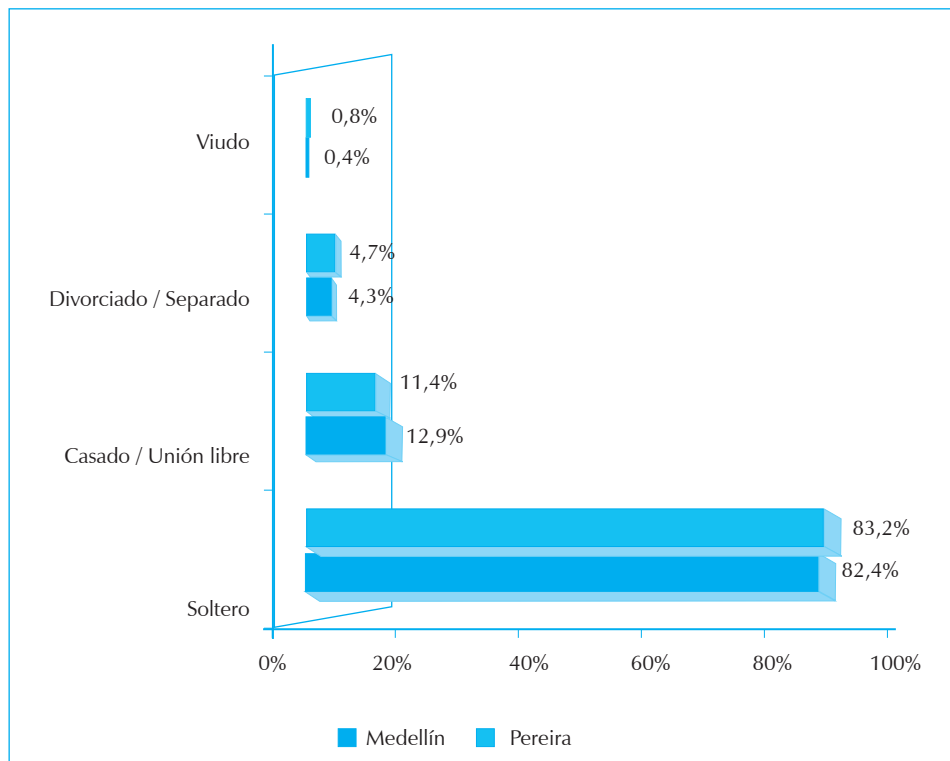
### Estado civil

Tanto para Pereira como para Medellín, ocho de cada diez UDI son solteros y uno de cada diez es casado o está en unión libre. Estas dos categorías tuvieron un reclutamiento adecuado evidenciado en la homofilia y el equilibrio encontrado (Tabla 4 y Gráfico 5).

**Tabla 4. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según estado civil en Medellín y Pereira**

Estado civil	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza	Homofilia	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza	Homofilia
<b>Soltero</b>	82,4%	75,8% - 87,8%	-0,015	83,2%	78,4%-87,6%	0,06
<b>Casado/ Unión libre</b>	12,9%	7,9% - 19,1%	0,183	11,4%	7,4%-15,5%	0,06
<b>Divorciado/ Separado</b>	4,3%	1,8% - 7,5%	-1	4,7%	2,5%-7,8%	-1,0
<b>Viudo</b>	0,4%	0,0% - 1,2%	-0,999	0,8%	0%-1,7%	0,244

**Gráfico 5. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según estado civil en Medellín y Pereira**



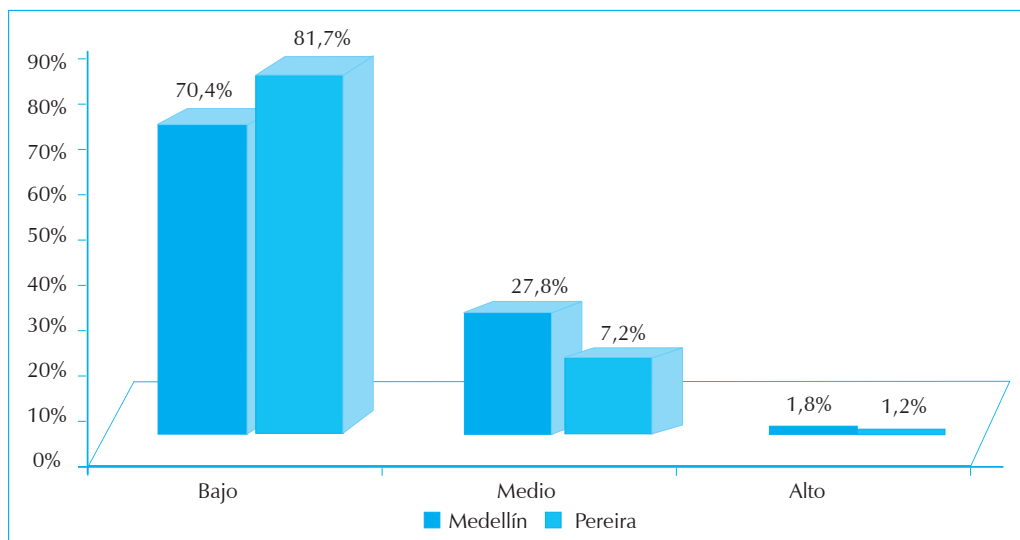
### Estrato socioeconómico

Dos de cada tres familias de usuarios de drogas inyectables en ambas ciudades viven en estrato bajo y aproximadamente uno de cada tres es de estrato medio. Para el estrato alto en Pereira, tanto el familiar como el actual, se evidencia heterofilia, es decir un reclutamiento predominante de otros estratos (Tabla 5 y Gráfico 6).

**Tabla 5. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según estrato socioeconómico familiar y actual en Medellín y Pereira**

Estrato socioeconómico	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza	Homofilia	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza	Homofilia
<b>Familiar</b>						
Bajo	66,6%	58,4%-74,5%	0,127	69,0%	64,3%-73,7%	-0,01
Medio	31,5%	23,9%-39,4%	0,104	28,1%	23,7%-32,7%	-0,09
Alto	1,9%	0,1%-4,4%	0,321	2,9%	1,3%-4,5%	-1
<b>Actual</b>						
Bajo	70,4%	62,2%-77,4%	0,14	81,7%	77,4%-85,6%	0,079
Medio	27,8%	21,0%-35,5%	0,02	17,2%	13,3%-21,5%	0,088
Alto	1,8%	0,1%-4,3%	0,32	1,2%	0,3%-2,4%	-1

**Gráfico 6. Estimación proporcional de la población de usuarios de drogas inyectables según estado socioeconómico actual en Medellín y Pereira**



## 6.2.2 Comportamientos de riesgo

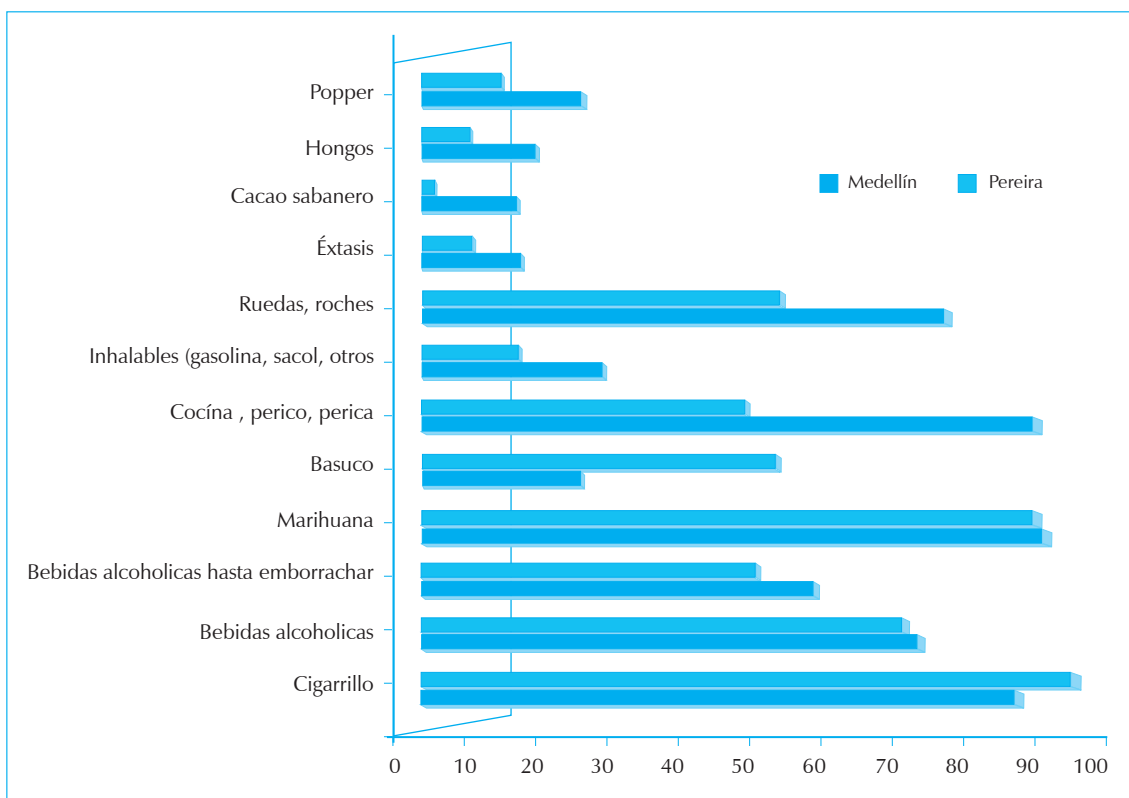
### Consumo de drogas

Para Medellín, las sustancias con prevalencia más alta en el último año fueron marihuana, cigarrillo, cocaína, benzodiazepinas y bebidas alcohólicas, todas ellas reportadas por más del 70% de los UDI. Llama la atención el consumo de bebidas alcohólicas por la interacción como depresor del sistema nervioso central. De otro lado, en Pereira se encontró que las sustancias de mayor consumo en el último año fueron cigarrillo, marihuana, bebidas alcohólicas, tranquilizantes y basuco con frecuencias de consumo mayores al 50%. Llama la atención el mayor consumo de cocaína en Medellín y un mayor consumo de basuco en Pereira (Tabla 6 y Gráfico 7).

**Tabla 6. Estimaciones de prevalencia de consumo de drogas en el último año en población UDI. Medellín y Pereira**

Consumo de droga	Medellín		Pereira	
	Prevalencia Anual	IC	Prevalencia Anual	IC
Cigarrillo	85,1	79,9-90,6	93,1	89,4-96,1
Bebidas alcohólicas	70,9	62,8-94,4	68,9	62,6-75,2
Bebidas alcohólicas hasta emborrachar	56,2	48,2-65,1	48	41,6-54,7
Marihuana	88,7	83,1-93,8	87,5	83,3-91,3
Basuco	22,9	16,3-29,2	50,5	43,7-57,5
Cocaína, perico, perica	81,7	75,0-87,8	46,5	40,2-53,0
Inhalables (gasolina, sacol, otros)	25,9	18,8-34,1	14,1	9,8-18,5
Ruedas, roches	74,7	67,9-81,1	51,2	44,5-57,8
Éxtasis	14,3	8,3-19,8	7,6	4,3-11,4
Cacao sabanero	13,9	8,5-17,7	2,1	0,7-4,0
Hongos	16,4	11,2-22,1	7,2	4,5-10,3
Popper	23,0	15,9-28,2	11,7	7,4-16,1

**Gráfico 7. Prevalencia anual de consumo de drogas en población UDI. Medellín y Pereira**



**Consumo de drogas previo al inicio de la inyección**

Llama la atención el consumo previo de heroína por otras vías, es el 77,7% para Pereira y 54,7% para Medellín. Aproximadamente nueve de cada diez personas consumían marihuana 30 días antes de empezar a inyectarse. Se observa un alto policonsumo mayor del 80% (Tabla 7).

**Tabla 7. Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según consumo de drogas un mes previo al inicio de la inyección. Medellín y Pereira**

Durante los últimos 30 días antes de empezar a inyectarse, consumió alguna de las siguientes drogas:	Medellín		Pereira	
	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza
Mezcla de heroína y cocaína	34,3%	27,4%-42,4%	18,3%	13,5%-22,9%
Heroína pura	54,7%	45,5%-64,1%	77,7%	72%-82,4%
Cocaína pura	66,1%	58,4%-73,5%	77,7%	72%-82,4%
Metanfetaminas	21,2%	15,2%-27,8%	9,1%	5,4%-13,1%
Heroína combinada con otras drogas	32,0%	25,3%-38,8%	37,0%	31,3%-42,8%

Durante los últimos 30 días antes de empezar a inyectarse, consumió alguna de las siguientes drogas:	Medellín		Pereira	
	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza	Estimación proporcional de la población	Intervalo de confianza
Otros estimulantes: Basuco	20,3%	14,0%-26,8%	39,7%	33,4%-46,3%
Benzodiazepinas y otros sedantes (triptanol, ativan, rivotril)	40,2%	32,3%-47,6%	29,5%	24,3%-34,4%
Neurolépticos antidepresivos	20,6%	14,0%-27,5%	5,7%	3,1%-8,7%
Diazepam (valium)	28,2%	20,7%-36,5%	17,3%	12,3%-23,0%
Marihuana	90,8%	86,4%-94,7%	86,5%	82,1%-90,6%
Alcohol	65,0%	57,0%-72,5%	57,2%	51%-63,5%
Éxtasis	17,6%	11,6%-23,4%	10,2%	6,9%-13,9%
Otras drogas sintéticas (origen químico no natural)	1,3%	0,0%-1,8%	11,3%	7,6%-15,4%
Inhalantes (bóxer)	14,9%	10,0%-20,5%	21,6%	16,3%-26,9%
Alucinógenos (ácidos, hongos)	12,7%	7,9%-18,3%	15,2%	10,6%-20,1%

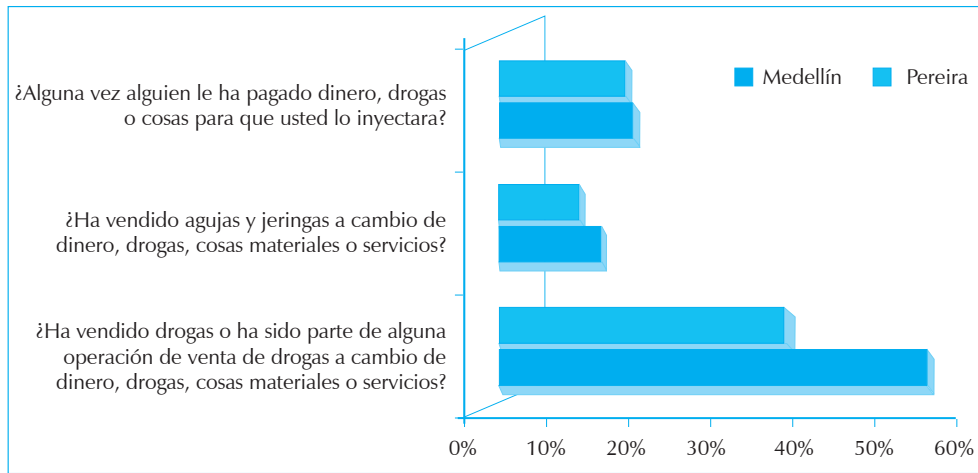
### Actividades asociadas con drogas

Se indagó a los usuarios por las actividades asociadas con drogas que han realizado, en las cuales ha conseguido dinero, drogas, cosas materiales o servicios en los últimos seis meses, el 12,7% de los UDI en Medellín ha vendido agujas y jeringas a cambio de dinero, drogas, cosas materiales o servicios, comparado con el 9,8% en Pereira. Aproximadamente uno de cada siete UDI alguna vez le han pagado dinero, drogas o cosas para inyectar a otra persona, comportamiento similar en ambas ciudades (Tabla 8 y Gráfico 8).

**Tabla 8. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según actividades asociadas con drogas en los últimos seis meses en Medellín y Pereira**

Actividades asociadas con drogas	Medellín		Pereira	
	Estimación proporcional de la población	IC	Estimación proporcional de la población	IC
¿Ha vendido drogas o ha sido parte de alguna operación de venta de drogas a cambio de dinero, drogas, cosas materiales o servicios?	52,3%	45,4%-59,9%	35,0%	28,5%-40,7%
¿Ha vendido agujas y jeringas a cambio de dinero, drogas, cosas materiales o servicios?	12,7%	7,9%-18,0%	9,8%	6,5%-13,2%
¿Alguna vez alguien le ha pagado dinero, drogas o cosas para que usted lo inyectara?	16,4%	10,7%-22,8%	15,5%	10,8%-20,3%

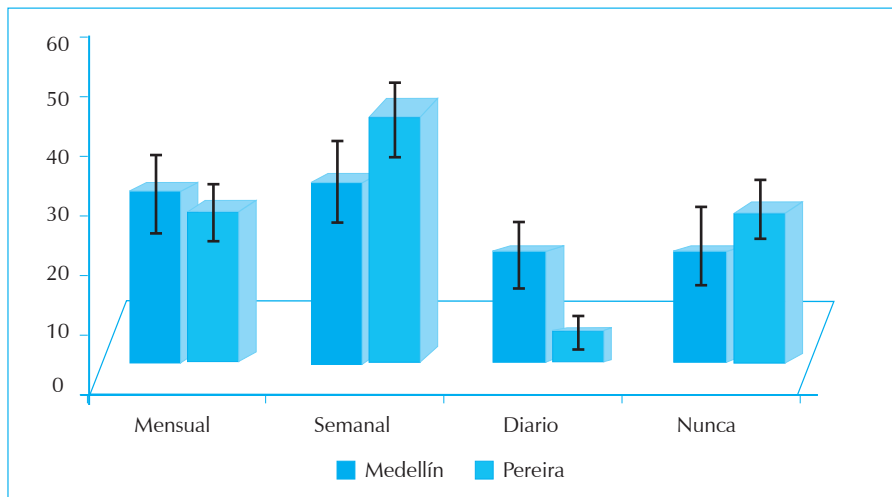
**Gráfico 8. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según actividades asociadas con drogas en los últimos seis meses en Medellín y Pereira**



**Riesgo sexual**

De los entrevistados, un 80% en Pereira y un 74% en Medellín tuvieron relaciones sexuales en los últimos seis meses. Un 20% en Medellín refirió tener diariamente relaciones sexuales, frente a un 5% de usuarios de drogas inyectables en Pereira.

**Gráfico 9. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según frecuencia de contacto sexual con alguien del sexo opuesto (IC 95%)**



**Relaciones sexuales con parejas permanentes**

Las tres cuartas partes de los usuarios de drogas inyectables han tenido relaciones sexuales con una pareja permanente de forma mensual, semanal o diaria en los últimos seis meses, y uno de cada dos de ellos no utilizó condón, observando un comportamiento similar en las dos ciudades (Tabla 9).



**Tabla 9. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según comportamiento de riesgo sexual con pareja sexual permanente en Medellín y Pereira**

En los últimos seis meses...		Medellín		Pereira	
		Estimación proporcional de la población	IC	Estimación proporcional de la población	IC
¿Con qué frecuencia ha tenido contacto sexual (anales o vaginales) con su pareja sexual permanente del sexo opuesto?	Mensual	25,3%	18,7%-32,6%	14,0%	9,9%-19,0%
	Semanal	28,4%	19,9%-33,9%	42,0%	35,2%-48,9%
	Diario	13,9%	9,6%-20,4%	5,5%	2,3%-9,2%
	Nunca	32,4%	24,9%-41,5%	38,5%	32,1%-44,5%
¿Con qué frecuencia ha tenido contacto sexual pene-vagina, pene-ano?	1 a 4 veces	65,3%	60,4%-75,7%	68,9%	62,7%-75,7%
	5 a 9 veces	2,9%	0,5%-6,0%	0,9%	0%-2,3%
	10 y más veces	3,0%	0,5%-6,3%	2,1%	0,4%-4,3%
	Ninguno	28,8%	19,1%-33,2%	28,1%	21,8%-34,1%
¿Con qué frecuencia utilizaron condones en los contactos sexuales con su (s) pareja (s) permanente (s) del sexo opuesto?	Ocasionalmente	19,4%	11,7%-25,2%	18,8%	11,3%-26,8%
	La mitad del tiempo	2,5%	0%-5,2%	4,5%	0,9%-8,6%
	La mayoría del tiempo	7,7%	2%-11,6%	10,4%	4,6%-19,3%
	Siempre	21,5%	14,3%-28,1%	17,5%	9,2%-24,7%
	Nunca	48,9%	42,4%-61,0%	48,8%	39,5%-58,8%

### ***Riesgo sexual con parejas casuales***

El 62,4% y 42,8% para Medellín y Pereira, respectivamente, han tenido relaciones con parejas casuales del sexo opuesto en los últimos seis meses; el 27,8% en Medellín y el 59,1% en Pereira de los UDI siempre utilizan condón. Un 14% en Medellín y un 23% en Pereira han tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses con otro UDI; cabe resaltar que en Pereira un 61,5% han tenido relaciones con tres o más UDI, contrario a lo observado en Medellín (1,9%) (Tabla 10).

**Tabla 10. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según comportamiento de riesgo sexual con parejas casuales. Medellín y Pereira**

En los últimos seis meses...		Medellín		Pereira	
		Estimación proporcional de la población	IC	Estimación proporcional de la población	IC
¿Con qué frecuencia ha tenido sexo anal o vaginal con parejas casuales del sexo opuesto?	Mensual	35,1%	26,8%-42,7%	30,4%	23%-36,2%
	Semanal	21,5%	12,9%-31,7%	10,9%	6,2%-15,4%
	Diario	5,8%	1,4%-9,9%	1,4%	0%-3,2%
	Nunca	37,6%	26,3%-47,8%	57,2%	52,1%-64,9%
¿Con cuántas parejas casuales del sexo opuesto ha tenido relaciones anales o vaginales?	1 a 4 parejas	38,4%	23,2%-52,6%	38,5%	29,9%-45,4%
	5 a 9 parejas	7,0%	1,8%-10,3%	4,7%	1,3%-8,6%
	10 y más	11,9%	3,6%-19,2%	2,3%	0,6%-4,9%
	Ninguna	42,8%	31,6%-61,4%	54,5%	47,5%-63,0%
¿Con qué frecuencia ha usado condones durante las relaciones sexuales vaginales o anales con sus parejas casuales del sexo opuesto?	Ocasionalmente	29,3%	21,4%-45,7%	11,5%	3,6%-20,1%
	La mayoría del tiempo	6,9%	1,6%-13,5%	11,3%	2,5%-17,6%
	Siempre	27,8%	18,4%-36,5%	59,1%	40,7%-74,1%
	Nunca	36,0%	19,7%-46,7%	18,1%	6,5%-39,2%
¿Cuántas de estas parejas casuales del sexo opuesto se han inyectado drogas alguna vez?	1	14,0%	6,1%-24,5%	23,1%	3,8%-33,1%
	2	8,4%	2,3%-13,3%	6,9%	0%-14,5%
	3 y más	1,9%	0%-5,4%	61,5%	57,4%-84,8%
	Ninguno	75,7%	65%-87,7%	8,4%	0%-16,6%

### **Trabajo sexual**

En cuanto a los comportamientos de riesgo relacionados con el trabajo sexual, se encontró que aproximadamente el 17% de los UDI en Medellín y el 11% en Pereira han intercambiado sexo por dinero; el 12% en Medellín y 4% en Pereira han intercambiado relaciones sexuales por drogas.

Con referencia al uso del condón, en Medellín el 33% y en Pereira el 20% siempre utilizan condón cuando realizan trabajo sexual; comparado con un 48% en Medellín y un 39% en Pereira

que nunca utilizan condón. De aquellos UDI que han tenido intercambio sexual un 19% y un 12% en Pereira han tenido de 1 a 9 clientes; y un 5% ha tenido con 10 o más clientes. Ninguna de las dos ciudades reportaron un uso consistente de condón en las relaciones de intercambio de sexo por droga o dinero (Tabla 11).

En los últimos 5 años en Pereira, un 10,2% de los hombres usuarios de drogas inyectables reportaron haber tenido relaciones con otros hombres y en Medellín fue de 9,8%. Lo cual indica una posible introducción en las redes de inyectores vía contacto sexual HSH (hombres que tienen sexo con otros hombres).

El bajo uso del condón en los últimos seis meses así como el trabajo sexual y la presencia de HSH indican una mayor vulnerabilidad para la introducción de VIH en UDI.

**Tabla 11. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según comportamiento de riesgo sexual relacionado con trabajo sexual en Medellín y Pereira**

En los últimos seis meses...		Medellín		Pereira	
		Estimación proporcional de la población	IC	Estimación proporcional de la población	IC
¿Con qué frecuencia ha tenido algún cliente del sexo opuesto que le haya dado dinero o cosas por tener sexo con usted?	Diario	3,7%	0,9%-8,3%	1,6%	0,0%-3,8%
	Semanal	2,9%	0,5%-6,1%	2,3%	0,5%-4,3%
	Mensual	10,3%	4,5%-14,4%	6,4%	3,5%-10,1%
	Nunca	83,1%	76,5%-90,7%	89,7%	85,3%-93,4%
¿Con qué frecuencia ha tenido algún cliente que le haya dado drogas por tener sexo con usted?	Mensual	12,9%	3,9%-20,07%	4,7%	1,8%-7,5%
	Nunca	87,1%	81,7%-93,1%	95,3%	92,5%-98,2%
¿Cuántos clientes ha tenido en promedio al mes?	1 a 9 clientes	18,7%	7,1%-32,5%	12,1%	5,8%-16,3%
	10 y más clientes	5,6%	0,0%-14,1%	5,3%	0,6%-12,2%
	Ninguno	75,7%	61,0%-87,8%	82,6%	76,2%-90,9%
¿Ha dado usted dinero o cosas a alguien del sexo opuesto para que tuviera sexo con usted?	Sí	13,7%	7,3%-19,4%	16,4%	12,3%-20,7%
	No	86,3%	80,6%-92,7%	83,6%	79,3%-87,7%

En los últimos seis meses...		Medellín		Pereira	
		Estimación proporcional de la población	IC	Estimación proporcional de la población	IC
¿Ha dado drogas a alguien del sexo opuesto para que tuviera sexo con usted?	Sí	15,0%	9,5%-21,9%	14,6%	10,6%-18,9%
	No	85,0%	78,1%-90,5%	85,4%	81,1%-89,4%
¿Con qué frecuencia usó condón cuando tuvo relaciones vaginales o anales con estas personas (trabajo sexual)?	La mitad del tiempo	0,3%	0,0%-1,0%	7,9%	0%-14,3%
	Ocasionalmente	18,1%	6,0%-27,0%	32,4%	5%-59,1%
	Siempre	33,6%	18,0%-63,2%	20,6%	4,1%-40,5%
	Nunca	48,0%	30,9%-60,4%	39,1%	27,2%-61,7%
¿Con qué frecuencia usó condones cuando tuvo relaciones sexuales con otros hombres?	Siempre	-	-	27,0%	0,0%-46,6%
	La mayoría del tiempo	-	-	3,7%	0,0%-16,8%
	La mitad del tiempo	-	-	7,1%	0,0%-19,7%
	Ocasionalmente	-	-	10,2%	0,0%-33,3%
	Nunca	-	-	37,4%	43,0%-92,7%
	Rehúsa contestar	-	-	14,6%	0,0%-74,4%

### Primera inyección

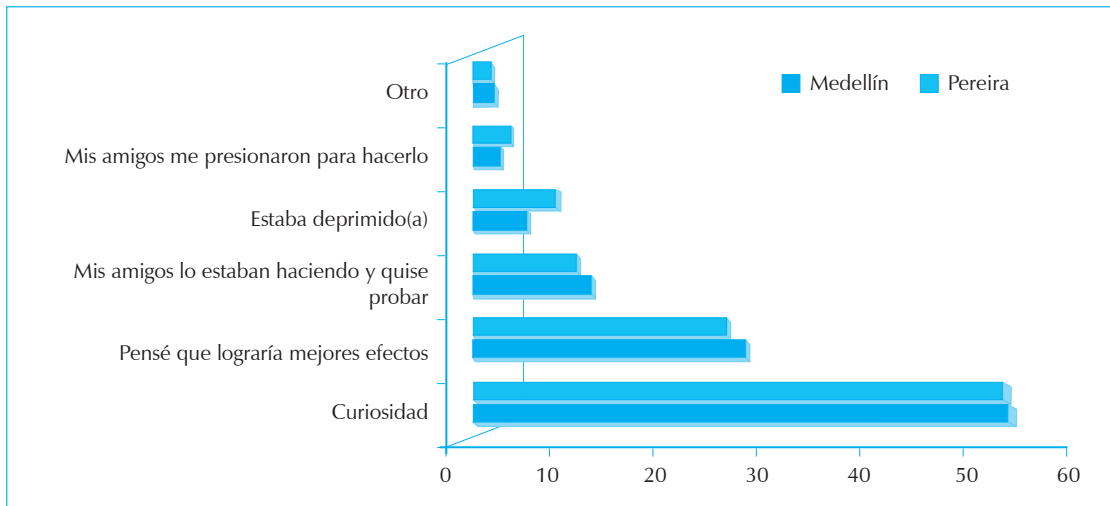
Los amigos cercanos fueron las personas que ayudaron al UDI a inyectarse drogas la primera vez seguido de la autoinyección y de ayuda de otras personas conocidas, comportamientos similares en ambas ciudades. Esta práctica se lleva a cabo más comúnmente en lugares públicos como calles, parques o edificios abandonados, dificultando prácticas de inyección seguras y el acceso a otras condiciones higiénicas óptimas. Así mismo, esta primera inyección también se realizó en la casa de un amigo cercano, lugar de residencia del UDI o en sitios de consumo denominados "ollas". Un 3% de los usuarios en Medellín iniciaron el consumo inyectable al inicio de la vida universitaria, pudiendo indicar redes de estratos socioeconómicos más altos.

Las drogas provienen de compra personal, regalos o canjes (Tabla 12) y la curiosidad fue la principal motivación para inyectarse (Gráfico 10).

**Tabla 12. Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según características en la primera inyección en Medellín y Pereira**

Características primera inyección	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
<b>La primera vez que se inyectó drogas, ¿Quién le ayudó a hacerlo?, ¿Qué tipo de relación tenían?</b>						
Amigo cercano	64,4%	56,6%	71,3%	55,7%	49,9%	62,2%
Otro conocido	4,4%	1,8%	7,8%	19,5%	14,6%	26,0%
Lo hizo él mismo	22,6%	16,3%	29,3%	14,9%	11,0%	19,2%
Pareja o compañero sexual permanente	3,2%	0,8%	6,3%	4,3%	2,2%	6,6%
Conocido que no es pareja sexual	2,8%	0,4%	5,9%	2,2%	0,7%	4,0%
Un extraño	1,2%	0,0%	1,6%	2,1%	0,7%	3,9%
Jíbaro o persona que inyecta	1,4%	0,0%	2,3%	1,5%	0,3%	2,9%
<b>¿En qué lugar se encontraba cuando se inyectó por primera vez?</b>						
En otro lugar público, calle, parque, edificio abandonado	52,4%	44,8%	60,9%	48,5%	42,4%	55,4%
En una "olla" o sitio al que se va a consumir	6,1%	2,7%	9,0%	17,0%	13,9%	23,2%
La casa de un amigo cercano	10,8%	6,0%	16,0%	13,8%	9,3%	18,5%
El sitio donde vive o vivía	13,4%	8,0%	19,4%	10,6%	6,3%	14,2%
La casa de una pareja conocida	8,1%	4,5%	12,7%	5,1%	2,6%	7,4%
La casa de una pareja sexual	0,8%	0,0%	2,2%	1,4%	0,0%	2,6%
La casa de alguien	1,1%	0,0%	2,9%	1,1%	0,0%	2,3%
En un lugar al que se va para que lo inyecten	1,7%	0,0%	5,1%	1,0%	0,0%	2,0%
En un club o bar	1,1%	0,0%	2,5%	0,9%	0,0%	1,3%
En el colegio/Universidad	3,0%	1,0%	5,2%	0,6%	0,0%	1,5%
<b>¿Esa primera vez que se inyectó, cómo consiguió la droga?</b>						
La compré yo mismo	43,0%	36,3%	51,3%	65,8%	62,7%	73,6%
Me la regalaron, la canjeé	37,2%	29,1%	44,8%	29,4%	23,1%	34,1%
Le di plata a alguien para que me la comprara	18,8%	12,4%	24,4%	4,8%	1,3%	5,6%
Yo vendía drogas	1,0%	0,0%	2,5%	2,1%	2,9%	9,1%

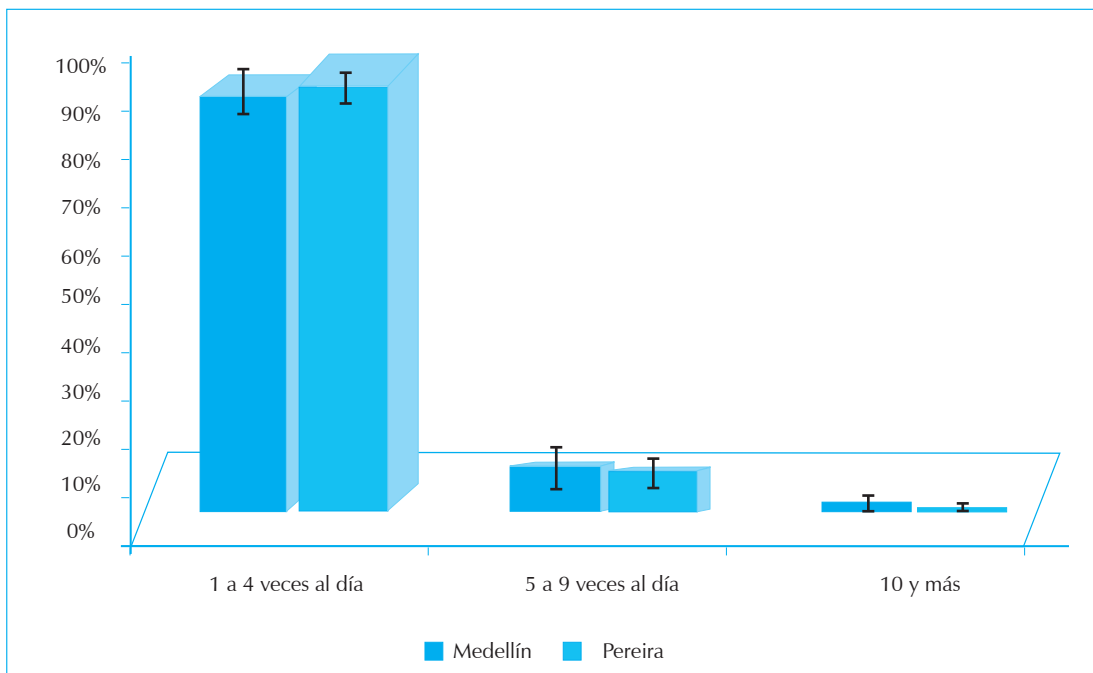
**Gráfico 10. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según razones para iniciar el consumo inyectable**



**Consumo inyectable en los últimos seis meses**

En Medellín y Pereira nueve de cada diez 90% UDI se inyectan en promedio 4 veces o menos al día y uno de cada diez 10% se inyecta cinco o más veces al día. La droga utilizada por todos los usuarios fue la heroína.

**Gráfico 11. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según frecuencia de inyección**



### Intercambio de jeringas

En Medellín un 50% y en Pereira un 64% en los últimos seis meses han usado jeringas recibidas de otras personas. En Medellín, dos de cada cinco UDI que comparte su equipo los limpia siempre o la mayoría del tiempo; y para Pereira, lo hacen tres de cada cinco; la limpieza de dichos equipos la hacen generalmente con agua corriente, seguido de una proporción inferior de UDI que lo hacen con alcohol (Tabla 13).

Un 49% en Medellín y un 64% en Pereira no compartieron jeringas en los últimos seis meses. Se demuestra una alta tasa de riesgo al compartir jeringas usadas en ambas ciudades.

**Tabla 13. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según características de la inyección en los últimos seis meses en Medellín y Pereira**

En los últimos seis meses		Medellín			Pereira		
		Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
Cuando se ha inyectado, ¿con qué frecuencia ha usado agujas o jeringas dadas, regaladas, vendidas o alquiladas por otra persona (incluida su pareja)?	Diario	12,0%	6,8%	17,2%	5,5%	2,7%	8,6%
	Semanal	13,1%	8,9%	19,5%	8,0%	4,8%	11,8%
	Mensual	25,6%	19,1%	32,9%	22,3%	17,1%	27,6%
	Nunca	49,3%	40,0%	57,0%	64,2%	58,1%	70,4%
¿Más o menos con cuánta gente diferente cree que ha compartido jeringas/agujas?	1 a 9 personas	56,3%	39,2%	72,2%	30,7%	25,6%	37,5%
	10 y más	7,3%	2,8%	15,7%	6,5%	2,1%	10,9%
	Ninguna	36,4%	24,3%	48,6%	62,8%	56,00%	68,7%
En los meses en los que ha compartido equipo, ¿con qué frecuencia los ha limpiado antes de usarlos?	Nunca	31,0%	20,2%	37,6%	37,3%	23,1%	48,6%
	Ocasionalmente	25,8%	20,7%	40,4%	5,9%	0,0%	13,6%
	La mitad del tiempo	3,0%	0,2%	6,3%	2,0%	0,0%	4,9%
	La mayoría del tiempo	10,3%	3,4%	15,2%	3,8%	0,0%	6,6%
	Siempre	29,9%	20,1%	39,0%	51,0%	40,5%	66,0%
¿Cómo ha limpiado (usualmente) las agujas y jeringas que otra persona ya había usado?	Agua	74,8%	67,8%	87,5%	79,5%	72,1%	93,5%
	Alcohol	16,1%	6,6%	23,3%	8,8%	1,7%	14,6%
	Otro	9,1%	2,2%	14,5%	11,7%	1,6%	19,5%

Las razones reportadas por los UDI que comparten el equipo de inyección, se diferencian por ciudad; para Medellín, porque son cuidadosos en escoger con quién compartir o por considerar que era seguro dada la limpieza del equipo; en Pereira porque no tenían su propio equipo o porque eran cuidadosos en escoger con quién compartir su equipo de inyección (Tabla 14).

Un alto porcentaje de usuarios ha usado agua para limpiar las jeringas, que puede indicar un interés por parte de la población UDI en prácticas de prevención, pero también desconocimiento en torno a la manera adecuada de hacerlo (el agua es insuficiente para eliminar virus presentes en la parafernalia). Esto se reitera con los resultados que se presentan en la siguiente tabla, dado que un 40,7% considera que la “confianza” es suficiente medida de precaución a la hora de evitar posibles infecciones.

**Tabla 14. Distribución de la proporción de los usuarios de drogas inyectables según razones para compartir el equipo de inyección en Medellín y Pereira**

Razones por las que usted compartió agujas y jeringas en los últimos 6 meses	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
Otras personas que se inyectaban me presionaron a hacerlo	12,4%	4,8%	24,3%	1,6%	0,0%	2,9%
Pensé que era seguro porque limpiaba el equipo	34,2%	24,5%	47,9%	25,4%	15,7%	38,5%
Soy cuidadoso en escoger con quién comparto	40,7%	28,0%	55,7%	47,0%	35,6%	61,6%
No tenía mi propio equipo para inyectarme	8,7%	3,1%	17,3%	75,9%	61,6%	87,8%

### **Contextos de inyección (parafernalia)**

En cuanto a las conductas de inyección se encontró que el 58,9% de los UDI en Medellín y 41,1% en Pereira ha compartido con otras personas algodones, agua de enjuague o cucharas cuando se estaba inyectando; así mismo, cerca de la mitad de los UDI en ambas ciudades ha regalado o vendido su jeringa ya usada a otra persona. Es de anotar que a una proporción importante de UDI la policía o alguna otra autoridad le ha confiscado su equipo de inyección (Tabla 15).



**Tabla 15. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según intercambio de otros elementos en el proceso de inyección. Medellín y Pereira**

En los últimos 6 meses...	Medellín			Pereira			
	Estimación proporcional de la población	IC Límite Inferior	IC Límite Superior	Estimación proporcional de la población	IC Límite Inferior	IC Límite Superior	
¿Alguien le ha intentado vender una jeringa con la mezcla de droga lista para consumir?	28,4%	21,8%	35,5%	30,2%	24,8%	36,1%	
¿Se ha inyectado con jeringas que tuviera la mezcla de droga lista o premezclada por alguien conocido?	26,9%	20,3%	34,3%	16,9%	13,0%	21,8%	
¿Ha dividido con otra persona la mezcla pasándola de jeringa?	62,5%	53,0%	69,3%	10,9%	6,9%	14,8%	
¿Ha compartido con otras personas algodones, agua de enjuague o cucharas cuando se estaba inyectando?	58,9%	51,2%	65,7%	41,1%	34,6%	48,0%	
¿Ha sacado dosis, de una mezcla de droga que otras personas también estaban compartiendo?	42,9%	34,9%	51,0%	20,5%	16,2%	25,0%	
¿Se ha inyectado alguna vez en un recinto cerrado al que la gente va para consumir, como una "olla" o un sitio de inyección?	60,6%	53,0%	68,9%	56,0%	49,1%	62,3%	
¿Se ha inyectado en un sitio de consumo al aire libre?	84,1%	78,6%	89,9%	67,8%	61,4%	73,8%	
¿Se ha inyectado alguna vez con una jeringa "casera" o "hechiza"?	25,3%	17,7%	31,9%	8,7%	5,4%	12,2%	
¿Con qué frecuencia le da dado, regalado o vendido su jeringa ya usada a otra persona?	Diario	8,2%	4,0%	13,0%	4,4%	2,2%	7,1%
	Semanal	10,3%	6,3%	16,1%	12,5%	8,5%	16,9%
	Mensual	32,7%	26,0%	40,0%	21,9%	16,8%	27,1%
	Nunca	48,7%	40,3%	55,4%	61,2%	55,3%	67,1%
¿Le ha ayudado a alguien a inyectarse por primera vez?	46,4%	38,6%	54,6%	22,2%	17,1%	27,1%	
¿A cuánta gente le ha ayudado a inyectarse por primera vez?	Ninguna	48,9%	40,9%	57,8%	72,0%	66,1%	78,5%
	1 a 4 personas	42,6%	34,0%	50,1%	25,5%	19,3%	31,0%
	5 a 10 personas	8,5%	4,3%	13,7%	1,4%	0,0%	3,4%
	12 a 20 personas	48,9%	40,9%	57,8%	1,1%	0,0%	3,0%
¿La policía o alguna otra autoridad le ha confiscado su equipo de inyección?	70,0%	61,8%	78,1%	41,3%	35,0%	47,4%	

### **Conductas de inyección con otros usuarios**

En los últimos seis meses, el 5,9% de los UDI en Medellín le ha dado su jeringa usada a un amigo cercano para que se inyecte, comparado con el 63,1% de los UDI en Pereira; el 22,9% y el

27,9% se la ha dado a una pareja casual y 10,8% y 33,5%, respectivamente, la ha regalado a una persona desconocida; se observa interrelación entre redes sexuales y de inyección (Tabla 16).

**Tabla 16. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según persona con la que ha compartido la jeringa en Medellín y Pereira**

¿En los últimos 6 meses, alguna vez le ha dado su jeringa usada a... para que se inyecte?	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
<b>Pareja sexual permanente</b>						
Sí	10,2%	2,8%	18,5%	9,3%	2,7%	15,6%
No	89,8%	81,5%	97,2%	90,7%	84,4%	97,3%
<b>Pareja conocida que no es pareja sexual permanente</b>						
Sí	22,9%	11,9%	34,0%	27,9%	19,5%	34,2%
No	77,1%	66,0%	88,1%	72,1%	65,8%	80,5%
<b>Amigo(a) cercano(a)</b>						
Sí	5,9%	1,9%	10,2%	63,1%	49,7%	72,2%
No	94,1%	89,8%	98,1%	36,9%	27,8%	50,3%
<b>A un cliente a quien usted le ayuda a inyectarse</b>						
Sí	6,9%	2,9%	11,0%	14,8%	7,2%	24,2%
No	93,1%	89,0%	97,1%	85,2%	75,8%	92,8%
<b>A una persona que se inyectaba por primera vez</b>						
Sí	2,9%	0,0%	7,8%	7,1%	2,4%	12,3%
No	97,1%	92,2%	100,0%	92,9%	87,7%	97,6%
<b>Una persona desconocida</b>						
Sí	10,8%	3,0%	17,8%	33,5%	24,7%	44,5%
No	89,2%	82,2%	97,0%	66,5%	55,5%	75,3%

## Otras conductas de riesgo

El 3,1% de los UDI en Medellín recuerda haberse inyectado alguna vez con alguien que estaba infectado con VIH y el 5,4% recuerda haberlo hecho con alguien que tenía hepatitis. En Pereira el 0,9% de los UDI se inyectó con alguien infectado con VIH y el 4,5% con alguien con hepatitis (Tabla 17).

**Tabla 17. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según conductas de inyección con otros usuarios en Medellín y Pereira**

¿A lo largo de su vida, en lo que recuerda alguna vez se ha inyectado con...?	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
<b>Alguien que estaba infectado con el virus del Sida</b>						
Sí	3,1%	0,9%	6,4%	0,9%	0,0%	2,0%
No	96,9%	93,6%	99,1%	98,5%	97,3%	100,0%
<b>Alguien que tenía Hepatitis</b>						
Sí	5,4%	2,5%	9,4%	4,5%	2,1%	6,6%
No	94,6%	90,6%	97,5%	94,1%	92,2%	97,2%
<b>Un hombre que se inyectaba y tenía sexo con otros hombres</b>						
Sí	5,9%	1,9%	10,3%	9,9%	6,6%	13,4%
No	94,1%	89,7%	98,1%	90,1%	86,6%	93,4%
<b>Una mujer que se inyectaba y que tenía sexo con otras mujeres</b>						
Sí	6,9%	2,9%	11,0%	14,6%	10,6%	19,1%
No	93,1%	89,0%	97,1%	84,8%	80,2%	88,9%

## Último evento de inyección

Frente a las características del último evento de inyección, se encontró que el lugar más utilizado en las dos ciudades fue un lugar público; uno de cada dos se inyectó con otras personas, 6 de cada 10 lo hizo en compañía de amigos cercanos (Tabla 18).

**Tabla 18. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según características del último evento de inyección**

Características del último evento de inyección		Medellín			Pereira		
		Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
¿En qué lugar se inyectó en esa ocasión?	En otro lugar público	44,7%	36,9%	51,8%	33,7%	28,3%	39,3%
	El sitio donde vive o vivía	32,2%	26,2%	41,8%	28,1%	22,8%	33,4%
	En una "olla" o sitio que se consume	1,9%	0,6%	2,8%	20,3%	15,5%	26,0%
	La casa de un amigo cercano	0,2%	0,0%	0,5%	10,0%	6,2%	14,0%
	La casa de una persona conocida	2,2%	0,0%	4,4%	3,9%	1,9%	6,2%
	En un lugar al que se va para que lo inyecten	11,5%	6,1%	17,5%	2,1%	0,5%	3,9%
	La casa de una pareja sexual	2,7%	0,2%	4,5%	1,0%	0,0%	2,2%
	La casa de alguien	2,3%	0,0%	4,5%	0,5%	0,0%	1,4%
	En un club o bar	2,3%	0,4%	4,4%	0,4%	0,0%	1,1%
¿Cuánta gente se inyectó con usted esa vez?	Ninguna	50,3%	44,2%	61,9%	42,7%	35,7%	49,0%
	1 a 4 personas	46,9%	36,1%	53,6%	51,7%	44,7%	58,4%
	5 a 10 personas	2,8%	0,4%	4,4%	5,6%	2,7%	7,9%
¿Había algún hombre inyectándose?		49,0%	49,0%	38,1%	58,6%	79,2%	71,4%
¿Había alguna mujer inyectándose?		10,6%	10,6%	4,8%	15,2%	29,2%	20,1%
¿Alguna de esas personas era algo suyo?	Otro amigo (a) cercano (a)	61,0%	41,4%	75,0%	67,7%	59,1%	76,6%
	Otro amigo (a) compañero (a)	32,4%	14,1%	48,4%	33,1%	23,5%	42,7%
	Un extraño	3,2%	0,0%	5,5%	19,3%	11,7%	26,2%
	Su pareja sexual permanente	5,7%	0,0%	13,1%	11,4%	4,2%	20,1%
	Un familiar que no vive con usted	4,9%	0,0%	10,3%	8,5%	3,7%	15,2%
	Otra pareja sexual no permanente	5,0%	0,0%	13,2%	4,5%	0,5%	9,7%
	Una persona 5 años menor que usted	4,6%	0,0%	28,0%	20,9%	12,0%	31,4%
	Una persona 5 años mayor que usted	8,3%	0,0%	22,9%	36,7%	27,7%	46,4%

### Actividades realizadas en el último evento de inyección

En el último evento de inyección, el 92,3% de los UDI en Pereira y el 77,7% en Medellín pagaron por la droga que se inyectaron, cerca de una cuarta parte compartió agua para el enjuague, una sexta parte compartió algodones o filtros y una cuarta parte o más compartieron el mezclador. Uno de cada ocho UDI en Pereira y uno de cada cinco en Medellín se inyectaron con una jeringa que otra persona ya había usado (Tabla 19).

**Tabla 19. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según actividades realizadas en el último evento de inyección en Medellín y Pereira**

¿Esa última vez que se inyectó, hizo alguna de las siguientes cosas...?	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
Salió usted a conseguir la droga para inyectarse	58,1%	42,7%	74,3%	76,0%	69,8%	81,5%
Pagó por la droga que se inyectó	77,7%	59,8%	90,1%	92,3%	88,7%	95,4%
Preparó usted mismo la droga que se inyectó	68,2%	54,1%	82,1%	89,2%	85,4%	92,5%
Compartió el mezclador (recipiente)	30,6%	16,5%	43,4%	23,5%	17,8%	29,1%
Compartió algodón o filtros	16,9%	5,2%	31,2%	16,8%	12,2%	21,6%
Compartió agua para el enjuague	28,0%	11,1%	40,3%	26,3%	20,8%	32,1%
Compartió mezcla de droga con alguien	35,0%	18,1%	47,4%	16,6%	12,6%	21,1%
Estaba la droga en una cápsula o ampolla lista para inyectarse	17,3%	5,0%	34,3%	8,7%	5,5%	12,7%
Obtuvo la droga ya contenida en una jeringa lista para inyectarse	13,3%	2,4%	30,9%	4,5%	2,2%	7,4%
Se inyectó con una jeringa que otra persona ya había usado	20,3%	7,8%	35,4%	11,9%	8,1%	15,8%
Alguna persona pasó droga de otra jeringa a la jeringa con la que usted se iba a inyectar	20,2%	8,9%	40,1%	4,0%	1,7%	6,8%
Usted inyectó a otra persona	18,5%	7,5%	31,3%	11,7%	7,8%	16,0%
Reutilizó la jeringa pero no la aguja	18,6%	5,6%	30,6%	4,6%	1,9%	7,8%

### Otras actividades realizadas en el último evento de inyección

Adicionalmente, en el último evento de inyección, el 27,3% de los UDI en Medellín y el 19,3% en Pereira reportó que alguna persona se inyectó con sus jeringas después de haberlas usado. La

disposición final de las jeringas y agujas utilizadas se realizó en mayor proporción en canecas, las guardó para usarlas de nuevo, las botaron en el piso o se la regalaron a otra persona, proporciones similares en ambas ciudades (Tabla 20).

**Tabla 20. Distribución proporcional de los usuarios de drogas inyectables según otras actividades realizadas en el último evento de inyección. Medellín y Pereira**

Otras características	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
<b>¿Esa última vez, alguna persona se inyectó con sus jeringas después de que usted ya la había usado?</b>						
Sí	27,3%	15,5%	35,6%	19,3%	14,6%	24,6%
No	72,7%	64,4%	84,5%	77,5%	71,8%	82,7%
<b>¿Esa última vez usted pasó droga de su jeringa, a la jeringa de otra persona para que se inyectara?</b>						
Sí	25,4%	13,3%	37,2%	4,0%	1,6%	7,1%
No	74,6%	62,8%	86,7%	96,0%	92,9%	98,4%
<b>¿Qué hizo usted con la jeringa y la aguja después de haberse inyectado?</b>						
La botó en una caneca	39,4%	30,5%	48,8%	39,5%	33,0%	45,9%
La guardó para usarla de nuevo	38,1%	32,6%	51,2%	32,1%	26,3%	38,5%
La botó en el piso	10,2%	4,7%	13,4%	13,0%	8,5%	18,1%
Se la dio o regalo a otra persona	6,6%	1,8%	9,4%	6,0%	3,3%	8,9%
La botó por el inodoro, caño, etc.	0,4%	0,0%	1,1%	5,1%	2,7%	7,6%
La puso en un recipiente tarro/frasco y lo botó	0,5%	0,0%	1,1%	3,7%	1,7%	6,1%
La devolvió a la persona a cargo, el jibarero o a quien estaba inyectando	0,4%	0,0%	1,0%	0,6%	0,0%	1,6%

### 6.2.3 Prevalencia de VIH

La prevalencia de VIH estimada para la población de UDI de Medellín fue de 3,8% [IC 95%: 0,8%-7,1%] y para Pereira fue de 1,9% [IC 95%: 0,5% - 3,7%] (Tabla 21).

Un aspecto a tener en cuenta es la homofilia registrada en el grupo de personas VIH positivas que fue de -1, indicando heterofilia completa, es decir, un participante VIH positivo no reclutó personas con esta misma condición. Para el caso de los usuarios identificados como VIH negativo, se observó una homofilia adecuada en las dos ciudades (Tabla 21).

**Tabla 21. Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según estado de VIH. Medellín y Pereira**

VIH	Medellín		Pereira	
	Positivo	Negativo	Positivo	Negativo
Estimación proporcional de la población	3,8%	96,2%	1,9%	98,1%
Estimación proporcional de la muestra	2,1%	97,9%	2,0%	98,0%
IC Límite Inferior	0,8%	92,9%	0,5%	96,3%
IC Límite Superior	7,1%	99,2%	3,7%	99,5%
Homofilia	-1	0,416	-1	-0,003
Equilibrio	2,1%	97,9%	2,1%	97,9%
Error estándar	0,016	0,016	0,008	0,008
Estimación tamaño de la red	9,813	17,387	11,077	9,6

### Conocimiento sobre VIH

El 64,2% de los usuarios de drogas inyectables en Medellín y el 77,1% en Pereira tenían algún conocimiento sobre VIH/Sida antes de empezar a inyectarse y el 61,8% y 43,7%, respectivamente, considera que si se inyectaban podían contraer el VIH, lo que puede indicar un bajo conocimiento frente a la relación de estos dos eventos especialmente en Pereira.

**Tabla 22. Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según conocimientos sobre el VIH y relación con consumo de drogas inyectables en Medellín y Pereira**

Conocimientos sobre VIH y relación de consumo de drogas inyectables	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
<b>Antes de empezar a inyectarse, sabía algo del VIH/Sida</b>						
Sí	64,2%	56,4%	71,2%	77,1%	72,4%	82,0%
No	34,7%	27,7%	42,4%	21,7%	17,0%	26,2%
No recuerda	1,1%	0,0%	3,3%	1,2%	0,0%	2,8%
<b>¿Antes de su primera inyección, pensó que si se inyectaba podría contraer el virus que produce el Sida?</b>						
Sí	61,8%	53,7%	69,9%	43,7%	37,7%	49,5%
No	38,2%	30,1%	46,3%	56,0%	50,2%	62,0%
No recuerda	61,8%	53,7%	69,9%	0,3%	0,0%	0,9%

### Conocimiento sobre VIH y consumo de drogas

En Pereira siete de cada 10 UDI habla con su pareja acerca del VIH, uno de cada dos lo hace con otros amigos consumidores de drogas y uno de cada dos lo hace con los miembros de su familia; por otra parte, siete de cada 10 UDI considera que una persona puede tener VIH y lucir bien, se resalta que tres de cada cuatro usuarios han realizado alguna acción para evitar infectarse o infectar a otras personas (Tabla 23).

En Medellín cuatro de cada 10 UDI habla con su pareja acerca del VIH, dos de cada tres habla con otros amigos consumidores de drogas y uno de cada tres con los miembros de su familia; cuatro de cada 10 UDI considera que una persona puede tener VIH y lucir bien; por último, uno de cada dos han realizado alguna acción para evitar infectarse o infectar a otras personas (Tabla 23).

**Tabla 23. Estimaciones de prevalencia de los usuarios de drogas inyectables según conocimientos sobre el VIH y relación con consumo de drogas inyectables en Medellín y Pereira**

Conocimientos sobre VIH	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
<b>¿Con qué frecuencia habla usted del VIH/Sida con sus parejas sexuales?</b>						
No hablan	60,7%	53,6%	68,3%	29,3%	23,7%	35,0%
Rara vez	25,3%	18,7%	31,2%	31,3%	25,7%	36,9%
Frecuentemente	14,0%	9,1%	19,9%	13,2%	9,1%	18,1%
No Aplica				29,3%	23,7%	35,0%
<b>¿Con qué frecuencia habla usted del VIH/Sida con sus amigos consumidores de drogas?</b>						
No hablan	31,4%	24,3%	38,4%	47,9%	42,5%	54,4%
Rara vez	57,4%	49,6%	65,3%	40,9%	35,2%	46,5%
Frecuentemente	11,2%	6,6%	16,8%	10,3%	6,8%	13,5%
<b>¿Con qué frecuencia habla usted del VIH/Sida con miembros de su familia?</b>						
No hablan	65,2%	57,1%	72,5%	53,6%	49,0%	61,7%
Rara vez	23,1%	17,3%	29,1%	30,2%	24,1%	35,3%
Frecuentemente	11,7%	7,1%	17,6%	13,4%	8,6%	17,4%



Conocimientos sobre VIH	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
<b>¿Cree que una persona puede tener el virus del Sida y lucir bien?</b>						
Sí	35,7%	27,7%	43,2%	69,0%	63,3%	74,4%
No	55,6%	48,0%	63,9%	26,6%	21,6%	31,8%
No sabe	8,7%	4,6%	13,4%	4,4%	1,9%	7,6%
<b>¿Qué porcentaje de la gente que tiene el virus del Sida cree que enfermará gravemente?</b>						
Toda (100%)	10,8%	6,7%	15,7%	24,2%	19,2%	29,5%
La mayoría (75-99%)	24,8%	18,5%	31,6%	39,6%	33,4%	46,2%
La mitad (26-74%)	38,5%	30,4%	46,0%	17,0%	12,1%	21,9%
Unos pocos (1-25%)	14,5%	9,3%	20,5%	17,6%	13,3%	22,2%
Nadie (0%)	7,2%	3,1%	12,3%	0,8%	0,0%	1,8%
Rehúsa contestar	4,3%	1,5%	7,8%	0,8%	0,0%	2,2%
<b>Desde que escuchó hablar por primera vez VIH/Sida ¿ha hecho algo para evitar infectarse e infectar a otros?</b>						
Sí	54,7%	45,4%	62,3%	72,0%	66,5%	77,0%
No	45,3%	37,7%	54,6%	28,0%	23,0%	33,5%

#### 6.2.4 Utilización de servicios de salud

Se indagó también a los UDI sobre la utilización que hacen de los servicios de salud, encontrando que consultaron al médico en los últimos seis meses el 42,1% en Medellín y el 54,3% en Pereira.

En el supuesto caso de estar enfermos y necesitar tratamiento médico, los UDI consideran que tendrían dificultad para acceder a este servicio, el 35,7% en Medellín y el 23,2% en Pereira. Llama la atención que el 14,4% en Medellín y el 5,2% en Pereira reporta que por miedo a las autoridades ha dejado de utilizar el servicio médico, servicio de prevención de VIH o cualquier otro servicio, no necesariamente relacionado con drogas (Tabla 24).

**Tabla 24. Distribución porcentual de los usuarios de drogas inyectables según utilización de servicios de salud en Medellín y Pereira**

Utilización de servicios de salud	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC		Estimación proporcional de la población	IC	
<b>¿Cuándo fue la última vez que usted fue donde un médico?</b>						
Durante los últimos 6 meses	42,1%	34,8%	50,7%	54,3%	48,7%	60,1%
Hace más de seis meses durante el último año	16,5%	11,0%	21,7%	22,5%	17,6%	27,7%
Hace más de un año, en los últimos dos años	21,1%	14,4%	27,6%	10,6%	7,1%	14,4%
Hace más de dos años	18,3%	12,1%	25,7%	11,6%	7,7%	15,8%
Nunca	2,1%	0,2%	4,9%	1,0%	0,0%	2,3%
<b>Si en la actualidad estuviera enfermo y necesitara tratamiento médico, ¿tendrá dificultades para acceder a él?</b>						
Sí	35,7%	28,5%	42,6%	23,2%	18,3%	27,7%
No	64,3%	57,4%	71,5%	76,8%	72,3%	81,7%
<b>¿Si hoy lo necesitara, tendría dificultades para recibir tratamiento para dejar su consumo de droga?</b>						
Sí	25,9%	18,3%	32,6%	20,1%	15,0%	25,4%
No	74,1%	67,4%	81,8%	79,9%	74,6%	85,0%
<b>¿Alguna vez hubo un servicio médico, servicio de prevención de VIH, servicio relacionado con drogas u otros servicios que usted no haya querido usar por temor a la policía o a otras autoridades?</b>						
Sí	14,4%	8,6%	20,4%	5,2%	2,5%	8,4%
No	85,6%	79,6%	91,4%	94,8%	91,6%	97,5%

### Sobredosis

Tres de cada cuatro usuarios de drogas inyectables reportaron haber visto alguna vez a una persona que perdió la conciencia por sobredosis de heroína u opio; de estos, una tercera parte reporta haberlo visto una sola vez, una quinta parte lo ha visto suceder dos veces, y entre el 21,6% y el 25,0% manifiestan que esta situación la observaron por última vez en la última semana, en Medellín y Pereira, respectivamente. También se indagó a los UDI si conocieron, alguna vez, a alguien que haya muerto por sobredosis, a lo que seis de cada 10 usuarios respondieron afirmativamente, cifra alarmante por la frecuencia tan alta en la ocurrencia del evento (Tabla 25).

En cuanto a las consecuencias personales que les ha traído el consumo, el 38,3% en Medellín y el 25,4% en Pereira manifiesta haber presentado alguna vez una sobredosis por heroína u opio hasta el punto de perder la conciencia. Para las dos ciudades, ocho de cada 10 UDI recibió ayu-

da la última vez que tuvo una sobredosis y uno de cada dos considera que si en un futuro tuviera necesidad de ayuda médica por una sobredosis considera que los reportarían a las autoridades o a la policía; aunque un 72,8% en Medellín y un 88,9% en Pereira considera que sería bien atendido por el personal médico en caso de una sobredosis (Tabla 25).

**Tabla 25. Distribución porcentual de los usuarios de drogas inyectables según consecuencias relacionadas con el consumo en Medellín y Pereira**

Consecuencias	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC Límite Inferior	IC Límite Superior	Estimación proporcional de la población	IC Límite Inferior	IC Límite Superior
<b>¿Alguna vez vio o estuvo presente cuando alguna persona perdió la conciencia por una sobredosis de heroína u opio?</b>						
Sí	75,3%	69,2%	82,4%	73,2%	67,8%	78,6%
No	24,7%	17,6%	30,8%	26,8%	21,4%	32,2%
<b>¿Cuántas veces lo ha visto suceder?</b>						
Una vez	32,3%	25,2%	41,8%	29,1%	20,7%	37,6%
Dos veces	20,9%	13,3%	26,7%	24,3%	18,4%	32,4%
3 a 5 veces	30,4%	22,5%	39,9%	28,8%	21,0%	35,4%
6 a 10 veces	10,0%	5,2%	15,9%	9,6%	5,1%	14,1%
Más de 10 veces	6,3%	2,5%	9,3%	8,2%	4,1%	12,8%
<b>¿Cuándo fue la última vez que esto pasó?</b>						
Durante la última semana	11,8%	6,3%	15,6%	6,2%	2,9%	10,7%
Hace más de una semana, durante el último mes	21,6%	15,7%	30,3%	25,0%	19,3%	32,3%
Hace más de un mes, durante los últimos 6 meses	23,7%	15,5%	31,6%	29,4%	20,5%	36,9%
Hace más de 6 meses, durante el último año	14,3%	9,5%	22,3%	14,6%	9,3%	20,8%
Hace más de 1 año, en los últimos 2 años (hace como 1 año)	16,6%	10,4%	23,1%	14,6%	8,7%	21,1%
Hace más de 2 años en los últimos 5 años	8,1%	2,7%	13,6%	6,9%	2,3%	11,7%
Hace más de 5 años	3,9%	0,7%	7,7%	3,3%	0,7%	6,6%
<b>¿Usted ha conocido a alguien que haya muerto de una sobredosis?</b>						
Sí	57,9%	48,7%	66,7%	60,8%	54,3%	67,1%
No	42,1%	33,3%	51,3%	39,2%	32,9%	45,7%

Consecuencias	Medellín			Pereira		
	Estimación proporcional de la población	IC Límite Inferior	IC Límite Superior	Estimación proporcional de la población	IC Límite Inferior	IC Límite Superior
<b>¿Usted ha sufrido alguna vez una sobredosis con heroína u opio hasta el punto de perder la conciencia?</b>						
Sí	38,3%	30,1%	45,7%	25,4%	20,5%	30,6%
No	61,7%	54,3%	69,9%	74,6%	69,4%	79,5%
<b>¿Se encontraba solo (a) esa última vez que tuvo una sobredosis con heroína u opio?</b>						
No	44,0%	28,3%	59,0%	62,8%	45,6%	78,4%
Sí	56,0%	41,0%	71,7%	37,2%	21,7%	54,4%
<b>¿Recibió ayuda de alguien esa última vez que tuvo una sobredosis?</b>						
Sí	82,7%	68,6%	91,3%	85,2%	72,0%	100,0%
No	17,3%	8,7%	31,4%	11,6%	0,0%	26,2%
<b>¿Cree que si en un futuro tuviera una sobredosis de heroína y opio y tuviera que ser atendido por personal médico, sería bien atendido y por personas expertas?</b>						
Sí	72,8%	64,7%	81,0%	88,9%	85,0%	92,6%
No	16,9%	10,0%	23,6%	4,4%	2,1%	6,8%
No sabe	10,3%	4,7%	17,2%	6,7%	3,9%	9,9%
<b>¿Si en un futuro tuviera necesidad de ayuda médica por una sobredosis cree que sería reportado a las autoridades o a la policía?</b>						
Sí	53,5%	45,3%	61,6%	62,3%	56,5%	67,7%
No	37,5%	30,2%	45,5%	32,3%	27,1%	37,8%
No sabe	9,0%	3,9%	14,5%	5,4%	2,9%	8,3%
<b>¿Alguna vez le han hecho reanimación con masaje cardíaco y respiración artificial?</b>						
Sí	19,8%	13,4%	26,7%	14,7%	10,5%	19,0%
No	80,2%	73,4%	86,6%	85,1%	80,8%	89,3%

# 7

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

*En tanto que haya alguien que crea  
en una idea, la idea vive*

**José Ortega y Gasset**

La población usuaria de drogas inyectables se caracteriza por ser, en su mayoría, población joven menor de 34 años, hombres, quienes han iniciado o culminado sus estudios de secundaria, solteros y cuyas viviendas están ubicadas en estratos socioeconómicos bajos. Todos eran usuarios de heroína inyectada, además reportaron el consumo de cigarrillos, bebidas alcohólicas, marihuana, tranquilizantes, basuco y cocaína.

Uno de cada dos usuarios en Medellín y uno de cada tres en Pereira, consiguen dinero, drogas o cosas materiales a través de la venta de drogas, de inyectar a otras personas o de la venta de agujas o jeringas. Además, en las dos ciudades, la tercera parte de los usuarios ha tenido relaciones sexuales en los últimos seis meses, la mitad de ellos no sigue conductas de sexo seguro y la quinta parte cuentan con parejas que también son UDI.

El 90% de los UDI se inyectan cuatro veces o menos y el 10% restante se inyecta cinco veces o más. En Medellín, el 40% de los UDI que comparte su equipo, siempre o la mayoría del tiempo le hacen limpieza, así como el 60% de los usuarios en Pereira; la limpieza de dichos equipos la hacen generalmente con agua, seguida de una proporción inferior de UDI que lo hacen con alcohol, entendiendo que estas prácticas no son efectivas en la prevención de transmisión parenteral de VIH y/o Hepatitis B o C.

Otros comportamientos de alto riesgo detectados son prácticas de inyección en grupo: el 60% asisten a ollas (lugares donde los UDI se inyectan drogas en presencia de otros UDI, a menudo desconocidos); inyección a pares: el 18% de los UDI inyectaron a otros UDI. A su vez se ha detectado la venta de droga diluida e introducida en jeringas para consumo (52,3% en Medellín y 35% en Pereira vendieron droga diluida y el 26,9% en Medellín y el 16,9% en Pereira la consumieron).

La identificación de los usuarios de drogas inyectables incluidos en este estudio, evidencian la existencia de un consumo establecido de heroína vía parenteral, y prácticas de alto riesgo en Pereira y Medellín. Esta situación posiblemente refleje una de consumo y prácticas de riesgo similar en el resto del país. La disponibilidad y accesibilidad a la heroína en Colombia y su impacto en la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana por vía sexual o inyectable,

impone el diseño de estrategias orientadas a reducir el peligro de una inminente epidemia por lo que se requiere fomentar una mayor participación de los referentes sobre el tema de VIH/sida y de drogas en torno a la aplicación de experiencias y medidas eficaces para reducir riesgo de infección (Hacker MA., et ál., 2005).

El ingreso a una población oculta como la de usuarios de drogas inyectables y la evidencia de comportamientos de riesgo (por ejemplo, elevado intercambio de agujas usadas) requiere implementar mecanismos que permitan el acceso a jeringas estériles. Así mismo, dada la alta frecuencia de conductas de riesgo, prevenir el VIH entre inyectores requiere la adopción de prácticas de inyección y sexuales más seguras, facilitar a los UDI acceso a condones gratuitos e información sobre prácticas de sexo seguro; incrementar el grado de conocimiento sobre los riesgos de VIH y otras infecciones (Hepatitis C, infecciones bacterianas) relacionados con las prácticas de inyección (información sobre el uso apropiado de la parafernalia y las prácticas de limpieza de equipos cuando sea necesario, zonas corporales de inyección y apropiada manipulación de la parafernalia para evitar contaminación para sí y para otros); proveer acceso sistemático y gratuito a jeringas estériles y facilitar el acceso a asistencia médica (Rodríguez CM., et ál., 2002).

La mayoría (90%) de UDI han comprado 'alguna vez' jeringas en las farmacias. A la vez los UDI reportan dificultades y estigma por parte de los empleados de las farmacias cuando intentan comprar jeringas. Las farmacias podrían ser consideradas como un punto de intervención para facilitar información a UDI sobre el riesgo de inyección y el acceso a jeringas limpias.

La mayoría (74,8% en Medellín y el 79,5% en Pereira) de los UDI informaron realizar limpieza de sus agujas, lo que muestra cierta percepción de riesgo relacionado con el uso repetido de estas y una voluntad de iniciar prácticas seguras. La voluntad por parte de los UDI de poner en práctica medidas preventivas debe ser reforzada a través de programas que proporcionan conocimiento sobre qué prácticas son efectivas en la prevención de infecciones de transmisión parenteral y qué prácticas constituyen riesgo. Cabe anotar que la mayoría utiliza el agua para realizar la limpieza del equipo de inyección, indicando un desconocimiento sobre medidas efectivas de descontaminación.

Los métodos de almacenamiento y disposición final de las jeringas son un problema de salud pública muy grave, puesto que la mayoría de los equipos son eliminados simplemente en la basura.

En Pereira la prevalencia estimada de VIH en la población usuaria de drogas inyectables fue del 2,0% [IC 95%: 0,5%-3,7%]. Para los hombres la estimación es de 1,8% y para las mujeres aumenta a 4,3%. Para Medellín, la prevalencia estimada para la población de UDI es de 3,8% [IC 95%: 0,8%-7,1%], en esta ciudad no se reportaron casos de VIH en mujeres.

Estas prevalencias indican la presencia de VIH en las redes de UDI. Dada la interconexión social de estas redes evidenciado por la velocidad de captación de otros usuarios, y los comportamientos de alto riesgo, se convierten en factores predisponentes para una posible rápida expansión de VIH entre los UDI y sus redes sexuales.

Siete de cada diez UDI tenían previo conocimiento de que al inyectarse podían contraer el VIH, por lo cual, se requiere iniciar de manera inmediata, procesos de información acerca de la supervivencia del virus en instrumentos contaminados y objetos punzantes utilizados durante la inyección; y fortalecer el conocimiento de las personas para evitar la reutilización de agujas y el uso apropiado de la parafernalia, lo cual aumenta el riesgo de transmisión del VIH.

Si bien la mayoría de los usuarios hacen uso de los servicios de salud y han acudido a estos en los últimos doce meses, una cuarta parte de ellos en Pereira y una tercera parte en Medellín consideran que en caso de necesitar tratamiento médico o tratamiento para dejar el consumo tendrían dificultades para acceder a este servicio.

Una cuarta parte de los UDI en Pereira, y una tercera en Medellín, han presentado sobredosis por heroína u opio hasta perder el conocimiento; llama la atención que en las dos ciudades, seis de cada diez consideran que en caso de un nuevo episodio serían reportados a las autoridades competentes, generando temor de utilizar los servicios de salud.

Los datos de este informe indican una situación de alto riesgo para una posible rápida expansión del VIH entre las redes de inyección por: a) El VIH se ha introducido en la redes de inyectores; b) altas tasas de comportamiento de riesgo (jeringas compartidas, inyección en grupo, etc.); c) acceso limitado a jeringas limpias; d) desconocimiento de la inyección como práctica de riesgo asociada con infecciones de transmisión sanguínea; y e) desconocimiento de medidas efectivas para la limpieza de equipos que son reutilizados y/o compartidos.

Por otra parte, si se aplican los conocimientos científicos y la experiencia de las últimas décadas en la prevención de epidemias en usuarios de drogas inyectables (por ejemplo, recomendaciones de OMS), la relativa baja prevalencia de VIH entre inyectores, presenta una única oportunidad para prevenir la rápida expansión de VIH en la redes de UDI.





# 8

## RECOMENDACIONES

---

**C**oncientizar a los actores sociales sobre la oportunidad que tiene Colombia en prevenir una posible rápida expansión de VIH entre sus UDI y sus redes sexuales. La ventana de oportunidad que ha puesto de manifiesto este estudio (existencia de redes de alto riesgo con prevalencia relativamente bajas) puede cerrarse en poco tiempo (riesgo de una rápida expansión de VIH en las redes, dados los comportamientos de alto riesgo).

Iniciar de manera urgente esfuerzos de prevención para UDI que a la vez ejercen trabajo sexual para: a) frenar la introducción de VIH en las redes UDI; b) prevenir la posible transmisión de VIH a sus redes sexuales.

Educar a los usuarios de drogas inyectables sobre el riesgo de transmisión de VIH asociado con la inyección y sobre aquellas prácticas que son efectivas (y aquellas que no lo son) para prevenir VIH.

Hacer partícipes activos a los UDI en la prevención de VIH potencializando su interés en utilizar prácticas de prevención; la interconexión entre redes UDI; y la activa participación de UDI en distribución de jeringas e inyección a otros UDI.

Facilitar el acceso gratuito a condones a todos los UDI.

Abrir programas de intercambio de jeringas, como existen en otros países, que han probado su efectividad en la reducción de infecciones y comportamiento de riesgo entre UDI. Estos programas son costo-efectivos en prevenir VIH.

Promover el acceso de los UDI a los servicios médicos relacionados con sus prácticas de consumo y vigilar el acceso a las jeringas en las farmacias como un insumo de venta libre en Colombia.

Fomentar el acceso a la asesoría y prueba voluntaria de forma rutinaria, e inducir demanda tanto en VIH como en Hepatitis, promoviendo la vacunación de hepatitis B.



# 9

## BIBLIOGRAFÍA

---

Castaño G. & Calderón GA. (2010). *Consumo de heroína en Colombia, prácticas relacionadas e incidencia en la salud pública*. Rev. Cubana de Salud Pública. 36(4).

Comunidad Andina. (2009). *Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población Universitaria*. Disponible en: [http://www.comunidadandina.org/public/Estudio\\_drogas.pdf](http://www.comunidadandina.org/public/Estudio_drogas.pdf)

Dirección Nacional de Estupefacientes. (1992). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas*. Disponible en: <http://odc.dne.gov.co>. Último acceso diciembre 10 de 2010.

Dirección Nacional de Estupefacientes & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). (2009) *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes en Conflicto con la ley en Colombia*. Bogotá.

Drug Enforcement Administration (2002). *DEA Congressional Testimony*. Disponible en: <http://www.justice.gov/dea/pubs/cngttest/ct121202.html>. Último acceso diciembre 10 de 2010.

Gobernacion de Caldas. (1999). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Consumo de Sustancias Psicoactivas (VESPA) Formato para Centros Penitenciarios*. Unidad de Prevención Integral del Departamento de Caldas. Gobernación de Caldas. Manizales.

Hacker MA. et ál. (2005). *Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumption in South America and the Caribbean: epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic*. Rev Panam Salud Pública. 2005 Oct-Nov; 18(4-5):303-13.

Isaza C. et ál. (2010). *Características demográficas y de consumo en pacientes adictos a heroína o derivados de la coca*. Inv. Andina. No. 21 Vol. 12 - 100 p.

Mejía IE & Pérez A. (2005). *La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente*. Adicciones, vol. 17 núm. 3. Pp. 251-260.

Ministerio de Salud. (1994). *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá.

- Ministerio de Salud. (1997) *Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Santafé de Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *Modelo de atención del VIH*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). *Guías para el manejo del VIH/SIDA basadas en la evidencia*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Plan Nacional de Respuesta frente al VIH/SIDA 2008-2011*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social & Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) Organización de los Estados Americanos (OEA). (2004). *Encuesta Nacional sobre Consumo SPA en Jóvenes Escolares 12-17 años*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. (2009). *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia*. Bogotá.
- ONUSIDA. (2010). *Consumo de drogas y VIH/SIDA*. Recuperado de: [http://onusida.org.co/?page\\_id=245](http://onusida.org.co/?page_id=245).
- ONUSIDA. (2011). *Uso de drogas inyectables y VIH*. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/strategygoalsby2015/injectingdruguseandhiv/>. Acceso el 14 de enero de 2011.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores*. Herramientas básicas. Washington.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Situación de la epidemia mundial de VIH*. Ginebra.
- Pérez A. (2011). *Heroína: Consumo, tratamiento y su relación con microtráfico en Bogotá y Medellín*. Ministerio de Protección Social.
- Programa RUMBOS. Presidencia de la República de Colombia. (1999). *Comisión Nacional de Investigación sobre Drogas. Sondeo Nacional sobre Consumo de Drogas en Jóvenes*. Bogotá.
- Programa RUMBOS. Presidencia de la República de Colombia. (2002). *Resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá.
- Reid S. (2009). *Injection drug use, unsafe medical injections, and HIV in Africa: a systematic review*. *Harm Reduction Journal* 6:24.
- Respondent Driven Sampling. (2008). *RDSAT*. Disponible en: <http://www.respondentdrivensampling.org/reports/RDSAT60.htm>. Acceso el 14 de enero de 2011.

Rodríguez CM. et ál. (2002) *HIV and injection drug use in Latin America AIDS*. 2002 Dec;16 Suppl 3:S34-41.

The sciences or improving lives (2010). *Usuarios de drogas inyectables*. Disponible en: <http://www.fhi.org/sp/Topics/Injection+Drug+Users+topic+page.htm>. Acceso el 14 de enero de 2011.

UNAIDS &WHO (2004) *Report on the Global AIDS Epidemic: 4th Global Report*. Geneva.

Underhill K. et ál. (2008). *Programas de abstinencia exclusiva para la prevención de la infección por VIH en países de ingresos altos (Revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. Acceso el 14 de enero de 2011.







IMPRESA  
NACIONAL  
DE COLOMBIA

[www.imprenta.gov.co](http://www.imprenta.gov.co)  
PBX (0571) 457 80 00  
Carrera 66 No. 24-09  
Bogotá, D.C., Colombia