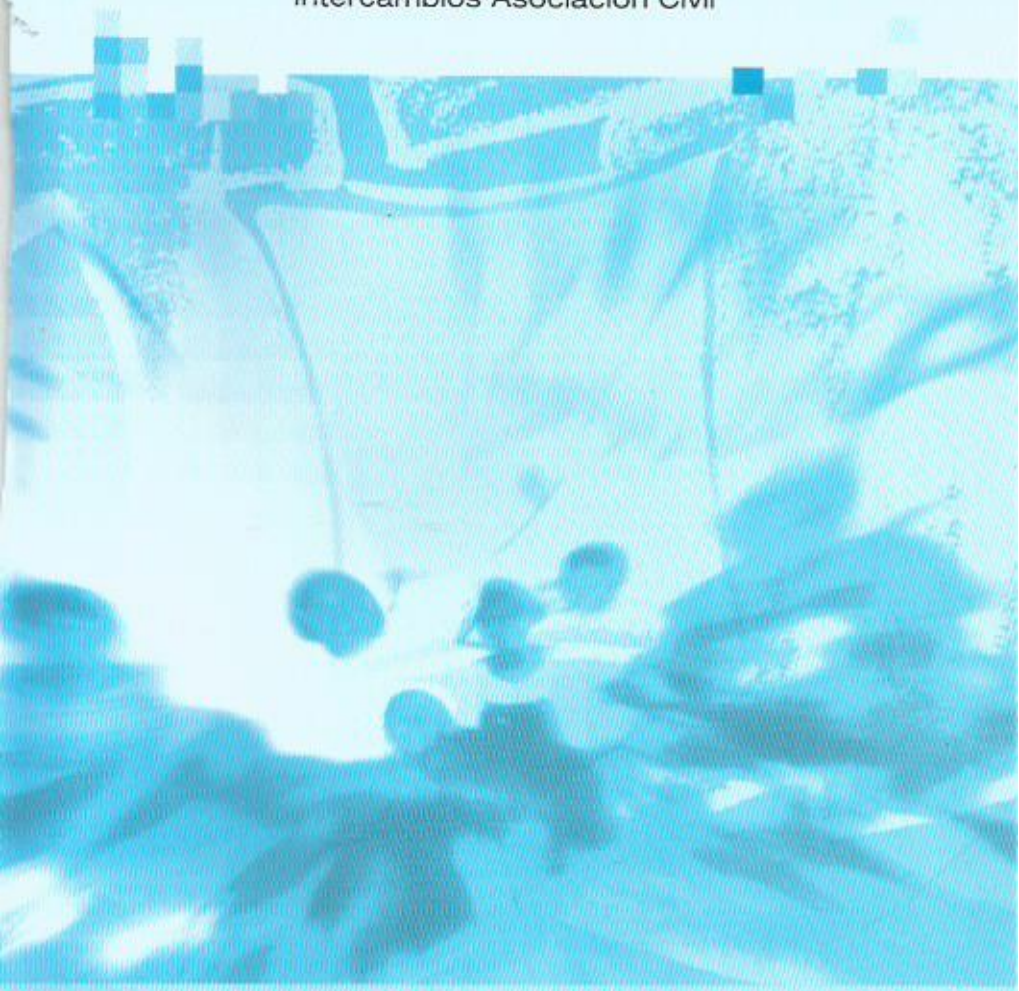




Cambios en el Uso Inyectable de Drogas en Buenos Aires (1998-2003)

Intercambios Asociación Civil



Intercambios

Asociación civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas



ONUSIDA

UNESCO-UNEP-UNEP-UNEP-DE
UNESCO-UNEP-UNEP-UNEP-DE

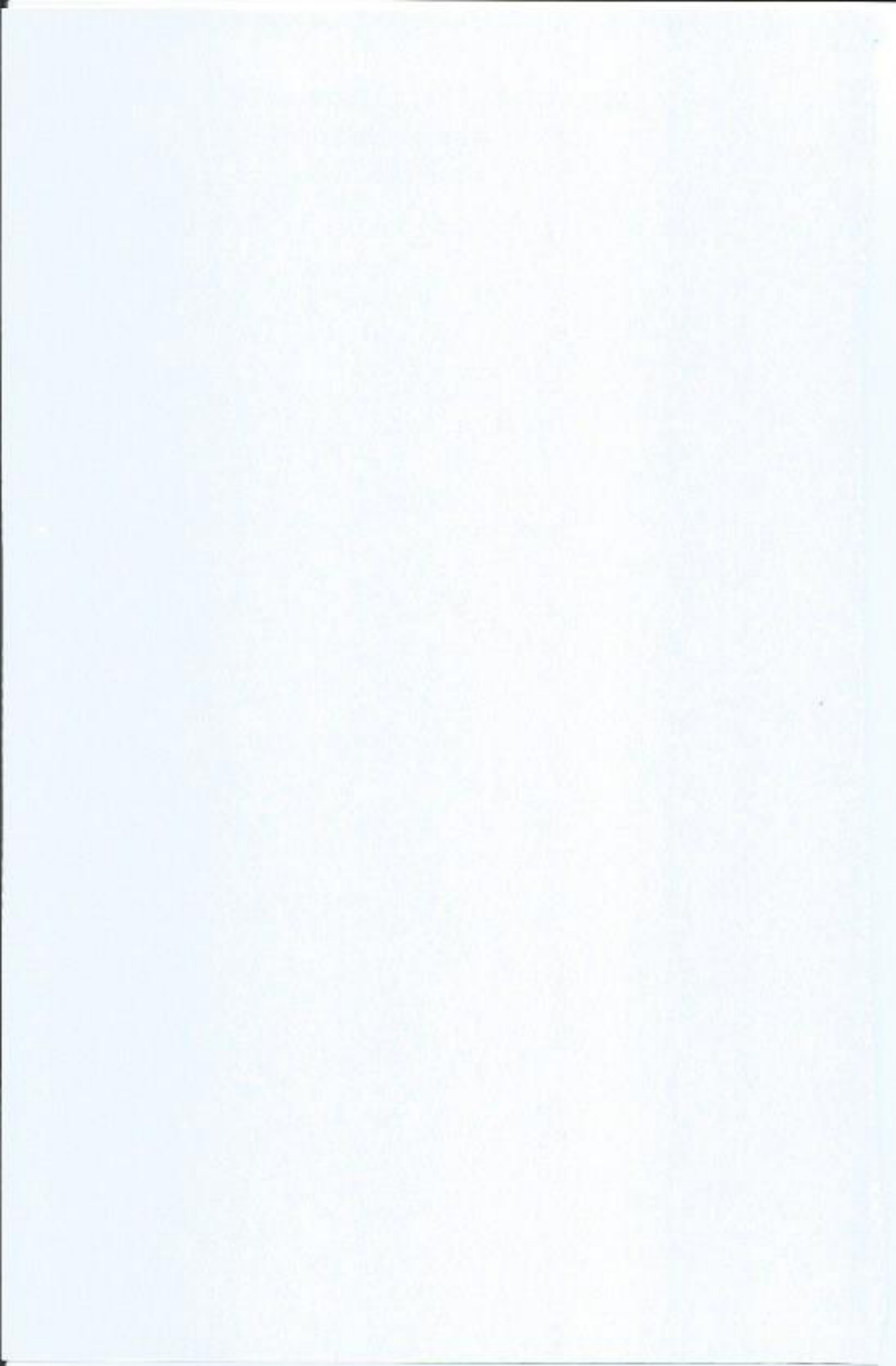


NACIONES UNIDAS
Oficina contra la Droga
y el Delito



MINISTERIO DE
**SALUD Y
AMBIENTE**
de la NACIÓN

**CAMBIOS EN EL USO INYECTABLE
DE DROGAS EN BUENOS AIRES**
(1998-2003)



Prevención del Abuso
de Drogas y del VIH/SIDA
en los Países del Cono Sur
Argentina / Proyecto AD/ARG/02/G17



Cambios en el Uso Inyectable de Drogas en Buenos Aires (1998-2003)

Intercambios Asociación Civil



intercambios
Asociación civil para el estudio y atención
de problemas relacionados con las drogas



ONUSIDA
UNICEF-UNODC-UNEP-UNFPA-UNHCR-UNAIDS
UNESCO-OMS-WHO-WORLD HEALTH ORGANIZATION



NAÇÕES UNIDAS
Oficina contra la Droga
y el Delito



MINISTERIO DE
**SALUD Y
AMBIENTE**
DE LA NACIÓN

Intercambios Asociación Civil

Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires 1998-2003 / coordinado por Diana Rossi y Victoria Rangugni. - 1ª ed. - Buenos Aires : Intercambios Asociación Civil; Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: ONUSIDA ; Brasilia: ONUDD, 2004.

256 p. ; 22x13 cm.

ISBN 987-98893-1-2

1. Uso Inyectable de Drogas. 2. S.I.D.A. I. Título
CDD 362.196 979 2

Buenos Aires, 2004
Argentina

1ª Edición
Julio de 2004

Todos los derechos están reservados. No pueden ser vendidos o usados con propósitos comerciales sin aprobación por escrito de Intercambios Asociación Civil, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA)

© Intercambios Asociación Civil
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
ONUSIDA
ONUDD

Coordinación de textos y redacción:
Diana Rossi y Victoria Rangugni
con la colaboración de María Pía Pawlowicz

Armado: *Taller del Sur*
Diseño de tapa: *Levinson/Basevich*

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723
Impreso en Argentina - *Printed in Argentina*

Índice

Presentación	13
Introducción	15
Glosario	23
Capítulo 1: Aspectos metodológicos	27
1. Técnicas de recolección de datos	27
2. Muestras de población.	32
3. Características de los instrumentos de recolección de datos	38
3. 1 Encuesta	38
3. 2 Entrevistas	39
3. 2. 1. Entrevista a UDis	39
3. 2. 2. Entrevista a operadores	40
3. 3. Grupos de discusión	41
4. Cronograma y análisis de datos	41
Capítulo 2: Contexto social e impacto de las políticas	44
1. Principales resultados de estudios con UDis en el mundo ..	44
2. El contexto de la crisis en Argentina y su relación con la epidemia de VIH/sida	49
3. Casos de sida y estimaciones de VIH en usuarios de drogas inyectables	53
3. 1. Estimación de UDis con VIH/sida	56
3. 2. Estudios de prevalencia de VIH y otras infecciones ...	58
4. Patrones socio-culturales del uso inyectable de drogas	61
5. Cambios en el uso de drogas en el período 1998-2003	64
5. 1. Alcohol	65
5. 2. Drogas ilegales	66
5. 3. Psicofármacos	68

Capítulo 3: Usuarios de drogas inyectables: una población poco conocida	69
1. Caracterización sociodemográfica de la muestra de UDIS ..	69
2. Redes sociales	77
3. Problemas de salud-enfermedad-atención	82
Capítulo 4: Riesgo y cuidado en las prácticas de uso inyectable de drogas	95
1. Inicio y tiempo en el uso inyectable	96
2. Caracterización de las drogas preferidas	96
3. Interrupciones en el uso inyectable	99
3.1. Motivos para interrumpir el uso inyectable	100
3.2. ¿Por qué vuelven al uso inyectable?	102
4. Cambios en la frecuencia del uso inyectable	104
4.1. ¿Por qué se inyectan más seguido?	109
4.2. Motivos para una menor frecuencia de inyección.	112
5. ¿Práctica individual o compartida?	114
6. Cambios en el uso compartido del material	118
7. Descarte de las jeringas usadas	129
8. Cambios en las vías de administración y en las sustancias utilizadas	134
Capítulo 5: Riesgo y cuidado en las prácticas sexuales	140
1. Prácticas sexuales y uso de preservativo	140
2. Uso de preservativo y uso de drogas	149
Capítulo 6: Acceso a los Programas de Reducción de Daños e impacto en las prácticas de riesgo y de cuidado	155
1. Acceso a jeringas, preservativos y folletos de prevención ..	155
2. Características demográficas de los UDIS con y sin contacto con PRD	158
3. Impacto del contacto con PRD en las prácticas de uso inyectable de drogas	160
4. Impacto del contacto con PRD en las prácticas sexuales ..	165
Capítulo 7: El impacto del VIH/sida en el uso inyectable de drogas	170
Capítulo 8: Las parejas de usuarios/as de drogas inyectables ..	178
1. Perfil de las parejas mujeres	178
2. Perfil de las parejas hombres	184
3. Diferencias más significativas	187

Capítulo 9: Las intervenciones con usuarios de drogas	189
1. Un punto de partida	193
2. Caracterización de la muestra de operadores	195
3. Los cambios en el consumo de drogas	198
4. Los cambios en las intervenciones	208
5. Los resultados de la política de reducción de daños	215
6. Propuestas de intervención	221
6.1. Propuestas de los operadores	221
6.2. Propuestas de los UDIS	234
Capítulo 10: Conclusiones y recomendaciones	236
Bibliografía	246
Cuadros, gráficos y figuras	252

Equipo de investigación

Investigadora principal Diana Rossi.

Investigadora Victoria Rangugni (*supervisión de campo y análisis de datos*).

Investigadora María Pía Pawlowicz (*análisis de datos*).

Encuestadores y entrevistadores: Gastón Arroyuelo, Fabiana Barbutto, Gustavo Buzzo, Roberto Carrizo, Ramiro Coelho, René Contreras, Karina De Vinzenzi, Alejandra Díaz, Fernando Ferreyra, Jorge Filippi, Silvia Ghiselli, Paula Goltzman, Sergio Guffanti, Rodolfo Latrónico, Gustavo López Arrojo, Valeria Navas, Alicia Odorico, Aída Perugino, Hugo Pessoa, Fernanda Petrucelli, Patricia Pinto, Mariana Ramírez, Romina Rosa, María Laura Sánchez, Gladys Tena y Dhan Zunino Singh.

Agradecimientos

Agradecemos los aportes del Comité Asesor integrado por: Gabriela Hamilton, Directora del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos; ITS y VIH/SIDA del Ministerio de Salud de la Nación; Sonia Quiruelas, Asesora de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico; Claudio Bloch, Director de la Coordinación SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; Graciela Touzé, Presidenta de Intercambios Asociación Civil; y Mercedes Weissenbacher, Investigadora del CONICET y del Centro Nacional de Re-

ferencia para el SIDA, Departamento de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Hicieron aportes especialmente valiosos para este estudio las siguientes personas: Paula Goltzman, que orientó todos los aspectos relacionados con los programas de intervención con UDIS; Pablo Cymerman, que asesoró en el diseño de grupos focales y en el inicio del trabajo de campo; Dhan Zunino Singh, que contribuyó al análisis de los datos cualitativos y a la elaboración de gráficos y cuadros; Marcelo Vila, que asesoró en los aspectos médicos y epidemiológicos; Juan José González y Mónica Gustas, que participaron del reclutamiento de voluntarios; Graciela Radulich y Susana Lambrechts, que opinaron acerca de la interpretación de los datos; Elizabeth Voeller que contribuyó con el ingreso de datos y Agostina Chiodi, que también colaboró con esa tarea, con la desgrabación de entrevistas y con la edición de esta publicación.

Asimismo agradecemos el inestimable aporte de todas aquellas personas que participaron de este estudio, que ofrecieron su tiempo y su experiencia para permitirnos una mejor comprensión de lo que acontece con el uso inyectable de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

Presentación

El proyecto *“Prevención del Abuso de Drogas y del VIH/SIDA en los Países del Cono Sur”* es una iniciativa regional basada en las experiencias de prevención del VIH en usuarios de drogas que, con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA), se desarrollan desde 1997. Como consecuencia de estas experiencias, este proyecto técnico de cooperación entre UNUSIDA y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), se propuso ampliar las intervenciones de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con el objetivo de alentar una respuesta más amplia al VIH/sida asociado al uso de drogas.

En la Argentina, el proyecto AD/ARG/02/G17 *“Prevención del Abuso de Drogas y del VIH/SIDA en los Países del Cono Sur”* inició sus actividades en enero de 2003, bajo la dirección nacional de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud de la Nación y con la coordinación de un Equipo de Gestión integrado por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, sida y ETS, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), la Coordinación sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires e Intercambios Asociación Civil.

Estas y otras instituciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales de las Ciudades de Buenos Aires,

Rosario y el Conurbano Bonaerense aunaron sus esfuerzos en el desarrollo de cinco líneas de acción: sensibilización y defensoría, investigación, intervenciones con usuarios de drogas, prevención del uso de drogas y del VIH, y capacitación.

Las acciones tendientes a reducir los daños asociados al uso de drogas a menudo se enfrentan con la escasez de investigaciones y con las dificultades para acceder a sus resultados a tiempo. La transmisión del VIH y otras infecciones en la población usuaria de drogas continúa jugando un papel crucial en el escenario sanitario de Argentina. Atendiendo a ello, este proyecto incluyó una línea de investigación que permitiera aumentar la comprensión acerca de este complejo fenómeno y apoyar las intervenciones en campo mediante la aplicación inmediata del conocimiento obtenido.

Esta intención se observa claramente en el estudio desarrollado por Intercambios Asociación Civil, cuyos resultados se presentan en esta publicación. La información que aquí se despliega contribuye a identificar tendencias emergentes en las prácticas de uso de drogas y sus implicancias para la prevención, y constituye un instrumento útil para la adecuación de intervenciones y la movilización de recursos.

Este estudio muestra las vinculaciones entre ciencia y comunidad, combinación que conduce a investigaciones que dan sustento a un activismo comunitario más efectivo, al hacer evidentes las necesidades y los derechos de los usuarios de drogas.

LIC. GRACIELA TOUZÉ
Secretaría Ejecutiva
Proyecto AD/ARG/02/G17

Introducción

El uso de drogas inyectables es una práctica social con un fuerte impacto en diversas problemáticas de salud, entre las que reviste particular importancia la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Numerosos estudios ya han mostrado que los usuarios de drogas son capaces de modificar sus conductas para reducir los riesgos relacionados con su consumo. De hecho, la introducción de los Programas de Reducción de Daños (PRDs) ha conseguido la estabilización de la prevalencia del VIH y de otras infecciones sanguíneas entre los consumidores de drogas en aquellos lugares en los que se han implantado. Tal es el caso, por ejemplo, de Australia, que ha adoptado la reducción de daños como política oficial desde 1985. Actualmente los investigadores australianos reconocen una prevalencia del 2% de VIH en la población usuaria de drogas inyectables (UDI) y una prevalencia del 50% de hepatitis C, que tiende a disminuir.¹

En un estudio realizado en cinco ciudades con poblaciones de UDIs que han mantenido una baja prevalencia del VIH (Glasgow, Escocia; Lund, Suecia; Nuevo Gales del Sur, Aus-

¹ Wodak, A. "Fifteen years of HIV Prevention Among Injection Drug Users in Australia" en *1999 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations. Second Annual Meeting Report*, NIDA, Washington, junio de 2000; ps. 95-101.

tralia; Tacoma, Estados Unidos de Norteamérica; y Toronto, Canadá) se observó que todas presentaban los siguientes componentes: comenzaron actividades de prevención cuando los niveles de infección eran aún bajos, brindaron equipos de inyección y esterilización y llevaron a cabo programas de acercamiento con UDIs.²

Por otra parte, la evaluación de los Programas de Reducción de Daños indica que no han producido los efectos negativos que algunos presagiaban. La bibliografía internacional concluye que los programas de intercambio de jeringas reducen la transmisión del VIH, sin promover un aumento en el consumo de drogas.^{3, 4} Tampoco aumentan el número de jeringas abandonadas en la vía pública.⁵

En la Argentina existen escasos estudios acerca de las características y los cambios de la práctica inyectable en poblaciones urbanas y no había hasta la fecha suficiente información que diera cuenta de las transformaciones que se habían producido en los últimos años en relación con los diversos emprendimientos para intervenir en la reducción de los daños asociados al uso inyectable de drogas en el contexto social en que estas prácticas se desarrollan.

² Des Jarlais, D.C.; H. Hagan, S.R. Friedman et al. "Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users." *Journal of the American Medical Association*. 1995; 274:1226-1231.

³ Paone, D.; D.C. Des Jarlais, S. Caloir, P.B. Friedman, I. Ness y S.R. Friedman, "New York City syringe exchange: An overview." En *Proceedings of the National Academy of Sciences Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Washington, D.C., National Academy Press, 1994.

⁴ Lurie, P.; A.L. Reingold, (eds.) "The public health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Conclusions and Recommendations." San Francisco, CA, University of California, San Francisco, Institute for Health Policy Studies, 1993.

⁵ Doherty, M.C.; B. Junge, P. Rathouz, R.S. Garfein, E. Riley, D. Vlahov, "The effect of a needle exchange Program on number of discarded needles: a 2-year follow-up." *Am J Public Health* 2000; 90:936-939.

Entre 1998 y 1999 Intercambios Asociación Civil realizó el estudio "Prevención del VIH/sida en usuarios de drogas" financiado por el Programa Conjunto de Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA).⁶ Fue una aproximación exploratoria que aportó al conocimiento de la historia del uso inyectable en el Área Metropolitana de Buenos Aires⁷ (AMBA) y a la caracterización de las prácticas sexuales y de uso inyectable de sesenta personas que vivían en ese ámbito geográfico. Tomando en consideración los resultados obtenidos se diseñó un programa piloto de intervención en reducción de daños en acuerdo con la comunidad en la que habitaba la red de usuarios de drogas inyectables (UDIs) contactada, que dio origen al primer programa argentino de distribución de jeringas, preservativos e información preventiva para UDIs.

De los UDIs que participaron del estudio, 38 vivían en una zona del Partido de Avellaneda donde se inició el Programa de Reducción de Daños que continúa hasta la actualidad. De estas personas entrevistadas, sólo tres permanecen en contacto con el programa. Hay diversos motivos para explicar esa situación, pero el más impactante es la muerte de nueve de ellos en estos últimos cinco años por problemas de salud o de violencia urbana, lo que representa el 24% de esas 38 personas pertenecientes a la red de consumo inyectable de Avellaneda. El resto de los encuestados se había mudado de barrio o había abandonado la práctica inyectable en este lapso de tiempo, razón por la cual este nuevo estudio nos muestra una fotografía de una época que varió y las variaciones de estos últimos años se ex-

⁶ Touzé, G.; D. Rossi, P. Cymerman, N. Ereñú, S. Faraone, P. Goltzman, E. Rojas y S. Vázquez, "Prevención del VIH-sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención", Ed. Intercambios, Buenos Aires, 1999.

⁷ El Área Metropolitana está conformada por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los Municipios que integran el Conurbano Bonaerense.

presan tanto en las prácticas de los sujetos como en las intervenciones desarrolladas por los distintos actores participantes.

En el año 2000, el Programa Conjunto de Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA) inició un Proyecto Regional sobre VIH/sida asociado al uso de drogas en los países del Cono Sur, al que posteriormente sumó su apoyo la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). Esta iniciativa, orientada a crear una respuesta más amplia al problema, previó una serie de actividades en la prevención y el cuidado de usuarios de drogas inyectables, concientización del público en general y de grupos específicos, e investigación con un enfoque común.⁸

Durante la primera fase del proyecto Regional entre los años 2000 y 2001, se desarrolló un estudio para determinar la prevalencia de VIH, de los virus de las Hepatitis B, C y del virus de la leucemia de células T humanas (HTLV I y II) entre usuarios de drogas inyectables actuales y pasados que voluntariamente se avinieran al examen de sangre.⁹ Se aplicó además una entrevista estructurada para profundizar en el conocimiento de representaciones y prácticas sexuales y de uso de drogas de esa población. Se llegó a ellos aprovechando el vínculo de diversos grupos que trabajaban con redes de usuarios de drogas de diferentes zonas del Gran Buenos Aires, en varias de las cuales habían comenzado intervenciones de reducción de daños orientadas a UDIS.

⁸ Rossi, D. (Comp.) Sida y Drogas. Reducción de Daños en el Cono Sur. Coedición Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA), Intercambios Asociación Civil y Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/sida y ETS, julio de 2001.

⁹ Rossi, D.; G. Radulich, L. Martínez Peralta, S. Sosa Estani, M. Vila, L. Vivas y M. Weissenbacher, "Riesgo de transmisión de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires" En CD-rom Reducción de Daños. Apuntes para la acción. Editado por Asociación Civil Intercambios y Cooperación Alemana para el Desarrollo, Buenos Aires, 2002.

En la segunda fase del proyecto Regional, en el año 2003, se planificó realizar un nuevo estudio del tipo investigación-acción orientado a reducir el riesgo de transmisión del VIH y los daños a la salud en los/las usuarios/as de drogas inyectables del Área Metropolitana de Buenos Aires, cuyos resultados se presentan en esta publicación.

El **objetivo general** del estudio fue recopilar, actualizar y organizar la información disponible, referida a los cambios producidos en el contexto nacional y local entre 1998 y 2003 (buscando fundamentalmente modificaciones en las prácticas y el tipo de sustancias consumidas), el modo en que esos cambios se relacionaron con las intervenciones realizadas, a fin de evaluar cambios necesarios en la metodología de trabajo y delinear un plan de acción orientado a extender el alcance de los Programas de Reducción de Daños a otras redes de UDis del Área Metropolitana de Buenos Aires.

En cuanto a los **aspectos metodológicos** del estudio, existían antecedentes en la aplicación de la Metodología de Evaluación y Respuesta Rápida (ERR), propuesta por el Programa sobre Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (PSA/OMS) y por el ONUSIDA, tales como la investigación en usuarios inyectables de drogas realizada por Intercambios,¹⁰ la realizada en la ciudad de Rosario por Inchaurrega y Siri¹¹ y en Buenos Aires por la Asociación Civil El Retoño.¹² Asimismo, Intercambios desarrolló en 2002/2003 una investigación que empleó la metodología ERR para estudiar el Uso de Cocaína Inhalable y la Conducta de Riesgo Sexual en Buenos Aires.¹³

¹⁰ Touzé G. et al (1999), op cit. ps. 17-22.

¹¹ Inchaurrega, S. y P. Siri, "Uso de drogas inyectables y VIH en Rosario (Argentina). Fundamentos para la reducción de daños." Adicciones, 1999, vol. 11, n° 4, ps. 403-409.

¹² Radulich, G. Comunicación personal.

¹³ Se realizó en el marco de un estudio multicéntrico coordinado por el De-

La fecha que se tomó como referencia para indagar acerca de los cambios en las prácticas de los usuarios inyectables y en las intervenciones de los ámbitos sanitario, penal y comunitario fue el año 1998, porque a partir de ese momento comenzaron a desarrollarse acciones de reducción de daños en algunos partidos del Área Metropolitana de Buenos Aires. Los estudios previos fueron insumo del actual y aportaron valiosa información para comprender la tendencia observada en los cambios estudiados.

Se indagó acerca de las transformaciones en las prácticas de cuidado y riesgo de los UDIs en la actualidad, teniendo en cuenta las creencias y normas comunitarias acerca de la práctica inyectable. Se trabajó además con una muestra de parejas sexuales de UDIs. Se estudiaron también las características de las intervenciones orientadas al uso inyectable de drogas y las opiniones de los operadores sanitarios, comunitarios y penales con la finalidad de proponer formas de intervención apropiadas para los cambios identificados.

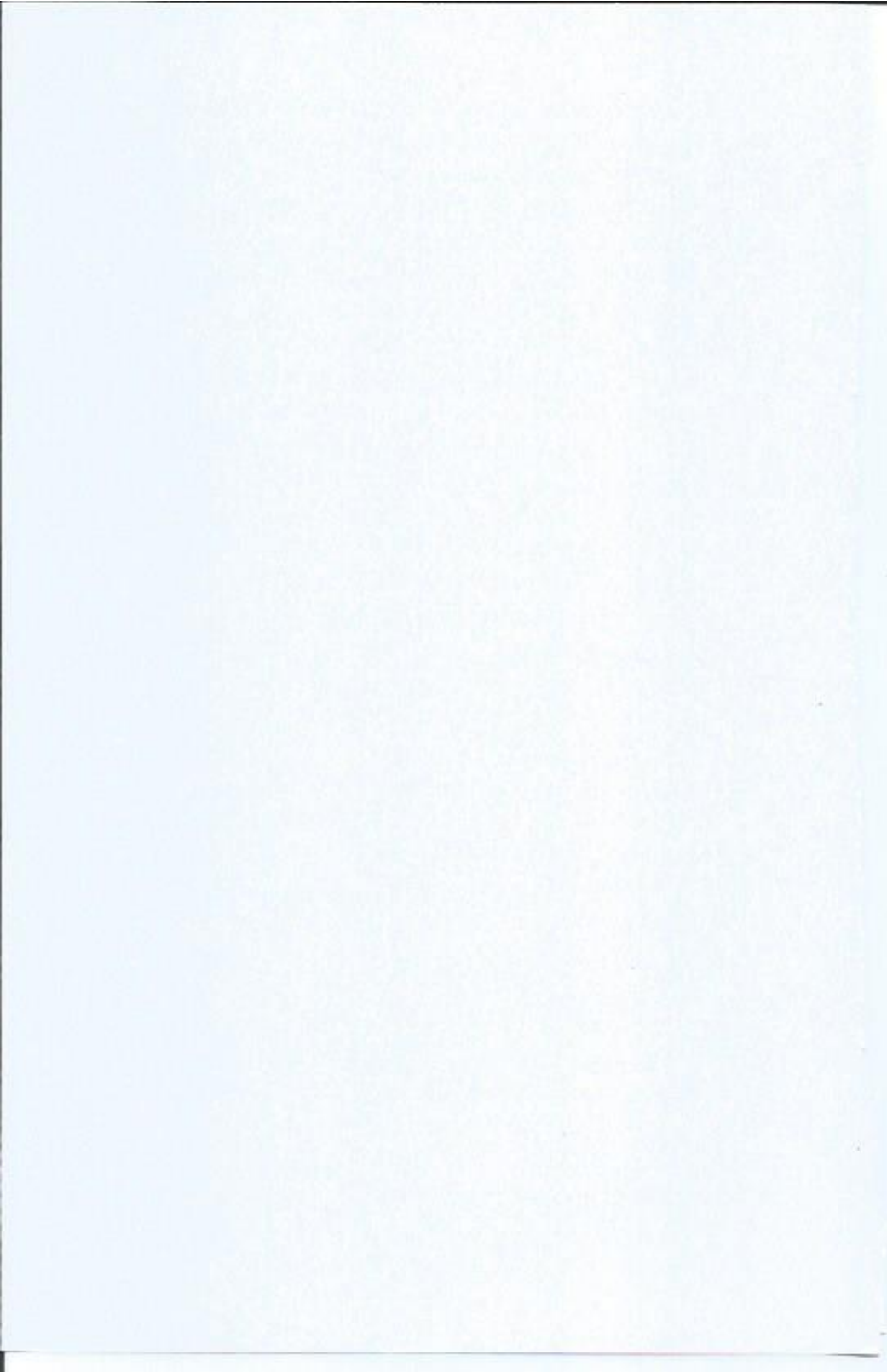
Se previó que la realización del estudio beneficiara directamente a los voluntarios participantes, por medio de la difusión de información preventiva y de programas a los que pudieran recurrir para solicitar diferentes tipos de asistencia.

Asimismo, se buscó que la identificación de diferentes redes de consumo de drogas inyectables, contribuyera a conocer nuevas localizaciones para desarrollar intervenciones preventivas más adecuadas a los problemas asociados al uso inyectable de drogas y por ende, beneficiar con ese aporte a la población de un territorio más amplio que el alcanzado hasta entonces por los programas preventivos orientados a UDIs.

partamento de Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud. El firmante del convenio en Argentina fue el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos; ITS y VIH/sida del Ministerio de Salud. Informe Final (mimeo), Buenos Aires, 2003.

En todos los casos, a fin de resguardar la identidad de las personas entrevistadas, las encuestas fueron identificadas con un código que incluyó las dos iniciales del primer nombre, las dos iniciales del apellido y la fecha de nacimiento. Tanto las encuestas como las entrevistas y discusiones grupales, se realizaron luego de firmar un consentimiento informado que incluía los objetivos del estudio, recalca que la participación era voluntaria, que el entrevistado podría interrumpir la entrevista en cualquier momento si así lo deseaba, sin que eso implicara para él/ella ningún tipo de perjuicio. Se brindó a los entrevistados los nombres y teléfonos de las personas responsables del estudio, de modo tal que pudieran contactarse si lo deseaban. La nota de consentimiento fue firmada por cada participante con un nombre ficticio y por un representante del equipo de investigación. Todos los participantes del estudio recibieron orientación e información preventiva, luego de aplicadas las diferentes técnicas de recolección de datos.

El equipo de investigación se benefició con el estudio al profundizar su experiencia en la metodología de Evaluación y Respuesta Rápida y con la oportunidad de incrementar el intercambio científico con otros grupos de investigación locales y de otros países a fin de ampliar y afianzar una red de colaboración para el futuro desarrollo de investigaciones. Otro aspecto de los beneficios obtenidos por el equipo de investigación estuvo relacionado con los acuerdos realizados con la Asociación Civil S.S.E.R EN EL SUR, Convivencia Asociación de PVVS y la Asociación Civil El Retoño, que junto con Intercambios Asociación Civil realizaron encuestas y entrevistas a los participantes de los programas de reducción de daños que cada una de las instituciones desarrolla en el Área Metropolitana de Buenos Aires. La discusión en común de los resultados del estudio permitió pensar nuevas orientaciones para las diferentes intervenciones preventivas con UDIS actualmente en curso.



Glosario

Acabar/terminar: tener un orgasmo.

Al toque: en el momento, ya mismo, enseguida.

Aparato/aparatejo: jeringa

Bajar un cambio: tranquilizarse, calmarse, bajar la excitación. Refiere a una metáfora acerca de los cambios de un vehículo en los que cuando se baja un cambio se disminuye la velocidad.

Bajón: estado de tristeza, melancolía o depresión.

Bancar: sostener, ayudar.

Bardear/bardo: generar problemas, transgredir normas.

Barra/banda: grupo de personas.

Birra: cerveza.

Bolonqui: refiere a desorden.

Bolsearse/bolsa: aspirar solventes volátiles.

Boludo/boludez: sinónimo de tonto o estúpido cuando se usa como insulto, pero también se usa en el trato con alguien de confianza *che boludo*.

Buchón: persona que denuncia a otros por lo que hacen o dicen.

Cagazo: miedo

Canuto: Se emplea para consumir cocaína por inhalación. Los canutos pueden ser billetes enrollados, la funda de plástico del bolígrafo, un sorbete, u otro objeto que sirva a tales fines.

Capo: jefe.

Careta: se utiliza como adjetivo (*estar careta*) o sustantivo (*los caretas*) para denominar tanto al estado como al sujeto que no suele consumir drogas. Se opone a estar o ser *loco*.

Chamullar: crear historias, exagerar.

Chavón: muchacho, joven.

Chorro: ladrón.

Clavar: acción de inyectarse, en el mismo sentido de *ganchar* o *picar*.

Coger/montar: tener relaciones sexuales.

- Colgado: Estar distraído o estar ensimismado bajo el efecto de una droga.
- Coparse: entusiasmarse, apasionarse.
- Cortarse: irse, dejar de pertenecer al grupo.
- Corte: sustancia para rebajar/alterar otra droga.
- Coso: pene.
- Costar un huevo: algo muy difícil, también se usa en el sentido de muy caro.
- Curtir: consumir droga o tener relaciones sexuales.
- Dado vuelta: drogado.
- Dar bolilla: considerar, prestar atención.
- Dar pelota: prestar atención.
- Dealer: vendedor de drogas.
- Del palo: adjetivo para identificar a las personas que pertenecen a grupos culturalmente similares, con los que se comparten normas y formas de ver el mundo.
- De mambo: estar bajo el efecto de una sustancia. También se utiliza *estar loco*.
- Denso: en el sentido de un efecto duro, fuerte, pesado cuando se usa una droga.
- Deschavar: develar un secreto, denunciar.
- Descolgar: en el sentido de salir de una situación o estado.
- Dibujar: engañar, exagerar o mentir.
- Drogón: el que se identifica como usuario de drogas consuetudinario.
- Duro: expresión que indica el estado de rigidez o tensión por efecto del consumo de drogas (en general se relaciona con el efecto de la cocaína).
- El bicho: jerga para nombrar al virus del VIH.
- En banda: abandonado, solo.
- Enchufarse: conectarse, vincularse.
- En pedo: borracho, embriagado.
- Escabiar: tomar bebidas alcohólicas. *Estar escabiado* refiere al estado de embriaguez.
- Estar agarrado: convencido.
- Estar enviado: refiere al consumo compulsivo de drogas.
- Faso: cigarrillo de marihuana.
- Fisura: estar quebrado, estar muy drogado.
- Flash/furor: refiere al momento en que se siente más intensamente el efecto estimulante de una sustancia.
- Fulano/mengano: término que se usa para denominar a un sujeto sin mencionar su nombre.
- Gancho: inyección.
- Gil/gilada: falta de lucidez o perspicacia, tontería.
- Groso: importante, grande.
- Guita: dinero.

- Hacer la gamba:** acompañar, ayudar.
- Hacerse cargo:** comprometerse, asumir determinada situación.
- Hasta las bolas:** estar muy involucrado, muy comprometido.
- Hecho bolsa/hecho pelota:** destruido, deprimido.
- Jalar:** inhalar cocaína.
- Jamón, jamón:** bueno, que sirve, que es útil.
- Joder:** molestar, también significa perjudicar.
- Joya:** expresión utilizada para describir positivamente una situación.
- La junta:** los amigos, las personas con las que interactúa asiduamente.
- Laburo:** trabajo.
- Loco:** persona que usa drogas se contrapone a *careta*.
- Mandarse mocos:** actuar de un modo incorrecto, inesperado o sancionado socialmente.
- Mangos:** dinero, billetes.
- Manguear:** pedir.
- Maquinado:** pensar en una misma situación casi todo el tiempo.
- Merca:** cocaína
- Mina:** mujer.
- Ni en pedo:** ni loco.
- No me cabía:** no estaba de acuerdo, no quería hacerlo.
- Onda:** moda.
- Ortiva:** persona que conoce el código grupal, pero lo transgrede para obtener su propio beneficio.
- Papeles:** dosis de cocaína.
- Pastillas/pastearse:** forma de denominar genéricamente al uso de medicamentos no prescritos por un médico.
- Pega:** se utiliza para referirse al efecto esperado de una droga, también puede usarse como sinónimo de conseguir.
- Pegamento/ Poxiran:** solventes volátiles que se usan para aspirar colocándolos en una bolsa de polietileno.
- Pibe/pendejo:** niño, chico.
- Pico:** según cómo se utilice puede referir al uso inyectable en general (*esos pibes son del pico*) o a cada inyección en particular (*me di un pico*). También se usa como verbo: "picar", "picarse".
- Pila:** estar despierto o tener energía para actuar.
- Pincheto:** sujeto que se inyecta drogas.
- Piola:** Hábil, inteligente.
- Pipazos:** refiere al consumo de pasta base en pipa.
- Piquetero:** persona que emplea el piquete como forma de protesta social.
- Pirucho:** loco, demente.
- Ponerse:** acción de consumir drogas.

- Ponerse la gorra:** denunciar a otros, metáfora relacionada con el control policial.
- Ponerse las pilas:** decidirse a una acción.
- Porro:** cigarrillo de marihuana.
- Puto:** homosexual.
- Quedar en banda:** quedar solo
- Quedar seco:** morir o también quedarse sin dinero.
- Rescatarse:** hacer algo para cuidarse, para sentirse mejor.
- Salir de caño:** salir a robar con armas.
- Si pinta:** si sucede, si pasa.
- Tener seso:** pensar, reflexionar.
- Tetra:** vino en envase de cartón.
- Transa:** en un sentido se utiliza para denominar a las parejas ocasionales (*con una transa uso forro*), y en otro sentido se llama así a quien vende drogas (*el transa*).
- Ya fue:** expresión que se usa para indicar que algo terminó, que no continúa.
- Zafar:** Salvarse, eludir una situación difícil.
- Zarpase:** excederse en algo o también se usa como sustantivo, zarpado (*excedido, descontrolado*).

Aspectos metodológicos

1. 1. Técnicas de recolección de datos

El problema de investigación estuvo enfocado en las transformaciones que hubieran sucedido en los últimos seis años (1998-2003) tanto en las prácticas de consumo de drogas como en las prácticas sexuales de los UDIs y de las parejas sexuales de UDIs del Área Metropolitana de Buenos Aires; así como también en las modalidades de intervención con esta población.

La metodología de trabajo, basada en los principios de la Evaluación y Respuesta Rápida, integró información recolectada por técnicas cuantitativas y cualitativas. Se aplicó un cuestionario con preguntas cerradas y abiertas tanto a UDIs como a parejas de UDIs. Se realizaron entrevistas en profundidad a UDIs, a operadores comunitarios y de los sistemas sanitario y penal. También se hicieron observaciones etnográficas y grupos focales. El trabajo de campo se realizó en el Área Metropolitana de Buenos Aires entre mayo de 2003 y enero de 2004.

La metodología de **Evaluación y Respuesta Rápida (ERR)** se está usando de manera creciente para favorecer el desarrollo de intervenciones sanitarias y sociales con poblaciones usuarias de drogas. Los proyectos ERR se distinguen de los proyectos clásicos de la investigación en Ciencias Sociales, porque se desarrollan en un tiempo breve y se enfocan en la obtención de resultados prácticos que contribuyan al diseño de interven-

ciones. Los patrones de uso de drogas varían en los diferentes contextos sociales y pueden cambiar velozmente en el tiempo. Eso hace imprescindible contar con información actualizada que permita conocer la estrategia preventiva más apropiada en un momento histórico determinado. Para conseguir este resultado es fundamental considerar los aspectos sociales, culturales, económicos, políticos y religiosos que se relacionan con el fenómeno en un período y región específicos.¹⁴

Sin embargo, en el campo del uso de drogas muchas de las decisiones políticas continúan tomándose más orientadas por la conveniencia electoral fundada en el pánico moral por el consumo de drogas ilegales, que en la evidencia científica de lo que sucede con el tema en diferentes grupos de determinada región. Ejemplo de ello es que en la Argentina, como en muchos otros países, se demoraron demasiado las decisiones políticas destinadas a focalizar acciones preventivas en UDIs, a pesar de tener altas tasas de casos de sida relacionados con el uso compartido de material de inyección. Aunque esos datos indicaban la necesidad de incorporar, al menos al enfoque abstencionista tradicionalmente empleado, algunas otras medidas, no fue sino muy avanzados los noventa cuando diferentes actores políticos comenzaron a convalidar y apoyar medidas de reducción de daños para la población UDI.

Las nociones que convergen en la metodología ERR provienen de diferentes tradiciones de investigación e intervención, entre las que principalmente se encuentran la investigación aplicada, el enfoque sanitario de la emergencia y la intervención comunitaria.¹⁵

¹⁴ Stimson, G.; C. Fitch, T. Rhodes y A. Ball, "Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems." *Drug and Alcohol Review*, 18, Australia, 1999, ps. 317-325.

¹⁵ Rhodes, T.; G. Stimson, C. Fitch, A. Ball, y A. Renton, "Rapid assessment, injecting drug use, and public health" en *The Lancet* Vol. 354, N° 9172, julio 3 de 1999.

En cuanto a la investigación aplicada, ha tenido mucha influencia la corriente del interaccionismo simbólico que puso el énfasis en la construcción social de las acciones individuales y en la ventaja de articular diversas técnicas cualitativas para entender mejor los significados y sentidos de esas acciones individuales. También se ha tomado de la epidemiología el uso de técnicas cuantitativas de estimación de factores de riesgo como las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas. Basada en estos dos enfoques, la ERR puso el acento en integrar técnicas cuantitativas con cualitativas para recolectar la información referida a las prácticas y representaciones del uso de drogas.

El enfoque sanitario de la emergencia empleado en situaciones de guerra o en desastres naturales influyó en la ERR respecto de la necesidad de tener valoraciones rápidas para garantizar una acción veloz y apropiada a las transformaciones sucedidas en el contexto.

Por último, los enfoques de desarrollo y diagnóstico comunitario de los años setenta dieron el marco a la necesidad de adicionar al conocimiento de los sucesos y a las intervenciones rápidas, la participación comunitaria en el proceso de investigación y acción.

Por otra parte, en el campo de la investigación referida a la transmisión del VIH/sida, se ha reconocido la necesidad de sumar a la Epidemiología Clásica centrada en las estimaciones de prevalencia e incidencia, los estudios comportamentales en poblaciones seleccionadas para poder detectar "hacia dónde va" la epidemia.¹⁶ Entre las técnicas de recolección de datos recomendadas para medir patrones de cambio de

¹⁶ UNAIDS "Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio" Año 2000, en: http://www.unaids.org/publications/documents/epidemiology/surveillance/2nd_GENERATION_FINAL_S.PDF.

las prácticas de riesgo y de cuidado se sugieren las siguientes:¹⁷

1. Encuestas en gran escala (cross-sectional)
2. Encuestas de seguimiento de comportamiento vinculado con la intervención.
3. Encuestas de comportamiento vinculadas con la epidemiología.

En el presente estudio, dado su objeto, se recolectaron datos que incorporan indicadores clave de las encuestas de seguimiento de comportamiento vinculado a la intervención, que ayudaron a recolectar una información que contribuyó significativamente a caracterizar un perfil del uso inyectable en la actualidad y a rastrear los cambios acontecidos en los últimos seis años en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

En cuanto a las técnicas cualitativas, el informe del Workgroup Review of Qualitative Research on New Drug Trends del año 2002, sostenía que éstas deben incorporarse de modo sostenido en los estudios que pretendan relevar y analizar patrones emergentes de uso de drogas. Si bien existen antecedentes de investigación cualitativa al respecto, es sabido que esto no es lo más usual. Hay países en los que este tipo de investigación prácticamente no existe y cuando se llevan a cabo estudios cualitativos generalmente enfrentan numerosos obstáculos (ataques a su validez, denuncias respecto a su legitimidad, problemas legales y/o éticos).

Cierto es que la investigación cualitativa trabaja con poblaciones pequeñas; sin embargo, esto no debe desmerecer los hallazgos que tales estudios proveen, ya que la información que aportan es amplia y profunda.

¹⁷ UNAIDS Best Practice Collection, *Trends in HIV incidence and prevalence: natural course of the epidemic or results of behavioural change?* Ginebra, junio de 1999, ps. 20-22.

Muchas veces la única forma de identificar una nueva tendencia en los procesos que analizan cambios en el uso de drogas es mediante la proximidad entre los investigadores y la población estudiada. Las características propias de la investigación cualitativa, tales como la permanencia en el campo, la relación del investigador con la población, la flexibilidad de los diseños, la apertura hacia la comprensión de la "cosmovisión del mundo" de los actores sociales, de la dinámica y de la historia de los procesos sociales, permiten identificar cambios que, en ocasiones, la propia población estudiada aún no asume de modo generalizado; por ejemplo, el uso de pasta base en un barrio aunque éste no sea referido por los UDIs entrevistados como una práctica propia.

Las técnicas cualitativas son más limitadas para determinar el grado de dispersión que puede adquirir determinada práctica, pero brindan elementos para entender la articulación entre dicha dispersión y aspectos tales como: los significados acerca de estas prácticas, los contextos normativos institucionales (en el caso de los operadores) y territoriales en los que acontece, o los cambios específicos según las diferentes redes (por ejemplo, al indagar la perspectiva de las parejas de los UDIs). En este sentido la investigación cualitativa permite hallazgos sobre los nuevos patrones de uso de drogas que otras técnicas más orientadas a la estimación de prevalencias o incidencias no pueden ofrecer.¹⁸

Es innegable que la aplicación de técnicas cualitativas lleva mucho tiempo y que muchas veces esto es difícil de estimar de antemano, especialmente si estamos empleando una metodología como la ERR que requiere rapidez. Sólo basta tener en cuenta el tiempo que puede llevar acceder a una población

¹⁸ Workgroup Review of Qualitative Research on new Drug Trends; en: <http://qed.emcdda.eu.int/resources/workgroups/trends/trends.PDF>

oculta como la de UDIs y además tener la posibilidad de permanecer en el campo con la confianza necesaria, para considerar que esta situación puede complicar más el cronograma de actividades previsto en el proyecto.

En varios países se ha apelado a la incorporación en los equipos de investigación de usuarios de drogas que puedan informar sobre nuevos patrones de consumo. Para ello se han utilizado dos técnicas:

- que los propios usuarios recolecten información de sus pares a través de entrevistas semi-estructuradas,
- el reclutamiento periódico de grupos de usuarios que informen sobre nuevos patrones de uso (por ejemplo a modo de grupos de discusión).¹⁹

Todas las consideraciones mencionadas fueron tomadas en cuenta para el diseño metodológico de este estudio y también para la selección de las diversas muestras de población. Se trianguló la información de fuentes primarias, a partir de la información de tipo cuantitativa de las encuestas a UDIs y parejas, y de la información cualitativa de las preguntas abiertas, las entrevistas en profundidad a UDIs, los grupos de discusión, las observaciones etnográficas y las entrevistas a operadores del ámbito sanitario, penal y comunitario.

1. 2. Muestras de población

Respecto de las características de la muestra seleccionada, es importante considerar que los UDIs, dado el estigma que padecen y la persecución legal del uso de ciertas drogas como la cocaína, son parte de lo que se considera como poblaciones

¹⁹ Workgroup Review of Qualitative Research on New Drug Trends; op. cit.

ocultas, de difícil acceso para la aplicación de técnicas de recolección de datos. Esta situación hace muy complejo el uso de un muestreo probabilístico, ya que un muestreo por timbreo o relevamiento al azar en la vía pública de prácticas estigmatizadas, no legales y privadas puede producir un sesgo relevante ya que sería dudosa la confiabilidad de las respuestas. Por tanto la mayoría de los estudios de UDIS, emplean muestras no probabilísticas, especialmente si se busca entrevistar personas que no están en centros de tratamiento de las que se suele tener menos información y que, en muchos casos, tienen escasa relación o acceso a las instituciones, viven en situaciones de exclusión y de vulnerabilidad social.

Los problemas de este tipo de muestreo se relacionan con que la información que arrojan los estudios no puede generalizarse para el resto de la población de UDIS. No obstante, como la selección intencional de la muestra se articula con los lazos de confianza que los investigadores establecen con la población y el conocimiento previo del territorio, ello ofrece importantes ventajas en términos de la profundidad de los datos que dan cuenta de significados y sentidos de las prácticas de los sujetos estudiados, tal como mencionáramos al hablar del empleo de técnicas cualitativas de recolección de datos. Este tipo de información es sumamente clave a la hora de diseñar intervenciones preventivas que se adecuen a las necesidades y problemas de esta población.

Por otra parte, si bien los investigadores que tienen pertenencia a algún programa preventivo dirigido a UDIS garantizan el acceso a los sujetos, hay que considerar que ese hecho puede influir las respuestas si los UDIS piensan que lo que digan puede afectar los servicios que reciben de parte de los programas. Esta circunstancia fue particularmente atendida en el presente estudio, ya que parte de la muestra se constituyó con UDIS que accedían a Programas de Reducción de Daños y al-

gunos de los entrevistadores eran parte de las instituciones que los llevan a cabo.

Los principales criterios de inclusión de las personas que participaron del estudio eran que fueran mayores de 18 años y que su participación fuera voluntaria. En el caso de las encuestas y entrevistas a UDIs, se buscó además que ellos hubieran hecho uso inyectable de drogas al menos una vez en los últimos tres meses, para garantizar el contacto con consumidores actuales. En el caso de las parejas sexuales de UDIs se buscaron personas que fueran o hubieran sido parejas sexuales de UDIs y que conocieran de su práctica inyectable. Para los grupos de discusión buscamos personas que hubieran tenido experiencia actual o pasada de uso inyectable de drogas, a fin de tener información de un período más amplio de tiempo.

Resultó muy difícil alcanzar la muestra prevista de **parejas sexuales** de UDIs debido a criterios de confidencialidad, ya que muchos/as no conocen el uso inyectable de su pareja. En este caso se apeló a dos fuentes de reclutamiento: una de ellas fueron los servicios de atención sanitaria y otra fuente fueron las redes de consumo de drogas en las que tenía amigos uno de los entrevistadores, lo que permitió llegar a dos poblaciones muy diferentes entre sí tanto en cuanto a sus condiciones de vida como a sus opciones sexuales.

Los criterios de inclusión para la selección de los **operadores** fueron que tuvieran contacto con usuarios de drogas, especialmente UDIs, tanto por su tarea como por su inserción institucional. Algunos de los entrevistados tenían puestos en los que se tomaban decisiones políticas.

Entre los operadores sanitarios incluimos entrevistas a médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, infectólogos y teraputas de centros de tratamiento por drogas, de hospitales de agudos y psiquiátricos.

Entre los operadores comunitarios entrevistamos un operador por cada una de las cuatro organizaciones que tenían Programas de Reducción de Daños en la región del AMBA: la Asociación Civil Intercambios, la Coordinación sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la Asociación ACCRAD/El Retoño, y la Asociación Civil S.S.E.R EN EL SUR junto con Convivencia Asociación de Personas Viviendo con VIH/sida (PVVS).

También entrevistamos a otros operadores que se incorporaban recientemente a tareas de prevención en programas dirigidos a poblaciones vulnerables a la transmisión del VIH.

Entre los operadores del sistema penal fueron entrevistados integrantes de juzgados y fiscalías federales y personal del Servicio Penitenciario. También entrevistamos psiquiatras, abogados, psicólogos y militantes sociales que estuvieran en cargos con decisión política o asesorando a representantes del poder legislativo.

En el caso de la muestra de operadores, se optó por entrevistar informantes clave que pudieran dar cuenta de procesos de trabajo que informaran los cambios en las prácticas y en las intervenciones. Se tomó especial cuidado en seleccionar operadores que tuvieran diferentes creencias y posiciones políticas respecto del uso de drogas a fin de captar con fines exploratorios una gama más amplia de discursos que pudieran reflejar la diversidad en el tema, buscando lo que Glasser y Strauss denominan "maximización de las diferencias".²⁰

Se trabajó con una muestra de 140 usuarios/as inyectables y 35 parejas sexuales de UDIS. Se realizaron además 18 entrevistas en profundidad a UDIS, con las que consideramos alcanzados los niveles de "saturación conceptual" de la información. Se recolectó información proveniente de 27 opera-

²⁰ Glasser y Strauss. "El descubrimiento de la teoría emergente". Traducción del libro *Strategy for qualitative research*. Ed. Aldine, Nueva York, 1967.

dores del sistema sanitario, del sistema penal y operadores comunitarios cuyas tareas estuvieran vinculadas a UDIs. Se realizaron dos grupos de discusión y observaciones etnográficas en las redes de UDIs y parejas sexuales entrevistadas.

Se prestó particular atención a encontrar una proporción equivalente de sujetos relacionados con Programas de Reducción de Daños y no relacionados con ellos. Para ello se realizaron acuerdos con la Asociación Civil S.S.E.R EN EL SUR, Convivencia Asociación de PVVS y la Asociación Civil El Retoño, que junto con Intercambios Asociación Civil, fueron quienes encuestaron UDIs relacionados con los Programas de Reducción de Daños que están desarrollando en diferentes zonas del conurbano bonaerense. La Asociación Civil S.S.E.R EN EL SUR junto con Convivencia Asociación de PVVS, también contribuyó a encontrar UDIs no relacionados con PRDs y parejas sexuales de UDIs.

Asimismo, se buscó proporcionalidad de los UDIs por sexo, por grupos de edad y por tiempo de uso inyectable. De estas tres cuotas, la más difícil de alcanzar fue la de mujeres UDIs (buscábamos llegar a un 25% y alcanzamos un 11%). En la presentación de datos sociodemográficos se ve claramente la distribución de la población de acuerdo con estas cuotas.

Los UDIs a los que se les aplicó la entrevista en profundidad habían sido previamente encuestados y su selección se hizo considerando tanto su disposición para aportar información sobre su historia, como su inserción en las diversas redes de consumo que alcanzamos en el estudio, lo que permitió tener una visión más completa de los cambios en la interacción y las experiencias de un individuo en un contexto social inmediato ligado al uso inyectable.

Con la intención de completar la información acerca de los cambios en el uso inyectable en los últimos años, se organizaron dos grupos de discusión para profundizar aspectos re-

lativos a los cambios en el uso inyectable en las últimas décadas, información que también surgió de las entrevistas en profundidad realizadas a los UDIS más antiguos. Los grupos de discusión trabajaron con siete y ocho UDIS respectivamente, de los cuales algunos tenían la práctica actualmente y otros la habían tenido en el pasado.

Respecto de la información sobre parejas de UDIS, se encuestó a dos grupos de muy diferentes condiciones de vida y orientación sexual. Como fue una muestra mucho más pequeña que la muestra de UDIS y muy difícil de alcanzar, es una información de carácter exploratorio y circunscripta a las características de la población encuestada.

Otras fuentes de información empleadas en el estudio fueron las siguientes:

En el marco del Proyecto en el que se desarrolló este estudio, se realizó un primer trabajo de detección de redes de usuarios inyectables en la Ciudad de Buenos Aires que estuvo a cargo del equipo dedicado a las intervenciones de reducción de daños.²¹ En ese marco se aplicó un cuestionario muy breve que indagaba sobre algunos aspectos de las prácticas de riesgo y cuidado en el uso inyectable y en la actividad sexual. Esa información aportó datos de 99 usuarios inyectables actuales de la Ciudad de Buenos Aires. Se denominó **“Corriendo la Bola”** y la información se recolectó en el mes de marzo de 2003. Sólo quince de las personas que fueron encuestadas para **“Corriendo la Bola”**, también fueron encuestadas en la investigación que se presenta. Los datos serán referidos en los diferentes capítulos de este trabajo para complementar la información de los UDIS actuales.

²¹ La recolección de datos estuvo coordinada por Paula Goltzman supervisada por Valeria Navas y Vanesa Kaynar y los encuestadores fueron Eduardo Tognetti, Daniel Beltramo, Fernanda Petrucelli, Daniel Carozzi, Nancy Beltramo, Norma Pizarro, Sandra Bañuelo y Marcelo Rodríguez.

1.3. Características de los instrumentos de recolección de datos

1.3.1. Encuesta

La encuesta elaborada consistía en 98 preguntas cerradas y abiertas que interrogaron acerca de los siguientes ejes temáticos:

Datos demográficos: sexo, edad, nacionalidad, lugar de residencia, estudios.

Fuentes de ingreso: si bien podrían incluirse entre los datos socio demográficos, se decidió separar este tema para indagar sobre la situación laboral actual y la de cinco años atrás. Las preguntas realizadas apuntaban a relevar información sobre cualquier actividad (formal, informal, legal o ilegal) que permitiese la supervivencia material de los encuestados.

Redes: preguntas vinculadas al grupo de convivencia; hijos; recursos afectivos a quienes se solicita ayuda; existencia de familiares o conocidos que hubieran fallecido por sida.

Uso de drogas: sustancias más consumidas actualmente; vías de administración; uso inyectable actual y previo; frecuencia; motivos de mayor o menor frecuencia; prácticas de riesgo y de cuidado; acceso y descarte de material de inyección; uso compartido de material actual y previo; pausas en el uso inyectable; sobredosis; creencias en torno al uso inyectable de drogas.

Prácticas sexuales: parejas sexuales; frecuencia; uso de preservativos (con quiénes y en qué circunstancias); vínculo entre prácticas sexuales y uso de drogas; creencias en torno al uso de preservativo.

Problemas de salud: percepción sobre enfermedades más graves; diagnósticos previos de hepatitis, tuberculosis, ITS; realización de análisis de VIH; presencia de enfermedades graves entre familiares y amigos; acceso al sistema de salud.

Intervenciones: acceso a folletos de prevención, preservativos y material de inyección; necesidades para mejorar la situación de los UDIs.

Problemas legales: detenciones en cárceles o comisarías; vinculación de dicha detención con la posesión o venta de drogas.

Los mismos ejes temáticos estructuraron la encuesta a parejas de UDIs.

1.3.2. Entrevistas

1.3.2.1. Entrevista a UDIs

La entrevista a UDIs buscó fundamentalmente rastrear los cambios producidos en las prácticas de consumo inyectable (sustancias, frecuencia, lugares, visibilidad, percepción, y gestión del riesgo y del cuidado).

Por ello se indagó acerca de:

Inicio en el uso de drogas: historia del sujeto en relación con la práctica inyectable; los escenarios de inicio de dicha práctica; las sustancias más utilizadas en el momento del inicio.

Cambios en el uso inyectable: los cambios que pudieron haber ocurrido en relación a cada uno de esos ítems; la opinión sobre las causas de esos posibles cambios; las prácticas actuales.

Prácticas sexuales: el uso de drogas y su vinculación con las prácticas sexuales; uso de preservativo; creencias en torno al uso del preservativo.

Gestión del riesgo y del cuidado: la gestión del riesgo y del cuidado en relación con el uso de drogas y con las prácticas sexuales; uso de preservativo; formas de prevención del VIH.

1.3.2.2. Entrevista a operadores (sanitarios, comunitarios y penales, cuyas tareas tuvieran vinculación con el uso de drogas inyectables).

La entrevista a operadores buscó fundamentalmente rastrear los cambios producidos en las modalidades de intervención en relación con el uso de drogas y, cuando fuese pertinente, con la prevención del VIH. Asimismo se preguntó acerca de las valoraciones y opiniones que los operadores tenían en relación al uso / usuario de drogas inyectables.

Por ello se indagó acerca de:

Experiencia laboral actual y en el pasado con UDIs: descripción de las tareas actuales con UDIs; pertenencia institucional; antigüedad; zona de trabajo; experiencias anteriores.

Opinión sobre el uso inyectable: opinión acerca del uso inyectable; acerca de los problemas asociados con el uso inyectable de drogas; acerca de las particularidades de los UDIs respecto de los usuarios de drogas en general.

Percepción de cambios en el uso inyectable: percepción de cambios cuantitativos y cualitativos; motivos de los cam-

bios; momento de inicio de los cambios; modificación de sus tareas en relación con los cambios del uso inyectable.

Intervenciones y propuestas: valoración de modalidades de intervención pasadas y de las actuales; formas más eficaces de reducir el riesgo de transmisión del VIH; actores idóneos para la realización de tales políticas; dificultades para emprenderlas; opinión sobre las políticas de reducción de daños.

1.3.3. Grupos de discusión

En el primer grupo de discusión participaron siete varones entre 32 y 53 años de edad, tres de ellos eran UDIs actuales, 3 eran ex UDIs que inhalaban cocaína y uno también tomaba medicamentos no prescritos. Los temas fueron los cambios en el uso compartido, en el descarte del material y en los significados del uso en los últimos diez años.

En el segundo grupo de discusión participaron ocho personas, más una que sólo estuvo en una parte de la reunión. Eran todos varones entre los 25 y 45 años de edad, usuarios de cocaína inhalable en su mayoría y dos de ellos ex UDIs. Los temas fueron el impacto de la crisis económica en aspectos del consumo cotidiano de la población de la zona y particularmente su impacto en el uso y el tráfico de drogas.

1.4. Cronograma y análisis de datos

Durante los meses de enero y febrero de 2003, se constituyó el equipo que planificó la realización del estudio, y elaboró el protocolo que fuera presentado y aprobado por el Comité Asesor. Entre los meses de marzo y mayo, se elabora-

ron y realizaron pruebas de los instrumentos de recolección de información: encuesta a usuarios de drogas inyectables, encuesta a parejas de usuarios de drogas inyectables, guías para entrevistas en profundidad y guías para grupos focales.

Durante el mes de junio, se realizaron reuniones de capacitación con los encuestadores, que iniciaron el trabajo de campo en el mes de julio. El proceso de relevamiento de datos a través de la encuesta a UDIs y a parejas de usuarios de drogas inyectables se extendió durante los meses de agosto a diciembre. Durante ese período se supervisó regularmente la tarea de los encuestadores. El establecimiento del contacto con redes de UDIs resultó más dificultoso de lo esperado, particularmente en el caso de UDIs que no hubieran sido previamente contactados por Programas de Reducción de Daños. La estigmatización que estas poblaciones padecen (estigmatización que encuentra sólidas bases en los entramados sanitario, judicial y muchas veces comunitario) fomenta su ocultamiento y consecuente invisibilidad; esto dificulta el contacto con dichas poblaciones y en este caso retrasó el trabajo de campo. A pesar de estas dificultades se logró alcanzar un número de UDIs y parejas que permitieron tener suficiente información respecto de los objetivos propuestos.

En el mes de septiembre se inició la elaboración de la base de datos que permitiría la sistematización y análisis de los datos recabados por medio de los cuestionarios. Para ello se utilizó el programa informático de análisis estadístico *SPSS* (*Statistical Program for Social Sciences*). En el mes de octubre se inició la carga de los datos.

Entre octubre de 2003 y enero de 2004 se realizaron las entrevistas en profundidad a UDIs y a operadores del ámbito sanitario, comunitario, del sistema penal y de áreas de influencia en las políticas sobre el problema en estudio. Para la toma de entrevistas se realizaron previamente reuniones de

capacitación con entrevistadores para lograr un adecuado manejo de la técnica de investigación y de la guía elaborada para la realización de las entrevistas.

En diciembre se inició la sistematización y análisis de la información recabada en las entrevistas. Para ello se utilizó el programa informático *ATLAS-TI* de análisis cualitativo de datos. Se culminó el proceso de análisis y redacción del informe final de la investigación en el mes de abril de 2004.

Durante todo el período reseñado se realizaron numerosas observaciones etnográficas en campo que permitieron contar con datos cualitativos de enorme riqueza para profundizar el conocimiento del problema de estudio, así como dos grupos focales cuya información se incorporó al análisis cualitativo de los datos.

Contexto social e impacto de las políticas

2.1. Principales resultados de estudios con UDIS en el mundo

El uso inyectable de drogas tiene antecedentes en diferentes países con anterioridad a la prohibición del uso social de la heroína o de la cocaína. La jeringa hipodérmica se había inventado a principios del siglo XIX y su uso no quedó circunscripto al campo médico, sino que se incorporó a las prácticas de uso de drogas de diversos grupos en Oriente y en Occidente. En América del Sur, tanto en Brasil como en Uruguay y en la Argentina la práctica inyectable está más difundida que en otros países de la región. Sin embargo, en todos estos países se sabía muy poco del uso inyectable antes de la aparición del VIH.

En los últimos 15 años, gran parte del trabajo de investigación en el tema del uso inyectable de drogas se ha concentrado en caracterizar las prácticas de riesgo para la transmisión de diversas infecciones, particularmente el VIH. Por tanto, los cambios en los patrones de uso de drogas, el análisis de las políticas más apropiadas para contener la difusión de diferentes infecciones, los resultados de los Programas de Reducción de Daños, han sido objeto de investigación en diferentes países del mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un estudio comparativo acerca del uso inyectable de drogas y la infección por VIH en 12 ciudades del mundo (Atenas, Bang-

kok, Berlín, Glasgow, Londres, Madrid, Nueva York, Roma, Río de Janeiro, Santos, Sydney y Toronto).²² Una de las principales conclusiones del estudio señala que los UDIs producen cambios en sus comportamientos si tienen acceso a la información preventiva acerca del VIH/sida y a las medidas adecuadas para producir ese cambio. Esos cambios de comportamientos ayudaron a prevenir la epidemia en algunas ciudades. Otra de las evidencias más concluyentes es que las ciudades que respondieron más rápido con políticas preventivas de transmisión del VIH entre los UDIs, lograron contener el avance de la epidemia en esa población.

Entre los aspectos que la investigación aludida asocia a la difusión del uso inyectable se indican los siguientes:

- A muchas personas les gusta usar drogas, tanto legales como ilegales.
- Tanto las industrias legales como las ilegales se han globalizado en los últimos veinte años y el tráfico de sustancias es más rápido y eficiente.
- Las características y la disponibilidad de ciertas drogas las hacen más adecuadas para el uso inyectable que para otras vías de administración.
- Las leyes prohibicionistas hacen subir los precios y los riesgos del consumidor, lo que se torna en un incentivo para el uso inyectable, ya que de ese modo se aprovechan mejor los efectos de la sustancia que llega más rápido al cerebro. Las sustancias preparadas para inyección son más fáciles de ocultar. Todo ello puede resultar un incentivo económico para el uso inyectable.

²² Stimson, G.; D. Des Jarlais y A. Ball, "Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses". Londres: World Health Organization, UCL Press, 1998. 294 páginas. Se entrevistaron 6.390 usuarios de drogas inyectables (UDIs) entre octubre de 1989 y marzo de 1992, la mayoría de los cuales no estaban participando en ese momento de programas de tratamiento por el uso de drogas.

- La difusión de la práctica puede ser muy rápida en ciudades en las que no ha habido una gran afición a esta forma de uso.
- Ciertos grupos pueden encontrar mejores oportunidades para desarrollar una práctica, la que luego puede diversificarse en otros grupos de la población, tal como sucede con las distintas innovaciones de las prácticas sociales.
- Las redes de comunicación tienen una fundamental importancia. Por eso es crucial comprender los vínculos sociales entre diferentes grupos de la población, así como también las formas migratorias, que pueden contribuir a la expansión de una determinada práctica. Esa comprensión es crucial para diseñar acciones preventivas que puedan ser adoptadas por las redes informales de comunicación social.
- Hay condiciones políticas, económicas, culturales y legales que influyen en las nuevas tendencias que se adoptan para las vías de uso de drogas y para la diversificación de sustancias que se emplean.
- Las condiciones geopolíticas de producción y distribución de las drogas están vinculadas con la expansión del uso inyectable en las diferentes ciudades.

A estos aspectos ya enunciados, se agrega que la relación de preponderancia circunstancial de unos respecto de otros puede ser muy significativa para comprender los cambios de las prácticas en una determinada ciudad en un período dado. También es importante considerar el significado que tiene esa práctica para quien la está desarrollando a fin de interpretar cómo puede influir esa significación en sus redes sociales inmediatas y mediatas.

Un metanálisis que incluyó a más de diez mil UDIs en Nueva York entre 1990 y 1997, encontró una asociación signi-

ficativa entre el uso de los programas de intercambio de jeringas o el conocimiento del estado serológico frente al VIH, y la reducción de las prácticas de riesgo para su transmisión. Asimismo, se observó una amplia reducción tanto de la incidencia como de la prevalencia de VIH, demostrando que la ampliación de los servicios de atención que se llevó a cabo en Nueva York, fue un modo eficaz de controlar la expansión de una epidemia como la que caracterizaba a esa ciudad.²³

En Brasil se han realizado estudios multicéntricos en 1998 y en 2000 y 2001 dirigidos a describir el perfil de los UDIs que participaban de programas de intercambio de jeringas.²⁴ Los estudios denominados Ajude-Brasil I y II recolectaron datos de 187 UDIs de cinco ciudades y 352 UDIs de seis ciudades respectivamente. La mayoría de los UDIs fueron reclutados en la calle, eran pobres y vivían en ciudades del sur del país.

La información recolectada permitió concluir que la población que vive en el sur de Brasil está en riesgo de transmisión e infección por VIH. Las amplias variaciones en la seroprevalencia de VIH a lo largo del tiempo en los mismos sitios, junto con las modificaciones en la edad y el tiempo de uso inyectable, sugirieron que diferentes perfiles de UDIs pueden ser encontrados aún en la misma región. Ello permitió inferir a los investigadores que la epidemia de VIH puede tener diferentes grados de maduración en los distintos sitios estudiados. Sin embargo, los datos recolectados revelaron un relativo fra-

²³ Des Jarlais, D. ; T. Perlis, S. Friedman, M. Marmor, L. Torian, P. Friedman, D. Glebatis, R. Rockwell y D. Paone, "The roles of syringe exchange and HIV counseling and testing in the declining HIV epidemic among IDUS in New York City." Libro de Resúmenes de la VI Conferencia Internacional sobre el sida, 2000; Durban, Sudáfrica. Vol. I Resumen D1124:171.

²⁴ Teixeira Caiaffa, W.; F. Proietti, A. Carneiro-Proietti, S. Mingoti, D. Doneda, D. Gandolfi, A. Maia Reis, "The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users" en *Clinical Infectious Diseases*, 2003:37 (Supl. 5), ps. 376-381.

caso en la apropiación por los UDIs de los beneficios de los programas de intercambio de jeringas, que se observó tanto en la persistencia del uso compartido de material de inyección como en el escaso uso de preservativos.

Diversas investigaciones analizadas en un artículo sobre el impacto del tratamiento del abuso de drogas en la prevención del VIH, muestran que en los últimos veinte años se ha encontrado asociación entre la reducción de las prácticas de riesgo y el aumento del cuidado en los que recurren a centros de tratamiento por el uso de drogas con permanencia de períodos de tiempo prolongado. Sin embargo, también está probado que el impacto en la salud pública es limitado, ya que los programas de tratamiento raramente resultan accesibles para los usuarios de drogas, y en determinadas zonas geográficas ni siquiera existen. Se estima que cinco de cada seis usuarios de drogas no están en tratamiento.²⁵

Respecto de las políticas dirigidas a prevenir la transmisión del VIH en población usuaria de drogas, un estudio realizado en Asia mostró que en la mayoría de los países la política dirigida al tratamiento por uso de drogas está basada en los principios de la abstinencia y los encargados de las decisiones políticas se oponen a los programas de intercambio de jeringas, aunque están interesados en la educación de pares. Muy pocos de los países asiáticos tienen incluidas estrategias de prevención del abuso de drogas en los planes nacionales de prevención del VIH. Se observó también que la burocracia administrativa y la falta de coordinación entre las agencias que definen, las que supervisan y las que implementan las políticas contribuye a empeorar la situación. Asimismo, se com-

²⁵ Metzger, D. y H. Navaline, "Human immunodeficiency virus prevention and the potential of drug abuse treatment" en *Clinical Infectious Diseases*, 2003:37 (Supl. 5), ps. 451-456.

probó que el diseño de planes está más fundado en consideraciones políticas que en la evidencia científica.²⁶

2.2. El contexto de la crisis en Argentina y su relación con la epidemia de VIH/sida

A los aportes de las investigaciones mencionadas se agrega una tesis que plantea la influencia de las situaciones de crisis social en el curso de las epidemias de VIH y de otras infecciones de transmisión sexual.²⁷ Los “grandes eventos” como las guerras, las revoluciones, las transiciones políticas, los colapsos económicos produjeron un incremento a gran escala del número de UDIs, otras prácticas de riesgo en el uso de drogas y también en el trabajo sexual en Rusia, los países de Europa del Este, Indonesia, Afganistán, Pakistán y probablemente también en Colombia y en Sudáfrica. Estas situaciones de crisis social influyen también en el cambio en las redes de uso de drogas y en las redes de intercambio sexual debido a las migraciones forzadas, el terror, el hambre, la desarticulación de las redes informales de control social y los severos traumas que esas situaciones provocan en la población.

Tomando esta última tesis respecto de las características del contexto argentino que inciden en la epidemia del VIH/sida,

²⁶ Kroll, C.; E. Oppenheimer, A. Reynolds, “Policies related to drug use and HIV/AIDS in Asia” en *1999 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations. Second Annual Meeting Report*, NIDA, Washington, junio de 2000; ps. 45-47.

²⁷ Hankins C. A.; R. S. Friedman, T. Zafar, A. S. Strathdee, “Transmission and prevention of HIV and STD in war settings: implications for current and future armed conflicts. *AIDS* 2002, 16:2245-2252. Friedman, S.R.; Reid, G.: “The need for dialectical models as shown in the response to the HIV/AIDS epidemic”. *International Journal of Sociology and Social Policy* 2002, 22:177-200. Friedman, S.R.; Aral, S.: “Social networks, risk-potential networks, health, and disease.” *Journal of Urban Health* 2001, 78:411-418.

algunos indicadores tales como los índices de desocupación y de pobreza, son claves para hacer evidente la crisis económica, social y política. Los resultados de la Encuesta Permanente de Hogares²⁸ para mayo de 2003 indicaban que los ocupados urbanos ascendían a 12,2 millones de personas entre las que se contaron también las personas que reciben los subsidios gubernamentales por desempleo.²⁹ Los subocupados sumados a los desocupados, totalizaban 4,8 millones de personas con problemas de insuficiencia de empleo. Sin embargo, el pico más alto de desocupación de este último período fue detectado en mayo de 2002 y habría descendido en el año 2003.

El organismo nacional de estadísticas INDEC calculó que en mayo de 2003 el 54,7% de la población de los aglomerados urbanos era pobre, lo que se traduce en un total de 18,8 millones de pobres y algo más de nueve millones de indigentes. Otros indicadores de la profundidad de la crisis se hacen evidentes en la deuda pública que representa cerca de 150% del producto bruto interno (PBI), en los salarios que están en los niveles más bajos desde mediados del siglo veinte y en que sólo el 40% de la población ocupada realiza aportes al sistema de previsión social.³⁰ Hay ocho millones de personas sin cobertura previsional. Desde el Estado, darles un beneficio implicaría un gasto equivalente a casi 4,5% del PBI (casi lo mismo que exige el FMI como superávit primario).³¹

En el Gran Buenos Aires, donde viven 8.617.879 personas según el Censo Nacional de 2001, la incidencia de la pobreza y de la indigencia alcanzó, en mayo de 2002, el punto más alto y

²⁸ Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, www.indec.gov.ar, 2004.

²⁹ Según los resultados provisionales del último Censo Nacional de Población y Vivienda que se realizó en el 2001, la población de la Argentina asciende a 36.223.947 habitantes, 48.76% de varones y 51.12% de mujeres.

³⁰ Lo Vuolo, R. "Argentina: ¿Pasó la crisis?" Publicado en *La Vanguardia -Barcelona-España* - 21 de abril del 2003.

³¹ Banco Mundial "La crisis argentina y el sistema previsional", julio 2003.

1990. La mitad de la población se encuentra en situación de pobreza y el 23% vive en la indigencia. Los sectores más desposeídos son los que soportan los efectos más severos de las crisis. En las zonas más periféricas del conurbano bonaerense, el 68% de la población está por debajo de la línea de pobreza. El crecimiento de la indigencia fue muy desigual dentro del AMBA: el 33,4% de los habitantes de las áreas más periféricas del conurbano vive en la indigencia, en tanto que en la Ciudad de Buenos Aires, la más poblada del país, el 6% de la población es indigente.³²

La Ciudad de Buenos Aires, con 2.768.772 habitantes, tiene una desigualdad creciente en el nivel de ingresos de su población. El 10% más pobre de la población gana exactamente 195 veces menos que el 10% más rico. Esta brecha creció un 11% desde fines de 2001 hasta el 2003.³³

Otro dato que revela los efectos de la crisis son los cambios en los hábitos de consumo medidos en una encuesta nacional realizada en el año 2002.³⁴ Los principales resultados señalaron que nueve de cada diez entrevistados manifestaron que gastaban menos en ropa y calzado y ocho de cada diez entrevistados gastaban menos en alimentos. Según un estudio del Centro de Estudios para el Desarrollo,³⁵ la mayor parte del gasto familiar de los habitantes de la Provincia de Buenos Aires se destina a alimentos y una ínfima proporción a gastos de salud.

En el informe anual de la Organización Mundial de la Salud³⁶ se documenta la expectativa de vida saludable que, pa-

³² SIEMPRO. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. "Informe de Situación Social." Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación. Septiembre 2002

³³ Diario *La Nación*, edición del 28 de julio de 2003

³⁴ La encuesta fue realizada por Gallup Argentina a una muestra probabilística de población mayor de 17 años en 26 localidades cubriendo todo el país.

³⁵ Diario *Página 12*, edición del 25 de julio de 2003.

³⁶ Organización Mundial de la Salud www.who.int.

ra la Argentina, es semejante a la de Brasil o México en América latina. Actualmente la expectativa de vida en la Argentina es de 73,9 años, pero al tomar en cuenta la vida saludable dicha cantidad se reduce considerablemente: 60,6 para los hombres y 65,7 para las mujeres. Los principales factores de riesgo identificados son:

Alcohol	11,6%
Desnutrición	4,3%
Alta presión sanguínea	4,0%
Tabaco	3,7%
Colesterol	2,3%
Sexo inseguro	2,2%
Exposición al plomo	2,1%
Bajo consumo de vegetales	1,8%
Agua e higiene inseguras	1,6%
Inactividad física	1,5%

La referencia en estos datos al sexo inseguro en un sexto lugar entre los factores de riesgo más importantes para mantener una vida saludable, tiene particular importancia, teniendo en cuenta que en la Ciudad de Buenos Aires, para la población entre 15 y 34 años de edad, el sida llegó a ser la primera causa de defunción en los años 1997, 1998, 1999 y 2000, siendo más afectada la zona sur y este de la ciudad. En los años 2001 y 2002 continuó siendo la primera causa de muerte en mujeres de 15 a 34 años y pasó a ser la segunda en hombres de la misma edad.^{37,38}

³⁷ Mazzeo, V.: "Mortalidad por sida en la Ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características en la década de los noventa." *INFOSIDA* Año 1 - N° 1 Publicación de la Dirección de sida de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Septiembre 2001.

³⁸ *INFOSIDA*. "Situación epidemiológica del VIH/sida en la Ciudad de Buenos Aires". Publicación de la Coordinación sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos

2.3. Casos de sida y estimaciones de VIH en usuarios de drogas inyectables

La importancia del uso inyectable en la transmisión del VIH en la Argentina se hizo evidente tanto entre los casos de sida diagnosticados³⁹ como en la elevada prevalencia entre los UDIs.⁴⁰

El Ministerio de Salud realiza publicaciones periódicas con información sobre el perfil de la epidemia en la población con diagnóstico de sida, incluyéndose además estimaciones respecto de la población que vive con VIH, a partir del sistema de vigilancia epidemiológica que se inició en 1998. La notificación obligatoria de casos diagnosticados de VIH comenzó en 2001.

Los casos de sida notificados desde el primer caso del año 1982 hasta el 15 de septiembre de 2003 alcanzaron un total de 24.119, aunque si se calcula el retraso en el envío de las notificaciones se estima que llegarían a 26.929. La vía de transmisión mayoritaria en los casos acumulados de sida es el uso de drogas inyectable con el 36,3%, seguido por la vía de transmisión sexual, con 27,1% de transmisión heterosexual, y el 23,8% en hombres que tienen sexo con hombres.

La evolución de las categorías de transmisión entre los mayores de 12 años refleja que en el sexo masculino hasta 1996, tanto el uso de drogas inyectables (46,5%) como la transmisión homosexual (30,1%) y heterosexual (17,8%) eran las principales causas de transmisión en los nuevos casos y se incrementaban anualmente. Sin embargo, desde 1996 la vía

³⁹ Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. "Boletín sobre el sida en la Argentina." Año X. N° 22. Octubre de 2003.

⁴⁰ Sosa Estani, S.; D. Rossi, M. Weissenbacher, "Epidemiology of HIV/AIDS in Injecting Drug Users in Argentina: High Seroprevalence of HIV Infection in Clinical Infectious Diseases, 2003:37 (Supl. 5), ps. 338-42.

heterosexual sigue en ascenso, mientras que los UDIS y los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) revirtieron la tendencia. Entre las mujeres también cambió la tendencia y actualmente la vía de transmisión más frecuente es la heterosexual en el 80% de los casos.

Las muertes por sida disminuyeron desde 1997 hasta 1999, luego de la incorporación del tratamiento antirretroviral, pero después de ese año se produjo una meseta en valores absolutos, atribuida entre otros factores a los diagnósticos tardíos, la falta de adherencia a los tratamientos, o a problemas en los tratamientos de larga data.

El primer caso de sida por uso inyectable de drogas se diagnosticó en 1985. Todas las provincias han reportado casos, pero el mayor porcentaje se concentra en Provincia de Buenos Aires y en la Ciudad de Buenos Aires.

En el país se notificaron 7.485 casos de VIH desde 1988 hasta 2003, pero la notificación obligatoria comenzó recién en junio de 2001. El 70% de los casos proviene de la Ciudad de Buenos Aires y de la Provincia de Buenos Aires.

En el segundo semestre de 2002 se recolectaron datos sobre infecciones por VIH de 243 sitios centinelas de todo el país. Las poblaciones en las que se encontraron mayores prevalencias de VIH fueron los encarcelados (19,96%) y los UDIS (7,29%). Se ha definido que el nivel de la epidemia argentina es concentrado porque se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población y es menor del 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas.⁴¹

En la Ciudad de Buenos Aires se han notificado 12.700 casos de sida, de los cuales 6.757 corresponden a residentes del

⁴¹ García Abreu, A.; I. Noguera, K. Cowgill, *HIV/AIDS in Latin American Countries. The challenges ahead*, World Bank, Washington, 2003, p. 239.

distrito (52,3%).⁴² Al analizar las vías de transmisión en el acumulado de los casos desde el comienzo de la epidemia, se observa que la principal vía de transmisión fue el uso compartido de equipos de inyección durante el consumo de drogas; luego, las relaciones sexuales sin protección entre hombres, mientras que en tercer lugar, aparecieron las personas que tienen como única vía la heterosexual. A partir de 1992 la vía de transmisión en UDI fue la que adquirió una mayor proporción relativa en el total de casos de sida de la Ciudad y llega, en el año 1995, a representar el 44% de los casos de sida. A partir de este momento se modificó la tendencia y comenzó el aumento paulatino de la vía heterosexual.⁴³ La información existente orientó el análisis acerca de la epidemia en la ciudad a la que se caracteriza en una fase de transición desde una epidemia concentrada a una generalizada.⁴⁴

Desde octubre de 2002, se inició en la Ciudad de Buenos Aires la notificación de las personas a las que se les diagnosticó infección por VIH. La transmisión entre los usuarios de drogas que comparten material de inyección alcanzó el 11%. Los nuevos diagnósticos de infección marcan una caída de la proporción de personas con antecedentes de uso de drogas inyectables respecto al análisis de la serie histórica de casos de sida. Un elemento a considerar es que el 57% de los nuevos diagnósticos en este grupo se realizó en un período sintomático, mientras en el resto de los grupos considerados esta proporción es del 33%, lo que muestra una mayor dificultad en el

⁴² La diferenciación entre residentes y no residentes de la Ciudad es importante porque revela que parte de la población residente en el Gran Buenos Aires se traslada a la Ciudad de Buenos Aires para utilizar el sistema público de salud, dada la cantidad y calidad mayor de recursos y servicios concentrados en la Ciudad de Buenos Aires.

⁴³ *INFOSida* 3, op. cit., ps. 4-17.

⁴⁴ Vila, M. y S. Maulen, "Vigilancia epidemiológica: una herramienta estratégica" en *INFOSida* N° 3, op. cit., p. 19.

acceso a los servicios por parte de los UDIs. Entre las mujeres atendidas en los hospitales de Buenos Aires a las que se les diagnosticó VIH durante el embarazo, parto o puerperio, muchas refirieron antecedentes de parejas UDIs.⁴⁵

A las datos citados se sumaron estimaciones de 1998 basadas en sitios centinela de atención a usuarios de drogas y también estimaciones basadas en la prevalencia encontrada en diversos estudios de UDIs en los años noventa.

2.3.1. Estimación de UDIs con VIH/sida

En noviembre de 1999 la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) publicó un Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas.⁴⁶ Estuvo basado en un cuestionario aplicado a una muestra probabilística de 2.699 personas entre 16 y 64 años de todo el país. Entre otros datos, se recogió información sobre el tipo de sustancias consumidas y las vías de consumo.

De esta investigación se desprende que la prevalencia general del consumo de cocaína es diferente en hombres y mujeres, siendo 5,8%, y 1,7% respectivamente. Respecto de la forma de consumo, el 9,6% de los usuarios de cocaína de ambos sexos la utilizaban de forma inyectable.

A partir de estos datos y aplicados a la población de 15 a 49 años por sexo, se obtuvieron las siguientes estimaciones: 49.993 hombres y 14.565 mujeres usuario/as de cocaína inyectable en todo el país.⁴⁷

⁴⁵ INFOSIDA Nº 3, op. cit, p. 7-8.

⁴⁶ Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico: Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas. Noviembre de 1999. Buenos Aires, Argentina.

⁴⁷ Procupet, A. "Situación epidemiológica de los usuarios de drogas inyecta-

Por otro lado, en 1998 se estimó el número de UDIS viviendo con VIH/sida a partir de la información recogida por el Programa Lusida del Ministerio de Salud de la Nación, procedente de la Vigilancia Centinela y de estudios realizados en los años '90 en la Argentina.

Como resultado de este procedimiento se obtuvo un número mínimo (12.137) y un número máximo (34.538) de UDIS viviendo con VIH, tanto en hombres como en mujeres, como se presenta en el cuadro N° 1.

Cuadro N° 1
Estimación de PVIH⁴⁸ y UDIS - Argentina 1998

Población 15-49 años ^a	Prevalencia del consumo de cocaína ^b	Consumo de cocaína inyectada ^b	Número mínimo de UDI viviendo con VIH/sida ^c	Número máximo de UDI viviendo con VIH/sida ^d
Hombres 8.947.800	5.82%	9.6 %	9.399	26.746
Mujeres 8.977.200	1.69 %	9.6 %	2.738	7.792
Total 17.925.000			12.137	34.538

^a Estimación Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

^b Fuente: "Estudio Nacional sobre sustancias adictivas." SEDRONAR. Noviembre 1999. Argentina

^c Estimación para 1998 en base a sitios centinela, Lusida 1999: prevalencia de VIH en UDIS: 18,8%.

^d Estimación en base a estudios realizados en UDIS en la década del noventa: prevalencia de VIH: 53,5%.

bles enfermos de sida en Argentina" en la revista - libro Ensayos y Experiencias, Año 7 N° 39, VIH-sida y Drogas: Reducción de Daños, Intervenciones comunitarias, Alternativas desde la educación. Coeditada por la Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD) y la Editorial Novedades Educativas. Julio de 2001.

⁴⁸ Sigla de "Personas Viviendo con VIH."

La Coordinación sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires estimó en el año 2002 el número de personas entre 15 y 49 años de edad que viven con VIH/sida en la Ciudad. De esos datos tomamos la estimación de la población de UDIS que fue calculada en 5.350 personas. En base a estudios de seroprevalencia realizados en Buenos Aires y en Rosario, se calculó un mínimo de 2.370 UDIS y un máximo de 3.264 UDIS viviendo con VIH en la Ciudad de Buenos Aires.⁴⁹

La Provincia de Buenos Aires actualizó información referida a la región en el año 2003.⁵⁰ Entre 80.478 y 152.520 sujetos usaron cocaína en los últimos 30 días, de los cuales uno de cada diez lo hacía por vía inyectable. Sobre la base de este dato, se calculó estadísticamente la existencia de entre ocho mil y quince mil UDIS actuales en la Provincia de Buenos Aires.⁵¹

2.3.2. Estudios de prevalencia de VIH y otras infecciones

La mayor parte de la información sobre prevalencia de infecciones transmitidas por sangre o sexualmente en usuarios de drogas de la Argentina es en la población de usuarios de drogas inyectables. En varios estudios se demostró una alta seroprevalencia de VIH, y de los virus de las hepatitis B y C (VHB) (VHC).

Sosa Estani y otros realizaron un análisis comparativo de veintidós estudios de seroprevalencia del VIH en UDIS realizados en Argentina entre 1987 y 1999. Los estudios consultados fueron efectuados en diferentes poblaciones y posiblemente

⁴⁹ El dato fue construido en base al Estudio Nacional sobre Sustancias Adictivas. SEDRONAR. 1999 op cit. La población usuaria de cocaína no inyectable estaba estimada en 55.733 personas. INFOsida N° 3, p.6.

⁵⁰ Subsecretaría de Atención de las Adicciones - Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. "Estudio Epidemiológico en Hogares", 2003.

⁵¹ Presentación de Hugo Míguez en el VI Congreso Argentino de sida, 20 al 23 de noviembre 2003.

con metodologías distintas, lo que constituyó una limitación del análisis. Los datos mostraron que más del 95% de los UDIS se inyectaba cocaína y que había una alta tasa de infección de VIH en esta población que osciló entre un 27% y un 80%, tal como muestra el siguiente cuadro.⁵²

Cuadro N° 2
Prevalencias de infección por VIH en UDIS según grupos de estudio. Argentina, 1987-1999.

Grupos estudiados	Tamaño de la muestra	Prevalencia de VIH +, % (Mínimo-Máximo)
Pacientes de consultorios externos de hospitales	1506	64,0 (47,4-82,0)
Internados en Cárceles de Adultos	175	35,4 (28,5-43,1) ¹
Internados en Institutos de Menores	446	48,1 (31,9-60,0)
Internados en hospitales	136	49,5 (47,5-51,0)
UDIS en centros de tratamiento	2708	39,0 (27,0-63,0)

¹ Intervalo de confianza de 95%
 $\chi^2 = 152,3$; grados de libertad = 4; valor $p < 0,0001$

En el estudio aludido se observó una mayor prevalencia en los exámenes realizados por demanda en hospitales, lo que se interpretó como un posible sesgo por autoselección del sujeto por una previa exposición al riesgo. La comparación de las prevalencias en los otros grupos, tanto entre los internados en hospitales, los internados en institutos de menores, y los usuarios atendidos en centros de tratamiento que

⁵² Sosa Estani, S.; D. Rossi y M. Weissenbacher, "Epidemiology of HIV/AIDS in Injecting Drug Users in Argentina. Prevalence of Infection in Clinical Infectious Diseases", 2003:37 (Supl. 5), ps. 338-342.

fueron inducidos a realizar el análisis, no mostró diferencia estadística.

Aún reconociendo las limitaciones metodológicas referidas, las tasas de prevalencia de infección con el VIH y los virus de las hepatitis infecciosas fueron elevadas entre los UDIs, existiendo una alta proporción de coinfectados.

En estudios más actuales presentados en el Congreso Argentino de sida realizado en el año 2003, se encontraron datos que complementan la información antes mencionada.

La SEDRONAR evaluó el estado serológico de los usuarios de drogas en tratamiento entre julio de 2002 y julio de 2003. De las 863 personas en tratamiento en ese período, el 15% tuvo resultado positivo al examen de VIH.⁵³

En un hospital de la zona sur del conurbano bonaerense se produjo la internación de 101 personas con VIH/sida, el 61,7% de las cuales refirió el uso inyectable de drogas como vía de transmisión. Los motivos más frecuentes de internación fueron las enfermedades oportunistas, lo cual indicaría problemas en el acceso al tratamiento antirretroviral para la mayoría de esas personas internadas.⁵⁴

En la Provincia de Córdoba se evaluó la coinfección del VIH/VHC en 182 personas con diagnóstico de VIH de las que el 20,3% tenía antecedentes de uso de drogas tanto inyectable como no inyectable. El 71,4% de las personas coinfectadas tenía antecedentes de uso inyectable.⁵⁵ Un estudio realizado en

⁵³ Quiruelas, S.; A. Abadi, C. Ness, P. Varela y C. Verruno, "Tipología de los usuarios de drogas en tratamiento de la red de asistencia de SEDRONAR", Libro de Resúmenes del VI Congreso Argentino de sida, Buenos Aires, 2003, 265:106.

⁵⁴ Beveraggi, P.; A. Lachat, B. Rodera, M. Anglese, Y. Barboza, J. Herrera, C. Emery y G. Cañete, "Motivo de internación de pacientes con VIH/sida en un hospital del conurbano", Libro de Resúmenes del VI Congreso Argentino de sida, Buenos Aires, 2003, 57:28.

⁵⁵ Ré, V.; G. Barbas, A. Fariás, L. Kremer, F. Treviño, L. Caeiro, N. Modesti, S. Frattari, S. Gallego y M. Contigiani, "Distribución de genotipos del virus de la He-

las cárceles de Córdoba indica que la prevalencia en la provincia es de 1,14% mientras en las cárceles asciende a 5,77%. De los 24 encarcelados con VIH el 62,5% refirió el antecedente de uso inyectable de drogas.⁵⁶

2.4. Patrones socio-culturales del uso inyectable de drogas

En la Argentina existen algunas investigaciones que han trabajado el tema del uso de drogas con población no institucionalizada. Sin embargo, respecto de los patrones socio-culturales de la población que usa drogas por vía inyectable, universo que en la Argentina había sido muy poco estudiado antes de 1998, existían algunas investigaciones circunscriptas principalmente a población que concurría a centros de tratamiento. Esto trajo como consecuencia que la información sobre los patrones estudiados se refiriera a un segmento de la población que accedía por decisión personal o judicial a la atención institucional, pero dejaba por fuera del conocimiento a un gran número de personas que no pasaban por el circuito institucional y de las que se podían conocer tanto prácticas de riesgo como de cuidado a fin de iniciar acciones preventivas orientadas a esos grupos.

Las investigaciones realizadas que incluían aspectos cualitativos, informaban acerca de las prácticas de los consumidores de drogas por vía inyectable, centrándose en el tipo de sustancia, los lugares de consumo, el uso compartido, así como también en las representaciones y los significados del uso

patitis C en pacientes coinfectados con HIV de Córdoba, Argentina", Libro de Resúmenes del VI Congreso Argentino de sida, Buenos Aires, 2003, 254:103.

⁵⁶ Roland, H.; L. Ravera, A. Grinejo y N. Frassone, "Estado actual de la pandemia de HIV/sida en las cárceles de Córdoba Capital", Libro de Resúmenes del VI Congreso Argentino de sida, Buenos Aires, 2003, 259:104.

inyectable.⁵⁷ Si bien estas investigaciones se ocuparon de usuarios inyectables del Área Metropolitana de Buenos Aires, hay también estudios posteriores en ciudades del interior del país como Viedma o Rosario.⁵⁸

En 1998 se desarrollaron en el Área Metropolitana de Buenos Aires, una serie de estudios que buscaban identificar UDIS que formaran parte de redes de consumo insertas en áreas geográficas determinadas. Algunos de estos estudios tenían la intención de informar acerca de las características del uso inyectable y las prácticas sexuales a fin de iniciar acciones de reducción de daños.⁵⁹

En el año 2000 se realizó el primer estudio de seroprevalencia con UDIS no institucionalizados del Gran Buenos Aires.⁶⁰ Se hicieron exámenes de VIH, VHB, VHC, HTLV I y HTLV II en 174 UDIS, 35 parejas y 21 hijos de UDIS. Se indagaron además datos acerca de prácticas sexuales y de uso de drogas en dicha población.

Algunos de los resultados más relevantes del estudio fueron:

- En cuanto a las drogas utilizadas en forma inyectable, la mayoría refirió a la cocaína (94%), luego a la sal de anfetaminas, ketamina, morfina, alcohol y en menor proporción codeína.

⁵⁷ Míguez, H. y W. Grimson, *Los Vidrios Oscuros de la Droga*. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 1998.

⁵⁸ Ianowski, M.V. y Colombo, J.G. *Ni todo bien ni todo mal. Estudio sobre representaciones y hábitos de consumidores de drogas ilegales*. Viedma, Universidad Nacional del Comahue, CURZA, 1999. Inchaurrega y Siri, 1999, op. cit.

⁵⁹ Touzé et al., 1999 op. cit. Wallace, S., *Consumo de drogas y VIH-SIDA. Representaciones y prácticas sociales*, Buenos Aires, Eudeba, 2000. Asociación El Retoño, "Reducción de daños en contextos de pobreza. La experiencia de "El Retoño" - Pcia. de Buenos Aires - Argentina", en la revista-libro *Ensayos y Experiencias*, Año 7 N° 39, VIH-sida y Drogas: Reducción de Daños, Intervenciones comunitarias, Alternativas desde la educación. Coeditada por la Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD) y la Editorial Novedades Educativas, julio de 2001.

⁶⁰ Rossi et al., 2002, op. cit.

- El 83% había intentado dejar de usar drogas alguna vez en su vida.
- Los usuarios entrevistados que se habían inyectado drogas en el pasado pero no tenían una práctica inyectable reciente, se refirieron a los que se *pican* como alguien muy distante, como "otro", extrañándose de la experiencia, aún habiendo todos ellos desarrollado esa práctica alguna vez en la vida. Este tipo de percepciones se interpretaron como rastro de la fuerte estigmatización de la práctica y dieron una explicación a la dificultad de identificar sujetos que reconocieran abiertamente desarrollarla en la actualidad.
- Las prevalencias de infección fueron: el 44,3% tuvo resultado positivo al VIH, el 54,6% tuvo resultado positivo a la Hepatitis C, el 42,5% tuvo resultado positivo a la Hepatitis B, y un 14,5% fue positivo al HTLV II, mientras un 2,3% fue positivo al HTLV I.
- De la población estudiada sólo el 37% no tenía ninguna infección; pero el 63% tenía uno o más virus. De las personas infectadas, un 21% tenía una sola infección, el 26% tenía dos virus, el 35% tenía tres virus, y el 18% tenía cuatro virus simultáneamente.
- Un 37% del total dijo que nunca usó preservativo. Entre los motivos aducidos para no usar preservativo, el más significativo era el sentimiento de seguridad respecto del compañero de prácticas sexuales.
- Hubo una relación estadísticamente muy significativa entre uso compartido de jeringas y resultado positivo al VIH.
- En esta población, el hábito de compartir jeringas entre quienes se inyectaban se encontraba en retroceso, siendo menos frecuente entre los usuarios más nuevos.
- El 82% tenía amigos o familiares muertos por sida, lo

cual incidía también en la percepción que tenían de la enfermedad como una de las más graves en la actualidad.

Los resultados de estas investigaciones fueron de suma importancia para acercarse a una población que permanece escondida y alentaron a continuar los trabajos en esta dirección.

2.5. Cambios en el uso de drogas en el período 1998-2003

En el año 1998, como se mencionara anteriormente, se realizó en la Argentina la Primer Encuesta Nacional en Población General sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas en base a la cual se construyeron las estimaciones existentes acerca del uso inyectable de drogas.⁶¹ Tomando en cuenta este antecedente y que el período en que estamos analizando cambios en las prácticas de uso de drogas y en las intervenciones es el que va entre los años 1998 -2003, se consideraron los estudios posteriores a 1998 que aportan información sobre cambios en el consumo de drogas. Organizamos los resultados de acuerdo a la siguiente clasificación: los estudios sobre *uso de alcohol*, los que refieren a *drogas ilegales* y los que informan sobre *psicofármacos*.

⁶¹ En el 2004 se realizará la Segunda Encuesta Nacional en Población General sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas. Esta Segunda Encuesta contempla el uso de los parámetros establecidos en la primera, incluyendo algunos agregados y modificaciones en la caracterización sociodemográfica, de acuerdo al trabajo conjunto realizado por técnicos de la SEDRONAR y del INDEC. La cantidad de hogares a encuestar será de 7624 en ciudades de más de 100.000 habitantes de todo el territorio nacional, permitiendo obtener información sobre consumo de sustancias psicoactivas en grupos de población de 12 a 15 años y de 16 a 64.

2.5.1. Alcohol

Diversos estudios han demostrado el incremento en el uso de bebidas alcohólicas en la última década. La consultora Gallup Argentina realizó en diciembre de 2000 un estudio de opinión pública en población mayor de 17 años;⁶² dicho estudio indagó acerca de la definición de los sujetos respecto de su relación con las bebidas alcohólicas. Se caracterizaron tres grupos: el de los abstemios (35%), el de los bebedores ocasionales (49%) y el de los bebedores asiduos (16%). Compararon los datos recolectados por grupos etarios en 1984 y en 2000, lo que mostró que en el grupo de 18 a 24 años había crecido significativamente el porcentaje de bebedores ocasionales, en menor proporción había crecido el porcentaje de bebedores asiduos, mientras disminuía claramente el número de abstemios.

Por su parte, en 2001 la SEDRONAR realizó una encuesta nacional a estudiantes de enseñanza media en la que buscó analizar la prevalencia de consumo de drogas del último año y del último mes.⁶³ Según esta encuesta el consumo de alcohol en el último año fue referido por el 75,1% de los encuestados, siendo la droga más mencionada por el total de la muestra. Los varones refirieron mayor consumo que las mujeres, así como los estudiantes que también trabajaban, los de mayor edad y los que viven en los grandes centros urbanos. El estudio no encontró relación entre el incremento del consumo y el tipo de hogar, la situación conyugal de los padres o el estrato socioeconómico. En cuanto al tipo de bebidas consumidas: la cerve-

⁶² La muestra fue de 1269 casos, probabilística, polietápica y estratificada en 26 localidades con cobertura geográfica nacional. Gallup Argentina "Estudio de opinión pública - 3ª semana de diciembre de 2000."

⁶³ La encuesta fue autoadministrada y la respondieron 31.600 estudiantes de 12 a 17 años, de 676 colegios públicos y privados de la Argentina, en 333 localidades (capitales de provincia y localidades del interior).

za fue la más mencionada (80%), seguida por el vino con el 50%; y la frecuencia de consumo mayoritaria fue semanal.⁶⁴

Hay otros datos que también evidencian el aumento del consumo, particularmente de la cerveza; por ejemplo la información referida a su comercialización. La Cámara de la Industria Cervecera informó que en la Argentina se pasó de la venta de 240 millones de litros de cerveza en 1980, a 1.300 millones de litros en el 2003; esto equivale a un crecimiento del 400%.

Las medidas de control gubernamental del consumo de alcohol se orientaron a regular su comercialización mediante la entrega de licencias o la prohibición de su venta en cierto tipo de comercios. Dichas medidas fueron tomadas en el año 2003 tanto en la Provincia como en la Ciudad de Buenos Aires.

Asimismo, la SEDRONAR informó que el 14% de las personas que llegan a las guardias de emergencia de los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires y del conurbano bonaerense presentaba intoxicaciones por alcohol u otras drogas, lo que significó un aumento del 6% en relación con la década anterior.⁶⁵

2.5.2. Drogas ilegales

El Estudio Nacional sobre Uso de Drogas ya citado estableció que el 2,9% de la población entre 16 y 64 años (alrededor de seiscientos mil personas) había consumido drogas ilegales en los meses previos.

En el año 2003, la Provincia de Buenos Aires actualizó información referida a la región. Dicha información indica que entre trescientas mil y quinientas mil personas consumi-

⁶⁴ Ahumada, G. "Consumo de alcohol en jóvenes" SEDRONAR, julio de 2003.

⁶⁵ Diario *La Nación*, edición del 2 de marzo de 2004.

an drogas ilegales en el año en que se realizó el estudio, siendo el cannabis la droga que tuvo más menciones. Los datos sugieren que más de medio millón de personas probaron la cocaína alguna vez en la vida; aunque entre 167.567 y 265.144 personas habrían usado cocaína en el último año.⁶⁶ Estos datos comparados con los del estudio nacional de 1998 mostrarían un incremento en el uso de drogas ilegales, o al menos, un mayor reconocimiento de esa práctica entre los entrevistados de la Provincia de Buenos Aires.

El estudio de SEDRONAR con estudiantes de escuelas medias antes citado, mostró que el 6,7% de los entrevistados dijo que había consumido drogas ilegales, concentrándose la presencia de este comportamiento en los grandes centros urbanos. Unos trescientos mil estudiantes (11%) dijeron que si tuvieran ocasión, probarían una droga ilegal. El 90% de los alumnos que tenían consumo actual de drogas ilegales, psicofármacos y tabaco, también consumían alcohol.

La **ketamina**, un anestésico de bajo costo usado en medicina humana y veterinaria aumentó significativamente su uso a partir del año 2002. La Comisión de Drogadicción de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, informó que la sustancia estaba siendo usada como droga de disfrute, dato que junto a un informe de INTERPOL donde se señala la duplicación de su producción en solamente un año, indujo a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica a incorporarla en la Lista de Sustancias Psicotrópicas, siendo su condición de Venta "Bajo Receta Oficial." La Ketamina se usa por vía inyectable y oral.⁶⁷

En uno de los grupos de discusión con usuarios de drogas desarrollados durante el estudio cuyos resultados se presentan en

⁶⁶ Subsecretaría de Atención de las Adicciones - Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. "Estudio Epidemiológico en Hogares", 2003.

⁶⁷ Boletín Oficial. Disposición 3682/2003 - ANMAT, 11/7/2003

esta publicación, los participantes hicieron los siguientes comentarios respecto de los cambios en las sustancias: “*No hubo como el LSD de los años ochenta y noventa*”, “*ochenta y ocho/ochenta y nueve la mejor marihuana*”, “*en el año ochenta y siete fue la mejor merca*”.

2.5.3. Psicofármacos

Un análisis en base a datos del INDEC sobre las ventas de fármacos por grupo, mostró que en el año 2001 el consumo de psicofármacos creció con respecto al año 2000. En el año 2002 el crecimiento fue de tal magnitud (17%) que este grupo farmacológico lideró las ventas de todos los grupos. Las benzodicepinas, que poseen propiedades ansiolíticas, sedantes e hipnóticas, estaban en primer lugar en el 2002. Los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (los más usados actualmente) tuvieron un incremento en ventas de un 14%.⁶⁸

En los diferentes estudios y fuentes analizados, los cambios en relación con las sustancias legales o ilegales muestran una tendencia al incremento del consumo. Es particularmente significativo el aumento del uso de psicofármacos en los años en que se agudizó la crisis política y económica en la Argentina, así como la referencia al descenso de la calidad en las drogas ilegales que circulan actualmente en las poblaciones con menos recursos económicos. La tendencia al aumento del uso de alcohol entre los más jóvenes, ha sido identificada en diversos estudios realizados en el período 1998-2003.

⁶⁸ Cortesi, S. “La salud mental y la crisis Argentina” BuenaFuente del 6/1/2004 <http://www.buenaFuente.com/salud/lenota.asp?idNota=6449>

Usuarios de drogas inyectables: una población poco conocida

3.1. Caracterización sociodemográfica de la muestra de UDIS

Las características de la muestra de 140 UDIS encuestados puede sintetizarse del siguiente modo:

Cuadro N° 3
Características sociodemográficas
(N=140)

	Cantidad de casos	Porcentaje
Sexo		
Masculino	125	89,3%
Femenino	15	10,7%
Total	140	100 %
Edad		
18-24 años	22	15,7%
25-29 años	21	15,0%
30-34 años	43	30,6%
35-39 años	25	17,9%
40-44 años	18	12,9%
45 años o más	11	7,9%
Total	140	100%
Distrito de residencia		
Ciudad de Buenos Aires	26	18,6%
Conurbano Bonaerense	114	81,4%
Total	140	100%

Nivel de estudios⁶⁹		
Primario o EGB incompleto	15	10,7%
Primario o EGB completo	54	38,7%
Secundario o Polimodal incompleto	43	30,7%
Secundario o Polimodal completo	17	12,1%
Formación Técnica Completa	1	0,7%
Universitario incompleto	1	0,7%
Universitario completo	8	5,7%
Posgrado universitario incompleto	1	0,7%
Total	140	100%
¿Tenía pareja?		
No	57	40,7%
Si	83	59,3%
Total	140	100%
¿Tenía hijos?		
No	64	45,7%
Si	76	54,3%
Total	140	100%
Años de uso inyectable		
Menos de 5 años	23	16,4%
Entre 5 y 9 años	28	20,0%
Entre 10 y 14 años	32	22,9%
Entre 15 y 19 años	29	20,7%
Más de 20 años	28	20,0%
Total	140	100%

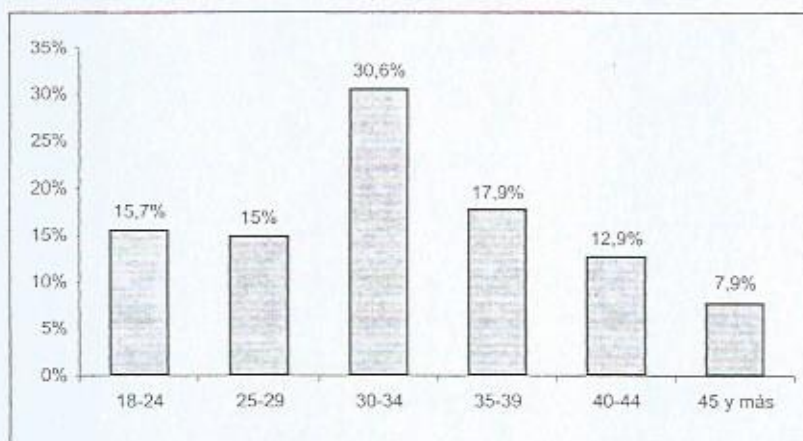
Como se observa en el cuadro anterior, de los 140 UDIS, 125 (89,3%) eran hombres y 15 (10,7%) mujeres. Sin embargo, si consideramos la **identidad sexual**, dos personas se presentaron al encuestador como travestis y dos como transexuales.

⁶⁹ Los distritos a los que pertenecen los encuestados tienen diferentes sistemas educativos. Desde el año 1993 a partir de una Reforma Educativa (Ley Federal de Educación N° 24.195) en la Provincia de Buenos Aires (entre otras) se modificó la estructura de escuela, Primaria (7 años) y Secundaria (5 años) vigente aún en la Ciudad de Buenos Aires. Con esta reforma se incorpora el Nivel Inicial (o Preescolar) como obligatorio y se establece un sistema llamado Educación General Básica (EGB) dividido en tres ciclos de tres años cada uno, para completar con el Polimodal (que también consta de tres años). Por lo tanto, los dos últimos años de la EGB de la Provincia de Buenos Aires se equiparan con los dos primeros del Ciclo Secundario de la Ciudad de Buenos Aires.

Este dato es importante porque emplearemos el concepto de identidad sexual en lugar de la variable sexo para el análisis de los resultados.

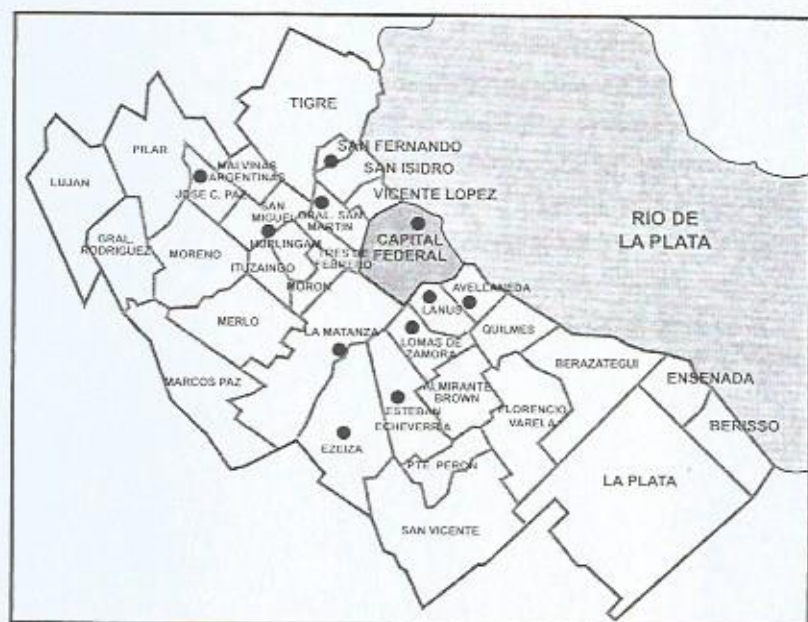
La media de **edad** fue de 32,8 años y la mediana se ubica en los 33 años. Las edades de los encuestados fueron desde los 18 a los 53 años, distribuidos en grupos de edad del siguiente modo: 22 UDIs tenían entre 18 y 24 años (el 15,7%); 21 UDIs, entre 25 y 29 (el 15%); 43 UDIs, entre 30 y 34 (el 30,6%); 25 UDIs, entre 35 y 39 (el 17,9%); 18 UDIs, entre 40 y 44 (el 12,9%); y, finalmente, 11 UDIs tenían más de 45 años (el 7,9%).

Gráfico N° 1
Distribución por edad de los UDIs encuestados
(N=140)



Respecto del lugar de residencia, 26 (el 18,6%) vivían en la Ciudad de Buenos Aires y los 114 restantes (81,4%) en el Conurbano Bonaerense.

Figura N° 1
 Distribución de los Partidos de Residencia de los udis
 encuestados



En cuanto al nivel de estudios 15 (el 10,7%) UDis tenían Ciclo Primario o Básico incompleto, mientras que 54 (el 38,7%) habían completado dicho nivel; 43 (el 30,7%) no habían concluido el Nivel Secundario, en tanto 17 (el 12,1%) lo habían terminado; uno completó algún tipo de formación Técnica no universitaria; uno inició sin concluirlos los estudios universitarios, ocho UDis habían concluido dichos estudios; y finalmente, uno UDI egresó de la Universidad e inició estudios de Posgrado, sin completarlos.

La situación laboral de la muestra se relevó indagando por las “actividades realizadas por los sujetos para ganar dinero”, ya que se buscaba recolectar información de todo tipo de activida-

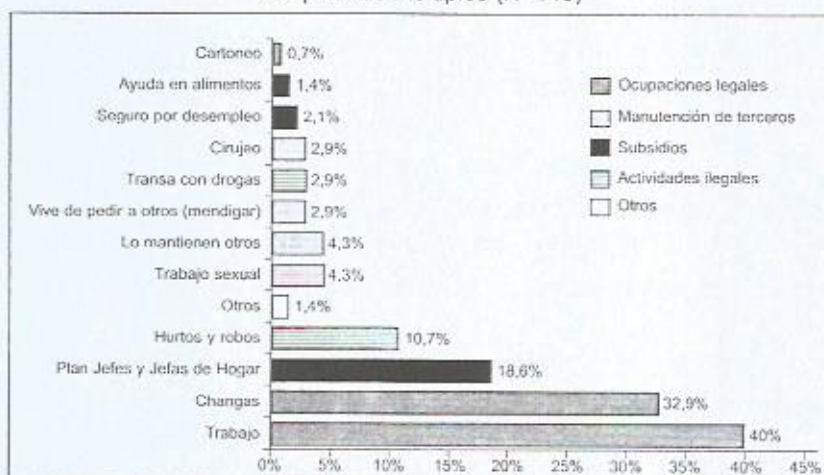
des orientadas a la reproducción material que no se limitaran al acceso a un trabajo estable. De este modo hubo información de los trabajos irregulares y precarios, de las actividades ilegales y del acceso a subsidios estatales. Teniendo en cuenta estos elementos, la muestra encuestada presenta la siguiente situación: 56 UDIS (40%) dijeron tener uno o varios trabajos; 49 (32,9%) realizaban trabajos esporádicos y discontinuos o "changas"; 26 (18,6%) tenían un Plan Jefes y Jefas de Hogar⁷⁰; 15 (10,7%) vivían de robos y hurtos; a 6 (4,3%) los mantenían otros; 6 (4,3%) realizaban trabajo sexual; 4 (2,9%) vivían de mendigar; 4 (2,9%) vendían drogas; 4 (2,9 %) vivían de lo que encontraban (cirujeo); 3 (2,1%) tenían seguro por desempleo⁷¹; 2 (1,4%) recibían ayuda en alimentos; 1 (0,7%) ganaba algo de dinero como "cartonero"⁷²; y hay 2 UDIS (1,4%) que manifestaron vivir de otro tipo de actividades. (Véase Gráfico 2)

⁷⁰ El plan "Jefas y Jefes de Hogar Desocupados" es un subsidio que se puso en práctica por Decreto Presidencial N° 565/02 en mayo de 2002, y tiene como objetivo que "ningún hogar argentino se quede sin ingresos". Para ello, el Estado Nacional otorga ciento cincuenta pesos mensuales a cada uno de los beneficiarios, que a su vez deben brindar una contraprestación por recibir ese dinero. El control de la adjudicación de la asistencia está regulado por Consejos Consultivos de cada localidad, que son los encargados de elaborar los listados de los beneficiarios, que ascienden a dos millones de personas aproximadamente.

⁷¹ El Seguro por Desempleo se encuentra en la Ley Nacional de Empleo 24.013 de 1991 que crea el Fondo Nacional de Empleo. La cobertura legal es universal desde el punto de vista territorial, siendo aplicable a todos los trabajadores cuyo contrato se rija por la Ley de Contrato de Trabajo 20.744 de 1976. Las prestaciones se componen de un beneficio monetario, (incluyendo la prestación en concepto de asignación familiar), el cómputo del período de cotización a los efectos previsionales, y prestaciones médico-asistenciales. Existen dos modalidades de percepción de la prestación del Seguro por Desempleo: mensualmente o por "pago único".

⁷² Esta denominación comenzó a aplicarse a las personas que juntan diferentes objetos (cartón, papel, botellas de vidrio, etc.) de los residuos urbanos para venderlos.

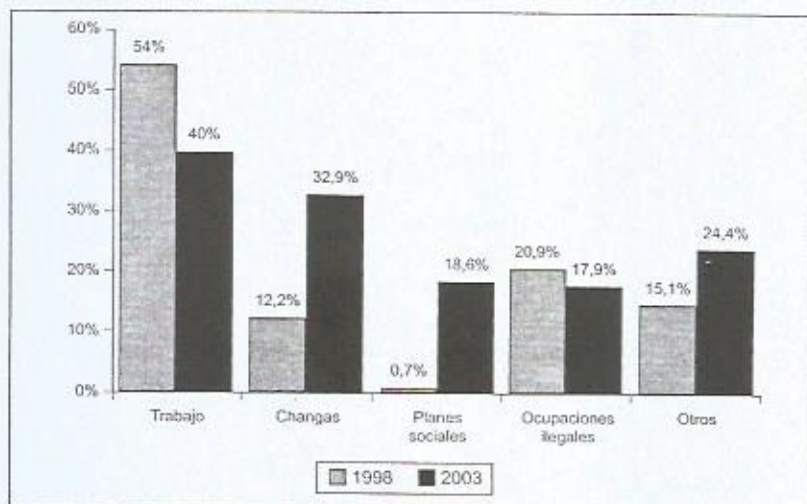
Gráfico N° 2
Fuentes de ingresos
 Respuestas múltiples (N=140)



En el gráfico que se presenta a continuación se puede observar cómo los modos de subsistencia han variado en los últimos seis años. El aumento de la desocupación se observa en esta población, ya que mientras en 1998 el 54% (75) de los UDIs trabajaba, en el 2003 reportó que trabajaba el 40% (56). Además, aumentaron los trabajos esporádicos o “changas” del 12,2% (17) al 32,9% (46). También se incrementó del 0,7% (1) al 18,6% (26) el porcentaje de los que recibían planes sociales en los últimos seis años.

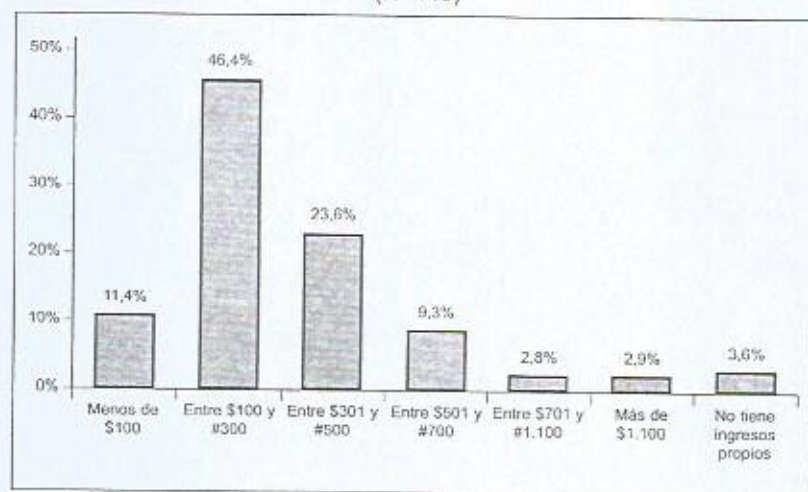
Aunque en menor medida, en el 2003 también aumentaron los UDIs que vivían de actividades como el cartoneo o el cirujeo y aparecieron formas de subsistencia que no informaban en 1998 como los seguros de desempleo, la ayuda en alimentos o mendigar. Sin embargo, los que vivían de actividades ilegales se mantuvieron en una proporción equivalente en el período analizado.

Gráfico N° 3
 Comparación de los modos de subsistencia 1998-2003
 (N=140)



Los ingresos mensuales de los encuestados se ubicaban entre los cien y los trescientos pesos en el 46,4% de los casos (65 UDIs), y entre trescientos uno y quinientos pesos en el 23,6% (33). Aunque hay que destacar que el 11,4% (16) sólo contaba con cien pesos mensuales como ingreso, y el 3,6% (5) no tenía ingresos propios.

Gráfico N° 4
Ingresos en el último mes
(N=140)

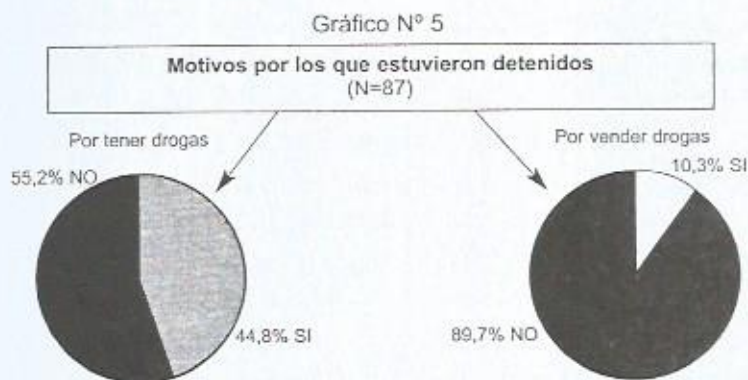


Como conocemos la frecuente relación de los usuarios de drogas ilegales con el sistema penal, indagamos si los UDis encuestados habían estado presos en cárceles o comisarías y el número de casos en los que la detención fue por tenencia o por tráfico de drogas. Aunque no podemos determinar cuánto fue el tiempo ni la cantidad de veces en que los UDis estuvieron **detenidos**, las detenciones en comisarías también pueden haber sido prolongadas especialmente en Provincia de Buenos Aires de donde proviene la mayoría de los integrantes de la muestra.⁷³

El 62,1% de los UDis (87) había estado preso alguna vez. De esos 87 UDis que estuvieron presos, el 67,8% (59) estuvo sólo en la comisaría, el 11,5% (10) sólo en la cárcel y el 20,7% (18) estuvo en la cárcel y en la comisaría. El 44,8% (39) de los

⁷³ En la Provincia de Buenos Aires hay más de siete mil personas privadas de libertad en comisarías debido a la superpoblación del sistema carcelario.

87 UDIs estuvieron presos por tener drogas ilegales, y el 10,3% (9) estuvo preso por vender drogas ilegales.



El gráfico permite observar que la proporción de detenciones por tener drogas es mucho mayor que la que se relaciona con vender drogas, indicando un aumento de la interacción con el sistema penal producto de la penalización del consumo de algunas drogas.

3.2. Redes sociales

Algo más de la mitad de los UDIs, 54,3% (76), tenían hijos. La cantidad de hijos por UDI osciló entre 1 y 7. El 24% (18) tenía un hijo, el 37,3% (28) tenía dos hijos, el 16% (12) tenía tres hijos, el 14,5% (11) tenía cuatro y el 7,9% tenía entre cinco y siete.

El 59,3% (83) de los UDIs tenía pareja⁷⁴, de las cuales el 51,8% (43) consumía drogas en el momento de la encuesta.

⁷⁴ El concepto de pareja fue definido según la percepción del encuestado. Se consideró lo que cada uno de ellos interpretó como pareja más allá del tiempo de permanencia del lazo, de la situación jurídica y si convivían o no.

De estas 43 parejas, el 46,5% (20) se inyectaba drogas en ese momento.

Sobre los 83 UDIs con pareja, fue más frecuente que las mujeres tuviesen pareja (11 de 15 mujeres – 73,3%) a que los varones la tuviesen (70 de 121 varones – 57,9%). Mientras que las dos travestis no tenían pareja, las dos transexuales sí.

Ahora bien, aunque las **mujeres** UDIs a las que se tuvo acceso fueron pocas, llama la atención que casi todas ellas (9/11) tenían parejas que usaban drogas. Mientras que entre los varones, sólo el 45,7% (32) de sus parejas actuales consumía drogas. Una distribución similar se observó con la pregunta si su pareja actual se inyectaba drogas. Entre las mujeres, casi todas sus parejas se inyectaban (7/9), en cambio, entre los varones representaban el 34,4% (11/32).

Si se considera la muestra total, mientras que casi todas las mujeres (12/15) tuvieron alguna vez una pareja que se inyectara drogas, sólo el 39,7% (48) de los varones tuvieron alguna vez una pareja que realizara esta práctica. En estudios anteriores con UDIs y con usuarios de drogas por otras vías también habíamos observado esta misma diferencia de género que se advierte en los datos expuestos.⁷⁵

Entre los 83 UDIs que tenían pareja, la mayoría (61 UDIs, que representan el 73,5%) convivía con él/ella.

Si se considera a todos los UDIs encuestados, casi la mitad dijo convivir con su pareja, y en orden decreciente mencionaron a la madre, a los hijos y a los hermanos. Es importante destacar que un 15,7% vivía solo.

⁷⁵ Ver Estudio de prevalencia de VIH, de los virus de las Hepatitis B, C y HTLV I y II en UDIs de Buenos Aires Rossi et al (2002) op. cit.; la misma evidencia se encontró en el estudio de Uso de Cocaína Inhalable y la Conducta de Riesgo Sexual en Buenos Aires realizado por Intercambios en 2002.

Cuadro N° 4

Personas con las que viven los usuarios inyectables

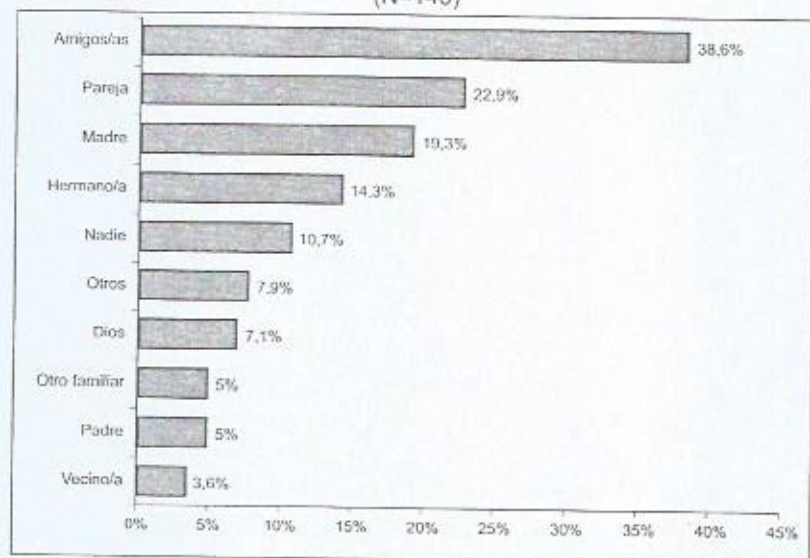
Respuestas múltiples (N=236)

Personas con las que viven los udis ⁷⁶	Cantidad de respuestas (N=236)	Porcentajes de casos (N=140)
Pareja	61	43,6%
Madre	40	28,6%
Hijos	35	25,0%
Hermanos	29	20,7%
Padre	24	17,1%
Solo	22	15,7%
Otros	18	12,9%
Con amigos	7	5,0%

Indagamos también por las **redes de ayuda** de los encuestados, a lo que respondieron de manera no excluyente que pedían ayuda mayoritariamente a: sus amigos/as en un 38,6% (54) de los casos, a su pareja el 22,9% (32), a su madre un 19,3% (27) y a los hermanos el 14,3% (27). Resulta llamativo que un 10,7% (15 UDIs) contestó que no le pedía ayuda a nadie.

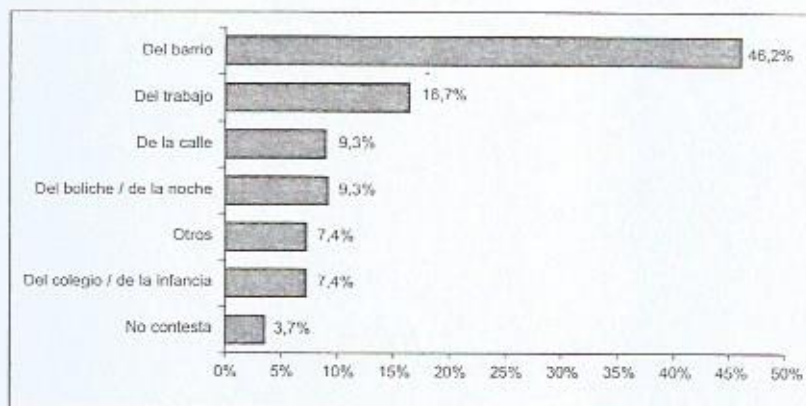
⁷⁶ Se consideraron los valores en forma no excluyente ya que las modalidades de las configuraciones familiares son múltiples y diversas. No consignamos la constitución del grupo conviviente sino la cantidad de respuestas para cada uno de los indicadores de la variable analizada.

Gráfico N° 6
Personas que le piden ayuda
(N=140)



Los **amigos** son aquellos a quienes más se pide ayuda, pero también, como lo muestran los datos relacionados con el uso inyectable, aquellos con quienes más se comparte el consumo de drogas. Por esa razón a los 54 UDIs que dijeron que le piden ayuda a los amigos, les preguntamos de dónde provenían esos lazos de amistad, ya que esa información resulta importante para pensar las recomendaciones para el trabajo preventivo. Tal como muestra el siguiente gráfico, comprobamos que los lazos de amistad se construyeron más frecuentemente en el barrio en el que viven.

Gráfico N° 7
**Lugares de donde conoció a los amigos
 a los que pide ayuda**
 (N=54)



En el mismo año en que se llevó a cabo este estudio, Intercambios realizó el proyecto “Corriendo la Bola”, en el que se recolectaron datos de 99 UDIS de la Ciudad de Buenos Aires, de los que como anticipamos en el apartado referido a muestras,⁷⁷ extrajimos un perfil para complementar la información que se presenta.

Entre estos 99 UDIS actuales, el 77% eran varones entre los 23 y los 51 años residentes en veinticinco barrios diferentes de la Ciudad de Buenos Aires. El mayor porcentaje de personas estaba entre los 25 y 29 años (27%), pero a su vez había un grupo mayor de 40 años que alcanzaba al 27% del total. Las dos muestras que presentamos son semejantes en sexo, pero difieren un poco en la edad, ya que en esta última encontramos mayor número de menores de 30 y mayores de 40 años. Sin embargo, ambas muestras se parecen respecto a las redes de ayuda, ya que más de la mitad de los 99 entrevistados

⁷⁷ Ver referencia en p. 37.

pedía ayuda a sus amigos y en segundo lugar a su pareja, pero un 11% no le pedía ayuda a nadie.

3.3. Problemas de salud-enfermedad-atención

Un conjunto de preguntas estuvieron dirigidas a conocer los problemas de salud – enfermedad y algunas características de la atención de los UDIS encuestados. Estudios anteriores con UDIS de Buenos Aires como los que se citan a continuación, mostraron que una gran proporción de ellos buscó realizar el examen de VIH, aunque el conocimiento que tenían respecto de otros problemas de salud como las hepatitis o las ITS fuera más escaso, y hallaran muchas dificultades para la continuidad en la atención por los temores que genera la persecución penal al uso de drogas ilegales, o por la precaria situación social de muchos de ellos.

El Departamento de Enfermedades Infecciosas del Hospital Muñiz de Buenos Aires, que ha atendido la mayor cantidad de UDIS con VIH desde el principio de la epidemia hasta la fecha, realizó entre el 2000 y el 2001 un estudio con 108 UDIS viviendo con VIH.⁷⁸ El 46% había hecho uso inyectable durante más de diez años. El 44% había compartido el equipo de inyección con sus parejas sexuales. La mayoría desconocía su serología para la hepatitis B y C. El 80% tuvo resultados positivos para la hepatitis C, el 60% tuvo resultados positivos para la hepatitis B y el 43% tuvo diagnóstico de tuberculosis. El 60% estaba desempleado, 61% vivía en zonas muy pobres y el 13% vivía en las calles. El 81% tenía antecedentes penales. Se encontró una pro-

⁷⁸ Moscatello, G.; P. Campello y J. Benetucci, "Bloodborne y sexually transmitted infections in drug users in a hospital in Buenos Aires, Argentina" en *Clinical Infectious Diseases*, 2003:37 (Supl. 5), ps. 343-347.

porción muy baja de continuidad en la atención médica en aquellos que conocían previamente su serología positiva para el VIH (56%). Según los investigadores, el motivo principal de la dificultad para mantener una relación más estable con un centro de atención sanitario, fue la situación social de graves carencias y la intensa relación con el sistema penal.

Otra investigación que aportó datos en la región de AMBA,⁷⁹ se realizó con dos muestras intencionales de consumidores de drogas, una de institucionalizados (reclutados en instituciones donde están realizando tratamiento por drogas) y otra de usuarios no institucionalizados (reclutados en sus espacios naturales de consumo, básicamente la calle). Ambos grupos mencionaron que existen servicios de salud a los que pueden recurrir, sin embargo, las personas no institucionalizadas mostraron una menor accesibilidad al sistema de salud que las institucionalizadas. Un 17% de las personas no institucionalizadas afirmó que los servicios para usuarios de drogas no son amigables, mientras que en el grupo de institucionalizados alcanzaron al 9% de los casos. Por otra parte, el 21% de las primeras afirmaron que hubo algún tratamiento que no quisieron usar por temor a la policía o a las autoridades.

La mayoría de los 140 UDIs encuestados en el estudio cuyos resultados presentamos **atendía sus problemas de salud** en el Hospital Público (73,6%), y el 10% (de forma no excluyente) en Centros de Salud. Sólo un 11,4% accedía a una Obra Social, un 2,9% al Sistema de Medicina Prepaga y un 0,7% (sólo un caso) a consultas privadas. Por lo tanto, los que acudían sólo al sector público (Hospital y/o Centro de Salud) representan el 71,4% (111) de la muestra. Resulta llamativo

⁷⁹ Kornblit, A.L.; A.M. Mendes Diz, A.C. Camarotti y G. Calvi, "Perfiles sociales de consumidores de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires". Mimeo de la investigación subsidiada por el FONCYT, PICT 1999, N° 5007. 2002.

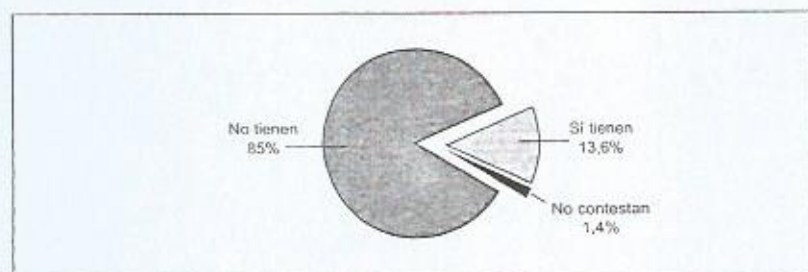
que un 3,5% respondió que no atiende en ningún lado sus problemas de salud aunque no indagamos acerca de sus motivaciones para no recurrir a la atención.

Cuadro N° 5
Lugar de atención de los problemas de salud
(Respuestas múltiples N=148)

Lugar de atención de los problemas de salud	Cantidad de respuestas (N=148)	Porcentaje de casos (N=140)
Hospital Público	103	73,6%
Obra Social	16	11,4%
Centro de Salud o Unidad Sanitaria	14	10,0%
Sistema de Medicina Prepaga	4	2,9%
En ningún lado	5	3,5%
No contesta	3	2,1%
Otros	2	1,4%
Consulta privada	1	0,7%

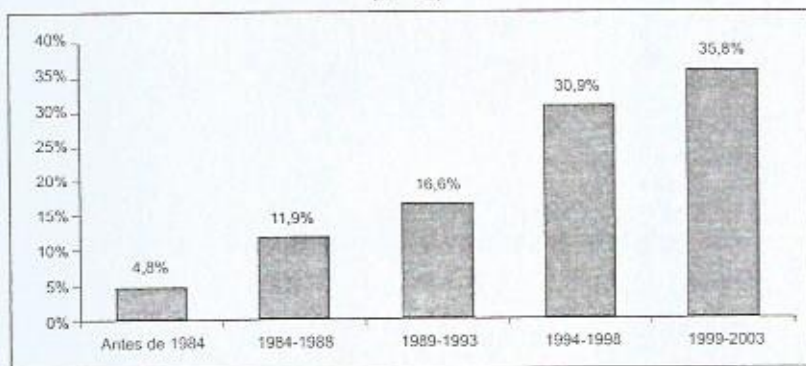
La pérdida del acceso al sistema de obras sociales es un analizador del proceso de pauperización que vivió la Argentina en la última década. Actualmente sólo 19 (13,6%) de los UDIS tenía obra social, y 119 (85%) no tenía tal como muestra el siguiente gráfico.

Gráfico N° 8
Porcentaje de UDIS que tienen obra social
(N=140)



De los que no tenían obra social en la actualidad, 42 (35,6%) sí tuvieron acceso alguna vez y lo perdieron entre 1998 y 2003, concentrándose el 31,3% entre 1998 y 1999. Este dato muestra la relación con el proceso de incremento de la desocupación y de precarización del empleo, y puede relacionarse claramente con los datos referidos a la fuente de ingresos de los encuestados que exhibe la misma tendencia.

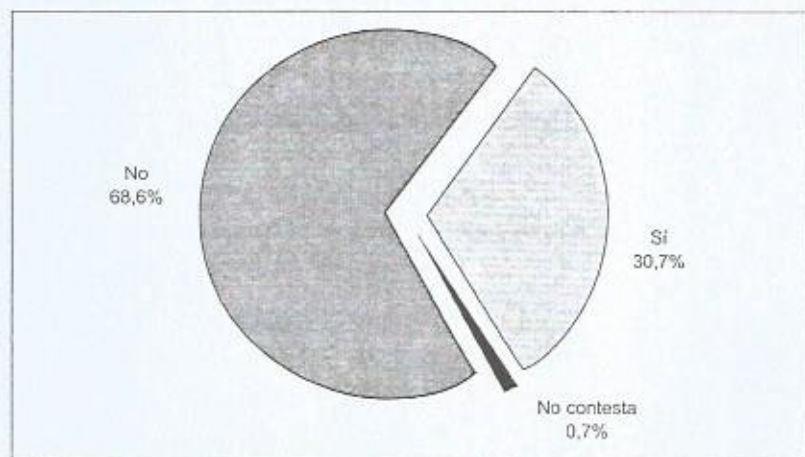
Gráfico N° 9
Año en que dejaron de tener obra social
(N=42)



Con respecto a la salud de los UDIS encuestados, indagamos por diferentes problemas: hepatitis, tuberculosis, ITS y VIH/sida. En todos los casos preguntamos si el resultado positivo a alguno de estos problemas de salud había sido diagnosticado por un médico. Asimismo, consultamos por las enfermedades que creían más graves y por las más frecuentes entre sus conocidos, para tratar de tener un panorama de los problemas que tenían y de sus representaciones acerca de los problemas de salud.

El 30,7% (43) había tenido un diagnóstico médico de hepatitis.

Gráfico N° 10
 Diagnóstico de hepatitis basado en la pregunta: "¿alguna vez un
 médico te dijo que tenías hepatitis?"
 (N=140)



En el siguiente cuadro se puede observar cómo se distribuyeron los diferentes tipos de hepatitis:

Cuadro N° 6
 Tipo de hepatitis
 (N=43)

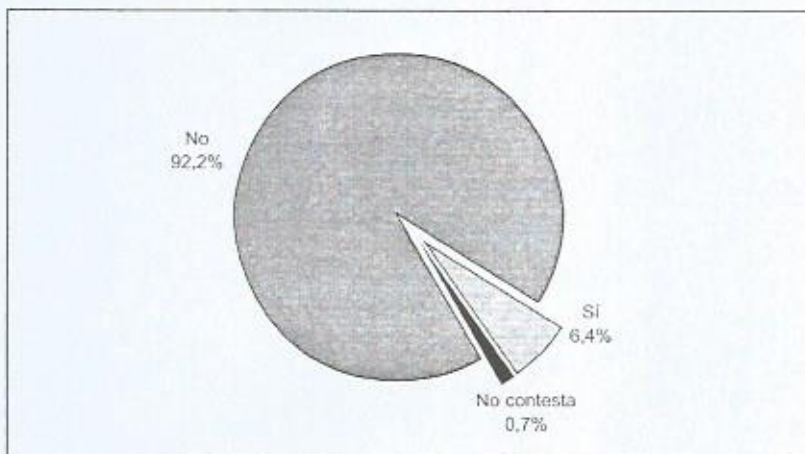
Tipo de hepatitis	Cantidad de casos	Porcentaje	Hep. B	Hep. C
A	2	4,6%		
B	11	25,6%		
B, C	7	16,3%	21 (48,9%)	
A, B, C	3	7,0%		
C	14	32,6%		
No sabe qué tipo de hepatitis tiene	6	13,9%		
TOTAL	43	100 %		

Es interesante destacar que de los 24 sujetos que tenían diagnóstico de Hepatitis C, 21 (87,5%) estaban coinfectados con VIH. Esto indica la importancia de requerir este análisis a la población UDI para trabajar los problemas relacionados con las coinfecciones.

El 6,4% (9 casos) de los UDIs había sido diagnosticado de tuberculosis alguna vez.

Gráfico N° 11

Diagnóstico de tuberculosis basado en la pregunta:
"¿alguna vez un médico te dijo que tenías tuberculosis?"
(N=140)



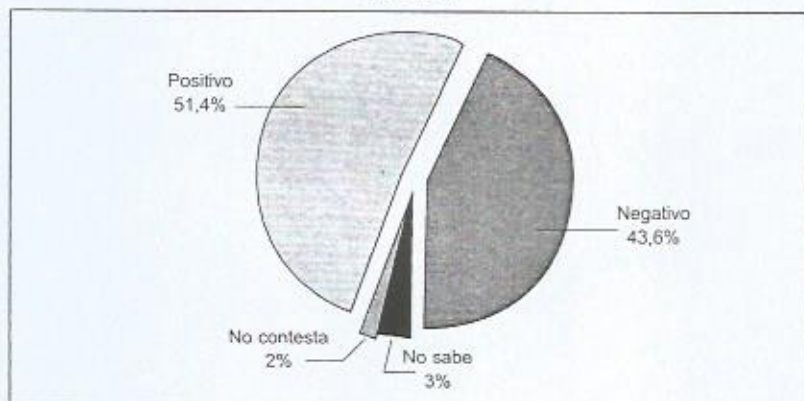
El 32,9% (46) había tenido un diagnóstico de **infecciones de transmisión sexual** alguna vez. Pero el porcentaje aumentó considerablemente cuando se indagó si habían tenido síntomas que podrían indicar este tipo de infección, tales como llagas, picazón en los genitales, ardor al orinar, ardor al tener relaciones sexuales y lastimaduras.

Cuadro N° 7
Presencia de síntomas que podrían indicar ITS
 Respuestas múltiples (N=297)

Síntomas que podrían indicar ITS	Cantidad de respuestas (N=297)	Porcentaje de casos (N=140)
Picazón	117	83,6%
Llagas	91	65,0%
Ardor al orinar	49	35,0%
Ardor al tener relaciones sexuales	18	12,9%
Lastimaduras	17	12,1%
No contesta	5	3,6%

El 72,1% (101) de los UDis había realizado el análisis de VIH a partir del año 1990, la mayor cantidad de exámenes se habían hecho entre 1998 y 2003. De las 101 personas que realizaron el análisis de VIH, 52 (51,4%) tuvieron un resultado positivo, 44 (43,6%) negativo, 3 (3%) no sabían y 2 (2%) no contestaron la pregunta.

Gráfico N° 12
Resultado del análisis de VIH/sida
 (N=101)



A fin de comparar estos datos con una población semejante, encontramos en el estudio "Corriendo la Bola" que de

los 99 UDIs, el 68% del total de encuestados realizó alguna vez el análisis para VIH,⁸⁰ que como en la muestra anterior es un porcentaje alto respecto de la población general.⁸¹ Este dato estaría señalando que los UDIs han incorporado la noción de la relación entre el uso inyectable y la posible transmisión del VIH, sin embargo en las dos muestras persiste un porcentaje equivalente de personas que nunca hicieron el examen.

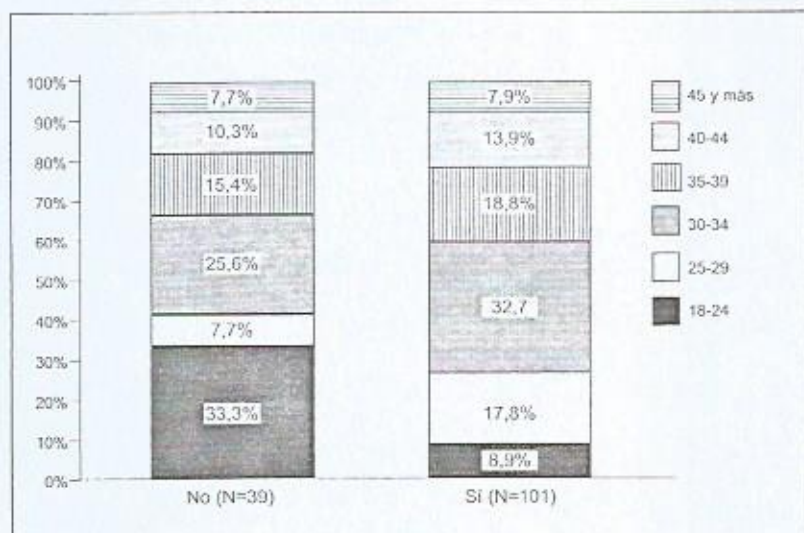
Nos preguntamos particularmente por los UDIs del presente estudio que nunca se habían realizado un análisis de VIH/sida que fueron 39 de los 140 sujetos de la muestra (27.3%) y encontramos que:

- Entre los UDIs **más jóvenes** (entre 18 y 24 años) se encuentra la proporción mayor (59%) de los que nunca hicieron un análisis de VIH/sida. Tal como muestra el siguiente gráfico, comparando los que hicieron y los que no hicieron el análisis, esa proporción en la misma franja de edad es del 33,3% entre los que no lo hicieron y de 8,9% entre los que sí lo hicieron, mientras se invierte esa tendencia entre los de 25 y 29 años y es más pareja entre los grupos de edad más grandes.

⁸⁰ El 37,3% había tenido resultado positivo al VIH (que es un porcentaje inferior al de la muestra de 140 UDIs), el 55,2% negativo y el resto no sabía o no contestó. El 50% se había hecho el examen hacía más de cinco años.

⁸¹ Un estudio realizado por investigadores del Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires en población general mostró que el 55% se había hecho pruebas de diagnóstico del VIH. Eran más los que habían hecho el examen en Capital Federal que en el Gran Buenos Aires (60% contra el 54%). Los que tenían entre 25 y 34 años fueron los que más se lo hicieron. Diario Clarín. Viernes 28 de noviembre de 2003, Año VII N° 2797.

Gráfico N° 13
Realización de análisis de VIH
según grupos de edad



- Los que no se hicieron el análisis **hacían uso inyectable de drogas hacía menos tiempo**, entre los que hacía menos de cinco años que se *picaban* representaban el 35,9% versus 8,9%, entre los que llevaban entre cinco y nueve años con esta práctica representaban el 25,6% versus 17,8%. En cambio, entre los que se inyectaban hace más tiempo representaban el 12,8% versus 26,7% de los que llevaban entre 10 y 14 años, y el 15,4% versus 22,8% los que lo hacían entre 15 y 19 años.
- Pero no necesariamente fueron los que comenzaron con el uso inyectable más tempranamente. La mayor concentración de los sujetos que no se habían realizado el análisis de VIH/sida estuvo en los que se iniciaron entre los 20 y los 30 años.

- También se observó que entre los que **no se picaron antes con otros** el 46% no realizó el análisis, y entre los que sí realizaron prácticas inyectables con otros, el 23,2% no realizó el análisis, lo que indicaría una conciencia mayor de la posibilidad de infección entre los que se inyectaron con otros.
- En las preguntas acerca del uso de preservativo se encontró que entre los UDIS que no habían realizado el análisis de VIH/sida había una **leve tendencia a una menor utilización del preservativo**. Por ejemplo, el 32% de los que no utilizaron preservativo en la última relación sexual con su pareja, no habían realizado el análisis de VIH/sida, mientras que entre los que sí utilizaron preservativo, los que no habían realizado este análisis representaban el 21,2%.
- Comparados con los que habían realizado el análisis, son **en mayor proporción los que nunca habían tenido diagnóstico médico de hepatitis** (87,2% versus 61,4%), ITS (89% versus 53,5%), y TBC (de los ocho casos diagnosticados, sólo uno no había realizado el análisis de VIH/sida).
- Otra característica es que tuvieron en **menor proporción algún familiar, amigo o conocido que murió por sida** (64,1%), mientras que entre los que se lo habían realizado alguna vez el 97% tenía esa experiencia. Se podría conjeturar, tal como lo muestran también los datos cualitativos de este estudio, que esta situación motivaría más a los sujetos a realizarse una serología de VIH.

Los sujetos que no se habían hecho análisis de VIH/sida se distribuyeron en forma similar con el otro grupo en variables

como: tener pareja, pareja que consume drogas, pareja que se inyecte drogas, frecuencia del uso inyectable, el acceso a folletería y a preservativos.

Analizamos también el grupo de los que tenían resultado positivo al VIH respecto del uso de material compartido y del preservativo. De las 52 personas con resultado positivo al VIH, ocho habían prestado y/o les habían prestado la jeringa en el último mes (dos UDIS sólo prestaron a otros, a uno sólo le prestaron y en cinco casos prestaron y les prestaron la jeringa). Cuando se preguntó a los seis que habían prestado la jeringa "*cuántas personas se inyectaron con esa jeringa que prestaron*", tres contestaron que la usaron otras dos personas, dos que la usaron cuatro y uno que la usaron cinco personas.

De esas 52 personas que viven con VIH, 15 (28.8%) no usaron preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales. Los motivos se dispersaron entre los tres siguientes: "*porque no tenía*", "*porque no me gusta*" y "*por la urgencia*".

El 40,4% (21) de los que tenían resultado positivo al VIH estaba coinfectado con Hepatitis C.

Comparando las muestras de este estudio y los datos de "Corriendo la Bola", entre los 140 UDIS habría una mayor proporción que hizo distintos exámenes de detección de enfermedades que en la muestra de 99 UDIS, lo que podría estar relacionado con que entre los 140 UDIS, la mitad estaba en contacto con Programas de Reducción de Daños.

Otro problema de salud que indagamos fue el de la **sobredosis**, en el que preguntamos a diferencia de los anteriores ítems por el recuerdo de la experiencia y no por el diagnóstico, ya que conocemos que en general esas situaciones las resuelven los mismos usuarios de drogas y rara vez recurren a la atención médica.

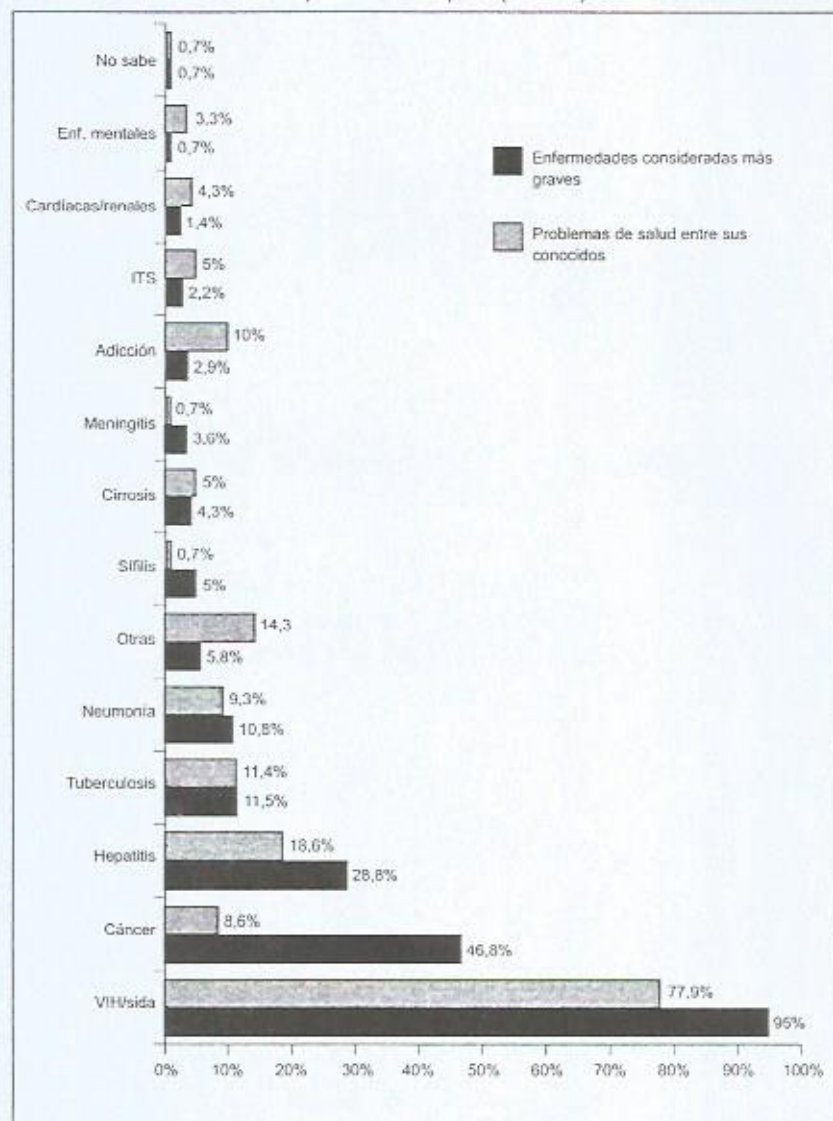
El 45,7% (64) de los UDIS encuestados había tenido una sobredosis alguna vez, de los cuales el 51,6% (33) tuvo so-

breddosis en una oportunidad, el 29,7% (19) en dos oportunidades, el 12,5% (8) en tres y el 4,8% (3) entre cuatro y diez veces. Había menos casos de sobredosis entre los que nunca se habían hecho el análisis de VIH (33,3% versus 66,7%) que entre los que sí habían realizado una serología (50,5% versus 45,7%).

Cuando se preguntó a los UDIS **qué enfermedades consideraban más graves**, las enfermedades nombradas más recurrentemente fueron: el VIH/sida en el 95% (132) de los casos, el cáncer en el 46,8% (65) de los casos y la hepatitis en el 28,8% (40). También el VIH/sida fue la enfermedad considerada más común (77,9% -109 casos) entre los conocidos de los encuestados.

A pesar de que el cáncer fue nombrado como una enfermedad mucho menos común que otras entre sus conocidos, fue la segunda considerada más grave. Estas respuestas pueden remitir al impacto de las representaciones sociales en la construcción de la noción de salud - enfermedad. Sólo el 2,9% consideró a la adicción una enfermedad grave, en tanto que el 10% la reconoció como un problema de salud entre sus conocidos. Este dato indicaría que el uso de drogas no es percibido como enfermedad entre los entrevistados.

Gráfico N° 14
Enfermedades consideradas más graves y problemas de salud entre sus conocidos
 Respuestas múltiples (N=140)



Riesgo y cuidado en las prácticas de uso inyectable de drogas

Son numerosos los estudios que en todo el mundo confirman que los UDIS modifican sus prácticas de riesgo y cuidado en relación con el uso inyectable si tienen acceso a los materiales de inyección, pero cambian en menor medida en relación con sus prácticas sexuales aún teniendo acceso a preservativos.⁸² Los resultados del estudio que se presentan en esta publicación confirman esta tendencia para los UDIS encuestados y entrevistados.

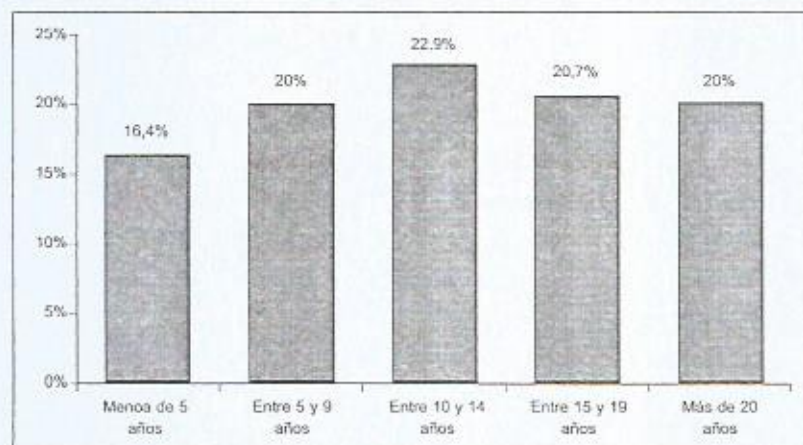
En el presente estudio encontramos que los UDIS refieren que sus prácticas actuales de uso inyectable de drogas difieren en numerosos aspectos de las prácticas de unos años atrás. Principalmente ha cambiado la frecuencia de uso, la práctica de reunirse para el uso inyectable colectivo y el uso compartido del material de inyección.

⁸² Stephens, R.C.; D. Simpson, S.L. Coyle, et al. "Comparative Effectiveness of NADR Interventions". In Brown, B.S.; Beschenr, G.M. (eds). *Handbook on risk of AIDS: injection drug users and sexual partners*. Westport, C.T.: Greenwood Press. 519-556, 1993. Rhodes, T.; T. Myers, R. Bueno, P. Millson y G. Hunter, "Drug injecting and sexual safety: cross-national comparisons among cocaine and opioid injectors". En: Stimson, G.; D. Des Jarlais y A. Ball, dir. *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: University College London; 1998. ps.130-148. Kumar M.S.; S. Mudaliar y D. Daniels "Community-based outreach HIV intervention for street-recruited drug-users in Madras, India". En: Needle RH Coyle, S.; Cesari, H. (eds) *HIV Prevention with Drug-Using Populations-Current Status y Future Prospects*. Public Health Reports; 113, Sup. 1; 58-66, 1998.

4. 1. Inicio y tiempo en el uso inyectable

Otro dato importante es la caracterización de la cantidad de años que los sujetos que componen la muestra llevaban haciendo uso inyectable de drogas: 23 UDIS (el 16,4%) hacía menos de cinco años que se inyectaban; 28 (el 20%) llevaban entre cinco y nueve años; 32 (el 22,9%) entre 10 y 14 años; 29 (el 20,7%) entre 15 y 19 años; y hay 28 UDIS (20%) que hacía más de 20 años que se inyectaban. Como puede notarse en el siguiente gráfico, la distribución en relación a los años de uso inyectable es bastante homogénea.

Gráfico N° 15
Antigüedad en el uso inyectable
(N=140)



4. 2. Caracterización de las drogas preferidas

Como se observa en el cuadro que se incluye a continuación, las **sustancias** que se mencionaron con más frecuencia entre las que se consumen más seguido fueron el cannabis, las bebidas alcohólicas y la cocaína, independientemente de la vía de

administración. El 49,3% (69) de los usuarios de la muestra consumía benzodicepinas entre las que: el 27,1% (38) de los 140 UDIS encuestados consumía Rivotril, el 26,4% (34) Royhpnol, el 6,4% (9) Alplax, el 7,1% (10) Valium, el 7,9% (11) Trapax, el 10,7% Primum (15) el 10,7% (15) Lexotanil y el 13,6% (19) expresó que consumía *pastillas* en general sin especificar de qué tipo.

De los 69 casos que consumían benzodicepinas, el 31,8% (22) usaba más seguido una de estas benzodicepinas, el 24,6% (17) usaba dos, el 17,4% (12) combinaba tres tipos de *pastillas*, el 15,9% (11) usaba cuatro, y el 10,4% (7) usaban entre cinco y siete *pastillas* diferentes.

Cuadro N° 8
Sustancia consumida con mayor asiduidad por vías NO inyectables
Respuestas múltiples (N=460)

Tipo de sustancia y vía de administración	Cantidad de respuestas (N=460)	Porcentaje de casos (N=140)
Cannabis - Hashish ⁸³	110	78,6%
Bebidas alcohólicas	92	65,7%
Cocaína	89	63,6%
Benzodicepinas	69	49,3%
Pasta base	33	23,6%
Anfetaminas - Tamián ⁸⁴	17	12,1%
Acido lisérgico	12	8,6%
Artane	12	8,6%
Solventes volátiles	9	6,4%
Té de floripondio	6	4,3%
Hongos	4	2,9%
Crack	3	2,1%
Ketamina	3	2,1%
Éxtasis	1	0,7%

⁸³ Sólo cuatro de los encuestados (2,9%) consumían Hashish habitualmente.

⁸⁴ Fueron 10 (7,1%) los UDIS que usaban Tamián, sólo dos de los cuales también consumían anfetaminas habitualmente.

Indagamos también acerca de las sustancias que usaban por vía inyectable más frecuentemente y las que habían usado en alguna ocasión. En el siguiente cuadro es muy claro que la cocaína fue la sustancia más mencionada en ambas situaciones. En cambio, la sal de anfetaminas fue elegida para el uso inyectable en el pasado, pero no en la actualidad. La morfina es la droga que sigue con mucha distancia en cantidad de respuestas a la cocaína. Es importante destacar el uso de la heroína que, aunque en pocas respuestas, también aparece mencionada entre las drogas que se usaron alguna vez y las que se usan más seguido. Esto mostraría una tendencia en el uso de esta sustancia que aún es muy marginal en relación con el uso de cocaína.

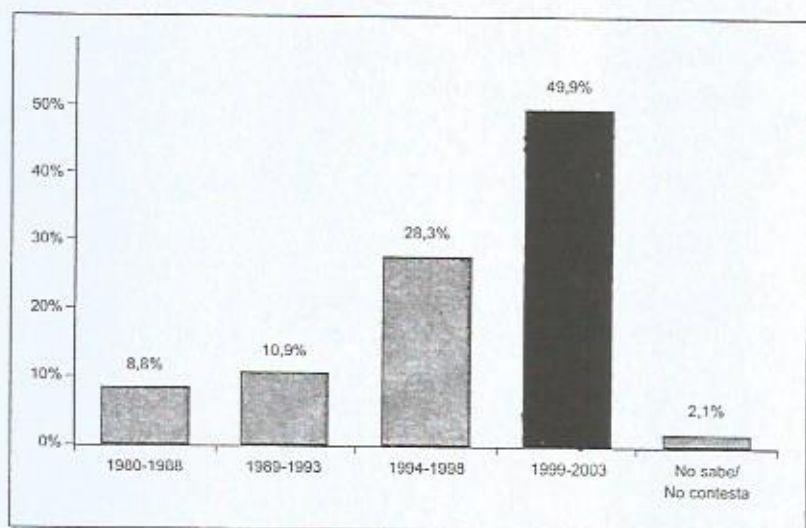
Cuadro N° 9
Sustancia inyectada "más seguido" y "alguna vez"
Respuestas múltiples

Tipo de sustancia inyectada	"Alguna vez"		"Más seguido"	
	Cantidad de respuestas (N=323)	Porcentaje de casos (N=140)	Cantidad de respuestas (N=144)	Porcentaje de casos (N=140)
Cocaína	139	99,3%	122	87,1%
Sal de Anfetaminas	49	35,3%	-	-
Morfina	37	26,4%	14	10,0%
Ketalar/Ketamina	31	22,1%	3	2,1%
Bebidas alcohólicas	21	15,3%	1	0,7%
Pastillas	17	12,1%	1	0,7%
Agua	9	6,4%	-	-
Heroína	9	6,4%	3	2,1%
Alcohol fino	5	3,6%	-	-
Demerol	3	2,1%	-	-
Otras	3	2,1%	-	-

4. 3. Interrupciones en el uso inyectable

El 66,4% (93) de los UDIS interrumpió alguna vez el uso inyectable de drogas. De ellos, el 38,7% (36) interrumpió una sola vez y el 61,3% (57) lo hizo más de una vez. Cuando se indagó en que año interrumpieron el uso inyectable, el 49,9% (46) se concentra entre los años 1999 y 2003.

Gráfico N° 16
Año en el que interrumpieron el uso inyectable
(N=93)



Una posible explicación para esta concentración en los últimos años es que los UDIS con mayor antigüedad en la práctica inyectable fueron los que la abandonaron en más ocasiones. Si se comparan los 36 UDIS que dejaron de inyectarse una sola vez con los 57 que interrumpieron la práctica más veces se observan diferencias según la antigüedad en la práctica. Entre los que se inyectaban desde hace 20 a 24 años, el 29,9%

(17) dejaron de inyectarse más de una vez y sólo una vez el 11,1% (4 UDIs). En el otro extremo, entre los que se inyectaban hace menos de 10 años, los que dejaron una sola vez fueron algo más de la mitad (52,7%, 19 UDIs) y los que dejaron más de una vez representaban el 22,8% (13).

4. 3. 1. Motivos para interrumpir el uso inyectable

A las 93 personas que alguna vez habían dejado el uso inyectable (66,4% de los 140 encuestados), se les preguntó por los motivos de la interrupción. Las respuestas apuntaron a diferentes cuestiones de índole social, vincular, afectivo o corporal.

En relación con el contexto social, refirieron a cuestiones como el trabajo, la falta de dinero y el haber estado preso.

"Te cansás, ya no le encontrás el motivo. El trabajo. Tenía que pagar el gas, la ropa, etc." (varón, 28 años)

"No tenía interés, por trabajo. Me veía bien, me había arreglado con mi pareja." (varón, 25 años)

"Estuve preso en comisaría." (varón, 18 años)

Respecto de las cuestiones vinculares, el uso inyectable se relacionó para muchos con la red de consumo, lo que se hace evidente cuando asociaron interrupción del uso inyectable con el abandono del grupo de consumo, del ambiente, y/o porque los que se *picaban* con ellos empezaron a morir de sida.

"Porque vi como estaba mi pareja. Porque vi como estaban los otros, *picándose* tan seguido." (mujer, 33 años)

"La muerte de amigos por el sida." (varón, 25 años)

"No me gustaba el ambiente para *picarme*. No era gente que se *picara*. Paraba con otra gente." (varón, 31 años)

"Un poco fue que empecé a ver a mis amigos que se *picaban* morir-se, lo que pasaba a mi alrededor." (varón, 40 años)

En algunos casos asociaron la interrupción del uso inyectable con algún evento en su vida afectiva que implicó un cambio, una novedad, el paso de una etapa a otra. Eventos como embarazos, nacimiento de un hijo, muerte de un familiar o una nueva pareja.

“Porque nació el nene y era algo nuevo, me voy a poner las pilas –dije.” (varón, 30 años)

“Porque murió mi viejo, quería empezar con una vida nueva.” (varón, 32 años)

“En 1999 porque comencé mi pareja actual y 2002 el nacimiento de mi hijo.” (mujer, 42 años)

“Porque había una *piba* que me gustaba y salía con ella.” (varón, 30 años)

En otros casos, refirieron a conflictos con la pareja o familia por el uso inyectable. Mientras algunos lo plantearon como una decisión personal, otros lo atribuyeron a problemas con su pareja.

“Por querer cambiar, por querer dejar de consumir por el bajón o pelearte con tu familia o te mandas muchos mocos.” (varón, 36 años)

“Porque no me cabía, me fui a bajar un poco del vuelo. No me gustaba *picarme* allá delante de ellos.” (varón, 32 años)

Otro motivo para interrumpir la práctica inyectable fue la sensación de haber llegado o pasado un límite de deterioro biológico y/o anímico por lo que buscaban el auto-cuidado, expresado como “*recuperarse*”, “*rescatarse*”, “*bajar*”. En algunos se vinculó a tener mayor “*control*” sobre sí mismos, a veces, luego de una sobredosis.

“No me daban ganas, te sentís mal, extraño, perseguido.” (varón, 18 años)

“Porque me asusté, casi tuve una sobredosis. No estuve en mis cabales.” (varón, 32 años)

“No sólo quería rescatarme, sino que tenía miedo a la muerte por sobredosis.” (varón, 45 años)

"No puedo *picarme* porque no me quedan venas, entonces busco otras partes del cuerpo." (varón, 38 años)

"Porque me veía que estaba destruido, tenía que *bajar*, me fui a la granja, pero estuve poco tiempo." (varón, 27 años)

"Para *bajar un cambio* y tener control de mi mente. Yo me *pico* cuando estoy de *escabio*, cuando estoy *careta* ni ahí." (varón, 34 años)

"En ese momento dejé el *pico* por temor a *quedar seco* de una sobredosis." (varón, 33 años)

"Estaba muy enfermo por ser portador de VIH y hepatitis B y C." (varón, 28 años)

"Porque en los análisis me salió positivo el VIH." (varón, 38 años)

4. 3. 2. ¿Por qué vuelven al uso inyectable?

En las respuestas abiertas a la pregunta por los motivos para volver a inyectarse, encontramos dos grandes tipos de respuestas. En primer lugar, los UDIS dijeron que volvieron a inyectarse por problemas personales, como situaciones de soledad, o duelos por separaciones de parejas. Describieron emociones como angustia, ansiedad, dolor, o "vacío interior".

"Porque estaba solo y me había peleado con mi pareja." (varón, 25 años)

"Por los problemas que tengo, por angustias, por no estar con mi hija." (varón, 19 años)

"Por problemas, peleas con mi hermano, discusiones con la familia, me encierro en mi pieza y me *pico*." (varón, 30 años)

"Porque estaba mal y para no matarme por la vida de mierda que llevo." (mujer, 31 años)

"Porque no logré afirmar mis ganas de no consumir más. Por inseguridad, propio de todo adicto." (varón, 43 años)

"El hecho de estar sin *laburo*, la frustración de cosas que quiero hacer y no me salen." (varón, 40 años)

En segundo lugar, fue frecuente la referencia a que inyectarse les gusta, les da sensaciones placenteras o lo necesitan

("es una debilidad"). También lo significaron como una necesidad física, un hábito o costumbre.

"Porque mi cuerpo quería mis venas." (varón, 24 años)

"Porque te llama, te dan ganas de tener esa sensación de vuelta." (varón, 41 años)

"Porque lo necesitaba mi cuerpo." (varón, 30 años)

"Porque me gusta, por la ansiedad que te agarra, porque necesitaba." (varón, 36 años)

"Por *boludo*, por tonto. Para sentirme como cuando era más *pibe*." (varón, 32 años)

"Si *pinta* y tengo ganas." (varón, 33 años)

"Quería sentir de vuelta los cuchillos." (varón, 35 años)

"Para ver cómo reaccionaba el cuerpo. Para volver a los viejos tiempos (al salir de estar en la cárcel). Porque me gusta." (varón, 34 años)

"Porque me gusta y nunca me *di vuelta* y porque soy un *pincheto* nato." (varón, 48 años)

Nuevamente, como en los motivos que los llevaron a interrumpir el uso inyectable, el "ambiente", es decir estar con amigos que se inyectan, fue asociado con las ganas de "*picarse*" y la vuelta a la práctica inyectable.

"Porque fui más precavido a partir del 98. Me gustaba el placer de estar ahí. No sé, porque paraba con *chavones* que se *picaban*, hablaban de *pico* y me picaban (de picazón) los brazos, me daban ganas." (varón, 18 años)

"Por la calle. Estaba siempre y te encontrás con todos." (varón, 34 años)

"Por la *junta*. Todos mis amigos son *locos*. Todos algo *curten*." (varón, 30 años)

La referencia al VIH/sida apareció asociada a volver a inyectarse cuando dijeron haber perdido el temor a infectarse y/o al saber que no viven con VIH/sida.

"Las ganas fueron más fuertes que el miedo." (varón, 25 años)

"Se me fue el miedo, las ganas pudieron más." (varón, 39 años)

"Porque recuperé la fuerza, perdí la paranoia por el sida." (varón, 34 años)

"No estaba infectado. Me separé." (varón, 43 años)

Algunos atribuyeron la vuelta al uso inyectable al efecto de otra sustancia.

“Porque empezaba con el *faso* y después seguía con el *gancho*.” (varón, 21 años)

“Empecé con un *papel*, no me *pegaba* y otra vez el *pico*. Soñaba, lo extrañaba, tenía mucha ansiedad.” (varón, 30 años)

“Porque empecé por cerveza, tomé, y me llevó a inyectarme.” (varón, 32 años)

Los testimonios muestran que la interrupción se atribuye a condiciones externas que mejoran o empeoran, tanto en el contexto social como en la interacción con otros. En cambio, los que volvieron a inyectarse hacen muchas referencias al gusto, a la necesidad física, al placer de inyectarse.

4. 4. Cambios en la frecuencia del uso inyectable

De la observación etnográfica se pudo inferir que los UDis consideran que “*son del pico*” cuando “*curten*”, consumen, seguido. Hay respuestas que dicen que no se *pican* seguido porque “*controlan el uso*” (cuando lo hacen mensualmente, los fines de semana, o en ocasiones especiales, tales como ir a bailar).

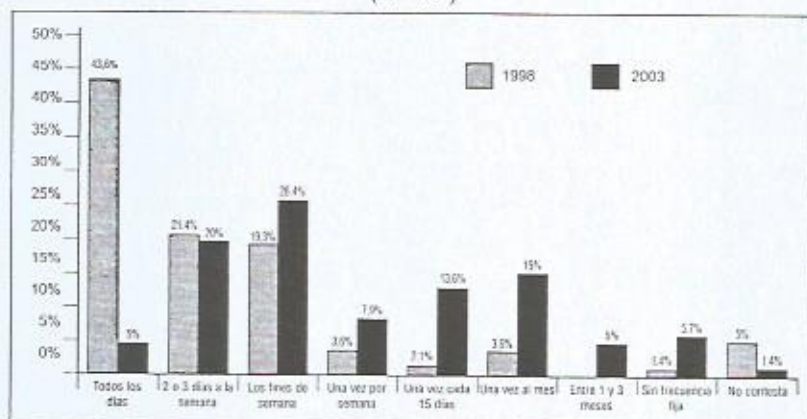
Al analizar la información cuantitativa y cualitativa, encontramos una significativa diferencia entre la **frecuencia de inyección actual** de los UDis encuestados y la **frecuencia que manifiestan tenían hace seis años** (en el caso de aquellos UDis que tuvieran menos de cinco años de uso inyectable se les preguntó por la frecuencia al momento en que se iniciaron con esa práctica)

Cuadro N° 10
**Comparación de la frecuencia del uso inyectable
entre los años 1998 y 2003**
(N=140)

Frecuencia	En 1998		En 2003	
	Cantidad de casos	Porcentaje	Cantidad de casos	Porcentaje
Todos los días	61	43,6%	7	5,0%
Dos o tres veces por semana	30	21,4%	28	20,0%
Los fines de semana	27	19,3%	37	26,4%
Una vez por semana	5	3,6%	11	7,9%
Una vez cada quince días	3	2,1%	19	13,6%
Una vez al mes	5	3,6%	21	15,0%
Entre uno y tres meses	-	-	7	5,0%
Sin frecuencia fija: "sin rutina", "ocasionalmente"	2	1,4%	8	5,7%
No contesta	7	5,0%	2	1,4%
Total	140	100%	140	100%

Vemos que 37 UDIs (el 26,4%) dijeron que *actualmente* sólo se inyectaban los fines de semana, y 28 de ellos (el 20%) lo hacía dos o tres días a la semana. La frecuencia diaria es poco significativa: sólo siete UDIs (5%) manifestaron que actualmente se inyectaban todos los días. En cambio, al preguntar por la frecuencia de hace cinco años, 61 UDIs (el 43,6%) dijeron que se inyectaban diariamente. La comparación entre la frecuencia actual y la de hace cinco años puede verse con más claridad en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 17
 Frecuencia del uso inyectable 1998-2003
 (N=140)



Aparentemente la frecuencia de *dos o tres días a la semana* y la de *los fines de semana* son las que se mantuvieron más constantes y aumentó el número de los que se inyectan con más intervalos en el tiempo.

Las entrevistas en profundidad brindaron información valiosa sobre el cambio en la frecuencia de inyección. En ocasiones, aparece como justificación de una menor frecuencia actual, el argumento de la baja calidad que la cocaína presenta en los últimos tiempos.

“Valía antes un *papelito* veinte pesos cuando yo empecé a consumir. Valía veinte pesos y era un gramo. Hoy en día vale cinco pesos y es menos de medio gramo. Pero ¿qué pasa? **No es de la misma calidad.** Y aparte a nivel plata, si yo tendría que estar gastando lo que gastaba en la época que valía veinte pesos me tendría que tomar cincuenta *papeles* por día. Porque, ponele, yo compraba diez, doce *papeles*, estoy hablando cuando recién empecé. El día que enganchaba eran diez, doce *papeles*. Y diez o doce *papeles* eran doscientos pesos. Hoy con doscientos pesos a cinco pesos com-

pararía cuarenta *papeles*. No los podría consumir, creo. O sea inhalarlos sí, pero inyectarme no creo que pueda consumir cuarenta *papeles*. ¡No! Creo que me muero, me muero en el camino. O sea, lo que consumo yo hoy en día es mucho menos cantidad de lo que yo consumía antes. Quizás lo consumo de una manera muy mortífera que es de hecho inyectarte. Yo cuando empecé a inhalar consumía diez veces más de lo que consumo ahora. Y cuando empecé a inyectarme, consumía bastante más que ahora... Yo los últimos tiempos... Pasa lo siguiente: yo traía seis *papeles*, con cada *papel* me hacía un *pico* y eran seis *picos*. Y te acostumbrás porque no es buena. La que estoy comprando ahora no es mala, pero tampoco es lo mejor. Entonces al poco tiempo que consumiste el *papelito* no te sirve. Entonces lo que eran seis *picos*, ahora se transforman en tres... Primero fueron cuatro y medio, porque ponías uno y medio cada vez que preparabas un *pico*. Y ahora son tres y en cualquier momento agarrás y pones tres juntos. Está bien si vos te aplicás dos, la duración es más larga. Pero como vos querés que la duración sea más larga probablemente te hagas un *pico* uno atrás del otro ¿entendés? Si aprovechaste y encontraste una buena vena y vos ves como yo preparo todas las jeringas, automáticamente, antes de que me agarre el efecto fuerte, porque ya no lo podría hacer, saco esa jeringa, le pongo la nueva, le pongo la otra, utilizando la misma vía que tengo puesta con la aguja y me mando la otra, entonces te dura un período más largo. Depende: yo antes podía hacerme diez *picos*, once *picos*, hoy día digamos que también estoy un poco más calmado.” (varón, 35 años)

En otros testimonios, aparece justificado como práctica de cuidado personal o de cuidado de otros.

“Bueno yo primero empecé consumiendo cocaína que es lo que me *piqué* siempre y bueno una época de Ketalar, también. Pero no fue lindo... yo antes vivía para inyectarme, ahora ten-

go otras prioridades, puedo decir: "no, hoy no quiero, hoy no me inyecto, ni hoy ni mañana". Hoy tengo el poder de decisión." (varón, 34 años)

"Hace cinco o seis años que no me *pico* más todos los días, todos los días, como hacía antes. Ahora me hago un *gancho* y ¡pum! lo tiro, y digo: '¡uh! ¡qué loco que soy, me hice un *gancho*! Al pedo, ya me arruiné'. ¿Entendés cómo es? Me siento re mal, que me da ganas de llorar en este momento. No quiero más porque ya tengo mis hijos, los quiero, tengo cuatro, estoy con mi señora, la quiero mucho. No sé explicarte (se angustia, llora)." (varón, 38 años)

Al indagar por los motivos de una mayor o menor frecuencia de inyección no encontramos respuestas homogéneas. Hubo, como se observa, referencias a la calidad de la droga, a la percepción del cuerpo como menos resistente que en el pasado, a la salud, a la familia.

"Aparte no creo en el discurso de que **no me drogo porque no tengo plata**. Porque toda la gente que conozco, o por HIV o por sobredosis o porque lo mató la policía no están más (murieron), nunca pedían plata de nada, cada uno se solventaba como podía a su manera. El que no andaba robando andaba haciendo embrollo y el que no la *dibujaba* por alguna otra *transa*. Pero eso de pedir es como todo, podés salir a robar para conseguir droga y a las dos horas estás pidiendo plata a un vecino o algún conocido." (varón, 33 años)

"Me corre una cosa por el cuerpo. Te cuento sobre el *pico* y a veces siento la sensación del *flash*. Qué loco no ser más joven ahora y poder *picarse* cuando uno quiere, ya no como antes que *bardeaba*, pero aunque sea para darse una sesión el fin de semana. El cuerpo ya no nos da". (varón, 47 años)

Otra variación que hallamos respecto de la frecuencia de uso fue relativa a la cantidad de veces que se usaba cada jeringa. En la actualidad un 81,4% (114) de los UDIS refirieron usar la misma jeringa entre una y tres veces. Hace cinco años un 30% (42) de los UDIS la usaba entre cinco y diez veces. Este dato pensado en relación con los cambios en la frecuencia de uso, indicaría un consumo mayor en el pasado que el que mantienen en la actualidad, ya que al mayor número de veces en que se usaba la misma jeringa se suma una mayor frecuencia de uso diario hace cinco años atrás.

Además del material aportado por las entrevistas en profundidad, las preguntas abiertas de las encuestas apuntaron a indagar los motivos que llevaron a los UDIS a consumir “*más seguido*” y a hacerlo “*menos seguido*”.

4. 4. 1. ¿Por qué se inyectan más seguido?

Las respuestas fueron variadas. Refirieron, por ejemplo, a que aumentan la frecuencia del uso inyectable por atributos de la sustancia como la calidad (“*me pico más cuando es buena*”), cuando tienen acceso a determinado tipo de sustancia como la heroína y la morfina, a los efectos y las combinaciones con otras sustancias como el alcohol principalmente.

“La cantidad y la calidad de la droga.” (varón, 27 años)

“Porque me paso un poco con el alcohol.” (varón, 25 años)

“Tener buena droga.” (varón, 30 años)

“El *escabio*, eso me llevó a *picarme*.” (varón, 32 años)

“El alcohol, tomando un par de vinos más por ejemplo me llevaba a despertarme.” (varón, 26 años)

“El tema de tu ánimo. Estás en la calle, *pinta* el vino, y con qué te *rescatás*, con cocaína, y si querés *rescatarte* en un segundo, *picate*.” (varón, 32 años)

“Lo único que me lleva a *picarme* más seguido es cuando en los viajes puedo conseguir heroína.” (varón, 49 años)

"La calidad de la morfina es excelente ya que no está rebajada como la *merca*, viene del hospital a casa y me la consigue un colega." (varón, 43 años)

También vincularon el aumento en la frecuencia con situaciones personales críticas como la pérdida de familiares o la separación de una pareja y con emociones como resentimiento, "*soledad*", "*depresión*", "*angustia*".

"Cuando tengo problemas familiares, falta de plata y agarro ese camino." (varón, 20 años)

"Te sentís como que no te importa la vida, me siento solo, como cuando se va mi novia y otros problemas: me fui de mi casa, mala relación familiar, vivir en la calle." (varón, 39 años)

"Problemas con los padres, el *pico* como refugio, como salida: me da tranquilidad, cuando me frustro por las peleas con mi marido. El que me salga todo mal." (mujer, 31 años)

"Los problemas, saturación, los *bajones* anímicos." (varón, 21 años)

"Estaba sola, muy sola, y eso me llevaba a *picarme* más, me refugiaba." (mujer, 36 años)

"La mala sangre, a veces pelco con mi hermano y me encierro en la pieza a *picar*. Me llevo una buena *bolsa* para que no me falte." (varón, 22 años)

"Un vacío interior aburrimiento de la vida normal." (varón, 32 años)

"La depresión por la muerte de mi hermano UDI." (MUJER, 36 años)

Otros motivos para inyectarse con mayor frecuencia fueron: "*picarse*" con los amigos, estar en contextos en los que se usan drogas por esta vía, y compartir la "*rutina*", el "*ritual*" en grupo.

"Encontrarme con los chicos." (varón, 34 años)

"Cuando por ejemplo no tengo dinero y me junto con mis amigos que lo hacen seguido." (mujer, 22 años)

"La *junta*, los amigos." (varón, 32 años)

"Ver a los demás *de mambo*, que lo hagan." (varón, 20 años)

"Mis amigos, es como un ritual, antes de ir a bailar nos *picamos*." (varón, 39 años)

"Me *pico* lo que tenga, cuando hay más plata me *pico*." (varón, 18 años)

"Estar con amigos del *palo*." (varón, 38 años)

"Circunstancias como estar bien y estar mal. No sé, el medio en que me desempeño, ver tanta gente en esto." (varón, 45 años)

Otra serie de razones para inyectarse más seguido fueron el placer, el gusto por esta práctica, y la búsqueda por repetir una sensación placentera, en general con celeridad. Esto se vincula con descripciones de sensaciones corporales y con frases como "*el cuerpo me lo pide*".

"Me gustó el efecto que hacía la droga." (varón, 32 años)

"El cuerpo llega un momento que me lo pide y trato de sustituirlo por el *porro*" (travesti, 33 años)

"Es un vicio, si no me inyecto me explota la cabeza" (travesti, 53 años)

"Ganas, ansiedad, estoy nervioso, si no me *pico* dos o tres días ando tranquilo." (varón, 38 años)

"Ganas que te dan de hacerte un agujero en las venas." (varón, 47 años)

"Conseguir de nuevo el efecto. Busco el *flash*, la sensación. Tenerlo *al toque*. Fácil acceso." (varón, 30 años)

"Insatisfacción. Deseo. El ritual de *picarse*." (varón, 43 años)

"Que dura más el efecto que inhalarla." (varón, 20 años)

"Para sentirlo más, por el efecto más rápido." (varón, 32 años)

La referencia a la disponibilidad o la carencia de dinero se vinculó a la frecuencia de uso en dos sentidos: **la falta de dinero** puede ser un problema que llevaría a algunos UDIS a inyectarse más, y al mismo tiempo el **tener dinero** también puede llevar a inyectarse más porque tienen mayor acceso a las drogas.

"La *fisura*, la abstinencia, el dinero." (varón, 31 años)

"Nada sólo me *pico* cuando tengo algo de plata de más" (travesti, 26 años)

"Los problemas, la falta de plata, los chicos, la pareja." (mujer, 42 años)

"Problemas, veía a los hijos sin nada, el único recurso era *picarse*." (varón, 40 años)

"Estar *enviciado* y tener dinero para hacerlo." (varón, 40 años)

Estos datos sugieren que tanto en la decisión de volver a inyectarse después de una interrupción, como en los motivos para inyectarse más seguido, el placer, el gusto, la necesidad física son argumentos recurrentes. Este dato es muy importante para comprender las largas trayectorias de uso inyectable que encontramos en muchos de los entrevistados a pesar de las situaciones difíciles que han tenido que atravesar como problemas vinculares, de carencias materiales o de salud.

4. 4. 2. Motivos para una menor frecuencia de inyección

Las respuestas que explicaron la disminución en la frecuencia se agrupan con la misma lógica que los motivos para la interrupción de la práctica.

Es así que muchos de los UDIS expresaron que se inyectan "menos seguido" cuando el "pico" les genera problemas con la pareja o la familia (en varios casos nombraron a alguno en especial, por ejemplo: "mis hijos", "mi sobrino", "mi mamá"). También cuando intentan una nueva pareja, o un trabajo asociado a la responsabilidad de "tener una familia". Otros, hablaron de la muerte de un amigo por sida como la motivación para inyectarse menos seguido.

"Estar con esta nueva pareja, más pilas, tengo trabajo y mis dos hijos, en la semana trabajo." (varón, 38 años)

"Cuando me doy cuenta que pierdo todo, que se me alejan, la gente se aleja de mí, cuando digo: esto no es para mí, o no le doy más *cabida*." (varón, 30 años)

"Cuando ando tranquila y me va bien en la escuela." (mujer, 31 años)

"La chica con que estoy me pone los puntos. La Iglesia. Veo que ella me quiere." (varón, 28 años)

"Pienso en la salud, que es un pecado ante Dios, mi mamá, mi señora." (varón, 36 años)

"La muerte de un amigo." (varón, 34 años)

"La responsabilidad de tener una pareja con hijos." (mujer, 31 años)
"Los hijos, la madre, por la familia." (varón, 40 años)
"El amor. La compañía. Tener objetivos. La necesidad de vivir. Lo que no tiene que ver con las drogas. Lo que me atrae y está lejos de la droga. Mi hijo que me necesita. La responsabilidad." (varón, 45 años)

Nuevamente apareció como motivación la relación con otras sustancias y vías, aunque muy pocos dijeron que fumar pasta base o usar marihuana los llevó a bajar la frecuencia del uso inyectable. En algún caso también asociaron la mala calidad de la droga o el poco acceso a conseguirla.

"No conseguir heroína y tener que usar la basura de la cocaína." (varón, 49 años)
"La baja calidad de la *merca*. Exceso de alcohol o pastillas. Cuando la *merca* es mala *pega* poco." (varón, 31 años)

Asimismo, fue recurrente que bajaran la frecuencia por la falta de dinero o por tener empleo.

"El *laburo* que tengo me lleva a hacerlo menos seguido." (varón, 34 años)
"Menos *guita*, menos *merca*." (varón, 18 años)
"No tener plata para comprar droga." (varón, 27 años)
"La situación económica, priorizar para la comida." (varón, 38 años)

Finalmente, algunos expresaron que se inyectaban menos seguido cuando están con limitaciones físicas como brazos lastimados, o por el temor a la muerte.

"Cuando tengo los brazos que no dan más." (varón, 22 años)
"Cuando me lastimo los brazos, cuando pienso en mi familia, paro un tiempo de todo." (varón, 19 años)
"Me quedé sin venas, me *piqué* en todo el cuerpo. Depende de la dosis." (varón, 38 años)
"La salud. Los hijos. Pensar en mí mismo." (varón, 34 años)
"La muerte, me paraliza pensar que me puede llevar si me *zarpo* con el *pico*." (varón, 28 años)

"El tratamiento con retrovirales. El ir al hospital ya no lo aguanto mucho. Ir buscando gente que también se *rescatan*." (varón, 30 años)

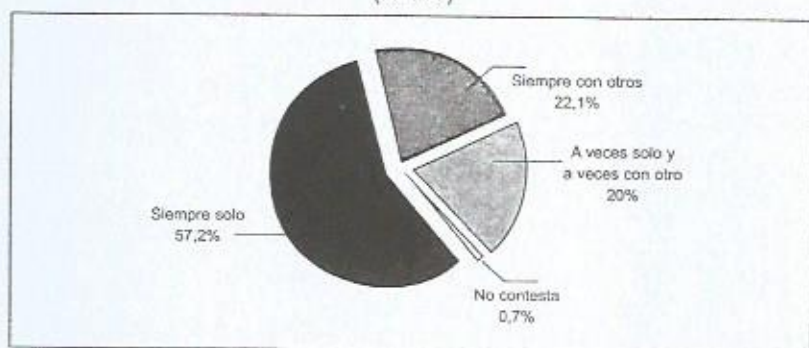
Hay problemas personales asociados a la familia o frustraciones, depresiones y obstáculos que suceden en la vida de los UDIS entrevistados, como así también los conflictos que dicen tener con el "mundo" que inciden en inyectarse menos frecuentemente. Pero también aparecen situaciones positivas en todos esos planos que influyen en esa decisión.

4. 5. ¿Práctica individual o compartida?

La primera cuestión relativa al uso compartido de material era conocer si la práctica inyectable se realizaba individualmente o con otros UDIS. Para ello se preguntó: "*¿Te picás solo o con otros?*" De los 140 UDIS encuestados, 80 (el 57,2%) dijeron que actualmente se inyectaban siempre solos, otros 31 (el 22,1%) se inyectaban siempre con otros y 28 (el 20%) a veces se inyectaban solos y a veces con otros. Esto quiere decir que 59 UDIS (el 42,1%) se inyectaban con otros actualmente (aunque lo hicieran esporádicamente). Un encuestado no respondió esta pregunta.

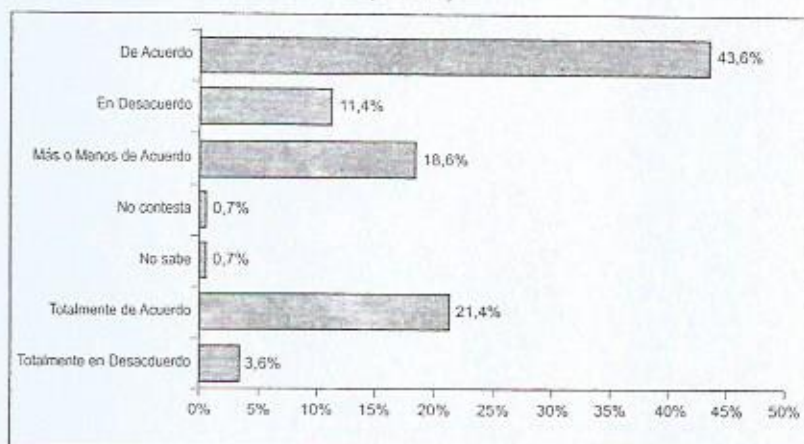
Comparamos diversas variables de ambos grupos y la única diferencia significativa que encontramos fue que los UDIS que se inyectaban siempre con otros tenían, en mayor proporción, parejas que se inyectaban que los que lo hacían siempre solos. Cuando analizamos el grupo de los 80 UDIS que se inyectaban siempre solos observamos que el 57% (46) tenían pareja, de los cuales el 22,2% (6) tenían pareja que se inyectaba. De los 31 que siempre se inyectaban con otros el 67,7% (21) tenían pareja, de los cuales el 64,3% (9) también se inyectaba.

Gráfico N° 18
Uso inyectable solo o con otros
 (N=140)



Existe un marcado acuerdo respecto a que en la actualidad hay una mayor tendencia a inyectarse solo que con otros. Al preguntar si estaban de acuerdo o en desacuerdo con la frase "Hoy la gente se pica sola" se registró un marcado acuerdo. Este dato nos muestra que los UDIs perciben con claridad el cambio en este sentido.

Gráfico N° 19
Opinión de la frase: "Hoy la gente se pica sola"
 (N=140)



Al preguntar si anteriormente se habían inyectado con otros, 112 de los 140 UDis respondieron afirmativamente. Esto quiere decir que si actualmente 59 (el 42,4% de N=139) se inyectan con otros (siempre u ocasionalmente), 112 (el 80%) se inyectaban con otros anteriormente. Esto estaría indicando un cambio en la modalidad de uso inyectable en la población estudiada.

Gráfico N° 20
Se inyectaban con otros
(N=112)

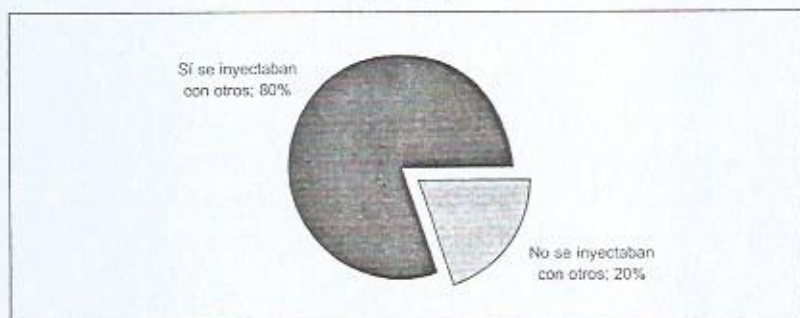
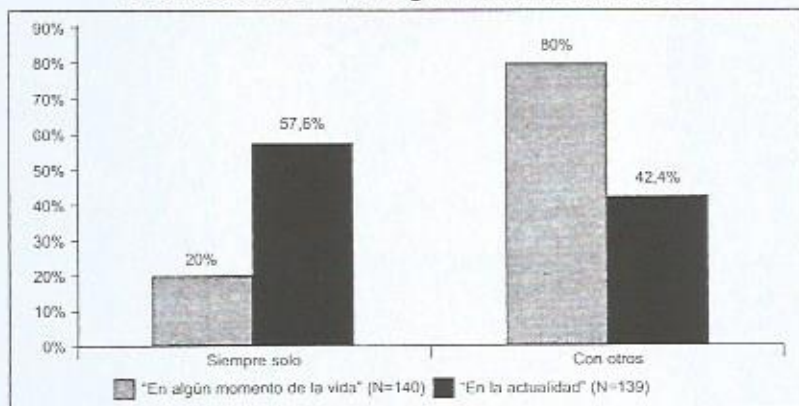


Gráfico N° 21
Comparación del uso solo o con otros
"en la actualidad" - "en algún momento de la vida"



En las entrevistas, los UDIs expresaron que actualmente consumen solos por diferentes motivos. Algunos dicen que solos “*disfrutan más*”, que no quieren ni *picar* a otros ni que otros los *piquen*, que es menos complicado que el consumo con otros, que evitan la “*desconfianza*” (o *paranoia*) hacia los otros, o el posible descontrol. Otros UDIs, en cambio, dijeron que se *pican* con otros también por cuestiones de cuidado (por temor a que les pase algo estando solos), o porque el compañero de inyección es su pareja y siempre lo han hecho juntos. De este modo la gestión del riesgo y el cuidado aparece ligada a la decisión de *picarse* solo o con otros, en uno y otro caso.

“No quiero que nadie me moleste, que nadie me toque nada, ni que nadie me toque el brazo, loco. Es mío, eso es para mí. Cuando estoy solo yo me siento muy tranquilo, con otro no podría.” (varón, 33 años)

“No me interesa (consumir con otros) porque sé que uno no tiene límites cuando está consumiendo. Yo puedo estar muy pasado de rosca pero no voy a hacer algo que ponga en peligro mi integridad.” (varón, 35 años)

Al argumentar los motivos del consumo con otros relatan que con otros “es una joda total”, que pueden conversar, que si estuviesen solos “les agarraría el bajón”, o que pueden cuidarse o protegerse.

“Si es posible con otro, viste, por las dudas, viste. Para que no quedés tirado por ahí desmayado encima quedás medio trastornado entonces te ponés a *chamullar*.” (varón, 39 años)

“Eramos como veinte y estábamos en ronda en una casa y vos veías como caían, luego nos levantábamos y alucinábamos cualquiera. Pero era en grupo, todos alucinábamos lo mismo.” (varón, 48 años)

En los casos en que consumen a veces solos y a veces con otros expresan que esto depende de las circunstancias.

“Depende cómo *pinte el mambo*. Por ahí quiero estar solo o por ahí, cambia si estás acompañado o no. Otra cosa capaz que te sentís más

seguro. O si querés estar acompañado; si querés estar solo, estás solo." (varón, 35 años)

A los 59 UDIS que dijeron que actualmente se inyectan con otros (ya sea siempre, o a veces), se les preguntó con quien/es se inyectaban. La mayoría, 39 (el 66,1%) respondió que lo hacían con los amigos: y 11 (el 18,6%), con la pareja.

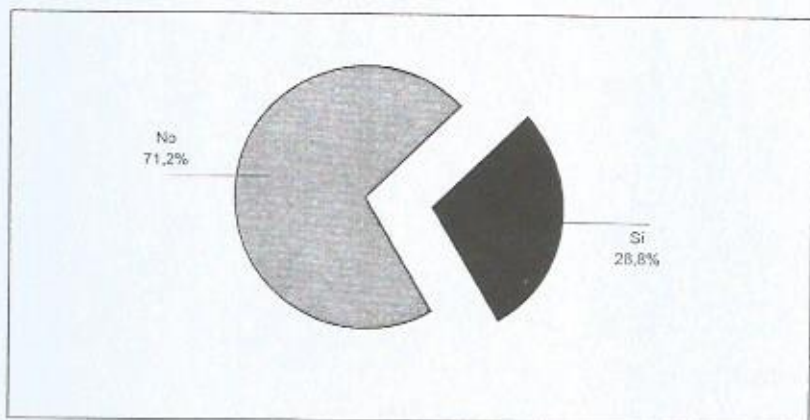
4. 6. Cambios en el uso compartido de material

A los mismos 59 UDIS que actualmente se inyectaban con otros se les preguntó si en el último mes compartieron la jeringa. 17 de ellos prestaron y/o les habían prestado la jeringa; el resto negó haberla compartido (ni prestó ni le prestaron).

Cuadro N° 11
Distribución de las prácticas de uso compartido de jeringas durante el último mes
(N=59)

	Sólo prestó la jeringa		Prestó y le prestaron la jeringa		Le prestaron la jeringa		Compartió la jeringa	
	Cantidad de casos	Porcentajes	Cantidad de casos	Porcentajes	Cantidad de casos	Porcentajes	Cantidad de casos	Porcentajes
No	54	91,5%	52	88,2%	54	91,5%	42	71,2%
Sí	5	8,5%	7	11,8%	5	8,5%	17	28,8%
Total	59	100%	59	100%	59	100%	59	100%

Gráfico N° 22
UDIs que compartieron la jeringa
(N=59)

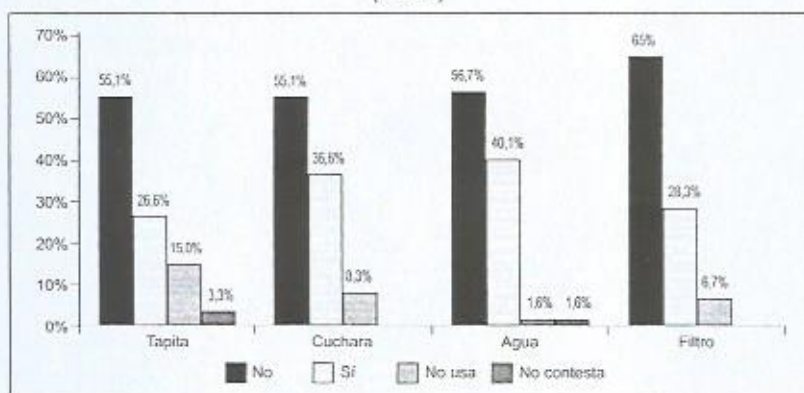


En cuanto al resto del material de inyección encontramos mayor uso compartido. En tanto 17 UDIs dijeron haber compartido la jeringa en el último mes: 15 compartieron la tapita, 21 la cuchara, 23 el agua, y 16 el filtro.⁸⁵ Los índices de uso compartido son aún mayores si se considera que, si bien todos usan jeringas, no todos usan cada uno de los otros elementos de inyección.⁸⁶

⁸⁵ Entre los materiales de inyección consideramos tapita y cuchara por separado, porque aunque ambos sirven para preparar la droga antes de inyectarla, quisimos registrar las menciones de los UDIs a ambos elementos ya que la tapita se distribuye junto con el resto del material en el marco de los Programas de Reducción de Daños y la cuchara es un elemento doméstico del que casi todos disponen.

⁸⁶ No todos los UDIs emplean filtro para la droga.

Gráfico Nº 23
Materiales que compartieron en el último mes
(N=59)



“O sea yo conozco gente que hoy levanta agua de la zanja para inyectarse. O sea que en la calle se compra una jeringa o la tienen o se la dio otro y le pone la droga adentro y levanta el agua de la alcantarilla. La bate y se la inyecta, o sea: no se preocupa.” (varón, 35 años)

“He visto gente que se pica con ginebra, yo nunca me *piqué* con eso, yo no me quiero matar; yo quiero sentirme bien un rato nada más. *Descolgar* un poco de lo que te está pasando, pero nada más. No buscaba de lastimarme yo. Es más, siempre me *piqué* con una jeringa, por eso no tengo sida hasta el día de hoy, gracias a Dios, me hice los análisis correspondientes y no tengo nada. Pero, ¿por qué? Porque siempre tomé esa precaución de nunca, viste, con una chica nunca sin *forro*, nunca una jeringa ajena.” (varón, 33 años)

“Antes se compartía; ahora no se comparte la jeringa. Hoy en día nadie te comparte una jeringa y cuando lo miramos ni lo dejamos. Y si no sabe de esto, lo informamos aunque yo creo que ya están todos al tanto, viste. Están todos con un *cagazo* de agarrarse el *bicho*, el que lo tiene: no; porque ya está jugado. Como que ya lo asumió. Eso es.” (varón, 39 años)

P : ¿En los grupos que vos conoces no comparten las jeringas para evitar enfermedades como la hepatitis, tuberculosis, VIH?

R : Sí en algunos. Porque hay otros que ya están *recogidos* y te agarran una jeringa que esté tirada en el piso y ino porque no la puedan conseguir! Porque caminan unas cuadras las piden y las consiguen nuevas.

P : ¿En los mayores o en los menores?

R : En los mayores que quedamos. Porque los que comienzan ya comienzan con el 'Cuidate. Conseguí tu jeringa, no la prestes'. El que comienza, comienza así ya. Nosotros comenzamos compartiendo.

P : ¿Ha cambiado la cultura en los que comienzan a *picarse*?

R : Sí, en ese caso sí.

P : ¿Cambió en algo tu uso inyectable por temor a tener VIH?

R : No, porque nos empezamos a alejar antes que fuera el furor, como quien dice, que se diera a notar bien la enfermedad. Ahora si hoy me dicen que vaya y me meta de nuevo en los lugares donde me metía y me *pique* como me *picaba*: No.

P : ¿Quiere decir que cambió?

R : Sí... ni *en pedo*.

P : ¿En que cambió?

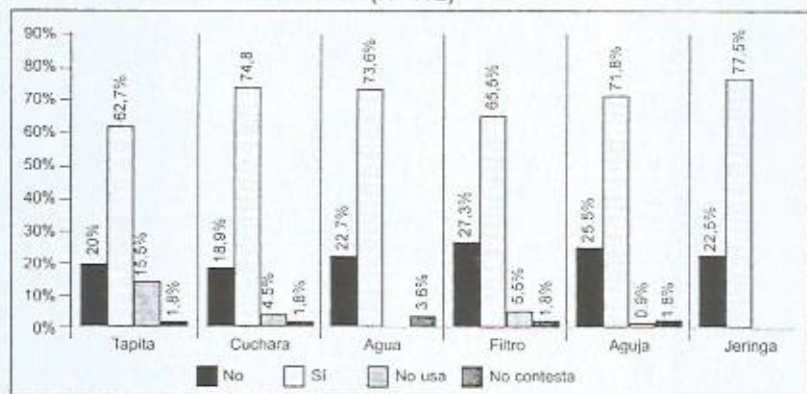
R : Cambió en que me cuido ahora. Porque ahora sé lo que significa el VIH. Sé lo que es. Cambió en el compartir yo misma le hablo a mis amigos les digo: '*loco, rescatate que te podés infectar*'. Porque ya un montón de mis amigos ya se fueron así." (mujer, 29 años)

Si bien vemos que el inyectarse solo y el no compartir el material parece ser la pauta predominante de comportamiento, aunque no la única, entre los UDIS encuestados y entrevistados, no parece haber sido así hace unos años.

Así como inyectarse con otros aparece como una práctica más generalizada en años anteriores, el uso compartido de material de inyección era también marcadamente mayor. A los 112 UDIS (80%) que antes se inyectaban con otros se les preguntó si compartían los distintos materiales de inyección: 69 (62,7%) compartieron tapita, 84 (74,8%) la cuchara, 82 (73,7%) el agua, 72 (65,4%) el filtro, 81 (71,8%) la aguja y 86 (77,5%) la jeringa.⁸⁷

⁸⁷ Preguntamos por la aguja y por la jeringa en forma separada porque en el pasado se solían usar jeringas cuyas agujas eran desmontables, lo que actualmente difícilmente se encuentra entre los UDIS.

Gráfico N° 24
Materiales que compartían hace 5 años
(N=112)

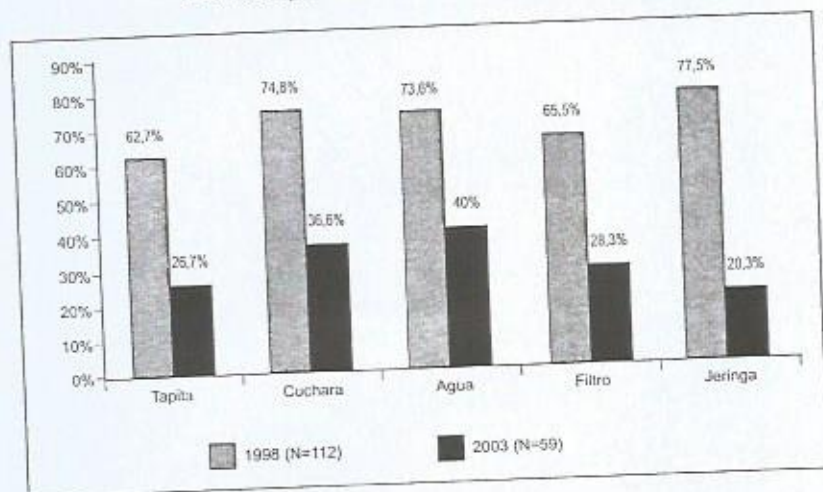


Entre los 99 UDIS de la Ciudad de Buenos Aires del estudio “Corriendo la Bola” antes citado,⁸⁸ encontramos que la droga inyectable más consumida por los encuestados era la cocaína. En mucha menor medida las personas contactadas mencionaron morfina, anfetaminas y heroína. Tenían un uso inyectable muy actual ya que el 67% de ellos se había inyectado en la última semana y el 16% en el último mes. Sólo el 15% había consumido hace más de un mes y menos de cuatro. El 64% compartía la droga que consumía, mientras que el 77% se inyectaba con otros. Este grupo alcanzado mostró una proporción más alta de uso compartido que la muestra de 140 UDIS, lo que hace evidente la diversidad de la práctica inyectable en las diferentes redes de usuarios. El 80% de los que se inyectaban acompañados lo hacían con sus parejas o amigos. Cuando analizamos esa información por sexo, resultó que la mayoría de los varones se inyectaban con amigos, mientras que la gran mayoría de las mujeres lo hacía con sus parejas. Este dato es muy semejante al de la muestra de 140 UDIS.

⁸⁸ Ver referencia en p. 37.

Comparando los datos sobre prácticas de uso inyectable actuales y las prácticas de hace seis años en la muestra de 140 UDIs, pueden verse con claridad los cambios sucedidos en ese período.

Gráfico N° 25
Uso compartido de material. 1998-2003



En las entrevistas en profundidad se procuró abordar el tema del uso compartido de material y los cambios que esta práctica ha sufrido en los últimos años. La muerte por sida de amigos o conocidos que se *picaban*, el temor al VIH, o el vivir con VIH aparecen reiteradamente como fundamentación de los nuevos cuidados que los UDIs han asumido respecto al uso compartido de material de inyección; aunque dichos cuidados han sido incorporados de manera desigual.

“Yo pienso que sí, que cambió el compartir. Mientras que uno tenga conciencia de las... ¿cómo te podría decir?, de las consecuencias que trae el compartir. Yo pienso que también hay un sector de la sociedad, no sabría cual decirte, que si... que no le *da pelota*. Un suponer, yo te digo: ‘yo estoy *hasta las bolas* ponele de HIV’. Y me importa na-

da que estamos todos acá, nos juntamos todos acá en la casilla nos inyectamos y no importa nada.” (varón, 34 años)

“Pienso que sí que cambió un poco. Que la gente *esta más agarrada* en el tema ese que no comparte ya tanto las jeringas. Pero, bueno, como yo te digo: ‘si sabemos que vos estás y estoy *hasta las bolas y fulana* está *hasta las bolas* entonces entre nosotros compartimos.’” (varón, 33 años)

“Vos ves mucha gente que se murió, *loco* también, mucha gente que se fue. Pero esto es de uno; nadie te obliga a nada. Vos te querés *picar*, vas, pum, pam, ¿entendés? Dejar de *picarse* para *jalarla* está en uno, en la mente de uno. Yo cuando me mando un *ganchito* pero con mi jeringa, entendés, todo el *aparatejo*, todo viste, con mi jeringa. De vez en cuando viste, ah por ahí: ¡*jóya!* Viene un *ganchito* y vos sabes que te estás *picando*, que no compartís con nadie nada, te *picás* vos.” (varón, 35 años)

“Mis amigos han contraído VIH y es como que me abrió los ojos. Tampoco uno está tan loco. Yo pienso, no sé, que esto pasa por un tema accidental lo del contagio. Pero calculo, yo, ya sabiendo que uno tiene sida, no voy a compartir la jeringa. Pero no sabría decirte de un adolescente que está al cien por cien enganchado, no podría... Cambió muchísimo y me ha ayudado muchísimo a mí en el sentido de que cuando uno está así, es como que la mente le vuela a cualquier lado no está acá consciente. Aunque uno piensa que inyectándose solo, hasta solo, puede llegar a contagiar; entonces cambió muchísimo.” (varón, 34 años)

“Antes parecía que venía menos *cortada*, ahora viene más *cortada*. Igualmente como hoy fui a buscar así para *coso* y una *gilada*, entendés. No viene como venía antes. Viene menos y te *pega* menos. Trato de comprar la mejor. Voy probando y si encontré sigo cayendo. La gente, capaz hasta yo cambié, estoy más nervioso, todos andamos más nerviosos. Aparte la cuestión económicamente, antes cinco *mangos*: no era nada. Ahora, no necesitás cinco *mangos*, necesitás diez *mangos*! Yo particularmente *no me cabe* compartir. No sé si antes lo hice porque por ahí digo que no pero como estás medio, medio y no sabes si la compartiste o no la compartiste pero siempre trato de que no. Yo siempre supe que no había que compartir, cuando yo empecé ya había un par de *pibes* muertos amigos.” (varón, 35 años)

Los operadores cuyas tareas están vinculadas con el uso inyectable de drogas también refieren el impacto del VIH/sida

en las prácticas de los UDIs, y reconocen un cambio hacia prácticas de mayor cuidado en la actualidad.

"Muchísimos usuarios ¿sabés cuándo cortaron el uso intravenoso? Cuando tuvieron la certeza de su seropositividad. Pero además expresado tan crudamente, como decirme: 'Y bueno, yo ya tengo el certificado hecho', refiriéndose al de defunción; 'no voy a andar jodiendo con esta historia'. Pero como si hubiera funcionado en ese momento, esta cosa de tenés sida, te vas a morir, como algún límite. Algún punto, alguna ley por ahí funcionando, aunque sea la cruel del virus. En eso sí... Sí, un cambio de conducta." (operador sanitario)

"Que vivo con VIH hace 17 años, y hace 16 o 17 años atrás los que andábamos con el *pico*, había un descontrol de aquéllos, con la aparición del VIH, te digo que empezó a haber conductas de cambio fuerte, por ahí no políticas de cambio. Pero había conductas en cuanto que algo se sabía, que no se tenía que compartir el tema de la jeringa y bueno, digamos los UDIs de ese momento han tenido un cambio *grosso* en su forma de inyectarse. Yo estoy hablando solamente del uso de materiales, ha habido un cambio, muchos se han muerto, y creo que la nueva camada que viene, es como que el tema VIH está también muy insertado, creo que hay una conciencia de no compartir las jeringas, *canutos* y demás cosas. No sé si saben tanto, pero que ha cambiado, sí, a través del tiempo... en la última década ha cambiado." (operador comunitario)

"Yo creo que se cuidan más ahora, yo estuve hablando con algunos chicos de la zona donde yo vivo, pero de barrios aledaños, y bueno, se están cuidando." (operador comunitario)

Otro ángulo para interpretar este cambio es que los UDIs que pasaron por la experiencia del uso compartido y viven con VHB, VHC y/o VIH, tienen registro en el cuerpo. Son sobrevivientes de un grupo del que se dice "se murieron todos". Algunos insisten que cuando consumen con otros ya no prestan la jeringa, la dejan ahí (lo que no impide que otro la use), pero es un cambio respecto del estímulo y el código de la necesidad de compartir el material de inyección como parte del ritual de consumo.

El acceso al material por medio de Programas de Reduc-

ción de Daños también ha sido mencionado como facilitador de cambios de prácticas de riesgo y cuidado de los UDIs.

"A medida que fue pasando el tiempo fueron cambiando muchas cosas. Hoy en día la jeringa la conseguís acá (casa de operador comunitario). Antes tenías que *manguear* todo el barrio para que te den cuarenta centavos porque ya tenía los cinco pesos para el *papel*. Si no te *mangucabas* los cuarenta para la jeringa, vos no ibas, te quedabas. Era así si no traes tu jeringa, yo la mía no te la voy a dar y la de él tampoco. Yo no lo sabía si tenía o no tenía sida, gracias a Dios no tengo hoy en día, pero yo en esa época no sabía y decía y porque te lo voy a contagiar a vos, porque a vos se te ocurre de borracho y si vos lo tenés, ¿por qué se lo vas a contagiar a otro? Yo cuando me enteré empecé a *bardear* con esto, si no, no. Antes era una jeringa para todos, toda la vida fue así, siempre. (varón, 34 años)

"Volviendo a lo de antes, cambió mucho (el tema del uso inyectable), antes consumíamos todos juntos, compartíamos la jeringa. La gente cambió no son los mismos, porque se murieron o vinieron de otros barrios. Y ahora se vende pasta base y antes no se vendía y ahora la pasta base te *caga* la vida, viene toda la resaca y agarrás y te la fumás, te caga la vida. Yo empecé a los 17 años a fumar marihuana, tomábamos Romilar, Ketamina, en los años ochenta.

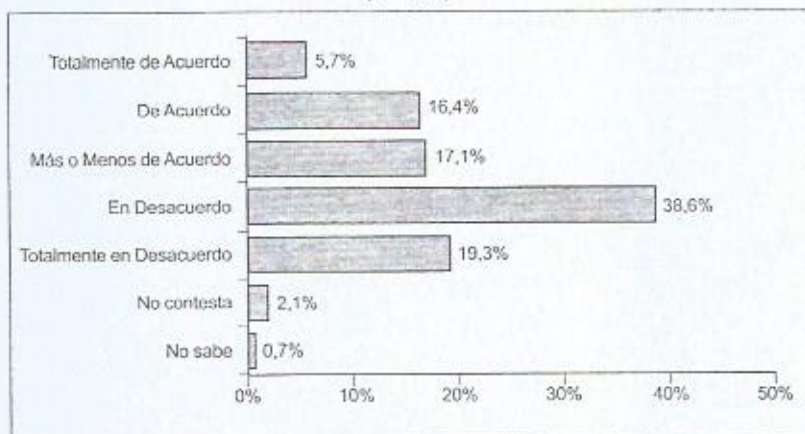
P: ¿Cuándo te parece que empezaron esos cambios?

R: Estos cambios empezaron al repartir jeringas acá desde que la G.. (operador comunitario) está con esto de las jeringas. Yo puedo venir a las dos, tres de la madrugada a pedirle tres, cuatro jeringas... Y cambiaron por el tema del sida, cambiaron las oportunidades de nosotros. A la gente hay que hacerle comprender que hay que pensar porque nosotros antes no pensábamos decíamos: 'el sida, el sida qué nos va agarrar', y ¡pum!, te *clavabas*. Y ahora hay que agarrar y explicarle a los *pibes* nuevos, tenés que agarrar y decirle: 'eh escuchame, ¿te querés *ganchar*?, *ganchate* con una jeringa tuya, nueva, no se la des a otro'. La prevención, usar *forro*, a nosotros nadie nos enseñó a usar *forro*. ¿Sabés cuanto me costó a mí aprender a usarlo, ponérmelo? ¡Yo me volvía *re-loco*! ¡Dejate de joder! No podía con eso, hasta que el día de hoy ya lo aprendí a usar. Nosotros decíamos que acá no había, que había en Brasil porque era la peste rosa, eso era por *cogerte* a los *putos*. Y ahora lo tengo al *bicho* y '*me hago cargo*'. (varón, 38 años)

El abandono del uso compartido aparece como un rasgo importante de las prácticas actuales de uso inyectable. Apare-

ce con frecuencia el cuestionamiento a aquellos que, conociendo las consecuencias, aún comparten el material de inyección. Al preguntar si estaban de acuerdo o en desacuerdo con la siguiente frase: *‘Con los amigos se comparten las jeringas’* hubo mayor tendencia al desacuerdo aunque no de manera categórica.

Gráfico N° 26
Opinión de la frase: *“los amigos comparten las jeringas”*
(N=140)



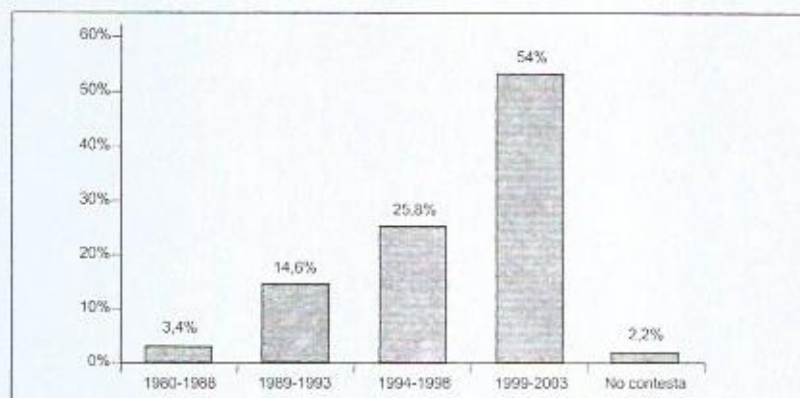
Para tratar de conocer cuándo se inició este proceso de cambio, se preguntó a todos aquellos que alguna vez se picaron con otros (112) cuándo dejaron de compartir el material.

Cuadro N° 12
**Distribución del abandono de la práctica de compartir
 jeringas según año**

	Cantidad de casos	Porcentaje	Año	Cantidad de casos (N=87)	Porcentaje
Alguna vez dejó de compartir	87	79,5%	1980-1988	3	3,5%
			1989-1993	13	14,9%
			1994-1998	23	26,5%
			1999-2003	48	55,1%
No Contesta	2	1,8%			
Nunca Compartió	10	8,9%			
Aún Comparte	13	11,6%			
Total	112	100,0%			

Como puede verse, de los 112 UDIs que alguna vez se inyectaron con otros, 10 (8,9%) afirmaron no haber compartido nunca material de inyección, 13 (11,6%) aseguraron seguir compartiendo al menos alguno de los materiales, y 2 (1,8%) no contestaron.

Gráfico N° 27
**Año en el que dejaron de compartir materiales de inyección
 (N=89)**



Como se observa en el gráfico hay una mayor proporción de UDIs que dejaron de compartir el material entre 1999 y 2003, período en el cual ya existían Programas de Reducción de Daños en algunas de las zonas en las que residen.

4. 7. Descarte de las jeringas usadas

El 87% de los UDIs conseguía jeringas con facilidad en farmacias, por otros pares, y algunos en centros de salud o en hospitales. Todos los UDIs encuestados usaban algún modo de descarte de las jeringas. El 78% dijo que tiraba las jeringas usadas a la basura en su domicilio o a un contenedor de basura.

De los 140 UDIs encuestados, 80 de ellos (el 57,1%) conseguían jeringas gratis. De ellos, 9 (11,2%) las conseguían en algún Centro de Salud, 13 (16,3%) en un Hospital, 32 (40%) por Intercambios, 5 (6,3%) por El Retoño, y 21 (26,2%) por Convivencia/ S.S.E.R EN EL SUR

Del análisis cualitativo de la pregunta abierta "*¿Qué hacés con las jeringas usadas?*" hemos obtenido una variada descripción de la práctica del descarte.

El siguiente cuadro organiza, a partir de una lectura descriptiva, los términos nombrados para designar los **lugares**, **modos** y **materiales** que se utilizan para realizar el descarte.

Cuadro N° 13

Lugares, modos y materiales utilizados para el descarte de jeringas.

LUGARES	MODO	MATERIALES
Basura	Quemar	Trapo
Tacho	Enterrar	Capuchón
Residuo	Dejarlas enteras	Papel de diario
Baño	Quebrar	Polietileno
Inodoro	Ponerle la tapa	Papel
Pozo Ciego	Envolver	Bolsa de nylon
Pozo del Baño	Dentro de cajas	Tetra
Cloacas	Meter en...	Botella
Volquete	Envolver en doble bolsa	Descartador
Contenedor	Encintar	Bolsas
Alcantarilla	Tapar o sellar el envase	Latas
Desagües	Dentro de un pan	Botella plástico
Zanjas		Pan
Barro		
Tierra		
Calle		
Descartador		

Se clasificó la información en las siguientes categorías: **lugares** (públicos y privados o domésticos) y **modos** (seguros, medianamente seguros y riesgosos). Se combinaron las dos categorías para tener un panorama de las estrategias que tienen los UDIs para descartar las jeringas usadas.

Para distinguir los modos de descarte seguros, medianamente seguros y riesgosos, se consideró cómo y dónde se tiraba el material. Se definió como descarte seguro en la medida en que las agujas no quedaran expuestas o al alcance de otro sujeto. En este sentido, ponerlas dentro de un envase resistente y quemarlas es un modo seguro de descartarlas.

Un modo riesgoso es cuando se descartan las jeringas usadas sin tomar ninguna precaución para que las agujas no

dañen a otra persona. En este caso, las envolturas en papel o bolsas de nylon sirven para que no se vea el objeto pero no impiden que un tercero tome contacto con ellas.

Entre estos dos parámetros hay modos intermedios, que tienden a proteger a terceros del contacto con el material usado. Por ejemplo, hay quienes quiebran las jeringas, ponen las agujas dentro de las jeringas o les colocan el capuchón y luego las envuelven varias veces en cartón o bolsas.

En los relatos de los encuestados se puede observar la gama de modalidades empleadas con la intención de realizar un "descarte seguro" para evitar el daño a terceros con las jeringas usadas.

"Le pongo el capuchón a la aguja, la quemo y la tiro en una botella a la basura." (varón, 43 años)

"Antes del sida era más joda. Revolcaba, tiraba las jeringas por cualquier lado. Ahora no. Las quemo o las entierro, o no sé, algo hago o las tiro dentro de una cloaca. Viste, me cuido yo y cuido a los que están al lado mío, aunque no los conozca. No quiero que les pase lo que me pasó a mí. Encima por una boludez de tirar una aguja en la calle." (varón 39 años)

A veces el encuestado justifica explícitamente que trata de evitar que otros se lastimen con las jeringas usadas. Lo cual demuestra que las acciones tomadas responden a una decisión racional.

"Las tiro entre la basura, para que nadie se *pinche* (...) las junto, las pongo en una bolsa, les doblo la punta y les pongo el capuchón." (varón, 27 años)

Los anteriores ejemplos muestran que las jeringas usadas se descartan mayoritariamente en el ámbito doméstico según lo que aparece en los relatos y los lugares más mencionados fueron los desagües cloacales o la basura. La *basura* es el término más usado aunque también suelen mencionarlo como *tacho de basura*, *bolsa de basura* o *residuos*.

"Al tacho de basura. Las ato y las mezclo con la basura." (varón, 33 años)

Otros lugares del ámbito doméstico muy mencionados son *el baño*, *el pozo ciego* o *pozo del baño* y *el inodoro*. La diferencia de los términos empleados denota las condiciones de la vivienda.

"Las tiro en el pozo del baño. Con la tapita puesta." (mujer, 20 años)

"Las prendo fuego, las rompo y las tiro al inodoro. Las rompo en pedazos y las mando al inodoro." (varón, 48 años)

"Las tiro en el respiradero del baño." (varón, 38 años)

Hay modos de descarte doméstico que son más riesgosos, como por ejemplo:

"Tirarlas a la basura. Envueltas en papel de diario." (varón, 30 años)

"En el baño, así nomás." (varón, 47 años)

"A la basura, envueltas en papel de diario, adentro de un pan." (mujer, 33 años)

Otros términos como *contenedores*, *volquetes*, *zanjas* o *alcantarillas*, permiten deducir que el descarte se realiza directamente en lugares públicos. Aquí los modos también se combinan con diferentes acciones (*romper*, *envolver*, *tirar*) y tipos de materiales (*bolsa*, *papel*, *botella*). En los espacios públicos también se eligen principalmente lugares relacionados con desagües o basura.

Nuevamente, hay quienes buscan un descarte más seguro seleccionando materiales más resistentes o apelando a dobles envolturas.

"En la alcantarilla. Rompo la aguja y la meto en la tapita o botella." (varón, 31 años)

"Zanja, basurero. Dentro de una botella, envueltas." (varón, 24 años)

"Contenedor. Envuelto, empaquetado, encintado." (varón, 36 años)

Se detectan formas más riesgosas de descarte porque se tiran jeringas envueltas en materiales blandos como nylon o papel.

"Contenedor. Bolsa de nylon los meto en la bolsa de la basura." (varón, 26 años)

"En el contenedor. Envueltas en diario." (varón, 26 años)

"Volquete. Envueltas en papel higiénico en una bolsa de basura." (varón, 21 años)

Por último, hubo casos particulares que dijeron no hacer "nada", simplemente tirar las jeringas.

"A la calle las tiro así nomás." (mujer, 36 años)

"En cualquier lugar porque estaba en ese *flash*. En las alcantarillas porque me *picaba* en la calle." (varón, 32 años)

Como se detallara anteriormente hay materiales que se utilizan, como el papel, que no evitan que alguien se dañe con las jeringas usadas, sino que más bien sirven para cubrirlas o envolverlas. Esta práctica confirma el ocultamiento del uso inyectable. Especialmente cuando se trata de encubrir la práctica entre pares o familiares en el ámbito doméstico:

"Las envuelvo en una bolsita y papel higiénico para que no se vea." (varón, 32 años).

Además de tirarlas, existen otros modos que a veces se combinan entre sí como quebrarlas o romperlas. Otros modos comunes son enterrarlas o quemarlas.

"Las rompo contra la pared, las tiro en el contenedor envueltas en papel." (varón, 38 años)

"Las quiebro, las doblo y las tiro a las cloacas." (varón, 39 años)

"Desparramo las piezas, las quiebro, le saco la aguja. Las tiro en el pozo, entierro abajo el volquete, en la basura. Envueltas." (varón, 22 años)

"Hago fuego y las tiro ahí." (varón, 45 años)

"Rompo la jeringa y la aguja y las entierro en el barro." (varón, 19 años)

Sólo cuatro de los UDIS encuestados dijeron que empleaban para el descarte de sus jeringas un descartador que ofrecen los PRD.

Un operador se refiere al descarte en el pasado en una red de UDis que tenía un consumo muy frecuente y un uso compartido generalizado de materiales de inyección.

“Cuando se empezaron a morir los primeros por HIV, ahí se empezaron a preocupar, pero mucha *bolilla* no le daban, seguían en la suya. Después iban y se compraban un *aparato* y lo compartían. Destapaban las agujas con un alambrecito de cable, porque se tapaba mucho. Nunca tuvieron precaución de nada. Las tiraban (a las jeringas usadas) arriba de los techos, debajo de la cama, de los colchones, en el baño. Yo las encontraba cuando limpiaba. Se las tiraban a los vecinos. Después las buscaban, y si la aguja estaba doblada la enderezaban, la limpiaban así nomás, con agua, y se *picaban*. Usaban cuchara. Yo veía manchado con gotitas de sangre por todos lados, de cuando apretaban la jeringa al aire, para probarla. Re *colgados* en la historia de ellos.” (operador comunitario)

Si bien los UDis mencionaron muchas veces que no hay que compartir la jeringa, que hay que usar preservativo, que saben bien cómo uno se puede infectar con el VIH, no manifestaron que el modo en que descartan las jeringas trajera problemas. Cuando respondieron esta pregunta no demostraron ni vergüenza (como con preguntas relacionadas con el sexo), ni trataron de ocultar o de aclarar la respuesta (como fue en el caso del uso compartido de las jeringas, donde solían aclarar que ya no la comparten, que ahora se cuidan, etcétera).

4. 8. Cambios en las vías de administración y en las sustancias utilizadas

También se han estudiado los cambios de vía de administración y el desplazamiento de la vía inyectable a la vía pulmonar u oral según los escenarios. Es cierto que estos cambios han sido estudiados con mayor detalle respecto de la heroína que de la cocaína. No obstante, en San Pablo, Brasil, entre 1996 y

1997 se realizó una encuesta a 256 usuarios de cocaína que se hallaban en tratamiento por dependencia. Entre los resultados arrojados por este estudio se destaca que el 87% de los usuarios encuestados se había iniciado con cocaína inhalada y que el 75% de ellos había cambiado de vía de administración con el tiempo: el 20% pasó al uso inyectable y el 68% se inclinó por la vía pulmonar (crack).⁸⁹ Si estos resultados fuesen extrapolables a la población de usuarios que no están en tratamiento, podría considerarse que existen posibilidades que una proporción de usuarios de cocaína inhalada opten por vías de administración que pueden tener mayores riesgos de transmisión de enfermedades, de acuerdo con el modo de uso de los elementos que se emplean en el consumo de drogas.

En Holanda, diversos estudios cualitativos realizados desde los años 1980 en adelante han reflejado, por ejemplo, que la escena callejera de Amsterdam en relación a las drogas se fue modificando: los usuarios de heroína que vendían en la calle habían perdido su lugar por el creciente mercado del cannabis y que poco tiempo después los mismos traficantes comenzaron a vender pastillas y luego cocaína. También en Rotterdam diversos estudios plantearon la existencia de nuevos patrones de uso de drogas en los últimos quince años: con la ayuda de trabajadores comunitarios de campo, se registró el consumo de crack entre ex UDIS tanto en el ámbito privado como en la escena callejera. Estos estudios afirman que el crack es una alternativa efectiva del uso inyectable, ya que un número cada vez mayor de traficantes no quiere tener jeringas disponibles porque son difíciles de ocultar y muy comprometedoras en un escenario de crecientes controles policiales. No obstante, además de considerar que las prácticas policiales pueden generar ciertas di-

⁸⁹ Dunn, J. y R.R. Laranjeira, "Transitions in the route of cocaine administration, characteristics, direction y associated variables". *Addiction* 1999; 94 (6): 813-824.

námicas y ciertos cambios en los patrones de uso de drogas destacan que parece haber una creciente valoración por parte de los usuarios del crack en detrimento del uso inyectable de heroína, directamente asociado a severos problemas de salud.

Estos estudios destacan además la aparición del uso de éxtasis entre nuevos grupos de usuarios y con mucho menos impacto en ex usuarios de heroína. Si bien desde mediados de los años ochenta muchos usuarios inyectables de heroína fueron probando el éxtasis no lo incorporaron a su menú de drogas, pero sí fueron desplazándose hacia el crack. Aparentemente el éxtasis, según dicen las investigaciones, no "encaja" en los estilos de vida de los UDIs, que, por otra parte no participan de la cultura "rave".⁹⁰

En la Argentina hay muy poca información acerca de los cambios en las vías de administración. De todos modos, estudios realizados por Intercambios demostraron que en la Argentina, el uso de cocaína ha crecido en los últimos quince años y la forma más común de consumirla es inhalándola, pero también hay evidencia preliminar del creciente uso de pasta base en el Área Metropolitana de Buenos Aires.⁹¹

Si bien en el estudio que presentamos en esta publicación no hay suficiente información para constatar un cambio de vía de uso de drogas entre los sujetos encuestados, resulta evidente que la frecuencia de uso inyectable es menor que en el pasado, lo que podría hacer pensar que entre ellos el uso de drogas por otras vías es más habitual. En varios relatos se ha mencionado el incremento del uso de pasta base en algunos lugares del conurbano bonaerense y también el abandono

⁹⁰ Workgroup Review of Qualitative Research on new Drug Trends; en: <http://qed.emcdda.eu.int/resources/workgroups/trends/trends.PDF>

⁹¹ Cynerman, P.; P. Goltzman, D. Rossi, G. Touzé, "HIV y drug use project in association with the International Federation of Catholic universities". 12th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, New Delhi 2001. p. 77.

del uso inyectable por parte de algunos usuarios para continuar con el uso de cocaína inhalada. En los siguientes testimonios también hay argumentos de los entrevistados que explican los motivos para mantener el uso inyectable frente al uso inhalado o fumado.

"P: ¿Se cambió del *picar* al inhalar?

R: Para mí muchísimo del inyectarse al inhalar. Para mí fueron dos cosas diferentes es más el inhalar me parece que fue el paso para dejar de inyectarse —como por ahí que sentís algo parecido pero no te hace tanto mierda o una cosa así..." (varón, 34 años)

"Por ejemplo, dejé de *picarme* para fumar *pipa*, pero cuando vi la mierda que vendían prefiero hacerme un *pico* porque es mucho más sano, relativamente yo prefiero hacerme un gancho 0,5 miligramos de cocaína y no hacerme tres *pipazos* con un *papel* grande así que te estás fumando la mierda que te venden estos *giles* que no es ni cocaína porque te están metiendo éter. Yo lo he comprobado y llegué hasta el punto de hablarlo al *chavón* de la línea y le dije: loco, esto es éter, loco, a mí no me vengas a decir y el tipo me terminó diciendo sí, lo preparan con éter pero le sacan, que le sacan no le sacan nada. Vos la mojás con éter y la dejás que se seque al sol y se la vendés a los *pibes* para fumarla y decís que es *merca* para fumar y yo leí libros y eso no es pasta base. Que le metas éter loco, sabés lo que es el éter, te entra en los pulmones y te mata, podés durar tres años con éter. Es lo mismo que agarres una bolsa de *Poxiram* así que la metas en la nariz y te pegues un arma loco. Yo nunca *curtí Poxiram* porque yo sé que te hace mierda, como vas a *curtir* algo que te va a matar. Yo sé que la cocaína también te hace mierda. ¡Ojo! pero yo prefiero hacerme un *gancho* como te digo y no *curtir* esa pasta base con éter que te está matando los pulmones, que es lo más jodido que yo tengo por la marihuana que yo *curto*. Yo fumo marihuana de los ocho años, te podés imaginar cómo tengo los pulmones y si le mando para fumar éter, sabés cuánto va a durar. Yo el 1 de enero dejé de fumar cocaína, hasta ahora me hice dos *ganchos*, si yo hubiera seguido fumando cocaína hasta ahora hacé de cuenta que me hubiera hecho nueve *ganchos*. Para mí 'ya fue', no quiero fumar más. El resto de los *pibes* están *re-enganchados*, no sabés yo les digo: Vos con esto te estás matando y no me entienden. Te la entienden cuando están *carreta* un ratito y después te caen *re-duro* y te dicen: me tuve que ir a buscarla, viste. Pero pará

hermano si vos tenés un poquito de seso, *rescatate* loco, pensá que te está haciendo mal, te está matando, es lo mismo que te *piques* con agua podrida de la zanja, loco. *Bajá un cambio*, si no te querés ni vos mismo entonces no te quiere nadie." (varón, 33 años)

"El *faso* es lo que más se ve ahora. Los que dejaron el *pico* algunos lo toman, otros murieron, otros dejaron todo, no se drogan más, uno o dos siguen." (operador comunitario)

"Yo no quería saber nada con *picarme*, pero una vez que probé la sal (anfetaminas) no la dejé más (a la jeringa)." (varón, 48 años)

Como se mencionó en este capítulo, la información obtenida en este estudio permite decir que en Argentina se están produciendo cambios respecto a las prácticas de riesgo y de cuidado en el uso inyectable; cambios que irían en la misma dirección que han mostrado diversas investigaciones de distintos lugares del mundo. Así puede verse que entre 1990 y 1997 en Nueva York se estudiaron las prácticas inyectables de 5.289 UDIs y se registró una disminución en el uso compartido de material de inyección. Sin embargo, esta disminución fue menor en las prácticas de riesgo en las relaciones sexuales con la pareja estable y con la pareja ocasional.⁹²

En Canadá también se han relevado modificaciones en las prácticas de riesgo y cuidado de los UDIs.⁹³ Algunos estudios indican que en Brasil también estarían dándose este tipo de cambios en algunas subpoblaciones de UDIs.⁹⁴ El estudio

⁹² Des Jarlais, T. Perlis, S.R. Friedman, T. Chapman, J. Kwok, R. Rockell, et al. "Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: injection drug users in New York city, 1990-1997". *Am J Public Health* 2000; 90:1112-1116.

⁹³ Brogly, S.B.; J. Bruneau, J. Vinclette, F. Lamothe, E.L. Franco, "Risk behavior change y HIV infection among injection drug users in Montreal". *AIDS* 2000; 14 (16):2575-2582.

⁹⁴ Des Jarlais, D.C.; S.R. Friedman, P. Friedman, J. Wenston, J.L. Sothoran, K. Choopanya, et al. "HIV/AIDS related behavior change among injecting drug users in different national settings". *AIDS* 1995;9(6):611-7.

citado indica ciertas coincidencias entre los procesos registrados en Nueva York y en Río de Janeiro y sugiere que se trata de un proceso social y no de decisiones meramente individuales. Los programas destinados a incidir en las prácticas de riesgo y de cuidado de UDIs, por ende, necesitan tener en cuenta esta perspectiva social respecto de los cambios mencionados.

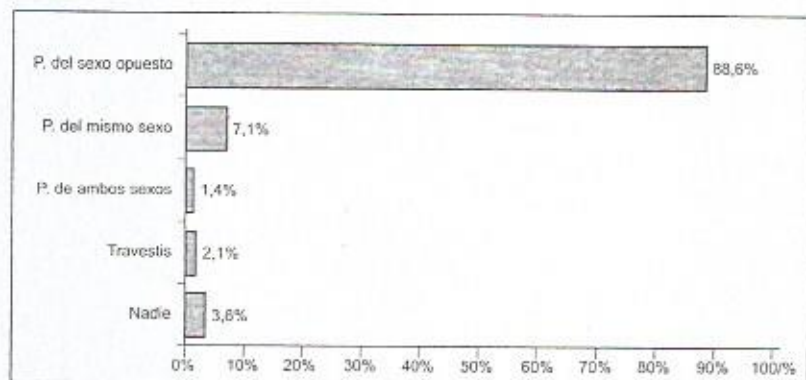
Riesgo y cuidado en las prácticas sexuales

5. 1. Prácticas sexuales y uso de preservativo.

Para conocer las prácticas sexuales de la población estudiada se comenzó por preguntar '¿Con quién tenés sexo actualmente?', hubo 144 respuestas –porque era una pregunta de respuesta múltiple– lo cual indica que la mayoría de los UDIS encuestados seleccionaron una única opción. Mayoritariamente, 124 (88,6%) dijeron tener relaciones sexuales con personas del sexo opuesto, 10 (7,1%) con personas del mismo sexo, 5 (3,6%) con nadie, 3 (2,1%) con travestis y 2 (1,4%) con personas de ambos sexos.

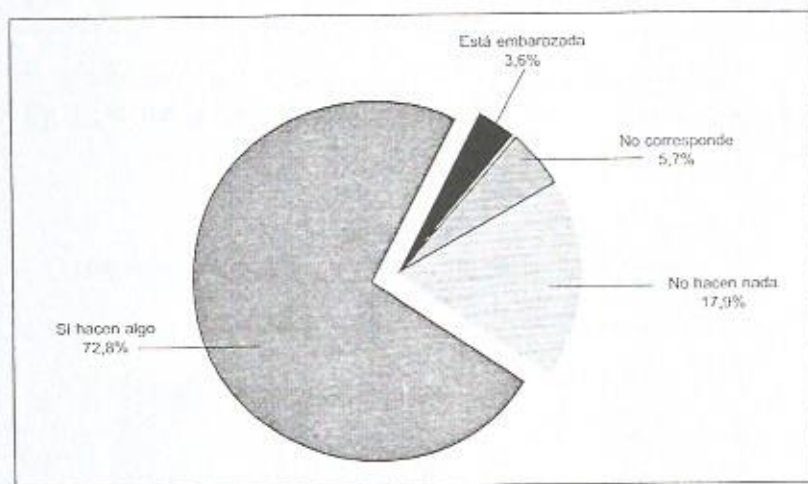
Gráfico N° 28

Sexo de las personas con las que tienen relaciones sexuales
Respuestas múltiples (N=144)



De los 140 UDIs encuestados, 102 (el 72,8%) manifestaron hacer algo para prevenir embarazos. En el siguiente gráfico se observa que al momento de realizar la encuesta un 3,6% (5 UDIs) estaba embarazada y un 5,7% (8 UDIs) no tenía prácticas sexuales en las que hubiera posibilidad de embarazo, un 17,9% (25 UDIs) no hacía nada.

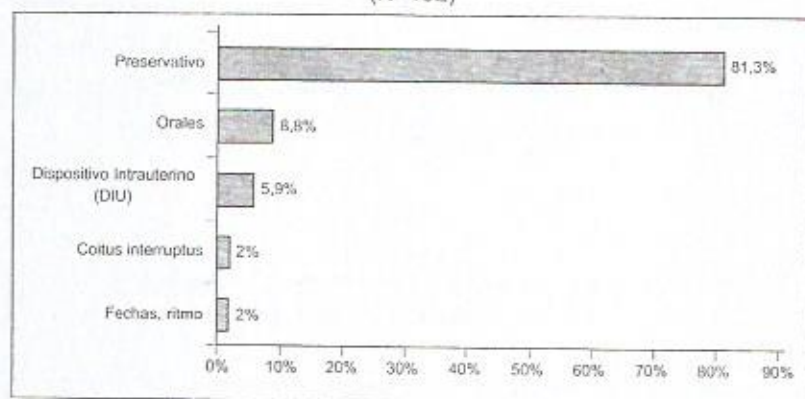
Gráfico N° 29
Distribución de UDIs que "hacen algo" para
prevenir embarazos y quienes no
(N=140)



De los 102 UDIs que dijeron hacer algo para prevenir embarazos, el 81,3% (83 casos) dijo usar el preservativo.

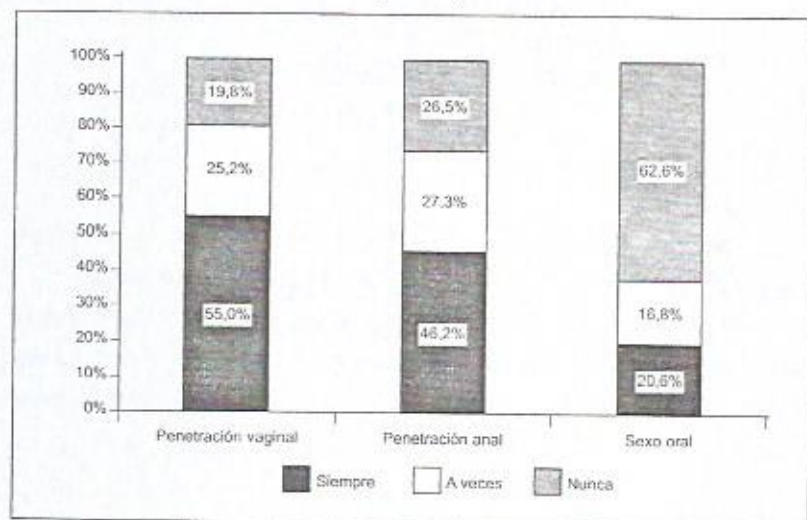
Si bien, puede verse que el preservativo parece ser el método más elegido como anticonceptivo, su uso no está incorporado de modo permanente, ni en todas las prácticas sexuales.

Gráfico N° 30
Métodos anticonceptivos utilizados
 (N=102)



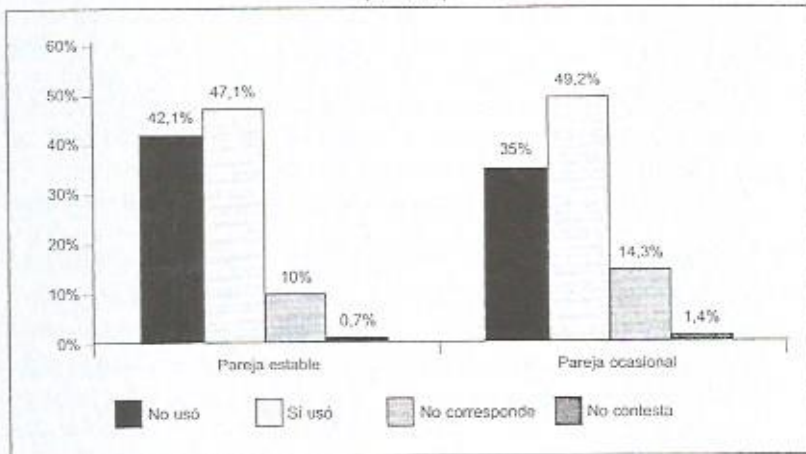
Como puede observarse en el siguiente gráfico, el uso de **preservativo** es mayor en la penetración vaginal y mucho menor en el sexo oral.

Gráfico N° 31
Frecuencia del uso del preservativo según práctica sexual
 (N=140)



Al preguntar acerca del uso de preservativo la última vez que tuvo relaciones sexuales con la pareja ocasional y con la pareja estable encontramos que las distribuciones son similares, registrándose un nivel sensiblemente mayor de uso de preservativo con una pareja ocasional que con una pareja estable. El grupo considerado como no corresponde fue el que no tenía pareja estable o parejas ocasionales, o los que no tenían relaciones sexuales.

Gráfico N° 32
Uso de preservativo en la última relación sexual
con pareja estable y ocasional
(N=140)



El desigual uso de preservativo que reflejan los datos precedentes se vincula claramente con las diversas opiniones vertidas al respecto en las entrevistas en profundidad. En ocasiones el no uso de preservativo encuentra justificación en “la confianza” que se tiene con la pareja sexual.

“Hoy en día con mi actual, con la *piba* esta, no usamos: por una cuestión de confianza, porque ya nos conocemos hace bastante. Yo si tengo una relación, no soy de tener relaciones esporádicas, pero si

tengo nunca me van a faltar en la billetera un par de preservativos... Y mirá es una cuestión de costumbre. Yo al principio no lo usaba porque es como que te quita sensibilidad. Quizás, quizás es psicológico ¿no? Que te quita sensibilidad y después te acostumbrás. Te acostumbrás, te vuelvo a repetir muchas veces prefiero no tener relaciones sexuales. Si es alguien que no me provoca confianza, ni con preservativo. No sé en ese sentido soy medio ambiguo ¿viste? Por un lado me inyecto algo que no es cocaína y lo hago, y me provoca el daño que me provoca en el brazo y por otro lado juzgo a los demás por las apariencias, si son aptos o no aptos para tener relaciones conmigo... Generalmente yo uso preservativo. Sí, hubo dos personas en los últimos diez años con las cuales no usé preservativos es con mi pareja actual y con mi mujer. Después en el 100% de los casos uso el preservativo, me guste o no me guste." (varón 35 años)

"Hoy en día pienso que sirve el preservativo siempre y cuando no tengamos vergüenza de decirles: 'usá *forro* o no lo uses'. Más que nada para la juventud porque son los más promiscuos hoy en día. Porque uno a lo mejor es promiscuo pero se puede cambiar con un preservativo. Vamos a suponer con la vecina. Uno cuando es joven no está solamente con la vecina y la vecina no está solamente con uno; es distinto. Yo pienso que está bien... El uso del preservativo tiene de bueno a nivel contagio te cuida muchísimo pero si vos no cambias... Para la juventud de ahora el usar preservativo si se acostumbran va a ser algo habitual. Pero para nosotros de treinta, cuarenta, o cincuenta años... Yo cuando tenía dieciocho años al preservativo no lo conocíamos *ni en pedo* lo conocí después de unos años que vino el virus (VIII). Cuando tuvimos que empezar a usar era decir: '¡me lo saco y a la mierda!', porque no siento nada. Hoy en día no uso *forro* porque tengo una relación estable. Y estoy creyendo que tenemos una relación estable entonces es como que no. Me siento a salvo... Con mi señora no lo uso; lo usaría con cualquier mujer a pesar de que sea la monja de la esquina... No tanto para preservarme yo, sino para preservar a mi familia. Porque es toda una destrucción esto, es como un juego de dominó, cae una pieza y caen todas. El problema que tuve fue no sentir, no adaptarme. Con mi pareja anterior tuve muchísimos problemas con el tema de preservativo." (varón, 35 años)

"No lo uso, pero pienso que sí, que se tiene que usar. Lo que pasa que ahora es distinto. En los tiempos nuestros cuando recién empezamos, no estaba. Te decían que te tenías que cuidar, que usaras *forro*. Ahora todos los chicos lo tienen que usar; vos ves los bolsillos de

los chicos que van al colegio y andan con un *forro*, antes no. Antes, nosotros no. Porque ahora hay más información ahora todos te dicen, vas a tomar el tren y se te acercan, te explican te comentan. Nosotros los padres les inculcamos a nuestros hijos que lo usen... De bueno, todo: te cuida de las enfermedades, de quedar embarazada, de montones de cosas... pero de repente no te deja gozar de nada; te priva si no estás acostumbrado. Por eso te digo: los jóvenes de antes no estábamos acostumbrados a hacer el amor con un *forro*... Yo no uso; ni antes ni ahora. Siempre fui de mantenerme en pareja por más *reloca* que estuviera siempre tuve eso de cuidarme; no me voy a acostar con *Fulanito*, *Menganito* o con quien venga. Yo tengo mi pareja estable y si me llegara a cagar, pero sé que no porque hablamos mucho, y aparte sé que si me llega a cagar lo va a usar." (mujer, 29 años)

En estos casos, el preservativo es utilizado cuando "no se conoce" a la otra persona; en cambio cuando "hay confianza" con la pareja sexual no sólo no se utiliza, sino que esa práctica de riesgo no es percibida como tal.

En cambio, en otros casos, el uso de preservativo fue incorporado paulatinamente registrándose un cambio en las prácticas sexuales de riesgo y cuidado, ya sea por temor al VIH o por saber que se vive con VIH. De todos modos, aunque en los entrevistados se refirieron a la presencia del VIH como un elemento importante, las opiniones sobre las ventajas y desventajas del preservativo siguen siendo disímiles.

"Ahora está bueno, te tenés que cuidar, ahora llego a tener otro bache (hijo) y te imaginás, me muero. Lo bueno es que te cuidás y lo malo que te re molesta. Ahora lo uso siempre, sabiendo que tengo HIV. No quiero otro bache y además quiero cuidar al otro." (mujer, 23 años)

"Es algo asqueroso pero es un mal necesario. Odio los preservativos pero los uso. Me *cuesta un huevo* usarlos pero los uso. Y de bueno tiene que te previene de un sida. Otra cosa buena no le encontrás ni a gancho, no sirve ni para tirar con la gomera. Y de malo que es lo más horrible, es lo más feo que encontré en la vida: el *forro*. Porque es algo sintético, algo muy, muy esterilizado. No me gusta, *loco*, que querés que te diga, *no me cabe ni a gancho*. En todos lo casos. Yo, a la vida que

llevo yo, en todos los casos. No puedo dejar de usarlo. Yo no tengo sida, negra. Si no me cuida ahora que sé que no lo tengo, no serviría de nada. Yo quiero ver a mis nietos, ahora voy a ser abuelo, me encanta, mirá que yo tengo 33 años, cualquier otro se hubiera vuelto loco, yo le digo a mi hija: nena te sentís bien con tu pareja, ella pensó que la iba a retar y le dije que es la mejor noticia que me dio en la vida. Yo vivo para ella y su hermanito... No lo usé hace cuatro días atrás. Tuve una relación con una chiquita de 16 años y ella decidió no usarlo, mediante HIV presente en mano, viste, papel en mano, viste. Y ella me lo pidió que quería ver eso y yo no sabía por qué era. Y me dijo: 'como tenemos una relación, sácate el preservativo que quiero que lo hagamos así', me dice: 'ya tomé una pastilla anticonceptiva y quiero que lo hagamos así natural'. Y bueno, me arriesgué a eso. Pero, no sé como explicarte. Esta *pihita* se hizo conmigo y todo el tiempo usé preservativo. Y pienso que no lo hice con nadie más entonces me cambió lo que pasó. El mes que viene cuando me toque el otro análisis, después te cuento... Una vez se quedó dentro de una vagina. Y la otra quería ir al hospital, a los gritos, para que se lo saquen. 'No, quédate ahí, pará que yo te lo saco'. Se lo saqué y bueno. Que mal lo que te estoy diciendo, loca... me da una vergüenza. Y bueno viste cuando uno se duerme un rato y quedaste ahí, claro. Y la otra gritando, ahí, 'ivoy a quedar embarazada!'" (varón, 33 años)

"Es bueno, pero hasta cierto punto. Porque se rompen o algunos vienen muy chicos también. El otro día usamos uno y se rompió adentro o sea que eyaculé adentro, o sea que para mí que está *hasta las pelotas*, la semana pasada, me revolcaron pa' afuera. ¿De bueno? tiene que no infecta, y que para mí es lo mismo tenerlo o no tenerlo, es el mismo goce, sentís el mismo calor. Todo lo mismo. Yo lo veo una cosa común. De malo no le encuentro nada. Porque no infectás a la gente. Siempre uso *forro*, siempre lo uso en todos los casos. Yo lo uso siempre con todos, mujeres, a veces algún *puto*, travesti también, se la mando con preservativos porque esos son los más podridos. A ver si después se te cae el *coso* a pedazos. Cuando se me rompió el preservativo y la eyaculé para adentro. Me dio una bronca bárbara, como la loca ya sabía que no estaba infectada como que me eché una culpa muy grande para mí. Esto pasó hace dos, tres meses atrás. No hace mucho. Como que quedé shockeado, después de esa semana no quedé bien. Ella me decía que no me haga problema que las cosas habían pasado. Yo hasta no quería tener relaciones porque me sentía culpable. No se hizo los análisis porque tiene que esperar seis meses después de eso." (varón, 39 años)

En cuanto a las creencias que comparten o rechazan los UDIS encuestados, se encontró un marcado acuerdo en torno a un mayor uso de preservativo en los últimos años. En cambio, al preguntar si acordaban o no con la manifestación: "Sólo tengo sexo si es con forro" la distribución fue mucho más dispersa entre el acuerdo y el desacuerdo.

Gráfico N° 33
Opinión de la frase: "Actualmente se usa más preservativo
que hace cinco años"
(N=140)

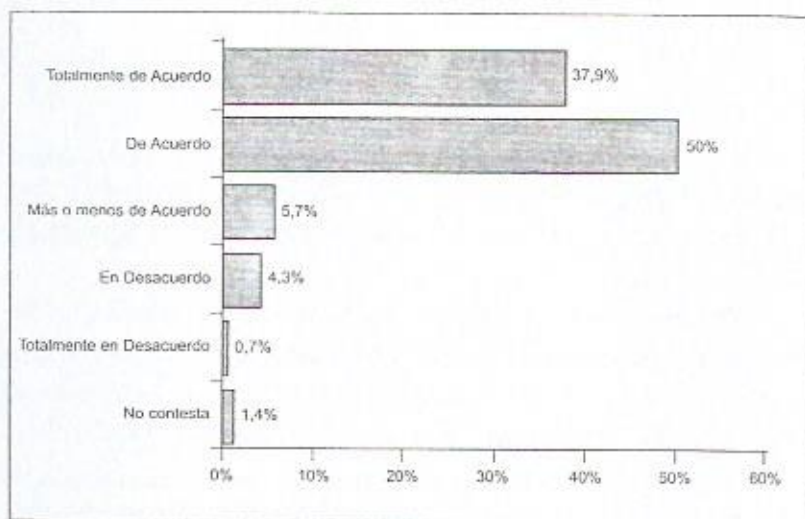
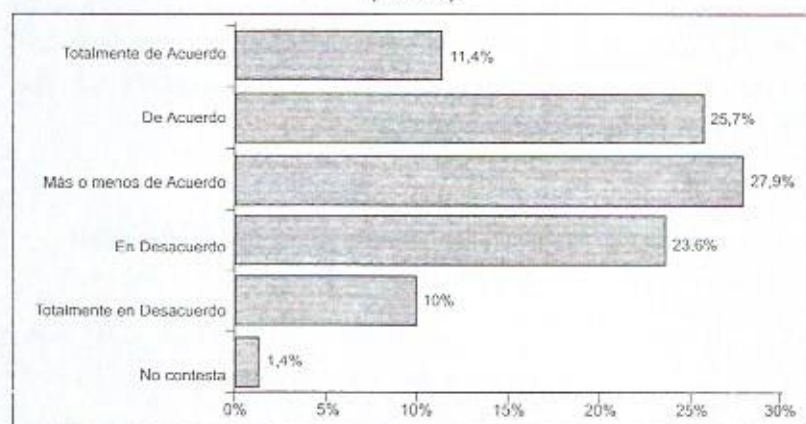


Gráfico N° 34
Opinión sobre la frase: "Sólo tengo sexo si es con forro"
(N=140)



Los operadores que están vinculados a la problemática del uso de drogas y los daños asociados evaluaron también los cambios ocurridos en los últimos años en relación con el uso de preservativo.

En un caso un operador comunitario que realiza tareas de prevención con trabajadoras sexuales travestis, decía que se había generalizado más el uso de preservativo entre ellas. De modo similar, un operador del sistema sanitario se refería al mismo tema:

"La gente lo tiene más internalizado, ¿viste? Porque ahora vienen, te golpean la puerta a cada rato y porque te piden... Y esto, te podría decir que se empezó a modificar a partir del 2000... Sí, muy reciente. Lo mismo que ahora, ¿viste?, que se usa el dar jeringas, explicarles de no compartir... Por eso, te digo, todo este cambio que vos empezás a ver, es a partir del 2000 para adelante que se empezó a hacer más hincapié también en la prevención." (operador sanitario)

En el estudio "Corriendo la Bola"⁹⁵ los UDIs encuestados mostraron el siguiente perfil respecto de las prácticas sexuales.

⁹⁵ Ver referencia en p. 37.

Más de la mitad de los encuestados había tenido entre una y dos parejas sexuales en el último año. El 51% (50 UDIS) había tenido relaciones sin preservativo durante el último mes. El nivel educativo no pareció influir en esta práctica. Al cruzar este dato por sexo, observamos que más de la mitad de los varones dijeron no usarlo, mientras que entre las mujeres el mayor porcentaje se concentró entre quienes dijeron usarlo. El motivo más frecuente que se mencionó para no usarlo fue el no tenerlo disponible.

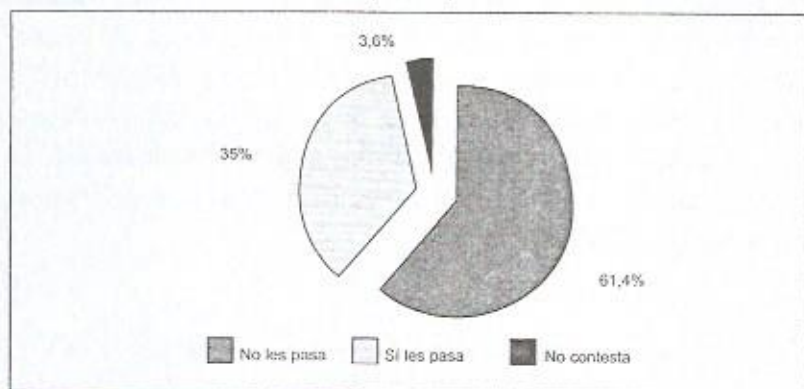
Cuadro N° 14
Razones de no uso de preservativo en el estudio
"Corriendo la Bola"
 (N=46)

Razones de no uso de preservativo	Cantidad de casos	Porcentajes
No tenía	20	43,6%
No le gusta	7	15,2%
Por la urgencia	6	13,0%
No usa con su pareja	10	21,7%
No le importa	3	6,5%
Total	46	100,0%

5. 2. Uso de preservativo y uso de drogas

Se buscó también indagar en el uso de preservativo al momento de hacer uso inyectable de drogas. Para ello se planteó la siguiente creencia: *Cuando la gente se pica no se usa forro*, buscando conocer si los UDIS encuestados compartían, a partir de su experiencia, tal aserción. De los 140 UDIS encuestados, 49 (el 35%) dijeron que a ellos les pasaba, mientras que 86 (el 61,4%) dijeron que no les pasaba.

Gráfico N° 35
 Olvido del uso del preservativo luego de la práctica inyectable
 (N=140)



Es importante complementar esta información con la fundamentación que los UDis brindaron acerca de tales prácticas. Algunos UDis, al igual que las parejas de UDis, **aseguraban que después del uso inyectable no tenían relaciones sexuales** (*No me dan ganas de cojer / El pico me genera impotencia sexual / No se me para / Nunca tengo sexo cuando me drogo / Estoy solo cuando me pico, no me dan ganas / No tengo sexo cuando curto*). En las entrevistas en profundidad ampliaron las razones por las que les sucede:

P : ¿Cuando usás drogas tenés relaciones sexuales?

R : No, no, no puedo. No puedo ni tampoco lo intento. Lo intenté una vez sola y no, no. Y en esa época inhalaba. Bueh, yo el hecho de inyectarme, no lo hago con nadie.

P : ¿Y por qué no son compatibles las dos cosas, tener relaciones cuando estás *de pico*?

R : Bueno, básicamente porque la cocaína es un vasodilatador, lo que te provoca es menor presión venosa. Entonces al tener menor presión tenés menos probabilidad de tener una erección. Y si tenés una erección tenés menos posibilidades de tener una eyaculación. O sea eyacular cuando estas drogado, en algunos casos dicen que pueden. En el caso mío, no puedo. Automáticamente me puedo llegar a poner recontra *duro*, pero no *termino* nunca." (varón, 35 años)

“Directamente no tengo relaciones sexuales cuando estoy inyectado; mi mente vuela a otro lado, es como que no me *enchufo*. Directamente no. Puedo decir que sí cambió en tal cosa: cambió en el sentido que a lo mejor después de querer intentarlo quedo más *traumado*, encima estando mal, quedo más maquinado porque no puedo y pensando lo que siente la otra persona, a pesar que nadie se va para ningún lado, quedamos todos ahí. Pero todo a base de seguir en la *joda* nada más, no es que después al otro día uno esta consciente y ‘hola, chau, chau’. Me voy para acá o me voy para allá, como que no ha pasado nada y a lo mejor uno estuvo toda la noche intentando hacer algo.” (varón, 34 años)

“No; yo ya te dije, que nunca voy a tener relaciones si me *pico* y esto lo sostengo. Una vez me pasó que conocí una *minita* y se dio, pero quedé hecho mierda. Si después de esa vez me sentía muy cansado, me sentía muy diferente.” (varón, 27 años)

“Como que no le doy bola a la relación sexual. En ese momento no existe porque estoy en eso. No para lo otro. Capaz que me *rompe las bolas la loca* y yo no le *doy bola*.”

P : Si tenés que elegir tener relaciones sexuales o hacerte un pico ¿qué preferís?

R : Ah. Me daría un *gancho*, un buen *gancho*. Sí. Prefiero un *gancho*. Porque sí, no sé por qué. Yo me hago un *gancho* y la relación sexual la consigo. La mina no es el problema, o tengo una relación sexual o me masturbo pero prefiero el *gancho*, el *papel*. Primero eso, después lo otro. Como que no le doy bola a la relación. Siempre estuve solo también. No le doy pelota. No me interesa la relación sexual. Ese es el problema también.” (varón, 39 años)

Otros dijeron que **no usaban preservativo después del uso inyectable** aduciendo diversas justificaciones (*Me olvido / No sé, es un mambo re- loco / Sólo te importa gozar y ni pensás en el forro / La locura del pico te hace olvidar / Es tal la paz del pico que ni te preocupa el forro / Estoy tan acelerada que no me pongo a buscar un forro*).

En cambio entre aquellos que **sí usaban preservativo después del uso inyectable**, se encontró que referían argumentaciones de cuidado de sí y de otros (*Lo manejo, no me su-*

pera / Porque tengo cargo de conciencia de infectar a otra persona / Porque sé lo que puede ocurrir: perjudicar a otro / Porque le tengo respeto al SIDA / No me supera la droga / Porque la quiero cuidar / Porque siempre salgo preparado / Porque me persigo con el SIDA / Porque me cuidó mucho).

Las entrevistas en profundidad brindaron información más detallada respecto de **ventajas y desventajas del uso de preservativo:**

"Está *re piola*, así prevengo de contagiar a otro y de reinfectarme. Te cuida pero te *rejode*. Trato de usarlo siempre, pero cuando estoy *reloca* me olvido y no me importa." (mujer, 22 años)

"Sirve como prevención... jamás usé preservativo ni lo pienso usar." (varón, 35 años)

"Si lo hubiese conocido hace quince años atrás tal vez me hubiese *zafado* de un par de enfermedades denominadas oportunistas. El herpes, sífilis, de cosas que me pasaron que tal vez no era que no lo conocía, sino que nunca les di importancia. Yo creo que de malo no tiene nada porque si uno siente con el corazón y no con el miembro, de última en una relación que hay amor y que sé yo. Es secundario eso si el preservativo tiene más cuerpo o menos cuerpo, si es más fino o más grueso. Y de bueno tiene todo, se te va la vida en eso, en todo para mí porque es fundamental. Además tengo dos hijas mujeres y para mí eso es fundamental, que sepan lo que es y como no es, y bueno tienen doce y quince años pero yo a la edad de ellas no estaba ni ahí enterado del preservativo. En los momentos de descontrol y fuera de mi casa es imposible que diga que lo uso. Y tengo treinta y cuatro años y me tengo que hacer cargo de eso. Si estoy consumiendo y estoy demasiado *loco* ni me lo pregunto si lo tengo encima o no lo tengo; si está, está; sino, no está." (varón, 34 años)

"De bueno que no la dejás embarazada y no te contagiás otra cosa y lo malo es que te saca un poco de goce. Depende como estés, si estás *careta* te saca más el goce por ahí cuando estás *loco* ni notás. Depende el *mambo* como de cada uno; por ahí no te importa nada y idale que va! y por ahí estás un poquito más consciente si lo tenés a mano sí, pero no voy a correr cinco, cuatro cuerdas a las tres de la mañana para conseguirlo. Bah, tenés que venir hasta acá a lo de... Por ahí cuando volvés se te fue la paloma y ¿que hacés? ¿En qué ca-

sos no?, y el único caso con la madre de mi nene que sé que nos hicimos el análisis y todo eso los dos negativos y bueno todo *joya*. Pero después tomo un poco más de conciencia. Con mi mujer no lo usaba, después con otras mujeres lo empecé a usar, y depende de la locura del momento. Y porque sabés que con ella estás tranquilo, que con ella no pasa nada. Muchas veces me hice los análisis de HIV bueno y salió negativo, negativo así que *joya*.” (varón, 35 años)

“¿De bueno en el uso? No sé, que sé yo, nada, ja, ja. Que es sano, salud. Y de malo que estás *acabando* y porque la mujer también *acaba* y no hay encontronazo así de calores, me entendés. En todo momento, *forro* uso hace cinco años.” (varón, 35 años)

Los datos consignados parecen mostrar una creciente aceptación del preservativo por parte de los UDIS aunque no parece que su uso sea sistemático. La necesidad de asumir prácticas sexuales menos riesgosas aparece en los relatos de los UDIS. Sin embargo, el no usar preservativo con determinadas parejas sexuales porque se las conoce “desde hace tiempo” y se considera que “hay confianza” y por tanto “no es necesario el uso de preservativo” no es percibido como práctica de riesgo.

Es fácil observar en los resultados que se presentan que, si bien se registran cambios respecto a los cuidados en las prácticas sexuales, estos cambios no son tan marcados como los asumidos para el uso inyectable de drogas. Este escenario parece semejante al de numerosos países, tal como lo han reflejado diversas investigaciones.

Las investigaciones que recogen información sobre sexualidad en usuarios de drogas en Argentina se refieren exclusivamente a usuarios de drogas por vía inyectable. En una investigación precedentemente citada⁹⁶ surge que los UDIS encuestados mencionaban entre las razones para no usar preservativo: “*no poder pensar en el momento de la relación sexual*”;

⁹⁶ Kornblit et al., 1997 op. cit.

“que el preservativo quita placer a la relación”, “no tener preservativo a mano” y, por último, *“el tener sida los dos”*.

Por su parte, estudios cualitativos entre UDIs de heroína en Londres, mostraron que compartir el equipo de inyección ya no era visto como un comportamiento aceptable, excepto en algunas redes sociales cerradas y entre las parejas sexuales.⁹⁷ Sin embargo, el sexo sin protección todavía podía ser visto como un riesgo aceptable entre la mayoría de los UDIs. A grandes rasgos, las normas sociales, reglas y rutinas del comportamiento sexual sustentan una cultura que legitima el sexo sin protección como una parte importante y significativa de las relaciones. Este suele ser el sentido tanto entre personas que se inyectan como entre las que no se inyectan y en poblaciones que no usan drogas.

Estudios realizados en Estados Unidos e India revelan que la reducción de comportamientos sexuales de riesgo entre usuarios de drogas fue menor que aquellos registrados respecto a las prácticas de uso inyectable y de uso de jeringas. También se ha reiterado en numerosas ocasiones que los programas comunitarios basados en el trabajo de pares han sido muy efectivos para lograr que los UDIs modifiquen sus prácticas de riesgo en el uso de drogas, pero no han conseguido lo mismo respecto de las prácticas sexuales de riesgo. Esto no es sorprendente en tanto que la mayoría de esas intervenciones fueron diseñadas más específicamente para tratar de cambiar los modos de usar drogas y el uso compartido de material de inyección.⁹⁸

Por ello, buscamos comparar estos cambios en las prácticas de riesgo y de cuidado –en torno al uso inyectable y a las prácticas sexuales– en UDIs que tienen contacto con Programas de Reducción de Daños y en UDIs que no lo tienen.

⁹⁷ Rhodes et al., 1998 op. cit.

⁹⁸ Stephens et al., 1993 op. cit.; Kumar et al., 1998 op. cit.

Acceso a los Programas de Reducción de Daños e impacto en las prácticas de riesgo y de cuidado

Para abordar los cambios ocurridos en los últimos años respecto al riesgo y al cuidado en el uso inyectable de drogas y en las prácticas sexuales era importante conocer el acceso que los sujetos tenían a material de prevención que facilitase la asunción de prácticas de cuidado. Por ello se les preguntó sobre el acceso gratuito a material de inyección, preservativos y/o folletos preventivos, y, en caso que tuvieran dicho acceso, se preguntó dónde los conseguían y desde cuándo. Esta información permitió, además, conocer el contacto de la población estudiada con Programas de Reducción de Daños.

6. 1. Acceso a jeringas, preservativos y folletos de prevención

En el capítulo cuatro se mencionó que de los 140 UDIS encuestados, 80 de ellos (el 57,1%) conseguían jeringas gratis. De ellos, 9 las buscaban en algún Centro de Salud, 13 en un Hospital, 32 por Intercambios, 5 a través de El Retoño, y 21 a través de Convivencia/S.SER. EN EL SUR.⁹⁹

⁹⁹ La cantidad de personas que reciben materiales en los diferentes programas se distribuye según el número de UDIS vinculados con PRDs que cada institución pudo encuestar.

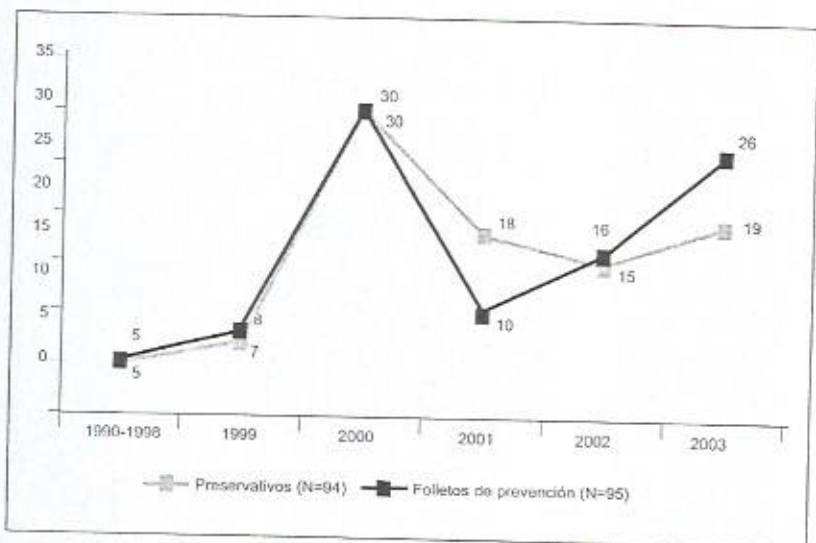
El acceso gratuito a preservativos y folletos de prevención parece estar más generalizado. 107 UDIs (el 76,4%) tenían acceso gratuito a preservativos, y 101 (el 72,1%) a folletos de prevención. Este acceso a preservativos se lograba de distintas maneras. De los 107 UDIs que conseguían preservativos gratis 2 los obtenían en una farmacia, 17 en un Centro de Salud, 10 en un Hospital, 26 por Intercambios, 8 por El Retoño, 16 por Convivencia/S.SER EN EL SUR, 2 por medio de otros usuarios, y 24 de diversas maneras (un familiar, un boliche, amigos, etc.). De los 101 UDIs que conseguían folletos de prevención gratis: 11 los obtenían en un Centro de Salud, 12 en un Hospital, 27 por Intercambios, 9 por El Retoño, 35 por Convivencia/S.SER EN EL SUR, 2 por medio de otros usuarios, y 10 de otras formas (un familiar, etc.).

Según los datos obtenidos el acceso a preservativos y folletos de prevención aumentó a partir de 1998 encontrando su pico más alto en el año 2000.¹⁰⁰ La curva descendente del 2001, que vuelve a aumentar en 2002 y 2003, coincide con la crisis política y económica que significó para la mayoría de los PRDs existentes, carencia de fuentes de financiación para el mantenimiento de los servicios que se habían ofrecido en el año 2000.¹⁰¹

¹⁰⁰ Hubo 13 personas que no respondieron "¿Desde cuando tenés acceso gratuito a preservativos?" porque no lo recordaban, y 6 que no respondieron "¿Desde cuando tenés acceso a folletos de prevención?" por la misma razón.

¹⁰¹ Desde el año 1998 existía dentro de la estructura del Ministerio de Salud de la Nación el Proyecto de Control del SIDA y las Enfermedades de Transmisión Sexual -LUSIDA-, que contaba con financiamiento del Banco Mundial y del Gobierno Nacional. Se realizaron concursos para financiar diversos programas de prevención del sida entre los que había PRDs. A fines de 2001 había culminado este tipo de apoyos con los que las ONGs del AMBA sostuvieron los PRD que venían trabajando y recién en 2003, con la segunda fase del Proyecto Regional se consiguieron fondos nuevamente para aumentar la provisión de material y ampliar las zonas de influencia de los PRDs existentes. La falta de continuidad en el sostén económico de este tipo de programas es un problema constante para las ONGs que sostienen esta tarea desde hace varios años, particularmente si trabajan en el Conurbano bonaerense.

Gráfico N° 36
 Año a partir del cual tienen acceso a material de
 prevención



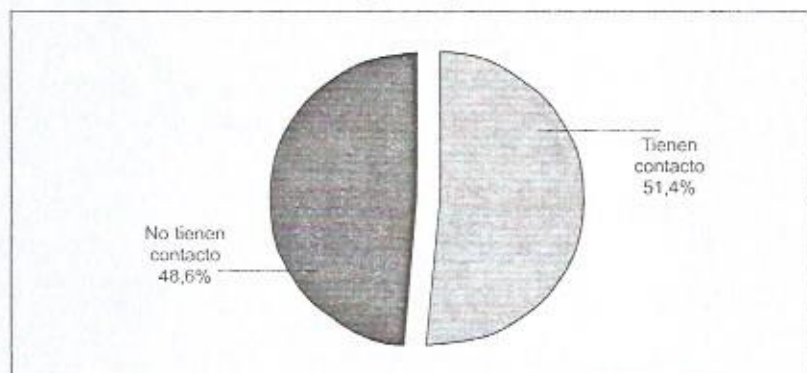
Al analizar los datos de acceso a materiales de prevención se pudo establecer cuál era la población que tenía contacto regular con Programas de Reducción de Daños (PRD) y a partir de eso se buscó analizar si había patrones de riesgo y cuidado diferentes entre esta población y la que no mantiene contacto con este tipo de programas. De este modo se busca indagar el impacto que estos programas han tenido en las prácticas de riesgo de los UDis respecto de su uso inyectable de drogas y de sus prácticas sexuales.

Se consideró población en contacto con PRDs a aquellos UDis que accedían tanto a jeringas, como a preservativos y folletos de prevención por medio de la misma institución (siem-

rense, donde prácticamente no se destinan recursos para este tipo de actividades preventivas.

pre que esta llevara adelante programas de este tipo). De los 140 UDIs encuestados, 72 tenían contacto regular con algún PRD, mientras que los otros 68 no tenían contacto.

Gráfico N° 37
UDIs en contacto con PRD
(N=140)



Con esta variable incorporada al análisis se pudieron comparar las prácticas de uso inyectable entre una y otra población.

6. 2. Características demográficas de los UDIs con y sin contacto con PRD.

Buscamos algunas características sociodemográficas que permitieran observar diferencias entre los dos grupos. Para ello consideramos la identidad sexual, la edad, el nivel educativo y el nivel de ingresos de los UDIs que estaban en contacto con PRD (72) y los que no tenían contacto con PRD (68).

Con respecto a la **identidad sexual**, entre los contactados con PRD (72) los varones representan el 90,3% (65) y las mujeres el 6,9% (5). En cambio, en los no contactados con

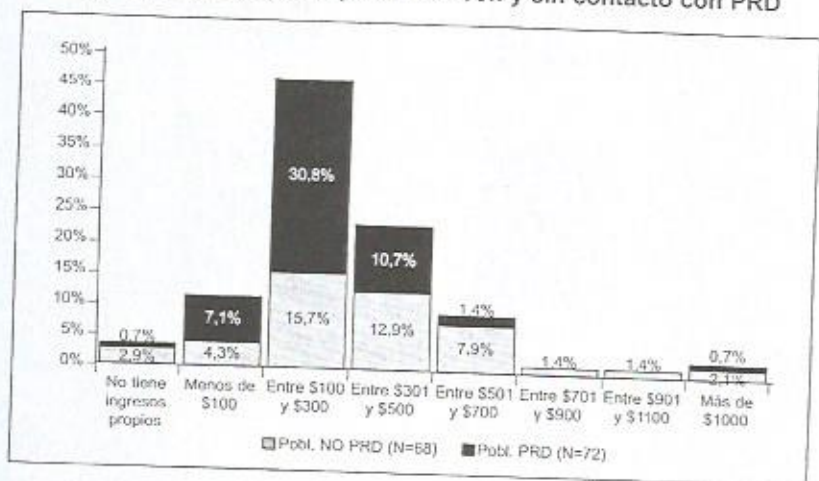
PRD (68) los varones representan el 82,4% (56) y las mujeres el 14,7% (10). Una de las dos travestis y una de las dos transexuales encuestadas estaban en contacto con un PRD.

La distribución por **grupo etario** es similar para los que están vinculados con PRD y para los que no lo están, salvo en la franja de entre 30 y 34 años de edad, que entre los contactados con PRD representa el 34,7% (25) y entre los no contactados el 26,5% (18).

Con respecto al nivel educativo, los que estaban en contacto con PRD tenían menor **nivel educativo** que los que no estaban en contacto con PRD. Mientras que entre los vinculados con PRD (72) el 44,4% (32) alcanzó a completar el nivel primario (o E.G.B.), entre los no contactados con PRD (68) representan el 32,4% (22). A su vez, de los contactados con PRD (72) el 34,7% (25) no han completado el nivel secundario (o Polimodal), y entre los no contactados con PRD representan el 26,5% (18). Por otro lado, de los 9 UDIs con nivel universitario o terciario completo, sólo uno está vinculado con un PRD.

Gráfico N° 38

Ingresos mensuales de población con y sin contacto con PRD

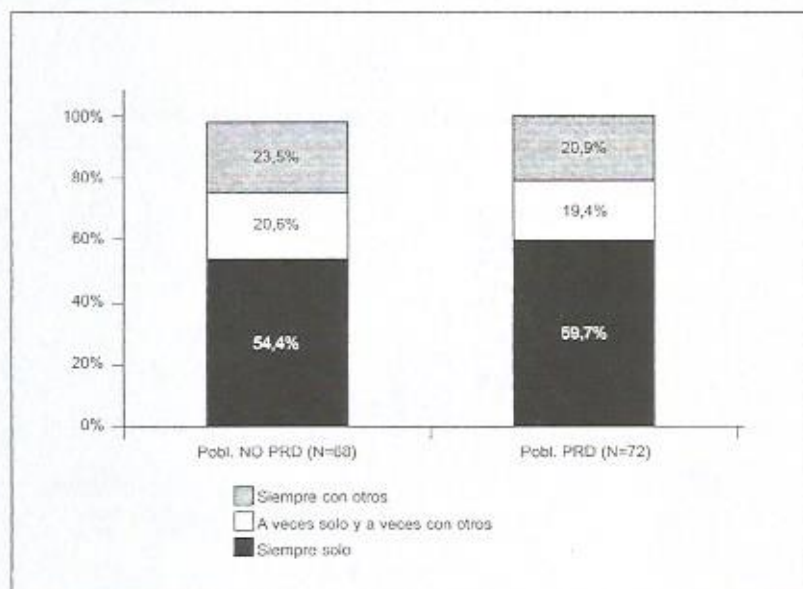


6. 3. Impacto del contacto con PRD en las prácticas de uso inyectable de drogas

En cuanto **uso inyectable solo o con otros** puede verse que con muy escasa diferencia los UDIs en contacto con un PRD tendían a hacerlo más solos que con otros. De los 72 UDIs en contacto con un PRD, 43 (59,7%) se inyectaban siempre solos, 14 (19,4%) lo hacían algunas veces con otros y 15 (20,9%) lo hacían siempre con otros. De los 67 UDIs sin contacto con un PRD que respondieron la pregunta, 37 (55,2%) se inyectaban solos, 14 (20,9%) lo hacían algunas veces solos y algunas con otros y 16 (23,9%) lo hacían siempre con otros.

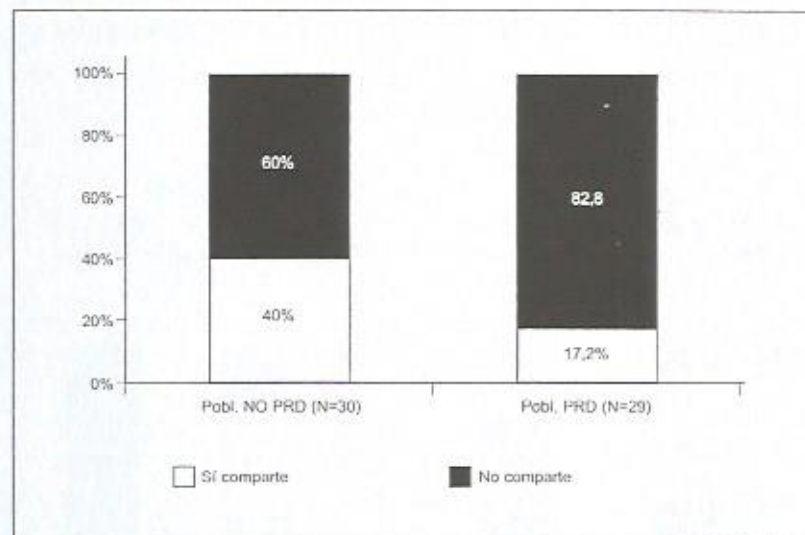
El gráfico permite ver con facilidad que las distribuciones son bastante similares.

Gráfico N° 39
**Uso inyectable solo o con otros
según contacto con PRD**



Sin embargo, esa distribución no es similar cuando se trata de **uso compartido de material**. Tomando sólo a los 59 UDIs que se inyectan con otros, 30 no tenían contacto con PRD y 29 sí lo tenían. Así puede verse que de los 17 (28,8%) que en el último mes compartieron la **jeringa**, 12 de ellos no tenían contacto con un PRD.

Gráfico N° 40
Uso compartido en el último mes
según contacto con PRD



En cuanto al uso compartido del resto del material de inyección, la tendencia es similar: **el uso compartido es más frecuente entre UDIs que no tienen contacto con un PRD**.

Por ejemplo, siguiendo con los 59 UDIs que actualmente se inyectan con otros, se observa que, sobre los 30 UDIs que no tenían contacto con un PRD: 12 (40%) no compartieron la **cuchara** en el último mes, 14 (46,7%) sí compartieron la **cuchara** en el último mes, y 4 (13,3%) expresan que "no usaron" este elemento.

En cambio, de los 29 UDIs que se picaban con otros y sí tenían contacto con un PRD, 21 (72,4%) no compartieron la **cuchara** en el último mes, 7 (24,1%) compartieron la cuchara, y uno (3,5%) no usa.

Con respecto al uso compartido de la **tapita** de los 30 UDIs que no tenían contacto con un PRD: 9 (30%) no compartieron tapita en el último mes, 13 (43,3%) compartieron la tapita en el último mes, 7 (23,3%) expresan que “no usaron” este elemento y uno dijo que “no sabe”.

De los 29 UDIs que se inyectaban con otros y sí tenían contacto con un PRD, 24 (82,7%) no compartieron la **tapita** en el último mes, sólo dos (6,9%) compartieron la tapita, dos (6,9%) no usan y uno dijo que “no sabe”.

Gráfico N° 41

Uso compartido de cuchara en el último mes según contacto con PRD

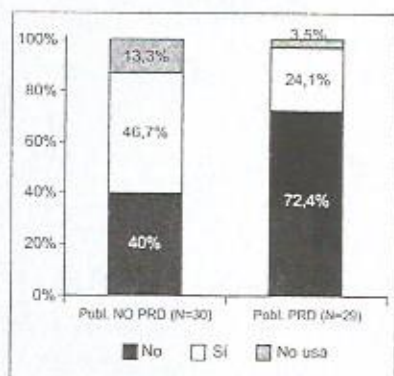
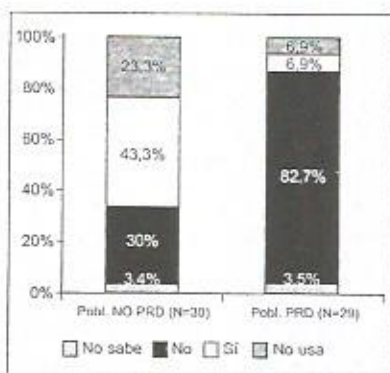


Gráfico N° 42

Uso compartido de tapita en el último mes según contacto con PRD



En cuanto al **agua** y el **filtro** puede observarse en los siguientes gráficos que la población en contacto con PRD comparte menos estos elementos, así como sucede con la **cuchara**, la **tapita** y las **jeringas**. De los 29 UDIs que tienen contacto con un PRD: 6 (el 20,7%) comparten el **agua** y 4 (el 13,8%) el

filtro. En cambio, de los 30 UDIs que no tienen contacto con dichos programas: 17 (el 56,7%) comparten el agua y 12 el filtro (el 40%).

Gráfico N° 43
Uso compartido de agua en el último mes según contacto con PRD

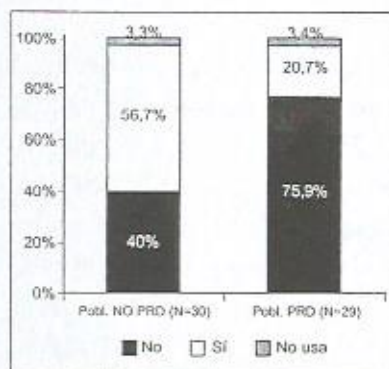
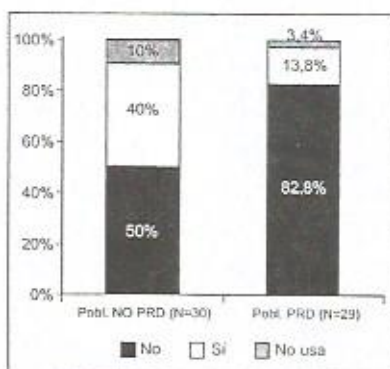


Gráfico N° 44
Uso compartido de filtro en el último mes según contacto con PRD



Los datos relevados y presentados muestran con claridad que los UDIs que tienen contacto con Programas de Reducción de Daños han asumido prácticas de cuidado en su uso inyectable y que ya no comparten el material de inyección. Esta población registra índices siempre menores de uso compartido de material. A su vez en las entrevistas en profundidad han surgido referencias a la importancia de tener acceso a material de inyección, preservativos y, especialmente, a información sobre estrategias de gestión del riesgo que permita a los usuarios cuidarse y cuidar a otros.

“Mirá, eso de la entrega de jeringas tendría que haber estado hace muchos años atrás, esto ¿sabés como vendría hace unos años atrás?: *Jamón, jamón*. Porque antes para ir a *pegar* una jeringa, tenías que hacer un curso hermana. Y si la tenías, venías y la compartías. Así. Pe-

ro no, no, tenías que hacer un *re dibujo* para encontrarla, para ir a *pegar* una jeringa. Esto tendría que haber estado antes. Totalmente. Claro, ahora ¿y después de cuánta gente que se murió loco?" (varón, 35 años)

"Antes no había información, no había nada. Las jeringas las comprobaban. Se iban caminando hasta Wilde si ahí estaba la farmacia de turno. El horario era lo de menos. Ellos vivían más de noche que de día. Si hubiera habido más prevención no hubiera habido tanto contagio." (operador comunitario)

Comparamos estos resultados con los obtenidos en el estudio "Corriendo la Bola" realizado con UDIs que no estaban en contacto con PRDs.¹⁰² Al 25% (24 UDIs) de ellos le habían prestado la jeringa durante el último mes y el 27% (27udis) había prestado la jeringa a otros durante el último mes. Pero ambas categorías se superponen en algunos casos. Hay UDIs que sólo prestaron jeringas a otros (7) y otros que sólo recibieron jeringas (4). Sumados, resultan 31 UDIs (31%) que prestaron y/o recibieron una jeringa usada.

Respecto del resto del equipo de inyección, el 42% (37 UDIs) había compartido la tapita, el 44% (41 UDIs) la cuchara, el 33% (32 UDIs) el agua y el 27% (27udis) el filtro. Sumando todas las alternativas, resultó que el 57% (56 UDIs) había compartido la jeringa, o la tapita, o la cuchara, o el agua, o el filtro durante el último mes. Esta proporción confirma la tendencia de la muestra de UDIs que no tuvieron contacto con PRDs analizada en este apartado, ya que el porcentaje de uso compartido del material de inyección es semejante en ambas muestras.

¹⁰² Ver referencia en p. 37.

6. 4. Impacto del contacto con PRD en las prácticas sexuales

No hay diferencias en las tendencias acerca del **uso de preservativo en poblaciones con o sin contacto con PRD** como las que aparecen en relación a las prácticas de riesgo y cuidado en el uso inyectable de drogas.

Tomando la muestra total de UDis (140) puede verse que la población en contacto con PRD refirió niveles superiores de uso sistemático de preservativo en la penetración vaginal y anal (un 56,9% y 48,6% respectivamente) frente a (un 45,6% y 38,2%) de la población sin contacto con PRD.

Cuadro N° 15
**Uso de preservativo según tipo de práctica sexual,
 y contacto con PRD**
 (N=140)

	Penetración Vaginal				Penetración Anal				Sexo Oral			
	Pobl. NO PRD (N=68)		Pobl. PRD (N=72)		Pobl. NO PRD (N=68)		Pobl. PRD (N=72)		Pobl. NO PRD (N=68)		Pobl. PRD (N=72)	
	Cantidad de casos	Porcentajes	Cantidad de casos	Porcentajes	Cantidad de casos	Porcentajes	Cantidad de casos	Porcentajes	Cantidad de casos	Porcentajes	Cantidad de casos	Porcentajes
Siempre	31	45,6	41	56,9	26	38,2	35	48,6	15	22,1	12	16,7
A veces	18	26,5	15	20,8	25	36,8	11	15,3	17	25,0	5	6,9
Nunca	13	19,1	13	18,1	13	19,1	22	30,5	31	45,5	51	70,8
No corresp./ No contesta	6	8,8	3	4,2	4	5,9	4	5,6	5	7,4	4	5,6

Gráfico N° 45
 Uso de preservativo en penetración vaginal
 según contacto con PRD

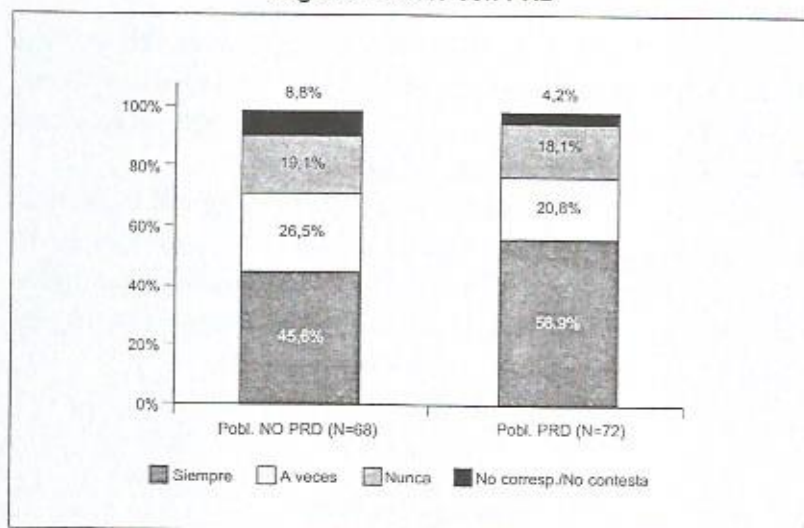


Gráfico N° 46
 Uso de preservativo en penetración anal
 según contacto con PRD

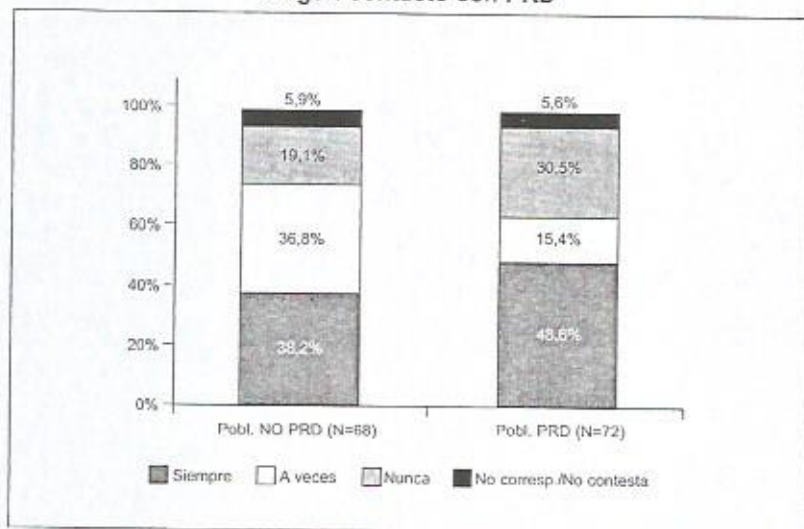
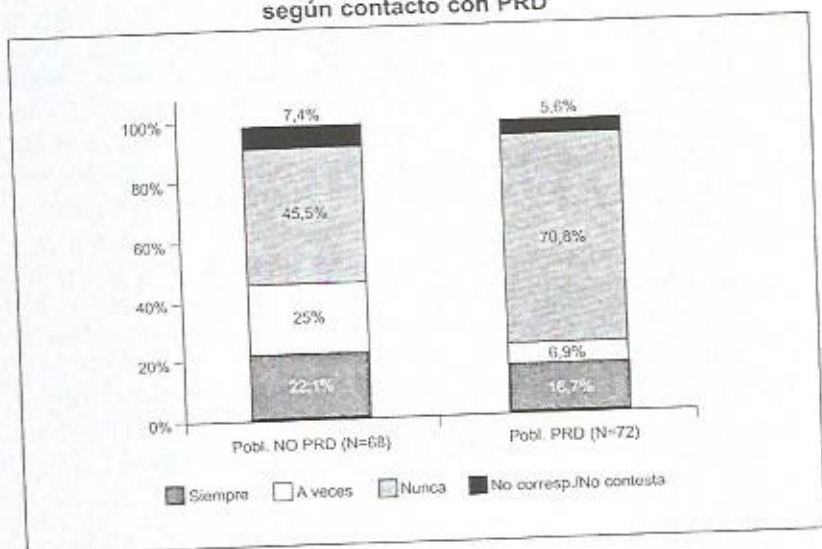


Gráfico N° 47
 Uso de preservativo en sexo oral
 según contacto con PRD



Las prácticas de cuidado por parte de UDIS se han incorporado notablemente en el uso inyectable de drogas, especialmente en aquellos UDIS que tienen contacto con PRD. Sin embargo, el uso de preservativo no ha sido incorporado de manera sistemática como práctica de cuidado, y tampoco puede hablarse de diferencias importantes entre la población que tiene contacto con PRD y aquella que no tiene contacto. Aunque son numerosas las referencias al incremento que el uso de preservativo ha sufrido en los últimos años, el impacto que puede tener esto en la reducción de riesgos de contraer y/o transmitir enfermedad no parece ser importante aún.

En las entrevistas en profundidad surgen referencias a la incorporación del uso de preservativo a partir del contacto con PRD.

"Que es bárbaro. Automáticamente es bárbaro. Porque aparte de que

mi señora dejó de tomar pastillas, dejó de usar el dispositivo y todo. Es lo que buscábamos hace años. El preservativo es lo mejor, lo mejor, lo mejor. Lo bueno es que no la dejó preñada a mi señora y lo malo no sé, no le encuentro nada malo, no, yo no le encuentro nada malo, lo que le encuentro es lo bueno, lo que ya te dije... Todas las veces, todas las veces. Vengo acá a lo de la operadora y me los da. No, desde que lo aprendí a usar hace cuatro años, en todo momento uso *forro*, siempre ando con mi *forrito* en el bolsillo. ¿querés ver? Yo lo llevo para el día... Si *pinta* afuera lo uso, por eso lo tengo acá. ¿Vamos a usarlo? (risas) Y lo uso por prevención, por prevención. Suponete que yo tengo HIV y yo agarro y la *monto* a la *mina* y la *mina* no sabe nada, o ponle que ella tenga y yo no tengo; no, no, vamos a usar *forro*. Esa es la idea para mí: 'no, no, usemos' y si me dice que no, le digo 'no, no, no, vamos a usarlo'. Con mi señora si no me pongo un *forro* me hace salir cagando... Hace como cuatro años, sí. Antes, sí. Me volvía loco para ponérmelo. Decía: '¡Esta porquería! ¡Dejate de joder!' ¡Lo tiraba a la mierda!' (varón, 38 años)

Como ya se ha mencionado, numerosos estudios reflejan que la incorporación de cuidados en las prácticas de uso inyectable son marcadamente más notorios que aquellos que tienen que ver con los cuidados en las prácticas sexuales incluso cuando se habla de población en contacto con PRD.

Los datos del estudio "Corriendo la Bola",¹⁰³ en el que se encuestó UDIS sin contacto con PRD, mostraron la baja proporción de uso de preservativo. Estos datos confirmaron la tendencia que se hace evidente en la comparación entre UDIS en PRDs y UDIS sin contacto con PRDs de la menor incorporación del preservativo en el cuidado durante las prácticas sexuales respecto de los cambios en las prácticas de cuidado advertidos en el uso inyectable de drogas.

Recientemente, un análisis de 33 estudios sobre UDIS realizado en Estados Unidos, informó que había disminuido el sexo sin protección y se había incrementado el uso de condo-

¹⁰³ Ver referencia en p. 37.

nes entre los UDIs que se encontraban en contacto con programas comunitarios de reducción de daños, y que esta disminución de riesgos fue mayor en estos grupos que en otros que no participaban de dichos programas. Si bien estos hallazgos indican reducción de riesgo, la magnitud del cambio no fue considerable.¹⁰⁴

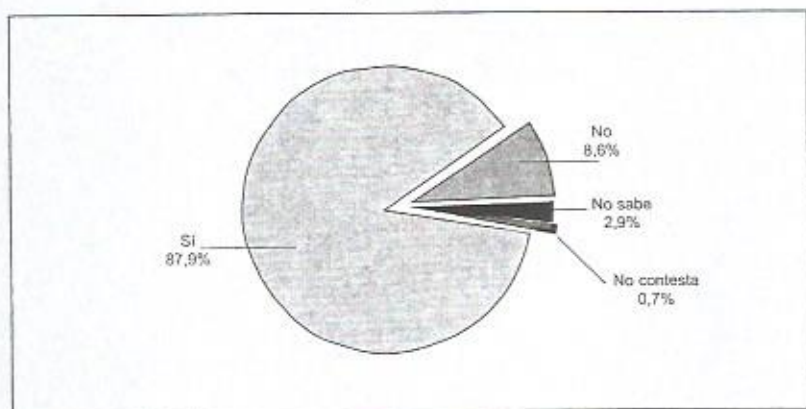
¹⁰⁴ Samaam S et al "A meta-analysis of the effects of HIV prevention interventions on the sex behaviors of drug users in the United States". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Volume 30, Sup. S 106-S 117, 2002.

El impacto del VIH/sida en el uso inyectable de drogas

Respecto de los cambios mencionados es necesario, además, tener en cuenta que en este estudio aparecen numerosos indicios, sobre los que es conveniente seguir trabajando, que obligan a prestar atención al impacto que la aparición y propagación del VIH/sida ha tenido y tiene en la población estudiada. En este sentido, un dato de fundamental relevancia (y uno de los más contundentes de este estudio) es la frecuencia con que aparece que los UDIS encuestados tienen familiares, amigos y/o conocidos muertos a causa del sida en los últimos años.

A la pregunta "*¿Murió algún familiar o conocido tuyo a causa del sida?*", 123 UDIS, el 87,9% de los 140 encuestados, respondieron que sí; cuatro dijeron no saber, y un UDI no respondió la pregunta. Sólo 12, de los 140, (el 8,6%) afirmaron no tener ningún familiar, amigo o conocido muerto a causa del sida.

Gráfico N° 48
 UDIs que tienen familiares, amigos o conocidos
 fallecidos por VIH/sida
 (N=140)



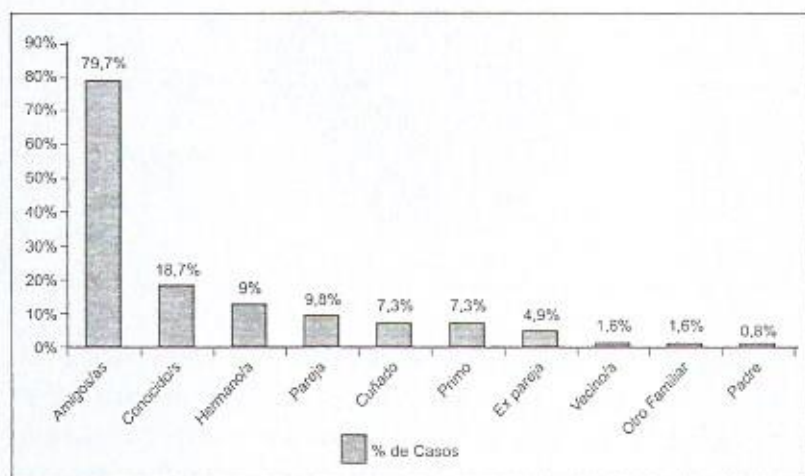
A los 123 UDIs que dijeron que al menos una persona cercana había muerto en los últimos años a causa del sida, se les preguntó *¿quiénes eran aquellas personas que murieron a causa del sida?*; es decir qué vínculo (familiar o de cercanía) tenían con dicha/s persona/s. Esta pregunta era de respuesta múltiple ya que era posible que los encuestados respondieran por más de una persona fallecida por sida. Fueron 178 las respuestas (aunque cabe aclarar que no necesariamente refieren a 178 muertes ya que muchos respondieron de modo general "Amigos" o "Conocidos" sin especificar el número).¹⁰⁵

La mayoría de las respuestas refirió a "amigos", luego conocidos, hermano/s, pareja. De los 123 UDIs que dijeron tener alguien cercano que falleció a causa del sida, el 79,7% (98) mencionó que al menos un amigo falleció por sida, el 13% (16) un hermano o hermana y casi el 9,8% (10) perdió a su pareja.

¹⁰⁵ Esto puede comprobarse al ver los datos sobre año de ocurrencia de las muertes, en donde el número de respuestas asciende a 345.

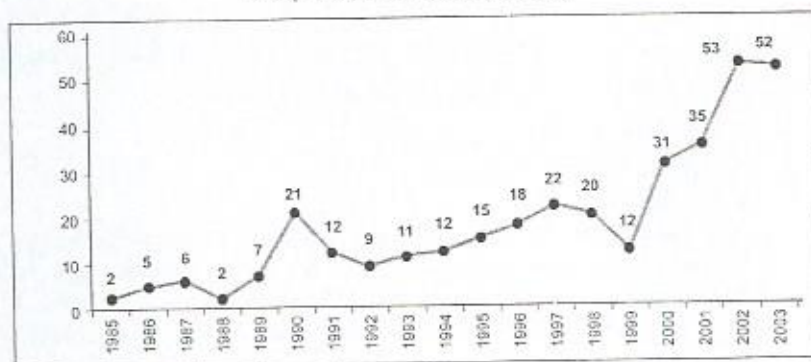
El siguiente gráfico muestra la información con más claridad:

Gráfico N° 49
Tipo de vínculo con las personas conocidas
que hubiesen fallecido por sida
(N=178)



Al indagar sobre los años en que las muertes de los amigos, familiares o conocidos de los UDIS encuestados ocurrieron, se obtuvieron 345 respuestas (el número de respuestas difiere respecto a la pregunta anterior ya que, como se mencionó, al preguntar si murió alguien cercano, muchos UDIS respondieron, por ejemplo, "amigos" pero al preguntar por los años de las muertes dieron varios años diferentes refiriéndose a cada uno de los amigos contenidos en la respuesta inicial).

Gráfico N° 50
 Número de amigos, familiares o conocidos fallecidos
 por sida según año
 Respuestas Múltiples (N=345)



Si se observa la tasa de mortalidad por sida entre 1990 y 2001 publicada en el Boletín sobre el sida en la Argentina, se advierte una curva ascendente hasta 1996 que desciende y tiende a estabilizarse en los años siguientes.¹⁰⁶ Sin embargo, comparando este dato con los que aportan los UDIS, parecería que entre los pares y familiares de la población alcanzada hubo muchas muertes concentradas en los últimos años. Si bien, puede que haya influido en el recuerdo de los encuestados el impacto de las muertes más recientes, una hipótesis que se desprende de esta información es que los UDIS han tenido poco acceso a los tratamientos para el VIH, lo que es corroborado en algunos de los estudios antes citados.¹⁰⁷ Es posible que incida la distancia de los UDIS del Sistema de Salud, muchas veces incrementada por el rechazo de muchos Servicios de Infectología a otorgar tratamiento antirretroviral a los que continúan usando drogas.

En las entrevistas en profundidad la referencia a la muerte de amigos, compañeros de uso inyectable, e incluso fami-

¹⁰⁶ Boletín sobre el sida en la Argentina, op. cit., p. 20.

¹⁰⁷ Moscatello et al, op cit.; Beveraggi et al, op. cit.

liares estuvo muy presente. El hecho de vivir con VIH generó importantes cambios en la vida de las personas, como se observa en los relatos de las entrevistas: más cuidado del cuerpo y del modo de inyectarse, cambio de vía de consumo (en pocos casos), cuidar al otro de una posible transmisión, y temor, o incluso abstención al tener relaciones sexuales.

P : ¿Cómo te iniciaste en el *pico*?

R : Me ofrecieron mis amigos.

P : ¿Cuándo fue eso?

R : Cuando tenía 17 años. Antes era más libre, compartía la jeringa, ahora lo hago sola en mi casa. De L., uno de los primeros que me ofreció *picarme*, era mi mejor amigo. Nos juntábamos en la casa de los *pibes* o los rincones del barrio... Mi mejor amigo, otros también cambiaron.

P : ¿Cuándo comenzaron esos cambios?

R : Cuando ya no tenía plata.

P : ¿Por qué crees que cambiaron esas cosas?

R : Porque el grupo se empezó a separar, hubo muchas muertes.

P : ¿Tu forma de *picarte* cambió en algún momento?

R : Sí, ahora me *pico* solo de vez en cuando, para el aniversario de mi amigo.

P : ¿Por qué crees que cambió?

R : Porque me sentía sola." (mujer, 23 años)

"P : ¿Cómo te iniciaste en el *pico*?

R : Bueno, al principio empecé con el *porro* solamente y muchas veces me habían ofrecido pero no lo acepté, después quise saber como era y lo hice sola en mi casa. Cuando tenía 20 años

P : Contame un poco de esa época ¿Cómo era el *pico* en ese momento?

R : En esa época se veían por todos lados, era como cosa normal

P : De los que se *picaban* con vos ¿A quiénes recordás? ¿Por qué?

R : A J., M., a M., porque todos estos eran los que más pisaban en el barrio y los que arrastraban a otros.

P : ¿Dónde se *picaban*?

R : En las manos, los pies, la panza.

P : ¿Se juntaban en algún lugar en especial?

R : Sí, en los recovecos, en los pasillos del barrio, el pasillo del kiosco de J, en el anfiteatro, eran lugares especiales por que no pasaba mucha gente y estaban poco iluminados.

P : ¿Qué droga se *picaban* más seguido?

R : Cocaína, Ketalar.

P : ¿Fueron cambiando esas cosas con el tiempo?

R : Sí. Ya la mayoría murió, ahora ya no se inyectan tanto.

P : ¿Cuándo comenzaron esos cambios?

R : En los años noventa. Al no estar esta gente, al cerrar los pasillos; y los más chicos empiezan por el *pegamento* y el *porro*.

P : Y tu forma de *picarte* ¿cambió en algún momento?

R : Sí, aunque no compartía con nadie cambió por lo del sida." (varón, 33 años)

"P : ¿Fueron cambiando esas cosas con el tiempo?

R : Y sí, porque antes nos *picábamos* un montón y ahora el grupo se fue disolviendo. Se fueron un montón y ahora somos re pocos.

P : ¿Cuándo comenzaron esos cambios?

R : Cuando falleció el T., que era el que más estaba con nosotros. Porque antes estábamos todos juntos, cuando falleció el T. todos se empezaron a ir, se *cortaron* todos, algunos empezaron a *ponerse la gorra* y cambió todo.

P : ¿Qué es *ponerse la gorra*?

R : Y ser *ortiva*, a veces nos *deschavaban*." (mujer, 22 años)

La mortalidad por sida de amigos o conocidos generó también cambios en la elección de una pareja sexual o incluso abstención a tener relaciones sexuales.

Desde que mis amigos murieron por VIH:

... "lo pienso dos veces si voy a estar con alguien".

... "lo pensás dos veces antes de estar (tener relaciones sexuales) con alguien".

... "cambiaron (las relaciones sexuales) en que tengo que cuidar al otro, antes no me importaba ahora me tengo que cuidar".

... "ahora estoy mucho más cagada de que se me corra el *forro* por miedo de contagiar al *pibe*".

... "prefería masturbarme solo y que se pierda por ahí, no ando mucho con ganas de tener sexo".

En un estudio realizado por Míguez y Grimson,¹⁰⁸ en re-

¹⁰⁸ Míguez, H.A. y Grimson R.W. "Patrones socioculturales del abuso de drogas intravenoso" Fundación Proyecto de Vida, Buenos Aires, septiembre de 1997, mimeo.

lación con las relaciones sexuales y los vínculos de pareja entre los UDIS, los entrevistados interpretaban que la presencia del VIH hacía aparecer a la muerte y la enfermedad, antes lejanas o ajenas, como una presencia concreta que afecta definitivamente la relación con los demás. Los entrevistados en nuestro estudio señalaron que modificaron los cuidados tanto en el uso inyectable como en el uso de preservativo cuando ellos mismos o personas cercanas contrajeron el VIH. También resaltaron como la epidemia de VIH/sida los indujo a cuidarse y a difundir las maneras de prevenir la transmisión del VIH con sus pares, especialmente con los más jóvenes.

"Si hoy me dicen que vaya y me meta de nuevo en los lugares donde me metía y me *piqué* como me *picaba*. No. Cambió en que me cuido ahora. Porque ahora sé lo que significa el VIH. Sé lo que es. Cambió en el compartir, yo misma le hablo a mis amigos les digo: '*loco rescatate* que te podés infectar'. Porque ya un montón de mis amigos ya fueron así, tengo un montón de amigos muertos por VIH. No sólo por *picarse*." (mujer, 29 años)

"Cuando *pintó* el sida hubo muchos que no le *dieron bola*, así están también. Hubo muchos que abrimos los ojos y dijimos: 'no, pará, évos lo viste cómo se murió aquél?' Sí, bueno entonces ¡hay que abrir los ojos o nos vamos a matar todos juntos! Y esto pasó más o menos en los años ochenta y nueve y noventa porque antes no se sabía nada. No había información de ningún tipo de clase. Tuvimos que enterarnos porque se murió un amigo de sida, no porque nos pasaron un panfleto como hacemos ahora que nos peleamos todos para pasar un panfleto o para repartir un preservativo. Todos nos *copamos* en esa, ahora. Pero en el noventa que había, nada. Nadie sabía de lo que era compartir una jeringa, lo que era, te puedo decir mil cosas, ni un *forro*, ni para qué servía." (varón, 33 años)

En uno de los grupos de discusión realizados con usuarios de drogas en un barrio del conurbano bonaerense se registraron también reiteradas referencias al impacto que las muertes por sida tuvieron en sus prácticas. Resulta interesante cierto consenso que se puede observar en el grupo focal acerca del uso inyectable en el pasado y en la actualidad:

–“Antes había mucho” –dijo uno.

–“¿Dónde?” –coordinador.

–“Antes se picaban mucho en barcos abandonados, casas viejas, lugares públicos pero poco visibles como debajo de un puente o en un jardín. Había que estar muy loco para picarse en la vía pública a la vista de todos. Nosotros (señalando a B) éramos del *pico* pero dejamos” –dijo A– “ahora la tomamos (inhalar)”.

–“Hubo muchos que murieron. A pesar de ser más joven y de no haber sido UDI” –dijo– “hubo un susto grande”.

–“Cuándo?” –coordinador.

–“Y, hace diez años atrás. El susto fue la cantidad de muertes, básicamente por HIV más que por sobredosis”.

Nuevamente se mencionó que existe *una “veintena de amigos que ya no están”*. El número es un signo fuerte de ese “susto” del que se habló, ese susto que llevó a muchos a que se “corte la historia del pico”.

Las parejas de usuarios/as de drogas inyectables

Se aplicó la encuesta a una muestra de 35 parejas actuales de UDIS, accediendo a distintas redes, en las que se distinguen claramente dos grupos de sujetos que tienen perfiles específicos y en algunas variables opuestos (sexo, identidad sexual, nivel socioeconómico, nivel educativo, percepción y uso de drogas, actitud hacia el uso inyectable).

Esta diferencia se vincula con el tipo de muestreo realizado. Como ya se señaló, fue muy difícil acceder a esta muestra por criterios de confidencialidad, ya que muchos/as no conocen el uso inyectable de su pareja. Por ese motivo se buscó dos fuentes de reclutamiento: una de ellas fueron los servicios de atención sanitaria a través de la cual se accedió a la muestra de parejas mujeres. Otra fuente fueron las redes de consumo de drogas en las que tenía amigos uno de los entrevistadores, lo que permitió llegar a la muestra de parejas varones.

Por este motivo se presentan por separado los datos de ambos grupos.

8. 1. Perfil de las parejas mujeres

A diferencia de la submuestra de varones, la submuestra de 20 mujeres parejas de UDIS encuestadas fueron mujeres pobres (el ingreso mensual se concentró entre cien y trescientos

pesos), la mayoría (19) vivían en el conurbano bonaerense, tenían más bajo nivel educativo (la mitad, 11, tenían nivel primario completo, una primario incompleto, siete nivel medio incompleto y sólo una nivel medio completo). La edad osciló entre 19 y 43 años.

A diferencia de la submuestra de varones en la que todos trabajaban, en la submuestra de mujeres, sólo la mitad (10) contestó que trabajaba. Las otras mujeres cobraban el "Plan Jefes/as de Hogar" (3/20), cobraban subsidio por desempleo (1/20), "las mantienen otros" (2/20) o hacían "changas" (4/20). Entre las que trabajaban fuera de la casa, la media del total de horas trabajadas la última semana fue de 24 horas, casi la mitad de horas semanales que trabajaban los hombres de la otra submuestra.

Esta submuestra accedió en mayor medida que la submuestra de varones al sistema público de salud (19/20). La mitad (10/20) habían perdido su obra social en los últimos años (entre 1997 y 2000).

Convivían más con familiares en esta submuestra que en la de varones. Estas mujeres convivían con: pareja (15/20), hijos (12/20), hermano (3/20) y madre (3/20). En dos casos vivían solas. La mayoría (17) tenía hijos.

La indagación de las **redes** de ayuda brinda importantes claves para contextualizar las experiencias de los sujetos y para futuras intervenciones. Por estos motivos se les preguntó *¿a quién le pedís ayuda?* Las respuestas fueron más diversas e incluyeron más a vínculos de parentesco que en la submuestra de varones que recurrían a menos personas. Las mujeres dijeron que les piden ayuda a: los/as amigos/as (9/20), la madre (9/20), y en menos casos, los/as hermanos/as (5/20), la pareja (3/20) y los vecinos (3/20).

Ante la pregunta: *¿quién te pide ayuda a vos?*, las respuestas, no excluyentes, fueron: los/as amigos/as (12/20), los/as

hermanos/as (10/20), y en menos casos, la madre (5/20) y la pareja (4/20).

La mitad (11) de las encuestadas había consumido drogas alguna vez, de las cuales seis también consumían en la actualidad. Sólo dos habían consumido drogas por vía inyectable en el pasado. Y en sólo tres casos habían tenido otra pareja previamente que consumía drogas por vía inyectable.

El **estado de salud** era el siguiente: tres habían sido diagnosticadas de hepatitis, ninguna de TBC, y seis de ITS. Casi todas (19/20) habían realizado el análisis de VIH/sida, siendo la serología positiva sólo en dos casos.

Los **UDIS que estaban en pareja con las encuestadas** también tienen bajo nivel educativo. Las actividades de subsistencia eran: "changas" (11/20), trabajo (4/20), Plan Jefes y Jefas de Hogar (3/20), robos y hurtos (2/20), los mantienen otros (1/20) y cirujeo (1/20). Nuevamente este es un indicador de la pauperización que sufrió gran parte de la población en los últimos años. Mientras que en 1998 eran 11 los que trabajaban y cuatro los que realizaban changas; actualmente, seis años después, el número está invertido: son once UDIS los que hacen changas y cuatro los que trabajan más regularmente.

De los UDIS que estaban en pareja con las encuestadas, nueve tenían el virus de la hepatitis, cuatro fueron diagnosticados con ITS y 16 UDIS se habían realizado el análisis de VIH/sida, de los cuales siete tuvieron una serología positiva y dos no sabían el resultado.

Una pregunta que permitió comprender la **percepción del uso inyectable** que tenían estas mujeres es si ellas consideraban que el uso inyectable de su pareja era un problema para la pareja, a lo cual la mayoría (16/18) contestó que sí lo era. Lo asociaron a que les impide hablar con ellos, a que lo "ven mal" emocionalmente (ensimismamiento o agresión) y físicamente (heridas en los brazos); a los problemas que aca-

rea la visibilidad de la práctica inyectable; a motivos económicos por el gasto que implica para el grupo familiar, y a problemas con el trabajo, con los amigos y/o con la familia. En general, expresaron afecto por su pareja, pero atravesado por sentimientos que van desde el rechazo a la negación, desde el enojo a la resignación.

“Por los chicos, el trabajo, los problemas económicos, sus amigos.”
(mujer, 30 años)

“Porque se lleva el dinero que logró juntar, la violencia cuando se *pica* en casa, más los chicos que escuchan y ven.” (mujer, 43 años)

“Se va de *mambo* y es lo único que le importa. No puedo proyectar nada con él y sus brazos lastimados.” (mujer, 35 años)

“Porque no estoy de acuerdo, no me gusta porque el tipo de droga no lo tolero para nadie ni para mí.” (mujer, 19 años)

Resulta interesante a los fines de los objetivos de este estudio señalar que los UDIs, parejas de estas mujeres encuestadas, en general no comparten actualmente las jeringas (18/20) pero cuando se preguntó si compartían la jeringa hace seis años, fueron 12 las que contestaron que sí, seis que no sabían y sólo dos aseguraron que su pareja no las había compartido. Esto nos conduce a la pregunta acerca del conocimiento que tienen las parejas de los UDIs de las prácticas de riesgo que hayan tenido.

Es así que se indagó acerca de la **comunicación** entre los miembros de la pareja respecto del uso inyectable, preguntando si hablaban del tema, a lo cual casi un tercio (7/20) de las parejas de UDIs contestaron que no hablaban, y dos tercios (13/20) que sí conversaban sobre el tema. Cuando se indagaron los motivos por los que no hablaban acerca del uso inyectable, las encuestadas argumentaron que ellas, o su pareja se negaban a hablar del tema, porque: les impresiona o para evitar discusiones, malestar e incluso maltrato. Como se puede apreciar en los relatos se significó como un tema de esos de los que “no se habla”.

- "Porque yo me enojo, terminamos peleados." (mujer, 32 años)
- "Pasé tanto que yo no quiero hablar, si él lo hace no me dice para que no me angustie." (mujer, 36 años)
- "Porque yo no lo quiero escuchar. Yo le puedo decir lo que yo quiera. Yo lo *basureo* porque él me contagió (VIH)." (mujer, 33 años)
- "Yo no quiero hablarlo. Me da mucha impresión." (mujer, 39 años)
- "A él no le gusta hablar sobre eso. Si toco el tema me grita, me maltrata. No quiere que nadie se meta." (mujer, 20 años)

La mitad de las mujeres que están en pareja con UDIS expresó que cuando él se inyectaba no tenían relaciones sexuales. La mayoría de estas mujeres (19) también dijo que a su pareja le cambiaban las ganas de tener relaciones sexuales luego de inyectarse. Describieron que ellos no tenían interés en tener relaciones sexuales (ensimismamiento, "*estar colgado*") o que cambiaban cuando se inyectaban (menos cariñosos, más agresivos).

- "Sus condiciones físicas no responden a las circunstancias del momento (impotencia - flaccidez)." (mujer, 25 años)
- "Se encierra en él, queda como autista, no tiene ganas." (mujer, 23 años)
- "Después de una hora o dos, él me busca, pero yo no quiero saber nada." (mujer, 33 años)
- "No tiene ganas de tener relaciones sexuales, está *colgado*." (mujer, 36 años)
- "El quiere tener. Insiste pero no puede. Y en realidad no puede hacer nada." (mujer, 39 años)
- "Es que ni me mira. Se pone *loco*, alucina. Se pone muy violento." (mujer, 20 años)

Cuando se indagó qué les sucedía a ellas frente a esta situación, 19 dijeron que cambiaban sus propias ganas de tener relaciones sexuales cuando su pareja se *pica*. Argumentaron que es porque se les va el deseo/las ganas, les produce rechazo/asco, sienten extrañeza, les genera temor y no quieren tener ningún contacto físico con su pareja.

"No tenía ganas de dormir con él, me daba miedo, me hacía sentir perseguida." (mujer, 32 años)

"No quiero que ni me toque más si no se baña después de que se *pica*, no quiero que ni se acueste en la cama." (mujer, 35 años)

"Me daba asco, no quería, me ponía mal, no me daban ganas." (mujer, 26 años)

"Me produce rechazo. Porque se excita con su consumo, no conmigo." (mujer, 41 años)

"No me gusta. No es la misma persona, actúa diferente." (mujer, 36 años)

"Cuando él se *pica* está muy agresivo, como que se transformaba en otra persona. Todos los brazos morados y pinchados. Con una persona que se pone agresiva, no tenés ganas de hacer nada." (mujer, 20 años)

Se preguntó si cambia el **uso de preservativo** cuando su pareja se inyecta: Hay parejas que dijeron no usarlo nunca (2/20) o algunas veces (4/20) y otras que cuando su pareja se *pica* no tienen relaciones sexuales. Pero ¿qué sucede con las parejas que suelen utilizar preservativo y que tienen relaciones sexuales luego de que él se inyecte? Hay diversas situaciones: está acordado previamente que se usa siempre, son ellas las que compelen a su pareja a usar preservativo, su pareja no confía en la utilidad del preservativo o cuando él consume drogas se olvida de usarlo.

"Porque cuando se *pica* se olvida el acuerdo." (mujer, 43 años)

"Porque con la *locura* que tienen no saben si lo usan o no. Cuando están *careta* lo usan." (mujer, 23 años)

"Porque por ahora estamos de acuerdo en usar." (mujer, 25 años)

"Yo le huyo, si no quiere usar cuando está bien imagínate cuando está drogado." (mujer, 33 años)

"Es algo que está hablado, es así, o no es." (mujer, 36 años)

"Por más que él no esté coherente con lo que él dice, yo sé lo que quiero (usar preservativo)." (mujer, 19 años)

"Porque la decisión es mía, se usa y no hay otra." (mujer, 32 años)

"El no quería usarlo porque decía que era una boludez, que yo no confiaba en él." (mujer, 20 años)

8. 2. Perfil de las parejas hombres

Esta submuestra de 15 hombres, es muy diferente de la anterior de mujeres, ya que los encuestados pertenecen a un sector económico-social más alto (la mitad tenía un ingreso de entre quinientos uno y setecientos pesos). El nivel educativo también es mayor (seis eran universitarios y siete habían terminado el secundario) y la mayoría trabajaba (14/15), siendo la media de horas semanales de trabajo de 46 horas. Tenían un mayor acceso al sistema de obras sociales (12/15) y sus parejas tenían un perfil socio - económico y educativo similar. La edad osciló entre los 26 y los 52 años, y casi todos vivían en la Ciudad de Buenos Aires.

Otra diferencia entre las dos submuestras es que las mujeres son heterosexuales y los hombres son homosexuales. Todos los encuestados habían hecho uso inyectable de drogas al menos una vez, y en la actualidad seguían consumiendo drogas aunque no por vía inyectable. La mayoría (ya que se trata de una red de conocidos) tenían vinculación laboral con el ámbito sanitario.

El perfil del grupo conviviente de los encuestados, parejas de UDIS era el siguiente: vivían solos (8/15) o con su pareja (5/15), y sólo un caso vivía con el padre y otro con el hermano. Sus redes de ayuda eran muy acotadas, ya que ante la pregunta *¿A quién le pedís ayuda?*, la mayoría remitía a la pareja (14/15), y en dos casos a los amigos. Y a ellos les piden ayuda: los amigos (12/15), la pareja (7/15), un hermano (1/15), y en un caso, nadie.

Con respecto al **estado de salud**, casi todos los encuestados (14/15) vivían con VIH, cuatro habían tenido hepatitis B, y dos TBC. La situación era similar entre sus parejas UDIS ya que: 14 vivían con VIH, cinco habían tenido hepatitis B y 14 alguna vez tuvieron ITS.

Como en la otra submuestra, las respuestas abiertas a la pregunta sobre el **uso inyectable** fueron nodales para com-

prender sus percepciones del tema. Son 14 los que dijeron que no es un problema que la pareja se inyecte. Relataron que la situación de uso inyectable *forma parte de la pareja*, incluso que es una práctica que los une, refiriendo que uno de ellos inició al otro en el uso inyectable o que la pareja se inició en una situación *de pico*. En varios relatos se hizo referencia al *pico* como si fuera un sujeto

"El *pico* es uno más entre nosotros dos." (varón, 33 años):

"Ambos tenemos dinero y nos conocimos *poniéndonos*, así que no es problema alguno el *pico* en nuestra relación." (varón, 33 años)

"El *pico* es parte de la pareja." (varón, 42 años)

"Nos conocimos con el *pico* en la casa de unos amigos." (varón, 43 años)

"El me enseñó los lujos y perjuicios del *pico*." (varón, 43 años)

"El me enseñó a *picarme*." (varón, 26 años)

Cuando se indagó si hablaban del tema con su pareja, diez contestaron que lo hacían y cinco que no. Sin embargo, se observa la falta de **comunicación** acerca del tema en que 11 de 15 dijeron que no sabían si su pareja compartía las jeringas en el pasado, aunque 14 afirmaron que actualmente sus parejas no comparten.

La actitud y el sentido que confirieron a la práctica inyectable fue muy distinto al de la submuestra de parejas mujeres. Por ejemplo, en relación a los cambios en sus "gananas de tener sexo" cuando su pareja se inyecta, diez dijeron que no cambiaban y cinco que sí.

Los que dijeron que cambiaban sus ganas, en realidad refirieron a que cuando su pareja se inyectaba, no tenían relaciones sexuales. Sin embargo, no expresaron sentimientos de enojo, ni pareciera que la situación les generara conflictos porque ellos mismos experimentaron el uso inyectable y manifestaron comprensión de lo que le pasaba a su pareja en esos momentos.

"Nos quedamos juntos y no cogemos." (varón, 42 años)

"En el momento de *ponerse* el placer es más elevado que un orgasmo." (varón, 33 años)

Entre los que expresaron que no cambian sus ganas de tener relaciones sexuales cuando su pareja se inyecta (10/15), se observó tolerancia hacia la práctica inyectable del otro, en actitudes como esperar sus tiempos y ausencia de rechazo o conflicto, a diferencia de lo hallado en la submuestra de mujeres.

"Es que en ese momento es su *mambo*, su *pico*, como si sólo estuviera él, respeto su tiempo, igual si yo me *puse* estoy *duro* así que no cojo." (varón, 33 años)

"Me cuesta subirme a su *locura*." (varón, 50 años)

Con respecto al **uso de preservativo**, era discontinuo en las relaciones anales (en todos los casos dijeron que lo utilizaban *a veces*), y nulo en el sexo oral (*nunca lo usamos*).

Al indagar si a ellos les sucedía que *Cuando alguien se droga no usa forro*, los diez que no dejaban de tener relaciones sexuales cuando su pareja se inyectaba, dijeron que en esa situación dejaban de usar preservativo por distintos motivos.

"Cuando nos ponemos cada cual tiene su *mambo* y a veces gozamos más." (varón, 33 años)

"Es tal el placer del *pico* que si estás *al palo* ni pensás en el puto *forro*." (varón, 43 años)

"Es jodido que quieras *coger* después del *pico*, pero si te pasa *ichau forro!*" (varón, 33 años)

"Si después del *pico* querés *coger* es un milagro, entonces no perdés el tiempo con el *forro*." (varón, 33 años)

"El *pico* te da un orgasmo mejor que el sexo, es por eso que el *forro* pasa a segundo lugar." (varón, 31 años)

8. 3. Diferencias más significativas

En esta investigación se observaron dos perfiles de parejas de usuarios inyectables. Las submuestras se diferencian en que una es de mujeres heterosexuales de bajo nivel educativo, bajos ingresos y que atiende su salud en hospitales públicos y la otra de varones homosexuales de mayor nivel educativo, ingresos que duplican a los del otro grupo, con trabajos estables y atención de salud en el sistema de obras sociales.

El grupo conviviente difiere en ambas submuestras. Los hombres vivían casi todos solos o con su pareja, mientras que las mujeres convivían con más personas, especialmente pareja y familiares. A la vez, las redes de ayuda de la submuestra de varones eran muy acotadas (la pareja y en dos casos, los amigos), mientras que las redes de las mujeres fueron más diversas, amplias e incluyeron a familiares y vecinos.

Otra variable que también "divide las aguas" entre ambas submuestras es que los varones encuestados habían hecho uso inyectable de drogas "al menos una vez", y en la actualidad seguían consumiendo drogas aunque no por vía inyectable. Mientras que sólo la mitad (11) de la submuestra de mujeres había consumido drogas alguna vez (dos por vía inyectable) y 6 consumían en la actualidad.

En ambas submuestras hubo un tercio de las parejas que no hablaban acerca del uso inyectable, y en varios casos no sabían si su pareja alguna vez compartió elementos en la práctica inyectable.

Se puede observar en la submuestra de varones, que refirieron más problemas de salud que en la de mujeres. Mientras que casi todos (14) los encuestados varones vivían con VIH, cuatro habían tenido hepatitis B, y dos TBC; entre las mujeres: tres (sobre 20) habían sido diagnosticadas de hepatitis, ningun-

na de TBC, y 6 de ITS. Casi todas habían realizado el análisis de VIH/sida, siendo la serología positiva sólo en dos casos.

La **percepción del uso inyectable** fue muy distinta en ambos grupos. Mientras que por un lado para los varones no era un problema que la pareja se inyectara, la mayoría de las mujeres contestó que sí era un problema el uso inyectable, argumentando que: les impide hablar con su pareja, lo "ven mal" emocional y físicamente; les genera gastos para el grupo familiar, problemas con el trabajo, con los amigos y/o con la familia. Esta diferente percepción se expresaba también respecto del contacto sexual después del uso inyectable.

Las respuestas a la pregunta acerca del **uso de preservativo** cuando su pareja se inyecta, son similares en ambos grupos ya que, entre los que tienen relaciones sexuales en esas situaciones, algunos/as manifestaron que se olvidaban de usarlo.

Aunque esta muestra es acotada numéricamente, permiten generar preguntas y esbozar nuevas hipótesis para futuras investigaciones y para intervenciones focalizadas en poblaciones específicas con construcciones sociales diversas acerca del uso inyectable, de las prácticas de cuidado y de riesgo. Lo que muestra claramente la información cualitativa es la diferencia en la experiencia de los sujetos según su identidad sexual, condiciones de vida y relación con el uso inyectable.

Las intervenciones con usuarios de drogas

En la Argentina, como en la mayor parte de América latina, los servicios de atención a usuarios de drogas frecuentemente basan sus intervenciones en un modelo abstencionista, cuyo objetivo prioritario es el abandono del consumo. La condición de ingreso a muchos de estos servicios de tratamiento es la suspensión del uso de drogas, lo cual plantea una situación paradójica: aquellos que concurren a un servicio con el objetivo de dejar de consumir, deben hacerlo para comenzar el tratamiento.¹⁰⁹

Estos dispositivos asistenciales responden a una política en la que la prohibición se instala como un concepto clave, en el que se entrecruzan dos líneas de justificación: la jurídico-penal, fundada en argumentos de orden público, y la terapéutica, fundada en argumentos psiquiátrico-psicológicos, ambos con fuertes contenidos morales. Las categorías uso/usuario de drogas se construyen a partir de un compromiso entre estas dos líneas de justificación, compromiso que se forma de manera difusa en la sociedad, se explicita por los expertos y se formaliza por el Derecho, que le otorga estabilidad y una forma operacional.

¹⁰⁹ Rossi, D. "Uso de drogas. El sentido de la intervención" en Revista Análisis. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas, Volumen I, Nº 1, Ed. Federación Internacional de Universidades Católicas y Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, junio de 1998.

La regulación jurídica acerca de drogas ilegales actualmente en vigencia en Argentina es la Ley 23.737, que sanciona penalmente la tenencia de drogas para uso personal. Un ejemplo del mencionado compromiso que surge de esta norma, es la medida de seguridad curativa.¹¹⁰ Este dispositivo conjuga en una sola figura, una forma de intervención autoritaria, propia de lo penal, y un contenido no autoritario, propio de lo terapéutico.

El problema de las drogas es pues definido y difundido, en tanto preocupación y justificación de medidas punitivas o terapéuticas, por una serie de instancias de control que lo proyectan sobre los individuos. Parte de estos argumentos son evidentes en el discurso de los operadores de los ámbitos sanitario, comunitario y penal que entrevistamos en el marco del estudio.

Por otra parte, y en especial como resultado del impacto de la epidemia de VIH/sida en la población UDI, comenzaron a instalarse en el país intervenciones desde la perspectiva de reducción de daños. Inicialmente planteadas como experiencias piloto, acotadas y marginales a la respuesta socio-sanitaria

¹¹⁰ La ley 23.737 sanciona penalmente la tenencia de drogas. En caso de que el tenedor compruebe que los estupefacientes están destinados a su consumo personal y que depende física o psíquicamente de drogas, la punición puede ser reemplazada por una medida de seguridad curativa. Si esa persona se niega a recibir tratamiento, debe cumplir la pena establecida para la tenencia de drogas. Si acepta, una vez que ha concluido el tratamiento en forma satisfactoria y después de un lapso de tres años, previo dictamen de peritos que acrediten que ha logrado una "reinserción social plena, familiar, laboral y educativa", podrán suprimirse los antecedentes penales. En caso de que transcurridos dos años de tratamiento no se obtuviera un grado aceptable de recuperación por su falta de colaboración, "se reanuda el trámite de la causa (en el caso de procesados) y podrá aplicársele la pena" y en el caso de condenados, "el tribunal hará cumplir la pena en la forma fijada en la sentencia". Ley 23.737, art. 17, 18, 21 y 22.

al problema de las drogas,¹¹¹ estas intervenciones han ido ocupando un espacio creciente en la agenda pública.¹¹²

En el marco del Proyecto Lusida de Lucha contra el sida y Enfermedades de Transmisión Sexual,¹¹³ mediante el Fondo de Asistencia a Organizaciones de la Sociedad Civil, se financiaron 16 proyectos dirigidos a usuarios de drogas, por un monto total de 403.000 dólares, concentrados casi en su totalidad durante el año 2001. Asimismo en marzo del 2002, la Argentina concursó y obtuvo financiamiento del Fondo Global de Lucha contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria, para el proyecto "Actividades de apoyo a la prevención y el control del VIH/sida en la Argentina".¹¹⁴ En las dos primeras convocatorias realizadas en marzo de 2003 y marzo de 2004, se previeron montos de 50.000 y 130.000 dólares respectivamente, para el financiamiento de proyectos destinados a usuarios de drogas inyectables.

Por otra parte, el desarrollo del Proyecto Regional sobre VIH/sida asociado al uso de drogas en los países del Cono Sur, en sus dos etapas de 2000 y 2003, no sólo permitió el financiamiento de programas de reducción de daños sino implicó fundamentalmente a diversos organismos del Estado Nacional y Municipios en la ejecución de actividades.

¹¹¹ Intercambios Asociación Civil inició el primer programa de distribución de jeringas estériles a UDIs en 1999, en el Municipio de Avellaneda, en el marco de un proyecto financiado por ONUSIDA. Ver Touzé G. et al, op cit.

¹¹² Touzé, G. "Obstacles to the development of prevention and public health policies in Argentina" en *Clinical Infectious Diseases*, 2003:37 (Sup. 5) ps. 372-375.

¹¹³ El Proyecto Lusida se ejecutó entre 1998 y 2003 mediante un préstamo del Banco Mundial de 15 millones de dólares. El Fondo de Asistencia a Organizaciones de la Sociedad Civil financió en 4 años, 131 proyectos de prevención del VIH/sida dirigidos a grupos vulnerables por un monto de 5.203.132 dólares.

¹¹⁴ El proyecto estaba orientado a reforzar la sustentabilidad y garantizar la continuidad de ejes clave del Plan Estratégico en VIH/sida e ITS 2001-2003, coordinado por el Programa Nacional de SIDA. Para ello, Argentina recibió un monto inicial no reembolsable de más de 12 millones de dólares.

También en el plano regulatorio se advierten nuevas tendencias. En el año 2000, la Secretaría de Prevención de la Drogadicción y Lucha contra el Narcotráfico dictó la Resolución 351 que recomienda al Ministerio de Salud de la Nación la adopción de programas y/o medidas en la perspectiva de reducción de daños. Asimismo, en el último período se han presentado diversos proyectos de ley en la Cámara de Diputados de la Nación que abonan esta perspectiva.¹¹⁵

Simultáneamente, la Argentina está transitando un período de cambio en lo que respecta a las políticas y normativas sobre salud reproductiva: desde la tradicional actitud refractaria a políticas de control de la natalidad, se está haciendo visible y presente la problemática, aparecieron leyes en diferentes ámbitos localizados, hay una actitud favorable de la opinión pública frente a las posibles innovaciones legales. A nivel nacional, el 30 de octubre de 2002¹¹⁶ el Senado convirtió en ley el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que obliga al Estado, a las obras sociales y a las empresas de medicina prepaga, a prescribir y suministrar métodos anticonceptivos a quienes lo soliciten. La ley, que fue resistida por sectores de la Iglesia Católica y por un reducido grupo de senadores, apunta además a brindar educación sexual y prevenir las enfermedades de transmisión sexual, el sida y el cáncer genital y mamario.

Estas nuevas perspectivas de trabajo también se eviden-

¹¹⁵ Entre los más significativos: proyecto 1450-D-03 de modificación a la Ley 23.737, incorporando el art. 28 bis, que exceptúa de punición a los integrantes de equipos de salud que implementan programas para reducir el contagio de enfermedades por vía sanguínea; proyecto 2657-D-03 de promoción de las estrategias sanitarias de reducción de daños; proyecto 5616-D-03 de modificación a la Ley 23.737, despenalizando la tenencia de drogas para uso personal.

¹¹⁶ Las fuentes son los Sitios Web de los diarios más importantes a nivel nacional, *Clarín*, *Página 12* y *La Nación*.

cian entre los operadores de los ámbitos sanitario, comunitario y penal entrevistados.

9. 1. Un punto de partida

En relación con los cambios en la percepción acerca de las medidas de reducción de daños partimos de un diagnóstico realizado en Buenos Aires en 1994¹¹⁷ que identificaba opiniones de profesionales de la salud y operadores de programas de tratamiento de usuarios de drogas.

La mayoría de los centros de atención de adicciones se fundaban en esos años en el modelo de comunidad terapéutica. Sus principios abstencionistas dificultaban el trabajo con el tema de la sexualidad y el sida. Por otra parte, las organizaciones que trabajaban específicamente en sida, encontraban dificultades para la atención de personas que usaran drogas y vivieran con el VIH, por los estereotipos de la "autodestrucción" al que se sumaba el de la "peligrosidad", atribuidos ambos a los usuarios de drogas.

En 1993 se produjo una publicación basada en investigaciones de diversos países, que desmitificaban el estereotipo de la personalidad del usuario y avalaban la eficacia en términos sanitarios de las medidas de reducción del daño.¹¹⁸ Asimismo, se divulgaron las recomendaciones de organismos internacionales acerca del intercambio de jeringas.

Dicho material se distribuyó entre los servicios de salud pública y organizaciones no gubernamentales dedicados al te-

¹¹⁷ Touzé, G. y Rossi, D. "Opportunities and obstacles to harm reduction in Argentina" en Abstract Book 6th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1995, M6:146.

¹¹⁸ Touzé, G. y Rossi, D. *Sida y drogas: ¿Abstención o reducción del daño?*, FAY, Buenos Aires, julio de 1993.

ma sida y al tema drogas. Cuando se distribuyó la publicación mencionada se acompañó de una encuesta de opinión dirigida a sondear la postura en relación con la distribución de condones, jeringas y la posibilidad de aplicación de dichas medidas en su ámbito de trabajo. La encuesta fue distribuida por correo, su respuesta era voluntaria y quedaba librada a la iniciativa de quien la recibiera, y en algunos casos a la autorización de los directivos de la institución. La respuesta fue de un 10% del total de envíos. Los resultados obtenidos fueron significativos respecto de la opinión de esa población.

El 24% de las respuestas correspondió a trabajadores sociales, el 22% a psicólogos, el 13% a médicos, el 5% a operadores de comunidades terapéuticas, distribuyéndose el resto entre otras profesiones.

Con respecto al tipo de institución en que se desempeñaban los encuestados, el 78% lo hacía en el ámbito gubernamental y el 22% en el no gubernamental, siendo el 30% organizaciones especializadas en el tema sida, el 24% en salud general y el 20% en drogas.

La distribución geográfica de los encuestados correspondió a la Ciudad de Buenos Aires (58,5%), el conurbano bonaerense (9,5%), el interior de la provincia de Buenos Aires (8,5%), Rosario (17%) y Neuquén (6,5%).

El 79% admitió que la publicación le había brindado aportes para el desarrollo de sus tareas habituales y el 69% la había difundido en su ámbito de trabajo.

El 90% de los encuestados estuvo de acuerdo con la distribución de condones entre usuarios de drogas. El 73% de ellos argumentó que reduce los riesgos de infección. Entre quienes se mostraron en desacuerdo, el 50% fundamentó su rechazo en que "la distribución no garantiza el uso".

El 90% de las respuestas fue favorable a los programas de intercambio de jeringas. El 68% de ellas argumentaba que re-

ducen los riesgos de infección. De los encuestados que respondieron negativamente, el 71% fundamentó su posición en que dichos programas "promueven el uso de drogas".

El 70% de los encuestados no consideró factible implementar un programa de intercambio de jeringas en su medio por diferentes razones de las que citamos las más mencionadas: debido a los prejuicios y actitudes sociales el 51%, a las políticas vigentes el 14%, por la actitud de los sectores de poder el 7%, por los obstáculos legales el 5,6% y por las limitaciones presupuestarias el 5,6%. Es interesante señalar que entre quienes respondieron que sí consideraban factibles estos programas, el 73% no pudo fundamentar su opinión.

A pesar de que estos datos sólo nos permiten observar tendencias en un momento histórico determinado, en el que todavía no existían programas de reducción de daños en el país, conviene resaltar la distancia que señalaba la mayoría de quienes adoptaron una actitud positiva frente a las medidas de reducción del daño con la factibilidad de su implementación.

9. 2. Caracterización de la muestra de operadores

En el estudio actual, realizado diez años después de las opiniones aludidas, organizamos la información proveniente de las entrevistas en profundidad a operadores sanitarios, comunitarios y del ámbito penal en diferentes apartados en los que se hace referencia a su percepción acerca de los cambios en el consumo de drogas, y los cambios en la política gubernamental nacional, local y no gubernamental en materia de drogas. Finalmente se recabó su opinión sobre los resultados de la política de reducción de daños.

La organización de los datos busca reflejar discursos y sentidos de los informantes, ya que el tiempo en el que se re-

alizó el estudio y la presentación de los resultados no permitió hacer un análisis más exhaustivo del material aportado por los entrevistados. La riqueza de su aporte radica en la heterogeneidad de las experiencias y concepciones de los informantes, así como también en la diversidad de inserciones que representan. Por otra parte, difícilmente se puedan planificar cambios en las intervenciones con usuarios de drogas sino se consideran las representaciones sociales y las prácticas de quienes están directamente relacionados con los diferentes dispositivos de control social. El estudio busca aportar claves para la acción preventiva, razón por la cual seleccionamos a los informantes que serían entrevistados considerando los tres ámbitos claves en los que se desarrollan intervenciones con usuarios de drogas.

Definimos como ámbito comunitario a los dispositivos de atención públicos y privados propios de los programas preventivos orientados a población vulnerable para la transmisión del VIH que tuvieran contacto directo con UDIS en ese marco. Muchos de esos informantes fueron ex usuarios inyectables y la mayoría no tenía formación técnica o profesional. Por ámbito sanitario entendimos a los dispositivos de atención públicos y privados que desarrollaran acciones orientadas a los problemas de salud asociados con el uso de drogas. Los informantes de este ámbito tenían formación profesional, mayoritariamente en disciplinas sanitarias y buscamos personas con prolongada trayectoria en el tema. Finalmente, entendimos por ámbito penal a los dispositivos de atención públicos y privados que trabajaran en la aplicación de las normas jurídicas relacionadas con el uso de drogas. La mayoría de los informantes de este ámbito tenían formación como abogados y muchos de ellos tomaban decisiones políticas en las dependencias en las que trabajaban. De los 27 entrevistados, nueve pertenecían al ámbito comunitario, nueve al sanitario y nueve al penal.

Entre los operadores comunitarios, tres eran operadores de programas de reducción de daños en curso desde hace más de dos años, tres provenían de programas de reducción de daños que estaban iniciándose en la región del AMBA y los otros tres operadores trabajaban con personas viviendo con VIH, con travestis y con personas encarceladas. Todos los operadores tenían asiduo contacto con UDIS. Esa selección permitió alcanzar a un conjunto de informantes con experiencia en el trabajo preventivo y una trayectoria que permitía evaluar las acciones realizadas.

Entre los operadores sanitarios dos trabajaban en comunidades terapéuticas, dos vinculados con servicios de infectología en hospitales públicos, uno en programas de reducción de daños, uno en un hospital psiquiátrico, dos en centros ambulatorios de atención a usuarios de drogas, uno de una ONG que trabaja con población vulnerable al VIH.

Entre los operadores penales uno pertenecía a un juzgado del fuero Federal del Poder Judicial de la Nación, uno a una fiscalía de la Procuración General de la Nación, dos al Servicio Penitenciario (uno al Federal y otro al Bonaerense), uno asesoraba a un diputado nacional, uno era militante social por la reforma de la política de drogas, y tres eran de organismos de decisión política en el campo del control de drogas y de la seguridad.

Es importante destacar, a efectos de comprender los resultados de este estudio en el que se trabajó con población de Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano bonaerense, que hay diferencias significativas en cuanto a infraestructura y recursos entre esos conglomerados que tienen impacto en las condiciones de vida de las personas que los habitan, siendo la Ciudad de Buenos Aires el área en la que se concentran mayor cantidad de recursos de todo tipo. Ejemplo de ello es el acceso a preservativos gratuitos para poblaciones de bajos recursos que en la Ciudad de Buenos Aires están disponibles, mientras

que en los partidos del Gran Buenos Aires, sólo hay una pequeña distribución.

9.3. Los cambios en el consumo de drogas

Los operadores entrevistados refirieron los cambios en el uso de drogas observados en la población que atienden en su ámbito de trabajo. Principalmente refirieron cambios en el tipo de sustancias, en la vía de administración y en el sentido del consumo.

Cambios en el tipo de sustancias. Se habló del aumento del uso de pasta base, de drogas de diseño, de solventes volátiles, psicofármacos y también de cocaína. Estos cambios se atribuyeron al costo de las sustancias, a cambios en la calidad, modificaciones en la oferta de drogas y también a la situación social:

"Antes era cocaína y marihuana, ahora es ácido lisérgico... mucha pasta base *ahora*. Y, *pastillas* también. Menos que antes, antes era más *pastillas*, ahora es menos *pastillas* pero más pasta base, más drogas pesadas." (operador penal)

"Yo lo que veo, la pasta base lo que tiene es que es la droga de la pobreza, porque si bien a su visión ellos creen que están gastando menos, porque la pasta base está un peso..., pero está más, pero gastan más. He visto pibes que se han gastado cien pesos en cuatro horas, cinco horas, ¿viste?..Pasa que los *pibitos* de la *villa* eran los que consumían mucho *pegamento*... Ahora se consume casi en todos lados. Porque es barato. Hay caro y barato, antes tenías de buena calidad... Y no hay manera de conseguir, se tiran por lo barato... ahora una línea de *pegamento* sale diez pesos, y vos te tomas todo el día eso." (operador comunitario)

"Los cambios son: primero a nivel costo, ¿no?, los costos el valor de la droga, cada vez está bajando más la droga, es más barata, porque tiene *cortes* cada vez de menos calidad... la última es vidrio, colorante, bicarbonato... del clásico *corte* de Novalgina ha cambiado la calidad, incluso por ejemplo, lo de la pasta base es lo más tóxico que hay, porque cualquier tipo de solvente, le ponen, es eso lo que dá el *mambo*... ¿no? lo que peor *pega*, y eso es el peor destructor de neuro-

nas que hay. Eso en cuanto a uso... el tema, bueno, han surgido drogas de menor costo, de uso masivo... es lo que ha pasado. Por ejemplo, vos lo ves, los chicos, los menores empieza el consumo, está empezando a menor edad, estás hablando de los once años, sin hablar del alcohol, el alcohol mucho menos, todo el tema de psicofármacos, la marihuana como droga de inicio y hasta la misma pasta base como droga de inicio. Inhalantes, y psicofármacos mezclados con alcohol.” (operador sanitario)

“En la forma de consumo, hay una cierta, una mayor tendencia a las drogas de síntesis, que están más asequibles, más baratas, y producen una serie de efectos inmediatos que sin tantas complicaciones, entonces este es uno de los problemas que enfrentamos, la reelaboración continúa de drogas de síntesis.” (operador penal)

“Ahora también hay mucho más consumo de drogas que provocan más deterioro y... Droga mala, aparte, porque compran, no sé, *icocaína* que sale dos pesos! Ahora se está consumiendo más pasta base... Este año han entrado varios pacientes con consumo de pasta base... Eso es, por ahí, lo que se ha incorporado; pero, en general, el mayor consumo es cocaína. Para mí, hubo un cambio notorio, que fue hace tres años... Que bajó la edad de inicio...Y sí, el tipo de pacientes que empezó a ingresar con... con mucho más deterioro cognitivo, no tienen la misma capacidad de simbolización. Entonces, hay que trabajar, por ahí, mucho más, desde lo cognitivo, desde lo conductual... Yo creo que tiene que ver bastante la situación social.” (operador sanitario)

“Quizás hay más cocaína de la que había en un principio cuando el fuero federal fue competente en esto (1989)... no son demasiados años como para decir bueno tenemos toda una trayectoria. Hará diez años, once... Yo no llevo una estadística, por lo general sí ahora puedes ver más cocaína que en otros tiempos. No te puedo decir es el noventa por ciento. Lo que nosotros trabajamos más es en las causas en las que por ahí hay tenencia. Porque vos no tenés un contacto ni siquiera a partir de la causa con los consumidores. Toda la investigación apunta a la persona que vende.” (operador penal)

“En general si se trata de consumo te diría que han ido cambiando las modalidades en términos cualitativos y cuantitativos, en el uso de psicofármacos por ejemplo (se refiere al perfil de usuario que llega a las cárceles del Servicio Penitenciario Bonaerense). Parecería que hay un menor consumo de drogas por vía endovenosa. Esto es aparente. Entre los infectados por el virus del sida, que son los que yo habitualmente manejo.” (operador penal)

"Ahora, por ejemplo, la onda es la pasta base ¿Entendés? Están todas enloquecidas (las travestis) con la pasta base. No, no quiere decir que no se inyecten, pero, es como que la pasta base hay furor ahora... Porque es lo más barato, pienso... ¡Qué se yo! Vos entrabas al baño de un boliche, o lo que sea y veías gente picándose... hace como un año que bajó un poco." (operador comunitario)

Cambios en la vía de administración o los cuidados relacionados con el uso inyectable. Los entrevistados señalaron una línea de tiempo de cinco a diez años para ubicar el cambio que perciben en la elección de la vía de administración, aunque no hubo acuerdo en que el uso inyectable esté en retroceso, especialmente entre los operadores sanitarios:

Entre los que percibían un retroceso de la práctica inyectable, encontramos los siguientes testimonios:

"Hace mucho que empezaron a contar eso, que no usan jeringas, esas cosas. Será cosa de cinco años, seis años cuando empezó el tema del VIH. Hace un par de años que no tenemos más jóvenes adultas (se refiere a la definición legal que entiende por jóvenes adultos a las personas detenidas que tienen entre 18-21 años) con VIH, porque no ingresan con VIH, ahora no tienen VIH. Las jóvenes al consumir otro tipo de drogas y no inyectarse, se salvan un poco más de esa enfermedad claro." (operador penal)

"En el inicio, allá lejos y hace tiempo cuando empezó todo esto del sida, yo en el Hospital estoy en el equipo que atiende VIH/sida, cuando toda esta historia empezó, prácticamente los pacientes que recibíamos eran usuarios de drogas inyectables. Esto con el tiempo fue declinando, yo te diría que en este momento si tengo algún paciente que mantiene el inyectable es esporádicamente como mucho... Según mi experiencia y en un recorte de población -yo trabajo con población carenciada- ahí disminuyó muchísimo. En este momento creo que la vedette es la pasta base, no estamos hablando de un uso inyectable, pero me parece que es lo que más creció. Incluso decreció el uso inyectable en quienes fueron usuarios inyectables. Esto probablemente, te lo cuento como yo lo percibo, tenga que ver con la época en que empezaron a morirse..., me parece que tuvo mucho que ver la llegada del *bicho*, a las comunidades de los *locos*. Me parece que tuvo mucho que ver en este cambio de consu-

mo, eran usuarios inyectables de cocaína. Pasaron por ahí a *jalar*, a *pastearse*, cualquier cosa, incluso hay quienes volvieron a *bolsearse*." (operador sanitario)

"No hay tantos, porque ha bajado la cantidad de inyectables, porque hoy por hoy está la pasta base, más... si, como droga de mayor consumo... más que la cocaína pero por precio, por costo. Es como que, hoy por hoy el que llega a inyectarse... es, cómo diríamos, es una rama de la adicción en extinción. Si, hay mucho menos." (operador sanitario)

"¿Ustedes no se inyectan?", les preguntaba. Y ellos me decían: 'No, porque nosotros somos muy miedosos, somos muy cagones, y yo una jeringa hoy ni pienso, hasta para irme a vacunar cuando era chico me moría de miedo'. Pero estoy hablando de chicos de 18 a 20 o 25 años, hoy, ¿no? Entonces yo pensaba que es difícil que estos chicos ingresen al consumo inyectable. Es como que no van a ingresar, me parece". (operador comunitario)

Hubo quienes percibían que no había cambiado la tendencia de los últimos años o que no conocían lo que sucedía con el tema:

"Y en estos quince años, los inyectables son siempre más o menos un diez por ciento de la cantidad de los "cruzados" (se refiere a los que consumen alcohol y otras drogas). Y sobre todo es un problema de jóvenes de 16 a 30 años." (operador sanitario)

"No tengo datos para pensar que cambios cuantitativos en forma de uso inyectable." (operador penal)

Otro grupo argumentó que el uso inyectable había aumentado:

"Aumentó también el de vía endovenosa. Antes, eran pocos los que consumían por vía endovenosa y ahora hay bastante más... En general, yo no he visto pacientes que empiecen inyectándose... En general, la mayoría empieza fumando marihuana... o coca..., o empiezan con cocaína, pero inhalada... El uso inyectable empieza más tempranamente, ahora a los 15 años." (operador sanitario)

"En la Argentina, recién en los últimos años se ha visto un aumento de adictos con inyectables. Me parece que en algunos grupos hay más cuidados, hay más conciencia, y en otros grupos que tienen deterioro social muy grande, hay menos cuidado y se inyectan cualquier cosa que encuentran." (operador sanitario)

Cambios en el sentido del uso y en la imagen del consumidor de drogas. En este tema también se destaca una línea de tiempo para el cambio en los últimos cinco a diez años. Los entrevistados compararon el sentido grupal, colectivo del uso inyectable en el pasado que fue sustituido por un consumo más individual y conflictivo en los últimos años, aludieron también a una imagen mucho más positiva del UDI en el pasado que la que hoy se tiene de esa práctica:

"Mirá, yo creo que hace más o menos, por lo que yo viví (empezó a usar drogas a los 11 años y tiene 29), calculale entre cinco y ocho años cambió totalmente todo... Antes por ejemplo yo, drogarme era una cosa de acercamiento, confraternidad, ahora no. Hay más conflictos entre los propios usuarios inyectables. Los usuarios inyectables son, por decirlo de alguna manera, en las comunidades de drogonas, son especiales... Era como un héroe. No era un héroe, pero una persona que estaba en un nivel de *locura* mucho más. Era respetado. Ahora no... Ahora sos *reloco* tomando cocaína a morir, fumando *porro* a morir, mezclando todo, porque antes más o menos uno mantenía una droga. Yo siempre tome cocaína. Consumía muchas cosas. Pero mi droga era la cocaína, me gustaba mucho la cocaína. Ahora mezclan todo, toman pastillas, cocaína, pasta base, fuman *porro*... más escondido que antes. Ahora no se hacen cargo los pibes que se *pican*. Yo creo que ¿sabés lo que pasa? La pasta base tiene un *mambo* parecido al del *pico*... Aparte hay otro factor importante que no hay cocaína de una calidad buena, para *picarse* ellos necesitan una cocaína de calidad buena, ¿viste?, y no se consigue de buena calidad. Y la que hay de buena calidad es bastante cara. Y calculale, hace tres, cuatro años empezó a notarse. El *pibe* que se *picaba* generalmente era un *pibe* pobre, tenía esa *onda*, hace tiempo.. Ahora, el que se *pica* es *chorro*, *pibes* que andan robando, toda esa *onda* que hay ahora, andan robando coches... ahora... hace tres, cuatro años Son menos solida-

rios entre sí, se cagan más... son muy reacios a *hacerse cargo*, son bastantes jodidos. Y una cosa que es importante es que antes consumíamos para pasarla bien, ahora se consume para matarse. *Escabiar*, es *escabiar* para quedar tirado en le piso, fumar marihuana para quedar bobo y tonto y ya no entender nada, y a tomar cocaína y pastillas, cocaína para quedar *duro*, pero decir... quedar escondido detrás de una puerta, ¿viste? Paranoico. Todo más descontrolado.. Una auto-destrucción muy visible." (operador comunitario)

"Antes el que se inyectaba estaba visto como el cabecilla... el tipo bien... el duro, no, ese se *pica*, es un *capo*, se las *banca* todas... Ahora, hoy por hoy está visto como el más disminuido: 'pobre, está *hecho bolsa*, es por *picarse*'. Y se lo aparta." (operador sanitario)

"El viejo *drogón* estaba mas vinculado con sus propias sensaciones, no con meterse algo encima para tener el coraje, para *salir de caño*, *para hacerse cargo* de tal o cual cosa, y que supuestamente todo le resbale. El viejo *drogón* podría permitirse ser sensible y en aquel entonces, los que se daban con *merca* eran los tangueros que tenían que estar despiertos toda la noche porque tenían varios recitales. Y, tenía más que ver con una cierta búsqueda interior. Fijate que no te estoy hablando de una más pesada que la otra; la heroína es pesada; cualquier alucinógeno es *denso* estar con lisérgico es *denso*; pero que tenía más que ver con esta búsqueda, más que armarse de una coraza." (operador sanitario)

"Nosotros consumíamos en la facultad, y estaba hasta bien visto, hasta fumar y consumir y nada... y después laburábamos y tratábamos de hacer algunas cosas y algunas terminábamos mal como yo, realmente tengo una dependencia con las drogas que tuve que parar y entrar a algún lugar de recuperación. Pero hoy veo que los *pibes*, consumen en edades mucho más tempranas, el consumo empieza mucho más violento y eso viene acarreado un montón de cosas, delitos, relaciones sexuales, poco uso de nada; entonces está todo muy enganchado vistes, no hay ahí una campaña, no hay fuertes campañas ni políticas sobre esta nube negra que yo veo." (operador comunitario)

Los cambios también se relacionaron con situaciones geopolíticas, políticas, económicas, culturales y sociales. Hay justificaciones variadas que dan cuenta de los motivos que los

operadores perciben para los cambios descriptos. Se relacionó el aumento del consumo de cocaína con una percepción de apertura cultural vinculada con el inicio del período democrático. Esta relación entre aumento de uso inyectable luego de un período de autoritarismo y represión política fue descrita también en España como uno de los principales antecedentes de la difusión masiva del uso inyectable.¹¹⁹ Otros entrevistados hablaron de cambios en los últimos 30 años relacionados con las variaciones del mercado de drogas y de los usos culturales de las sustancias. También hubo argumentaciones que refirieron a la influencia de la política internacional en las decisiones de criminalizar el consumo de ciertas drogas en América latina y los efectos negativos de esa política. Un argumento reiterado fue el de los cambios económicos y sociales que modificaron las expectativas sociales, especialmente asociado a los problemas de los jóvenes para encontrar inserción social y proyección en su vida.

Argumentos que vincularon lo político con lo económico:

“Y mira yo tengo, gracias a Dios, un par de amigos, *locos* viejos que me contaban que ellos ni ahí se *picaban* cocaína, ni nada, sino fármacos. Cada uno tenía su jeringa, su equipo, dicen que venían latitas con jeringas de vidrio con juego de dos o tres agujas y que en aquel tiempo no se compartía la jeringa. Bueno después *fue, pintó* la cocaína, y lo peor de todo fue la democracia. Entre el período entre Alfonsín y Menem. Todo esto paso en los años noventa. ¿No? Y se notó, yo creo que se fue notando cada vez peor a nivel drogas, porque en esos años, aparte de que nos regalaban la cocaína, la pusieron a precio, a precio dólar, bajó increíblemente el precio. No te digo que se consumía menos *merca* antes de eso, pero era menos la gente que accedía a ese tipo de drogas. O tenías que tener poder económico o tenías que ser *chorro* o traficante o *transa* o algo viste que te dé

¹¹⁹ De la Fuente, L.; Bravo, M.J.; Barrio, G.; Parras, F.; Suárez, M.; Rodés, A.; Noguera, I. “Lessons from the History of the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. Epidemic among Spanish Drug Injectors” en *Clinical Infectious Diseases*, 2003:37 (Supl. 5), p. 410-415.

plata. Y es feo. Porque cayó más bajo de lo que era tomado por el perfil del usuario. Antes se veía como perfil del usuario y era bueno, una pobre persona. Ahora el usuario como lo asocia la gente, es delincuente y es capaz de hacer cualquier cosa... Para nosotros como decimos, delincuente es el que roba, mata o viola y no el que se fuma un *porro*. Y bueno a esto que te decía yo, para mí esto es un plan. No sólo pasó con los usuarios, pasó con el trabajador, pasó con todo, mientras nosotros laburábamos y hacíamos otras cosa, otros se dedicaban a planear como robarnos. Como saquear todo. Ya se repartieron los botines. No te estoy diciendo nada que no se sepa.” (operador comunitario)

“La globalización, la falta de expectativas, sobre todo en la juventud es un problema. Porque nosotros, nuestros viejos podían ser pobres o no y uno trabajaba y uno tenía en el imaginario que seguir una carrera, tener un oficio con esto de que iba a poder trabajar. Iba a poder ejercer lo que a uno le gustaba y estaba el entusiasmo. Por más que había el sacrificio de mantener la carrera trabajando o que los viejos se hayan esforzado más. Ahora lo que se ve es que los *pibes* jóvenes no tienen expectativas. Porque bueno, porque no hay laburo, porque el mercado está cada vez más cerrado... Eso por un lado. Después esto que tiene que ver también con lo político... Y creía en, tenía otras perspectivas de ver otros cambios más sociales, de movilizarse más que tiene que ver con una generación. Te toco el tema de la dictadura, para mí viene desde ahí todos nuestros males de la Argentina y sumándole el tema de la globalización que ya es a nivel mundial. Pero ahí hay una tema bastante importante porque una generación fue perdida, la mataron. Y bueno los que quedamos...es difícil... Yo lo que veo es más violencia, y esto lleva a veces... Bueno el tema de los jóvenes que no encuentran su lugar y en el país donde la violencia está a la orden del día, digamos ¿qué hacen? Se drogan o porque lo que les den no les gusta o no saben que hacer con su vida, no saben que hacer con su familia.” (operador sanitario)

“Esto empieza con las ideas de este muchacho López Rega cuando era ministro de Bienestar Social, si no me equivoco y Argentina empieza lentamente a acercar sus posiciones a la política norteamericana hasta convertirse en los noventa en un puntal de aplicación inmediata de todos los engendros legislativos de los estadounidenses. En los ochenta y te digo de la experiencia y de nada, de empezar a patear la calle básicamente de lo que uno ve y olfatea, o sea, no había una cosa masiva era mucho más comprimido no estaba el tema

tan asociado a la marginalidad y la delincuencia, ni nada digamos. Había sectores que consumían la cocaína, la consumían los sectores de clase media y alta, no estaba a la mano de cualquiera, no se vendía en las villas, o sea se vendía, los centros de distribución eran mucho más selectos otros precios otras calidades, otra cosa, el fenómeno es cuando va apareciendo la cocaína como fenómeno así grande en Latinoamérica, pero fijate que justamente son los años en los que Estados Unidos decide poner la lupa ahí, Colombia, Bolivia, Perú, empiezan las intervenciones armadas de los yanquis en estos países de la región andina y todo empieza a modificarse empieza a tener cada vez mas repercusión. La cocaína cada vez se hace más masiva en cuanto más se empieza a prohibir más masivo se hace, eso en un contexto de degradación paulatina de las condiciones sociales y culturales de una sociedad como la nuestra, y es un cóctel explosivo. Claro ahora llegamos a un momento que si estamos en el 2003 y cualquiera te dice, el más progresista tiene que admitir, y si claro en algunos sectores el consumo de cocaína es tremendo un *pibito* de nueve años tomándose un *papel* de cocaína. Sacá el tema de que ahora es adulterada en niveles escandalosos, ahora en una pericia de fuero federal vos mirás y la cosa que le secuestran a los *pibes* tiene 2,3% de pureza con lo cual en un gramo de polvito blanco 0,2% son unas pizcas de cocaína y el resto de porquerías que le ponen, o sea mirá desde cuantos lugares se fue modificando el contexto. Hoy claro es sencillo asumir, claro es un peligro un *pibito* de nueve años consumiendo cocaína y probablemente con una 22 (revolver-calibre) en la cintura claro, no hay que ser muy inteligente para decir que eso es peligroso, es tremendo o es jodido, pero bueno esto es el resultado de más de veinte años de criminalizar este asunto, esto con respecto a la cocaína.” (operador penal)

Argumentos que vincularon los cambios económicos con lo cultural:

“Hace algunos años atrás, antes de la aparición masiva del consumo, es decir, no la aparición sino el crecimiento masivo, estamos hablando década de los años setenta, se produjo por muchas razones. Primero la actividad del narcotráfico que ha decidido que (risa) esto sea un país, ya no de paso sino de residencia como para ser comercializado. De modo tal que pueda haber un mercado. Luego, fundamentalmente las pautas culturales, que se enraízan en esta cuestión, esta estructura de consumo

de la sociedad. Es decir, nosotros podemos hablar de droga: ¿Qué es droga? Droga es una sustancia, también la comida es una sustancia, y sabemos que hay adicciones a la comida, la bulimia o su otra forma, pero de todas maneras, uno puede ser adicto al trabajo, adicto al deporte, adicto a la cafeína o a la cafiaspirina o a cualquier automedicación psicopatológica. La diferencia de lo que se llaman "drogas", pesadas, livianas, etc. es simplemente que son ilegales. Marca el concepto de ilegal. Entonces, tomar sustancias, casi, forma parte de la cultura, ahora, que después se utilicen como se utilizan ahora, también es cultura, es una cultura que ha propiciado el consumo y el placer... en cuanto a la consecución del placer a cualquier precio. Esto, fundamentalmente marca a todos, a todos los chicos de la nueva generación." (operador penal)

"Va cambiando la modalidad, hay mucha gente que dejó las drogas inyectables por otro tipo de drogas... En realidad no sé bien, si fue porque hubo cambio de modalidad en el mercado, o modas, que a veces por ahí después hay grupos que consumen tal cosa, y después de pronto... No sé a que se debe, realmente no lo sé, pero que hubo cambio de modalidad, sí. Me enteré, tengo conocimiento de eso... La situación económica, por ahí de pronto no es lo mismo una sustancia inyectable, no es lo mismo que otro tipo de droga que no sea inyectable que es mucho más barata. Ahí también influye mucho... No se bien, me parece que los cambios fueron de los ochenta y pico hasta la fecha, ¿no? Me parece que desde ahí." (operador comunitario)

Argumentos relacionados con la situación social:

"Yo creo que hay una gama bastante amplia de cambios sociales que han tenido que ver con los cambios de la juventud. El problema social de *laburo* existe, los pibes no tienen ningún tipo de incentivos, para nada, *laburos*, son pocos y nada, digamos que no hay, pero también los que salen a buscar son pocos y nada, hasta que empiezan por ahí con estas *barritas*, que se juntan de muy jóvenes, el abandono del estudio, una desintegración de la familia. Los viejos tienen que andar *laburando*, tienen que hacer cosas, la familia queda como medio *en banda*, desarticulada, que tiene que ver con una connotación social, socio-económica, y yo creo que todo esto de alguna manera afecta a la persona, al individuo, afecta a la familia. Por ahí buscan estas muletillas que pueden ser el alcohol, las drogas y demás cosas, como puede ser en las *pibas* adolescentes que agarran a cualquier *pibe* y quedan embarazadas con trece años." (operador comunitario)

"Antes, era muy habitual que la gente dijera "mi hijo no se droga, en absoluto". En cambio, ahora, no hay ningún padre seguro... ubico ese cambio en los últimos tres o cuatro años, pero, sobre todo, en estos dos últimos, he notado, realmente, un cambio muy grande... Porque aumentó el consumo, en serio. Sobre todo, porque está más difundido... se ve más en las escuelas... en los baños." (operador penal)

Argumentos centrados en los aspectos económicos:

"Los cambios que nosotros pudimos notar, fueron dos personas del grupo que nosotros estamos trabajando, dejaron de consumir cocaína y pasaron a consumir sólo porro, yo creo que ahí hay un cambio... Tiene que ver mucho el tema económico, la plata... se han volcado al consumo más barato... me parece que han dejado de tener algunos accesos que antes tenían y ahora no tienen... Este año, los tres, cuatro primeros meses, tuvieron una conducta, después tuvieron otra." (operador comunitario)

"Por razones de orden económico, por la distribución de drogas, de la facilitación que se tiene para acceder a determinado tipo de ellas o los lugares. Hay lugares, como el Conurbano, por ejemplo, que pueden entrar en contacto con la droga endovenosa supongo que anterior que lo que ocurre en otros lugares donde también existe consumo de drogas, como en el interior por ejemplo, donde no es tan fácil y la adicción a las drogas está más asociada al consumo de hipnóticos, cocaína por ejemplo. Y tampoco llega tan fácil ahí la droga." (operador penal)

9.4. Los cambios en las intervenciones

Algunos de los entrevistados refirieron que los **cambios en los dispositivos de atención** estaban relacionados con los cambios en la población a la que asisten, aludiendo a los acontecimientos sociales, políticos y económicos de los últimos años (en general hablaron de los últimos cinco años), como la principal influencia tanto en los cambios en el consumo como en la complejidad de los problemas con que llegan las per-

sonas a la asistencia. Las dificultades más mencionadas en los dispositivos clásicos de atención fueron tanto la escasa edad, como la complejidad de las circunstancias sociales de las que provienen los sujetos y la incorporación a los tratamientos por orden judicial:

“En la forma de intervención está surgiendo, más allá de los modelos clásicos para el antisocial, está surgiendo una nueva intervención que tampoco está bien, no se sabe bien de lo que se habla, que es el disocial. Viene a ser, el menor de instituto, sin base familiar con un grado de violencia muy grande, alterado por el consumo, con una estructura de base tampoco bien definida porque jamás han tenido un diagnóstico, esa clase de gente, gente pobre, o sea, gente que no ha tenido acceso... de los cuales es muy difícil trabajar porque no se puede trabajar en red primero porque están totalmente marginados, ¿sí? por la peligrosidad que implican, incluso para el personal que los atiende. La vía de contención es vía psicofarmacológica, por lo cual estamos en una desventaja, porque ya se ha inmunizado a los mismos sedantes y a los mismos psicofármacos por la cantidad de ingesta con que vienen.” (operador sanitario)

“Lo cierto es que aumenta año tras año, no sólo el uso sino también las complicaciones.” (operador penal)

“Y sí, porque antes nosotros interveníamos por ejemplo en edades específicas y en lugares específicos; y hoy por hoy se tuvo que hacer todo un cambio porque las edades que estábamos planificando por ahí no eran las adecuadas, cuando vos ibas a hablar con un pibe. Antes quizás hablabas de 15, 16, 17, años y ahora a los 17 están en cana, porque ya tienen 4 o 5 años de consumo; entonces ha cambiado la edad, la metodología, los lugares, el buscar personas de su misma edad para poder encontrar identificación; hubo que hacer muchos cambios para poder llegar a esa población.” (operador comunitario)

“Yo siempre tiendo a pensar que empeora la situación del usuario, en tanto empeora la situación social. Empeora, claramente.” (operador penal)

“Desde que yo empecé a trabajar ahí (comunidad terapéutica) en 1994 y hasta ahora, digamos, la población cambió notablemente. Cambió mucho por el tema de toda la cuestión social y por el tema ahora de los pacientes judiciales, ¿no? Cuando yo empecé ahí los pacientes eran vo-

luntarios. Se hacían entrevistas de admisión, se hacía todo un proceso de admisión y se determinaba qué tipo de tratamiento era más conveniente para cada paciente. Había internación, casa de día, consultorios externos. Y bueno, había un tiempo como para trabajar con el paciente, la familia y todo en relación al tratamiento. Hoy en día los pacientes llegan que los trae un patrullero, con una orden de internación y hay que internarlos sí o sí... Si se lo puede internar ahí, bien; de lo contrario hay que buscar otro lugar pero lo tienen que internar. Con lo cual, es mucho más complicado porque, digamos, muchas veces, no hay demanda de tratamiento, con lo cual, los pacientes ingresan y muchos en el mismo día se van... La mayoría de los pacientes, hoy en día, las familias se están sosteniendo con el Plan Jefes y Jefas de Familia. No tienen muchos recursos, de hacer otra cosa. No pueden tener la misma participación en el tratamiento que tenían antes, justamente con toda la situación económica... Antes, era condición que la familia... Ahora, bueno, si no pueden venir, a las reuniones multifamiliares porque no tienen plata para viajar, no pueden venir... Vemos cómo hacemos... ¡qué sé yo! Antes, las visitas eran tal día, ahora, cuando pueden." (operador sanitario)

"Cuando ingresé al hospital psiquiátrico (hace 16 años), la patología primordial era la psicosis. Podía llegar un caso de alcoholismo, algún caso de adicciones pero muy esporádico no era algo permanente. Ahora sí porque cambió la patología digamos. Se ve más trastorno de personalidad, más trastorno de conducta que en general trae aparejado algún tipo de consumo... También aparece la patología dual que tiene que ver con no saber como denominar esta circunstancia ¿no? Que por un lado se descompensan o sea hay una patología psiquiátrica y por otro lado tiene que ver digamos con tema de adicciones." (operador sanitario)

Otros entrevistados plantearon consideraciones respecto de diferentes formas de intervención con los usuarios de drogas, sus límites y posibilidades, en el marco de un relato en el que se hablaba del uso inyectable y de un dispositivo de intervención en particular como la reducción de daños, pero gran parte de los entrevistados del sistema sanitario estaban insertos en otros dispositivos cuyas características describieron o criticaron. En estos relatos también se hace evidente la

representación del adicto de la que parten para justificar las intervenciones que desarrollan.

Aparecieron diversas críticas a los tratamientos compulsivos que, sin embargo, siguen teniendo una extendida aplicación, particularmente en la articulación del sistema penal con el sistema sanitario. Los tratamientos por drogas ordenados por un juez son una de las principales vías de ingreso a este tipo de atención:

“Porque para mí la drogadependencia que lo lleve el servicio militar, el servicio penitenciario es una guachada del sistema; porque chupan plata pero no ayudan un carajo al detenido y lo único que hacen son *ortivitas* en potencia para tan sólo *zafar* de la condena. Y no para contenerte a vos por este problema y el por qué llegaste a consumir drogas. Me ha pasado con mi pareja que fue la líder del centro de drogadependencia del servicio penitenciario en el cual ella tenía que denunciar y *buchonear* si fumaba más de diez puchos otra compañera. Y con eso subías categorías.” (operador comunitario)

“Para mí, lo que es fundamental, es que el paciente demande el tratamiento. ¡El paciente que no quiere dejar de drogarse no va a dejar de hacerlo! Digamos, el que no quiere saber nada de lo que le pasa, ino lo quiere saber, sea adicto, o no sea adicto! Y ahí, ¿viste?, no... Podés señalar, podés ver... Y el otro puede no escuchar o negar lo que estás diciendo. A mí me parece que lo fundamental es que haya demanda del paciente. Y eso, en general, no se trabaja. Aquella persona que es adicta, va a seguir siendo adicta toda la vida... toda la vida va a tener ganas de consumir. Aquel que, no sé, que se fume un *porro*, volvió, ¿viste? recayó y... como se fumó un *porro*, después se va a tomar un *papel* y después... Y me parece que ese es el discurso... Y no sé... y se genera eso en los pacientes. Se genera una cuestión de culpa, ¿no?... Yo a veces lo escucho... Yo hago un grupo que se llama Prevención de recaídas... Entonces, yo ahí, les pregunto, ¿no? ¿qué harían si tuvieran una recaída? Yo no vengo más (risas) Y el tema de la recaída, es una falla para ellos, y una falla hacia nosotros, entonces, me parece que se genera toda una cuestión superyoica en los pacientes de lo que deben ser y que ahí viene la frustración.” (operador sanitario)

“Cuando yo entré en los noventa a la justicia federal, empezaban ahí a aparecer las causas, paulatinamente. Creciendo la cantidad de cau-

sas por delito, así de tenencia de ínfimas cantidades, lo que varió mucho el tratamiento que se le podía dar. En los primeros años de los noventa los mismos fiscales y jueces cortaban las causa a los quince días de recibirlas o al mes tomaban alguna que otra declaración, pero digamos ya había una plancha escrita con una cosa que tenía un argumento que era decís el hecho fue tal, bueno ahora bien, el artículo diecinueve de la Constitución ampara las acciones privadas de los hombres que no afecten a terceras personas. Entonces esta ínfima cantidad y la intrascendencia del hecho dejan esta conducta fuera del margen de ilegalidad entonces sobrecían o archivaban o cortaban las causas rápidamente. Ahora cuando empieza a tomar vigor el tema de la rehabilitación, hay que rehabilitar a los pibes, hay que aplicar medidas curativas, no se puede cortar la causa así nomás... se dice acá el artículo diecinueve no es aplicable, esto no es una acción privada siempre hay una posible trascendencia a terceras personas y está en juego la salud pública, y entonces lentamente le fueron reduciendo el margen de maniobra al operador judicial, al fiscal, al juez concretamente. Cada vez se le fueron achicando más los argumentos por los cuales cortar la causa. A mediados de los noventa empiezan con esto, que bueno se pone a disposición del operador; esto de que le dan a elegir al procesado por tenencia para consumo personal le dan a elegir o continua la causa penal, o ellos se declaran de alguna forma culpables o admiten que ellos tenían la sustancia y expresan su voluntad de someterse a un tratamiento de rehabilitación: listo te cortan, te paran la causa, y te mando a una comunidad terapéutica -que entre paréntesis las comunidades terapéuticas de los noventa eran entidades fantasmas, entidades que no estaban creadas por ley pero no estaban reglamentadas con lo cual cualquier manga de sátrapas alquilaba una casa, traían un psicólogo, presentaban dos o tres papeluchos y tenían un centro comunitario que a su vez el Estado les derivaba y los subsidiaba y pagaba per cápita por cada procesado que le mandaba; o sea un delirio, o sea una verdadera cosa oscura y muy mafiosa creo que tiene la señal de los años noventa. Entonces ¿qué ocurría? y desde la justicia era como el tipo que quería, entre los que me incluyo, que digamos tenía esa ilusión de ayudar al pobre gil que venía procesado o imputado por tenencia, le aplicamos la medida curativa le cortamos la causa penal y le poníamos la medida curativa, ahora ese supuesto "hacerle el bien" era meterlo ahí en otro mundo, está bien no lo meto en la cárcel, no lo meto en el mundo penal, pero lo meto en un túnel que "vas a ver", ¡he conocido pibes que cayeron en esos tratamiento que madre

mía!, realmente siniestros viste, en el mejor de los casos esas políticas de rehabilitación apuntaban a sustituir una adicción por otra, o sea la Biblia en lugar de la *bolsita*, o aléjate de todo tu mundo anterior y empezá una nueva moda, y nada, esto sumado al empastillado, un régimen medio manicomial más que asistencial, sin ningún sustento científico de la rehabilitación ni nada. Una industria que en los noventa floreció: eso fueron las comunidades terapéuticas, recién creo que se reglamentaron cinco años después de creadas y les pusieron una serie de condiciones que tenían que cumplir para estar habilitadas.” (operador penal)

La búsqueda de alternativas a los dispositivos clásicos fue también enunciada:

“Se están probando estrategias, como ser intervenciones de otro tipo, o sea: trabajos corporales, hipnosis, biosíntesis que es trabajo del cuerpo, y otras técnicas, musicoterapia, psicodrama... otras técnicas se están implementando porque ya la farmacología no dá.” (operador sanitario)

Otros argumentos se centraron en la necesidad de adecuar los dispositivos de atención a la situación de los consumidores actuales:

“En lo grupal, yo creo que ha habido un retroceso en el desarrollo de las técnicas grupales de la época de oro que yo conocí, los años setenta, en la actualidad, ha habido un gran retroceso... No hay movimientos que faciliten mucho esto. Hay esfuerzos, pero, me parece que es toda la onda individualista, neoliberal... una de las cosas que aparecen es como cierta dificultad de sintonizar con los pibes, de lograr alguna sintonía con los pibes. Como que hay registros que son muy distintos, mucho más distintos que los que eran los de hace 10 años, 15, 20 años atrás entre un adulto profesional y un pibe adicto. Había más posibilidad de echar mano a cuestiones que eran comunes. Ahora es como que primero hay que hacer un gran *laburo* para saber de qué hablan... Por ejemplo, una cosa que dicen es que hablan rápido, Tuc -Tuc- Tuc... Y yo los escucho a los terapeutas, hablando con mucha preocupación de que no saben de qué mierda están agarraditos. ¡De qué mierda es de lo que hablan!” (operador sanitario)

"Hace unos quince años empezaron a haber "cruzados" (se refiere a los que consumen alcohol y otras drogas), incluso se nos complicó, nosotros tenemos una unicidad de criterios que es el alcohol, si vos venís con las dos: tu lenguaje cambia, tu recuperación cambia, el curso, cambia el drogadicto, no es lo mismo, no es la misma cosa, se nota, de cualquier forma hubo un cambio en la comunidad para adecuarse a eso." (operador sanitario)

"La idea es poder llegar a ellos en las condiciones que estén, te puedo asegurar que no pierden el respeto por más que estén *locos, dados vuelta* o como les digan. Yo no siempre me puedo dar cuenta- a veces me cuesta- algunos días los veo más participativos, otros más callados pero todo esto siempre me sirvió para aprender. Yo estoy terminando el bachiller con orientación en salud, tengo una materia llamada farmacología para la cual tenía que dar una clase de consumo de droga y tuve la suerte de poder ir sentarme con ellos pedirles que me ayuden. Me saqué un diez y pude ir a compartirlo con ellos, se pusieron muy contentos y festejaron. Normalmente festejan estas cosas, tienen características muy particulares, yo siempre recalco esto." (operador comunitario)

Otro conjunto de respuestas se relacionó con los cambios en la gestión política como cuestión que impacta en la asistencia:

"En la Provincia, hubo un retroceso, porque lo que era una Secretaría del estado provincial, ahora es una Dirección del Ministerio de Salud de la Provincia. O sea que, no sólo se redujo, sino que se incluyó dentro del dispositivo sanitario, que es un dispositivo médico... esto, seguramente, no permite que se hagan grandes cosas. La Nación (SEDRONAR), tiene menos presupuesto y más problemas presupuestarios, pero, me parece... a mi juicio, alguna de la gente que está ahí, está tratando de trabajar bien y están haciendo cosas que me parecen... honorables; qué se yo, "salvan las papas"... Esta cuestión de trabajar con las provincias en función de demandas y no de programas que se bajan, ¿no? Armarse un programita en la Nación, es la gran tentación de cualquier funcionario que está en la Nación. Armar su programita, va y lo replica en todos lados. Esta gente, está trabajando, tratando de recibir la demanda y focalizar problemáticas ¡Que no son las mismas! Las de La Quiaca no son las mismas que las de Rosario. Y no son las mismas que las de Trelew." (operador sanitario)

"Sobretudo este par de años últimos, que generaron más violencia, más descontrol que hubo y de repente, parecería que, o los medios o el Estado descubrieron que, bueno, estaba el demonio alcohol y el demonio droga detrás de cada hecho violento, que no debe ser tan así. Pero se empezó, todo este último año, hubo mucho movimiento, mucha preocupación de todos, de todos los problemas en general. De las mejores tapas de diarios... tapas de primera plana, cosas raras, que no cubrían antes, pero descubrieron un demonio. El demonio siempre estuvo y no fue demonio, es una conducta adictiva. Pero empezaron a demonizar todo lo que era droga y alcohol para multiplicar, vaya a saber qué. Pero, sí, incluso todos los actores de la sociedad que se ocupan de prevención o se ocupan de la salud se empezaron a preocupar muchísimo." (operador sanitario)

9. 5. Los resultados de la política de reducción de daños

Los entrevistados que no participaron de programas de reducción de daños, basaron su opinión en el análisis del problema o en experiencias de otros y plantearon diferentes argumentaciones:

Hubo quienes fundaron su opinión de **los resultados de la política de reducción de daños** en su representación sobre el uso inyectable:

"Ehh... yo, ya te digo, yo me baso en que una persona inyectada en un *pico* de sustancia no registra nada, por más que lo lleve (el preservativo) en el bolsillo." (operador sanitario)

"Lo que creo es que es muy difícil, que una persona que se quiere drogar y se quiere inyectar, decirle mirá, no compartas la jeringa porque... ¡Porque lo único que quiere es drogarse!" (operador sanitario)

Otros fundaron su opinión en la **perspectiva teórica con la que se identifican** que reconocieron plasmada en experiencias de reducción de daños conocidas:

"Yo conozco experiencias españolas, colegas... hemos trabajado inclusive en equipo... soy psicoanalista, de hecho sé que un acontecimiento traumático deja de serlo en tanto se convierte en un relato, y en donde hay alguien que lo escucha, entonces el sujeto que lo cuenta pone una distancia operativa entre el trauma y esto que esta contando... y hay vínculo, hay interacción social... y hay un vínculo emocional... ellos lo que hacían es que estaban disponibles, no forzaban pero estaban disponibles. A partir del hecho de que una persona que se está autodestruyendo, sostiene un vínculo emocional y con posibilidad de intercambio de palabras, y de relatos, con otra persona, se abren todas las posibilidades." (operador sanitario)

"La reducción de daño es efectiva cuando no se logra la abstinencia,... pero hay pacientes... que uno puede lograr la abstinencia clara... y se logra. Y hay pacientes que uno empieza planteando la abstinencia y no se logra, entonces, inmediatamente, pero como una cosa natural, sin poner un cartel, ni hacer propaganda, el médico aplica los principios de la reducción de daño, que son otros... pero que es una medida terapéutica más, una herramienta terapéutica que tiene el médico." (operador sanitario)

Otros remitieron al sentido de los mensajes preventivos y su relación con los problemas de salud o a la mejor adhesión a tratamientos antirretrovirales de los UDIS que viven con VIH:

"Y porque si estás haciendo conciencia en la persona que no se contagie de cualquier otra enfermedad que no sea tan solo el sida y para que no se haga mierda las venas. Para que no haga mierda el tabique nasal. Para que de repente los pulmones le aguanten un poco más con la paste base cuando le das la esponja." (operador comunitario)

"Te hablo de estadísticas, porque no he tenido contacto con los pacientes... Esos dos grupos que te digo, el grupo que está con reducción de daños, tuvo, por ejemplo, mejor adherencia al tratamiento." (operador sanitario)

Entre los entrevistados que participaron de la ejecución de programas de reducción de daños encontramos argumentos de adhesión producto de los resultados observados y de la utilidad del trabajo de pares.

"La mayoría redujeron el consumo, siguen consumiendo, éramos diez, doce, la mitad, u ocho, redujo el consumo, ya no consume como antes, si alguno consumía todos los días ahora consume dos veces por semana, una vez por semana y eso es un logro, es un logro, ¿viste?" (operador comunitario)

"Que por ejemplo las mujeres, había mujeres que no conocían un preservativo. En el año 2000, en la Argentina, había mujeres que no conocían un preservativo y ni hablar de un preservativo femenino. Y bueno eso nos fuimos dando cuenta cuando hacíamos las charlas, más en los barrios que nos metíamos tierra adentro y bueno existía esa situación de que el marido era dominante, el que traía la plata a la casa y se la ponía como quería, si venía *en pedo*, le decía "dale". La mujer no tenía ni siquiera la posibilidad de pensar en cuidarse. ¿Entendés? Y bueno eso también fue cambiando, no sólo por los trabajos, sino por el trabajo hecho por mujeres de Esteban Echeverría donde el trabajo de prevención es alucinante." (operador comunitario)

"Yo realmente creo en la reducción de daños en tanto a mi gusto le devuelve capacidad de sujeto... Me parece como intervención, me parece muy *piola* y muy fuerte... Que alguien venga y te diga: 'bueno macho, si vas a *curtir*, cuidate'. Me parece que le devuelve calidad de sujeto." (operador sanitario)

"Y porque nosotros trabajamos con muchos jóvenes en los grupos donde participamos que están en recuperación, nosotros creemos que una persona que ha consumido como yo, o como mis compañeros es la mejor forma de llegarles, al otro, con todo el respeto que les tengo a los psicólogos, si va un psicólogo a hablarle a un *pibe* se pone como una barrera entre el profesional; entonces cuando va un par, la comunicación es diferente; por ahí se rompe este hielo, porque uno no le va a contar, ni a prohibir, ni nada, sino a charlar de lo que uno pasó, de como está, ésa es una herramienta que utilizamos para poder llegar." (operador comunitario)

"Yo llevo un registro todos los sábados de la gente que contactamos y todo eso... Quizás esos números queden un poco perdidos, pero si los juntamos con los que hacen también en otros lados, el número me parece más grande y que a las autoridades, cuando les llegue, les va a llamar la atención realmente. Porque para mí da muy buen resultado. Ya te digo los números míos son muy chiquitos pero yo me doy cuenta de la variación que subieron desde un año atrás a esta parte." (operador comunitario)

“Espero que sigan con esto de la reducción de daños, para que a nadie le pase lo que me pasó a mí (vive con VIH). No me gustaría que mis sobrinitos ni otros familiares lleguen a esto, ¿no? Mi sobrinito que tiene tres años me pregunta “¿Qué es la ‘doga?’” y yo le dije que el año que viene se lo decía y lo tengo así, cuando cumpla cuatro años me lo va a volver a preguntar y todavía estoy pensando que le voy a contestar.” (operador comunitario)

Las **principales objeciones a los programas de reducción de daños** entre los que acuerdan con este tipo de política se concentraron en que algunas experiencias fueron vistas como entrega de materiales (jeringas y preservativos) exclusivamente y eso no les parecía apropiado para conseguir cambios en la situación de los usuarios inyectables:

“Yo le llamo quiosco a un lugar donde yo vengo, busco mi jeringa, me voy y después te veo cuando me quiera picar de nuevo. No creo que ese sea un *laburo* bueno.” (operador comunitario)

“Porque política de reducción de daño no es el dar jeringas... y dar preservativos... esto sería una reducción, un reduccionismo absurdo que no tiene sentido.” (operador penal)

“Intercambiar jeringas, digamos... exclusivamente... solamente, no... no alcanza.” (operador sanitario)

También se presentaron **objeciones respecto de la edad** de los sujetos con los que se proponen prácticas de reducción de daños, entendiendo que en este argumento subyace la idea que la capacidad de tomar decisiones de los adolescentes es muy diferente a la de la población adulta:

“Por eso me parece un despropósito también... que un Estado planteé la reducción de daño; una cosa es plantear la reducción de daño en un paciente de 33 años y otra cosa es plantear reducción de daño en un paciente de 14. Yo creo que hay que tener muchos reparos en plantearlo para el de 14.” (operador sanitario)

En cuanto a la posibilidad de obtener la **aceptación social para la política de reducción de daños** los que consideraron que ello no sería posible lo atribuyeron a las representa-

ciones sociales dominantes tanto respecto del uso de drogas como de la manera más efectiva de reducirlo:

"En este país, no es fácil decirlo porque la gente dice 'Claro, están fomentando la droga', como si uno se drogara... Como los padres que dicen 'no, mi hijo se droga por las juntas'. ¿No?.. Como si le pusieron un revolver en la cabeza y le dijeron '¡Droga!' ¿Porque él eligió juntarse con esta gente? Acá es así, si vos decís 'no hay que compartir jeringas', el discurso que vos estás teniendo es que se drogue, pero que no comparta. Y me parece que todavía no está preparada la sociedad." (operador sanitario)

"Hablar ya directamente de proveer las jeringas o de hablar del tema de las jeringas es bastante más complicado, así que ese... Realmente, creo que el tema lo vamos a enfocar más que nada sobre el de la transmisión sexual." (operador penal)

"Me parece que se habla más. Creo que se habla más ahora... Por lo menos, dentro del ambiente profesional... pero creo que todavía no termina de tener mucha aceptación." (operador sanitario)

"Creo que eso es bastante complicado. Porque, la comunidad, en sí, lo que dice es: 'no, no, la droga existe pero hay que... eh... cortarla, hay que tratar de limitarla...'. Y lo otro es decir 'bueno, ¿cómo ayudamos a los que se inyectan?', creo que ese es el concepto diferencial... es bastante difícil que la comunidad lo piense en un criterio tan amplio." (operador penal)

"Y la sociedad misma se tiene que poner las pilas, y darse cuenta de una vez por todas que con todas esas... que digamos, con todas estas inhibiciones que tiene, no inhibiciones, todo lo contrario... con todos estos prejuicios, quise decir prejuicios, con todos esos prejuicios que tienen, lo único que hace es como había dicho el director de sida: es ver pasar los cadáveres por adelante, nada más, ¿viste? Porque es así. Entonces, cuando nos demos cuenta todos que haciendo reducción de daños se reducen las enfermedades de verdad. Y la gente también se re infecta menos, entonces la cosa cambia, pero es todo un proceso. Es todo un proceso." (operador comunitario)

"¿¡Cómo no pensar que una política de reducción de daños iba a tener enormes dificultades de ser aceptada, comprendida...?! Yo creo que chocaría, y sería una pelea... ¡a brazo partido! ¡Muy dura, muy dura! ¿Y desde los profesionales, o de los que están trabajando con la temática? También." (operador penal)

Respecto de las dificultades para discutir e implementar políticas de reducción de daños la mayor responsabilidad fue atribuida a la incapacidad tanto del poder ejecutivo como del legislativo o a la intervención policial, esta última fue referida por varios operadores comunitarios:

"Como que un programa nacional hable que tiene un 0800 (línea telefónica gratuita) en reducción de daños y vos llames y te digan por ejemplo... llamá de nuevo a tal o cual, no me parece que sea un canal adecuado... Los usuarios de drogas no son personas que se la pasan hablando por teléfono... Sí, en algún momento se ha tocado el tema, por ejemplo, largando programas como 'Diez mil líderes para el cambio', sólo por darte un ejemplo, una cagada: invirtieron no sé cuantos miles de millones de dólares... no hicieron un carajo, fue una cuestión política, que no ha logrado absolutamente ningún cambio en nada." (operador comunitario)

"El gobierno...el gobierno no ser tan careta... y tan manejador del sistema, del poder. Yo esto lo que estoy viendo a nivel judicial es muy difícil, muy difícil. O sea tenés una doble lectura, la que todos quieren ser abiertos y después tenés una policía que hacen causa y forman causas para que uno esté preso, por los hilos políticos y los gastos económicos que se pueden hacer desde arriba." (operador comunitario)

"La falta de decisión política y de presupuesto. Por eso, si... no vale de nada que un diputado que no tiene mucho contacto, y que no es médico, y que no tiene antecedentes en el tema, presente una ley que en realidad es una ley... minusválida una ley para lavar la cara nada más, este... en el Congreso y que arme un debate que no sirve para nada. Estas son cosas que se hacen para no hacer nada, y por buscar protagonismo y acomodos políticos." (operador sanitario)

"La Secretaría (de drogas de la Provincia de Buenos Aires) tiene una política de abstinencia... Ahora ha cambiado, la nueva gestión creo que tiene más, este, otro tipo de política... pero, nosotros, creo que seguimos trabajando con la vieja, con la vieja usanza." (operador sanitario)

"Lo principal de todo para mí es la policía. Para mí, salir a la calle tranquila para hacer una prevención bien hecha, todo, siempre tenés que estar con el temor de que está la policía. Digamos, el peor temor de todos es la policía, porque por ahí de pronto te encuentran y es-

te, qué sé yo, uno no sabe la situación que puede llegar a pasar, más allá de que una institución te pueda llegar a respaldar y todo, ¿no?, es la policía.” (operador comunitario)

“Hay una fragmentación del sistema de programas, hablo de parte del estado, del gobierno del estado, el gobierno de la ciudad, el gobierno central, todo fragmentado, cada uno con su receta, con la cooperación de quien venga (porque los psicólogos tienen la suya, los médicos tienen la suya, los psiquiatras tienen la suya, los sociólogos tienen la suya). Cada uno aplica la suya y descarta las otras, no hay un trabajo en red... Pero no, sobre todo apoyo político, lo económico viene detrás, pero si vos no apoyás políticamente algo, activamente algo, y no te comprometés en todo caso, así no hay resultados; y aclaro que la falta de los gobernantes es el compromiso.” (operador sanitario)

9. 6. Propuestas de intervención

9. 6.1. Propuestas de los operadores

En principio, hubo cierto consenso entre los operadores entrevistados en cuanto a que los modelos de intervención hegemónicos dirigidos a usuarios de drogas no son eficaces, aunque la propuesta alternativa que sostuvieron no fuera clara y/o coherente con la crítica. Se puede relevar en los relatos lo que claramente no propondrían, qué tipo de políticas y programas dirigidos a usuarios de drogas no les parecen efectivos. Así describieron su oposición al carácter totalitario, directivo, prescriptivo de los modelos hegemónicos como algo ajeno a la realidad cultural de los UDIS.

“Si hay alguien que está cercano a su problemática (del UDI), creo que lo pueden escuchar más. Si alguien le viene de afuera, yo creo que sí, los puede escuchar pero puede decir: de lo que yo estoy viendo no sabe un pomo, ¿de qué me habla? Muchas veces cuando uno se da cuenta con los grupos marginales, cuando uno les dice que

tiene que controlarse y demás, uno sabe que se los dice, pero sabe que no lo va hacer, porque no es lo primordial para ellos... no los voy a martirizar tampoco, porque sé que por más que los martirice, voy a hacer que no vuelva, y por lo menos así vuelve cada tanto." (operador sanitario)

"Los chicos necesitan mucho cariño, pero no ese cariño que le estés encima y le estés diciendo: 'tenés que ser así, y tenés que dejar de consumir, porque es la única forma que te vas a salvar.' No." (operador comunitario)

"Digamos poder trabajar con el otro como abordar de tal manera o como prevenir en tal caso. Sería bárbaro. Eso es lo que le falta al hospital, no sólo desde adentro sino desde afuera desde consultorios externos. Tener aparte otro tratamiento que sea el ambulatorio y medicamentoso." (operador sanitario)

P: ¿Qué recomendaciones podrían dar a los que cotidianamente toman decisiones sobre políticas de drogas?

R: "Y yo les diría que vayan directamente a hablar con la gente que se droga. Que vayan a ver a los usuarios, que tengan una charla con los usuarios, que le pregunten qué es lo que tienen, qué es lo que sienten, por lo que pasan. Para que puedan comprender realmente la situación de la gente, y para que puedan realmente ver que diciendo: esto no, lo otro no, no se logra nada. No se logra nada, seguimos estando cada vez peor, así, de esa manera. Yo creo que la gente tiene que ponerse un poco en la piel del otro." (operador comunitario)

"Tenemos que ir evolucionando. Todavía creemos que el interno o el afectado tiene que concurrir o asumir su situación y renunciar a la droga y no ir nosotros a tratar por todos los medios. Ese pasito todavía nos hace falta. Nos hace falta un mayor compromiso para controlar eso." (operador penal)

"Primero hay que hacer un relevamiento y un gran empadronamiento de pacientes, es decir, sensibilizar a la población, convocar, buscar, blanquear de alguna manera, la confianza, para lograr un empadronamiento de los usuarios y luego, mediante información, distribución, yo diría casi capacitación ¿no?.. Son pacientes muy complicados, controlar de alguna manera lo que estos pacientes se están inyectando, si es posible con terapia de sustitución, de provisión de los elementos que ellos utilizan, como jeringas, por ejemplo." (operador penal)

A pesar de las críticas mencionadas, el modelo de internación sanitaria fue planteado como una medida particularmente apropiada para esta población, en virtud de las características del uso inyectable.

"Y la forma de intervención para esa gente es a través del conocimiento de los riesgos, pero tiene que ser internación, esa gente es vía internación. Es muy difícil que una persona de uso inyectable pueda hacer un tratamiento ambulatorio, tiene que hacer un corte, un corte, una desintoxicación, en un lugar de contención, así, una contención farmacológica." (operador sanitario)

¿Prevención *versus* atención?

Una de las disyuntivas que plantean los entrevistados, especialmente los que desarrollan tareas en el ámbito sanitario, es la importancia de articular la prevención con la atención de los usuarios de drogas.

"La necesidad de que prevención y asistencia fueran juntas. Hay una fuerte impronta de distinguir la asistencia por un lado y la prevención por el otro, como dos planos que no tienen nada que ver. Como lo que encontramos nosotros en Psicología Social: el individuo es una cosa y la sociedad es otra. Desde el mismo cuño: mente / cuerpo; es la misma escisión...Y si no pensás en lo preventivo, tu programa de asistencia está sesgado una manera más, si se quiere, donde se te filtra mucho el punto de vista médico, de la relación con los pacientes, ¿no?; se pierde un poco la dimensión personal y de sujeto social, sujeto de una cultura." (operador sanitario)

"Si uno trabaja con usuarios de drogas, uno como eje tendría que tener la prevención. Y luego después atender otras cuestiones de lo que se presente, pero me parece que el objetivo es ese... la prevención; en que no se terminen de joder más digamos, que no se pesquen algo, establecer por ahí otro tipo de vínculo. Para mí desde ese lugar, no desde el no consumo o desde el tratamiento ortodoxo de la abstinencia. Digamos: salvo que lo esté pidiendo. Yo creo que en ese tipo de tratamientos hay que saber escuchar lo que el otro necesita. Que es lo único que sirve por eso como te decía al principio depende de la elección del usuario. Porque en eso va a ser la intervención o no.

Podrán hacer mucho tratamiento o sea sacarme las drogas, ponerme otras, qué sé yo, lo que se les ocurra pero si quieren que me cure me dieron el alta y fui y sigo consumiendo.” (operador sanitario)

¿Estrategias y políticas focalizadas en los UDIs o universalizar para la población general?

La tensión entre focalización - universalización de las políticas atraviesa el discurso de los operadores. Algunos propusieron que las políticas de reducción de daños se extendieran a los usuarios no inyectables o a la población general.

“Yo no sé por qué la diferencia de lo inyectable. No sé, yo no haría diferencia. Digamos, por ahí, habría que hacerlo desde la prevención.” (operador sanitario)

“No es solamente que la cuestión del VIH está con los *pinchetos*. Es una temática que hay que cambiar, y erradicar, ya hay una cultura oficial del VIH con los *pinchetos*, y no, y se están infectando tanto los *pibas* que no se *pican* como los que se *pican*... Si bien acá hay gente que se *pica*, le hace mal a gente que está muy *loca*, muy descontrolada, a las *pibas* no les importa nada, *curten*, quedan embarazadas.” (operador comunitario)

Otros, insistieron en programas específicos para UDIs por las particularidades del consumo inyectable.

“Tendría que haber un programa especial, específico, no mezclar, una persona de uso inyectable con una persona que consume drogas por otras vías. No tiene nada que ver. No encaja en el cuadro de ningún formato... Una modalidad para gente inyectable, por todo lo que conlleva el consumo, por todos los deterioros, por las modalidades, por la forma que esa persona vive.” (operador sanitario)

En la misma línea algunos operadores plantearon que el tema del VIH /sida debía involucrar a toda la población, que competía a todos los sujetos, por lo tanto “todos” podían y debían ser destinatarios de acciones de prevención.

“La concientización la deberían hacer todos, todo el mundo del más grande al más chiquito. Si el VIH no tiene ni edad ni gusto sexual, ni nada.” (operador comunitario)

¿Expertos *versus* Legos?

Cuando se trata de intervenciones vinculadas con los problemas asociados al uso de drogas, y no al tema VIH/sida, las aguas se dividieron y se pudo observar la disputa de poder. Algunos operadores sostuvieron que son los expertos los que tienen que ocuparse de las intervenciones con usuarios de drogas, oponiéndose, por ejemplo, a los tratamientos en los que ex usuarios, llamados “recuperados” coordinan programas de atención.

“Como en todos los aspectos de la vida uno tiene que hablar con los que saben, y los que saben son los que están todos los días trabajando con adictos. El tema de la adicción es un tema complicado porque cualquiera cree que sabe, cualquier ex adicto abre una comunidad terapéutica, cosa que es una barbaridad y una brutalidad, y muchas personas que se creen progresistas son cómplices de esto. Yo creo que esto tiene que hacerse con profesionales experimentados, con ONGs que hayan demostrado que son idóneas y que han estudiado el tema, con Salud Pública por supuesto.” (operador sanitario)

En contraposición con esta postura, otros operadores, especialmente los que realizan trabajo comunitario, expresaron que no sólo los profesionales son idóneos para trabajar, sino que los llamados “legos” pueden involucrarse en estos programas porque es un tema que compete a toda la población.

“Creo que hay que desmitificar la historia de la prevención, quiénes son los autorizados para hacer prevención. Si yo siento que tiene que venir un erudito a hablar de éstas cosas, que sólo entendemos los médicos, nunca se cotidianiza la práctica. Yo no puedo pretender que toda la población haga un curso breve de medicina, si son dos

boludeces de conducta que cambiar, digo. En esto me parece que las experiencias exitosas; que uno tiene que tratar de referirse a éstas cosas; a ver que cosas fueron dando resultados y qué cosas fracasaron.” (operador sanitario)

Capacitación entre pares

En esta línea, varios de los operadores propusieron la capacitación entre pares como una estrategia de intervención eficaz, porque los pares por su conocimiento y experiencias son más escuchados, se vinculan desde la misma posición social, hablan el mismo lenguaje.

“Y la mejor manera para trabajar con usuarios de drogas inyectables es capacitar. En realidad es elegir a los líderes o a las personas que son más escuchadas dentro de los grupos de usuarios inyectables para capacitarlos como operadores. Y estas personas tienen más eco que nosotros dentro de esa población. Esta me parece la mejor manera. O sea involucrar a usuarios de drogas inyectables que son beneficiarios de nuestro programa, involucrarlos más en capacitaciones, o sea que puedan replicar el mensaje dentro de su propio grupo de pertenencia.” (operador comunitario)

“Que incorporen a usuarios de drogas en los planes de estrategias, que contemple las necesidades y que asegure servicios acordes. Que elimine las granjas de rehabilitación que sólo aquietan la conciencia y te encierran. En ese tipo de granjas que son campos de concentración los pacientes judiciales pagan muy bien, es todo un comercio.” (operador comunitario)

“Me parece que lo que más éxito da es el trabajo horizontal, entre adictos. Me parece que esa es la mejor forma de implementar prácticas y conductas de cuidado, que sea entre ellos. Que no pueda, que no venga un careta de un lado a decir cómo son las cosas, aunque tenga todos los títulos. Me parece que eso no da.” (operador penal)

“Me parece que una experiencia que ha dado resultado es la capacitación entre pares, los talleres entre pares, con actividades, y sobre todo poner énfasis en la cuestión lúdica, las obras de teatro. Particularmen-

te, los chicos se enganchan con éste tipo de cosas; y situaciones que puedan ser reproducibles para ellos. Por ejemplo, si hay tantos *pibes* haciendo una obra de teatro y un *pendejo* de diez años enseñando como se pone el *forro*, lo que queda es que esto también lo puedo hacer yo. Esto te pasa cotidianamente, cuando vos hacés talleres y preguntás: '¿quién se anima a ponerle el *forro* a la banana?', y no sale nadie. Ni de los grandes ni de los *pibes*." (operador sanitario)

La capacitación entre pares se funda en principios tales como: considerar la diversidad cultural, democratizar los saberes sociales, promover la autogestión y la organización social. En este sentido un entrevistado realizó una lectura histórica de los últimos años de la Argentina, señalando cómo la dictadura militar destruyó formas de organización social existentes.

"Los operadores barriales, por ahí, me parece que es una buena opción porque es gente que está en el medio y, por lo cual, se lo escucha mucho más. Me parece que lo que pasa es que no hay actor de nuestra acción social, ese es el gran problema: todo eso se destruyó, entonces, eso también tiene bastante que ver con todo lo que está pasando, con la marginación, con la violencia, todo, que no hay ningún tipo de organización que contenga. No hay nada que conduzca a algún lugar. Yo creo que desde la dictadura que viene así. Creo que hay, por ahí, algunos esbozos ahora, de empezar a organizar algo, pero creo que será algo que va a llevar mucho tiempo, digamos, no es fácil. No es fácil porque, realmente, con todo lo que se ha hecho en los últimos años, con lo que ha sido toda la política del Gobierno, y de segregación y todo eso, va a ser muy difícil que se pueda organizar algo social, digamos... Desde la organización social. Sí, me parece que desde ahí vengo. Me parece que los líderes barriales, en general, tienen muchísimo más peso, muchísimas más palabra que cualquiera de nosotros que les vaya a decir algo, ¿viste? ¿y esta quién es?" (operador sanitario)

Las representaciones sociales de la identidad social de los pobres, de los niños, de los adolescentes y de los usuarios de drogas influyen en las propuestas de intervención que los operadores expresaron.

En algunos relatos la actividad de informar se planteó en el marco de un vínculo en el que se integra a los usuarios a un proyecto y se plantea la escucha activa de las necesidades de la población, el diagnóstico y la construcción de acciones preventivas con la participación de éstos. El usuario es representado como un sujeto de derechos.

“Al margen que es importantísimo separar, que los *pibes* estén solos, en un contexto en el que se sientan como más libres para hablar. No con los adultos que coordinan y que de alguna manera regulan la actividad después.” (operador sanitario)

En cambio, en otros la posición del que realiza la intervención es una posición de “adulto” que le “explica” a un “chico”, del que sabe y le transmite al “menor”, “incapaz”.

“Uno, es con el chico, trabajar con el chico y, un poco, explicar qué es lo que está pasando, cuáles son los riesgos que tiene.” (operador penal)

En contra de la propuesta de informar como estrategia de prevención, surge la referencia a una creencia sobre lo que provocaría la información en las prácticas de los sujetos, expresada en el siguiente silogismo: “si se habla del consumo de drogas, los jóvenes van a consumir más”. Con la misma lógica, se planteó que “si se habla de sexo, los jóvenes van a tener más sexo”.

“Los padres son los primeros – digo todos, porque cada vez está cediendo más el tema – pero, en la práctica, supone una barrera. ¿Por qué hablar de drogas en el colegio? Y, hay algunos que defienden esta teoría de que no hay que difundir la cosa para que no se conozca y esos son los más agresivos, porque no es solamente verter opinión, sino, presionar sobre el colegio para que eso no se haga.” (operador penal)

“Se desconocen los programas de reducción de daños y yo no sé si esto tendrá que ver un poco con trabas y demás, de por ahí el miedo que se incentive el uso de drogas digamos, supongo que tiene, o sea así preservativos tuvieron muchas contras porque ¿cómo se va a re-

partir preservativos!, así que supongo que con esto debe tener que ver.” (operador sanitario)

Frente a estas posiciones que buscan ocultar y negar la existencia misma de prácticas sexuales entre jóvenes, así como el consumo de drogas, otros operadores dijeron justamente lo contrario señalando la necesidad de comenzar por reconocer que estas prácticas existen.

“Entonces habría que asumir que los *pibes* tienen sexo, cosa que la gente no quiere escuchar.” (operador sanitario)

Actores involucrados en la ejecución de las intervenciones

¿Quiénes deberían llevar a cabo estas intervenciones con UDIs?

Los actores mencionados fueron centralmente el Estado, las ONGs, y los usuarios de drogas, aunque también se hizo referencia a los organismos internacionales, a la iglesia y a los padres.

Rol del Estado

“Mirá yo tengo una experiencia de haber vivido, de haber estado parada frente al Ministro de Salud de la Nación explicándole esto que yo hago, y que por esas cosas, y por esas medidas que no se toman, yo no tenía preservativos para hacer mi trabajo, y contándole a él como era nuestro trabajo, tuve la posibilidad de recibir en donación, directamente de él, cuatro mil preservativos para poder llevar adelante mi trabajo. Pero le pediría sí a las autoridades, si las tuviera a mano y cada vez que las tengo a mano se los puedo decir. Creo que tendrían que tomar más contacto con estas entidades, fundaciones, ONGs, toda esa gente que lleva adelante este trabajo anónimamente, pero que es muy grande y que yo creo que es necesario que las autoridades tomen conciencia y contacto con esta gente, para ver como ellas desarrollan esta actividad y cómo se acercan ustedes a nosotros, porque esto que estamos haciendo nosotros no es vía ministerio. El

trabajo que nosotros pudimos realizar y la capacitación que tuvimos no fue vía Ministerio de Salud, fue vía ONG. Ustedes se acercaron a nosotros para poder darnos la posibilidad de poder recibir una capacitación, porque a veces si vos no tenés una capacitación no podés llegar. A veces la falta de conocimiento te impide, porque si bien vos tenés un contacto con ellos, como vecinos, como amigos, lo que sea, necesitás una capacitación para poder llevar adelante tu trabajo, para saber de qué estás hablando, cómo te tenés que mover. Todo lo que yo recibí acá cuando vine a hacer la capacitación, necesitaba el conocimiento, por ahí no científico, pero sí algunas pautas que tenés que tener para, en principio, poder desarrollar mejor el proyecto en reducción de daños.” (operador comunitario)

“Yo creo que (la política de reducción de daños) la tendrían que implementar desde el Ministerio de Salud de la Nación como una decisión política, para que estos, más allá de las autoridades que tenemos hoy, de los nombres que tenemos hoy, a medida que ellos vayan pasando, esto quede como una norma, como algo establecido, ¿no? Como un programa nacional que se pueda desarrollar en todos lados. Nosotros apuntamos a eso, a que esto se pueda, si bien mi testimonio pueda servir para que esto pueda llegar a las autoridades y que ellos se hagan cargo, porque la realidad que vivimos está muy, muy difícil.” (operador comunitario)

“Lo que quisiera recalcar, que es muy importante, es el tema de que tomen conciencia las autoridades sobre esta problemática tan abarcativa en todos los sectores, no podemos hablar ni de los pobres ni de la clase media, etcétera. Yo creo que es muy abarcativa y ya te digo: yo tuve la experiencia de vivir en Martínez, donde empieza el consumo de esto y ahora en otro barrio donde también sucede esto, pero en Martínez el consumo aún existe.” (operador comunitario)

“Desde mi experiencia, yo sugeriría que se siguieran más las recomendaciones de organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud o distintos programas que se han hecho en algunas organizaciones no gubernamentales. Habría que ponerlas más a disposición de la población, en colaboración con nuestros propios organismos.

P : ¿Esto debería ser parte de una política de Estado?

R : Sí, totalmente, no hay otra forma.” (operador penal)

“Distancia de la realidad de la gente, desconocimiento, falta de articulación creo que tendrían que tomar las autoridades conciencia de

esta gente, por eso te marcaba la diferencia entre los barrios. Hay culturas, hay códigos, hay cosas que ellos manejan y que son distintas de un lugar a otro. Y están muy lejos de esa realidad, quizás no llegan a armar un programa como corresponde, quizás no llegan a esa realidad porque se está lejos de eso, muy lejos. Yo entiendo que es difícil llegar, que es difícil a veces conocer sus realidades, pero yo creo que de alguna forma hay que conseguir llegar a ellos.” (operador comunitario)

“Que abran sus cabezas y sus orejas y que simplemente escuchen, escuchen un debate que ya está instalado y mucha experiencia de un montón de sectores que vienen trabajando de manera seria con reducción de daños, con minorías sexuales, y con toda una serie de reivindicaciones que sería interesante incluirlas en la agenda del Estado.” (operador sanitario)

En el caso de los operadores de salud del sector público puntualizaron que sus condiciones de trabajo son un obstáculo para realizar intervenciones adecuadas, por la cantidad de trabajos que tienen, la sobrecarga en el trabajo y la falta de recursos.

“Completado eso con que mejore un poco la situación del país (que, tengo la esperanza de que va a mejorar... aunque sea, para mis hijos...)... Esta sociedad está muy acelerada, ¿Para qué va mi hija a la facultad?! Estudia Medicina. ¿Cuándo se reciba, se encuentra que no tiene trabajo...! - Le dije: “¡No vas a trabajar! Y si trabajás, vas a ganar ochocientos pesos. Y vos no vas a vivir con eso... Empiezan a correr, un trabajo, una obrita social, una prepaga... Terminan el día... ¡Son un desastre como personas... son un desastre como profesionales! Porque vos, cuando te pasaron cien personas, vos a la número cien, ¡no sé qué le viste!” Eso es grave... Y así pasa en las otras carreras. ¡Eso no puede ser así! Un maestro no puede salir de una escuela e ir corriendo a otra escuela...! ¿Vos viste lo que es un grado?! Yo te lo digo, porque fui a Provincia... Íbamos a dar charlas de prevención... Estábamos en el último grado. Vos tenías la mezcla del chico de 12 años con el de 16, 17... ¡Vos no podés tener el mismo lenguaje! Nos costó un montón trabajar, ¿eh?... Logramos trabajar, todos quedaron contentos. No lo pudimos seguir, porque eso cuesta dinero (por eso te digo, hay cosas que sí necesitás dinero), y no lo pudimos ya seguir bancando; porque necesitás llevar material. ¡Fue hermosa la experiencia! Nos pedían que volviéramos...” (operador sanitario)

Articulación Estado – Tercer Sector

En los siguientes testimonios puede observarse la opinión acerca del papel del Estado, la demanda de articulación entre las acciones de las ONGS con las del Estado o la dificultad para identificar un actor definido que se ocupe de los problemas relacionados con el uso de drogas:

“Yo creo que tiene que ser una política de Estado, el Estado no puede estar ausente de la epidemia, me parece que no es correcto hacerlo tampoco tercerizando todo, es decir, que el Estado traiga los fondos y que las organizaciones intermedias... Me parece que tiene que haber una política de Estado, con los efectores del Estado, articulando con algunas ONGS de probada eficacia, eficiencia y capacitación.”
(operador sanitario)

“No sé si la curación entre comillas, la contención que necesitan los consumidores venga acompañada en gran parte de la mano de las instituciones del Estado. Es lo que no sucede en esto, no sucede en las cárceles tampoco, no sucede en muchos ámbitos.” (operador penal)

Algunos operadores identificaron como población objetivo de intervenciones posibles a los docentes. Se propuso capacitar a los docentes, que los docentes pudieran detectar situaciones de riesgo.

“Creo que se puede informar, creo que la forma que, por ahí serviría de hacer prevención, sería, ¡qué se yo! desde las escuelas, que los maestros puedan detectar ciertas cosas que bajan en los chicos, que se ven, digamos. Nadie es adicto de un día para el otro... Situaciones de riesgo, situaciones familiares. Digamos, intervención desde chicos.”

Identificaron a la política de los sectores religiosos nominados como “la Iglesia” como obstáculo para el desarrollo de acciones de prevención del VIH/sida y de reducción de daños:

"Igual con el uso del preservativo tuvieron muchas contras porque, cómo se va a repartir preservativos, así que supongo que con esto debe tener que ver también mucho con eso, contras a nivel de iglesia y demás que puedan llegar a tener." (operador sanitario)

"Me parece interesante que se pueda hablar del tema, con todo lo que hay en contra acá, iglesia, política y demás cosas que puedan estar en contra de la temática. Esto es un primer paso. Ahora creo que tiene que haber políticas más fuertes para la realización." (operador comunitario)

¿Informar, inculcar, capacitar, educar?

La importancia de la **información** en materia de intervenciones con UDis fue recurrente en las entrevistas, en las que los operadores destacaron que permite que las personas "*tomen decisiones de otra manera*", que "*conozcan los riesgos*", que "*discriminen el consumo según las sustancias*", que diferencien las "*consecuencias a corto y largo plazo*".

La transmisión de información fue encarada en algunos casos en forma articulada con otro tipo de intervenciones, como entrega de folletería y preservativos o se reduce la prevención a la transmisión de información presuponiendo que los cambios en las prácticas de cuidado y de riesgo dependen centralmente de la cantidad y calidad de información que los sujetos tienen sobre el tema.

El último de los testimonios refiere a otro aspecto de las acciones de reducción de daños relacionadas con su impacto para contribuir a que la persona se reconozca como sujeto de derechos.

"La idea es armar un pequeño taller que quede permanente, para todas las residentes (mujeres presas). Como un taller de prevención, de información, que ellas busquen qué es lo que quieren saber, qué inquietudes tienen." (operador penal)

"Para los que trabajan con usuarios seguro, y a los usuarios o a la comunidad en sí porque creo que hay que dar información para los usuarios, pero también para los que no usan. Cuales son los riesgos también de contraer, de usar drogas, o sea hablar de drogas nada más que en general, me parece que no es suficiente, o sea todo lo que tenga que ver con drogadicción no sé si está tan bien encaminado para disminuir digamos el consumo de drogas. Porque no hay digamos demasiada información... Si no tiene esa información les parece que todo esto es lo mismo, así como se hace con el cigarrillo, con el cáncer de pulmón, acá habría que hacer lo mismo, o sea darle información de cuáles son las consecuencias a corto o a largo plazo, pero que la población tenga más información." (operador sanitario)

"Me parece que hay mucha desinformación en el tema de, por ejemplo, de VIH, por parte de poblaciones más marginales, no tienen mucho acceso." (operador sanitario)

"Sigo pensando en la cuestión de reducción de daños, creo que debería tal vez completarse con alguna cosa tipo recolección de jeringas, digo, conectar en algo más, dar status de sujeto en algo más. Vos podés ayudar en tal cosa, *hacerle la gamba a fulano* que está en tal situación, porque me parece que uno termina metiéndose muy adentro y sintiendo que es imposible que haga nada por los demás. Me parece que éstas cosa sirven mucho, cuando uno se encuentra con que tiene capacidades, también como sujeto en relación con otros, me parece que ayuda muchísimo... Tiene que ver con devolver la posibilidad de cuidado de uno mismo. Por eso te decía devolver la calidad de sujeto." (operador sanitario)

9. 6. 2. Propuestas de los UDIS

En relación con las intervenciones, los UDIS plantearon algunas propuestas que surgieron de la encuesta en la que se les preguntó si además de jeringas, preservativos o folletos de prevención les haría falta algo más para cuidarse en su uso de drogas.

La mayoría de los UDIS encuestados tendía a responder que no precisaban nada más, que con lo que recibían cuando

tenían acceso al material por un programa de reducción de daños, era suficiente.

Otro grupo respondió que dependía de un cambio personal de actitud (*tomar conciencia, cuidarse, sentirse bien, tener confianza en sí mismo, no drogarse más*).

Ciertas respuestas formulaban el deseo que no hubiera drogas, ni narcotraficantes aunque esa expresión no estaba dirigida a alguien en particular. Sin embargo, un sujeto también planteó que *participar activamente de las decisiones, un gobierno estable, justicia social* es lo que relacionaba con poder cuidarse más en el uso de drogas.

Algunos pidieron distintos elementos para el uso de drogas como filtros (generalmente usan el filtro del cigarrillo, pedazos de colchón o algodón), desinfectantes, pipas, papel para fumar, o lazos para torniquete. Aparecieron algunos comentarios sobre la calidad de las agujas que se entregan. Generalmente decían que tienen poco filo, que deben usar varias, que se tapan (especialmente si la sustancia es de mala calidad).

Muy pocas respuestas hablaron de poder hacerse exámenes de VIH. También estuvieron los que manifestaron deseo de aprender más sobre sida, infecciones, síntomas, evitar la sobredosis. Los medios propuestos para difundir esa información fueron autoadhesivos, publicidad barrial, o mensajes televisivos.

Hubo alguien que solicitó contacto con personas que hubieran podido dejar de drogarse. Otro pidió *un tratamiento como la gente, que no le eche la culpa a la familia y que se centre en la inseguridad y el vacío que tenemos los adictos*.

También hubo pedidos de contacto con profesionales (psicólogos, psiquiatras, especialistas en drogas, médicos) y tener un espacio donde hablar de sus problemas.

Muy pocos mencionaron tener trabajo, tener dinero o comida como motivos para cuidarse más en el uso de drogas.

Conclusiones y recomendaciones

Los datos del estudio revelan diversos cambios producidos en relación con el uso inyectable en los últimos seis años. Dichos cambios se relacionan con la práctica inyectable en sí misma y con la percepción de esta práctica. Aunque el foco del estudio está puesto en estas transformaciones, otros cambios se superponen e influyen en estos procesos individuales y sociales vinculados con una particular vía de administración de las drogas. Esos otros cambios son los del contexto en el que se estudia el fenómeno. Los últimos seis años en la Argentina han mostrado un aumento de la desigualdad social, con el crecimiento de la pauperización y de la desocupación de gran parte de la población.

Un significativo número de los UDIs y de las parejas de UDIs que entrevistamos en este estudio forma parte de una franja que ha sufrido particularmente el **impacto de la crisis**. Esto es evidente en la información que aportan algunos de los indicadores sociodemográficos como la fuente de ingresos, que muestra la precarización y el descenso del número de personas que viven de su trabajo en los últimos seis años. Ello no debe interpretarse como que el uso inyectable está circunscrito a los más pobres, sino que son los más pobres los que suelen tener menos acceso a la información y a los recursos materiales y simbólicos que contribuyen a gestionar los cuidados y los riesgos, por lo que fue una población particular-

mente buscada en este estudio. Los operadores entrevistados también refirieron al impacto de la crisis al hablar de los cambios en el uso de drogas, en el perfil de los usuarios y en las intervenciones.

Los cambios en las prácticas de cuidado y riesgo de los UDIs se relacionan con los cambios estructurales de la Argentina. El aumento de la **desocupación** se observa en esta población en los últimos seis años, ya que mientras descendió la proporción de los que trabajan, aumentaron los trabajos esporádicos o "changas" y también se incrementó el porcentaje de los que recibían planes sociales. Aunque en menor medida, en el 2003 también aumentaron los UDIs que vivían de actividades como el cartoneo o el cirujeo y aparecieron formas de subsistencia que no informaban en 1998 como los seguros de desempleo, la ayuda en alimentos o mendigar. Sin embargo, los que vivían de actividades ilegales se mantuvieron en una proporción equivalente en el período analizado.

La **pérdida del acceso al sistema de obras sociales** es otro analizador del proceso de pauperización que vivió la Argentina en la última década. De los que no tenían obra social en la actualidad el 35,6% tuvo acceso alguna vez y lo perdió entre 1998 y 2003. El 71,4% de los UDIs encuestados acudían sólo al sector público (Hospital y/o Centro de Salud) para atender sus problemas de salud, lo que indica la importancia de capacitar a este sector en la atención de problemas relacionados con el uso inyectable de drogas.

La información de las entrevistas a UDIs, a las parejas de UDIs y a los operadores comunitarios, penales y sanitarios revela **cambios en las sustancias** que se consumen actualmente y las que se usaban hace más de seis años. Hubo muchos testimonios referidos al aumento creciente de la oferta de pasta base. Algunas otras investigaciones dan cuenta de estos cambios, aunque la mayoría de ellas se centran en el aumento

del consumo de bebidas alcohólicas y hay menos información documentada respecto del uso de drogas ilegales o intermedias (como los psicofármacos).

En la región del AMBA, los entrevistados mencionaron el deterioro de la calidad de la cocaína en este último período, la mayor circulación de psicofármacos y un relativo crecimiento del consumo de solventes volátiles, que junto con la marihuana y el alcohol son especialmente usados por las poblaciones más pobres. Pero también se mencionó el incremento del uso de drogas de diseño en población con mayor disponibilidad económica.

El uso inyectable parece haberse tornado una práctica más **oculta y estigmatizada** en los últimos años. Mucha de la información compilada nos da claves para explicar este proceso.

La **asociación de la transmisión del VIH** al uso inyectable de drogas contribuyó significativamente a consolidar la necesidad de los UDIS de ocultar su práctica. La representación social dominante asocia al sida con la muerte y por tanto, los UDIS han sido depositarios del estigma de "transmisores de la muerte". Esta asignación social emerge en los testimonios de algunos entrevistados que aluden a los cambios en la imagen de los UDIS antes muy valorados entre los usuarios de drogas por otras vías, y claramente descalificados en el presente. Este proceso es más antiguo que algunos de los cambios que analizamos en este estudio y se remonta a fines de los años ochenta, cuando aparecieron los primeros casos de sida relacionados con el uso inyectable de drogas.

A la conciencia de la diseminación del VIH entre los UDIS que sucedió a fines de los años ochenta, se sumó el gran número de **muerdes de UDIS** que comenzaron algunos años después, lo que ha "confirmado" la representación social antes aludida no sólo para los propios UDIS, sino también para sus redes sociales más próximas. Muchos de los UDIS más antiguos

que entrevistamos, sobrevivieron a un numeroso grupo de amigos y familiares con quienes se vincularon en el consumo inyectable, lo que hace más notoria la necesidad de ocultar la continuidad de su práctica inyectable con los más cercanos.

Otro dato que explica el ocultamiento es el cambio en el **uso compartido** grupalmente, mientras en el pasado había una sociabilidad relativamente extensa que unía redes de UDIs y contribuyó a hacer más pública la práctica inyectable, actualmente es más frecuente la referencia al uso inyectable en soledad. Asimismo, los lugares donde se desarrollaba el uso inyectable en el pasado, aunque no fueran espacios públicos, no se reducían al ámbito doméstico como actualmente sucede según la mayoría de los entrevistados. Las redes de consumo inyectable no sólo se conocían entre sí, sino que se vinculaban con otras redes de otros territorios, muchas veces en busca de drogas o por otro tipo de interacciones. Actualmente es muy difícil hallar redes amplias de consumo inyectable. Los que continuaban inyectándose con otros, lo hacían principalmente con los amigos. A la vez, hay claras diferencias por género que se expresaron en que casi todas las mujeres UDIs tuvieron alguna vez una pareja que se inyectara drogas, pero sólo el 39,7% de los varones tuvieron alguna vez una pareja que realizara esta práctica.

En el análisis de la información referida a **redes de ayuda** observamos que pedían ayuda mayoritariamente a sus amigos/as, a quienes conocían del barrio en la mayoría de los casos. Esta información es muy importante para definir el trabajo con pares en términos de la difusión de la información y los materiales preventivos, en especial considerando el nivel ya descrito de ocultamiento de la práctica.

El impacto de la **criminalización** del uso de drogas y la violencia policial particularmente en los barrios más pobres también inducen al ocultamiento de la práctica inyectable.

De los 140 UDIs, 87 alguna vez estuvieron presos (en comisarías y/o cárceles). Un 44,8% de las detenciones se produjeron por tener drogas mientras que sólo un 10,3% fue por venderlas. La intensa interacción con el sistema penal puede influir en la dificultades para acceder y adherir a opciones de tratamiento dada la reticencia de los UDIs a revelar su prácticas tanto en virtud de las posibles connotaciones legales como por el estigma asociado a esa vía de administración de las drogas.

El ocultamiento también se reproduce en el ámbito de los **vínculos más cercanos**. La práctica inyectable suele dejar marcas en el cuerpo, por lo que ocultarlo a la pareja es muy difícil, sin embargo, pareciera haber cierta "complicidad" en algunas parejas o integrantes del grupo conviviente que hacen "como si" no vieran algo diferente en el cuerpo del UDI. Esta "complicidad" no conciente puede resultar en una completa ignorancia de la práctica del UDI. Por lo que, aún en el ámbito más privado de la vida del sujeto, la práctica se oculta, se desconoce. De las parejas entrevistadas surgió que no suelen saber si el UDI comparte o compartió alguna vez jeringas o el resto del material de inyección, desconociendo las prácticas de riesgo y de cuidado que su pareja adopta en el uso inyectable.

Otro cambio significativo de los últimos seis años ha sido la **frecuencia de uso**. La frecuencia es menor actualmente que hace seis años, la misma jeringa se vuelve a usar menos veces que hace seis años y las argumentaciones para ese cambio no parecen estar relacionadas con la menor disponibilidad económica, sino con formas de gestión del cuidado en muchos de los UDIs entrevistados y/o con el menor nivel de calidad de la cocaína a la que se accede actualmente. Si bien no hay suficiente información para constatar un cambio de vía de uso de drogas entre los sujetos encuestados, la menor frecuencia de uso inyectable permite pensar que el uso de drogas por otras vías es más habitual. En varios relatos se ha mencio-

nado el incremento del uso de pasta base en algunos lugares del conurbano bonaerense y también el abandono del uso inyectable por parte de algunos usuarios para continuar con el uso de cocaína inhalada.

Un cambio importante respecto de la transmisión de VIH es la modificación del uso compartido del material de inyección. Al respecto hay un cambio evidente en los últimos seis años hacia un uso menos compartido del material de inyección. Se encontró una asociación significativa con ese cambio y la vinculación con un **Programa de Reducción de Daños**. Sin embargo, en un estudio exploratorio con una muestra más pequeña de UDIS que hicimos en el año 1998 ya habíamos observado una tendencia creciente al abandono del uso compartido, especialmente de la jeringa, que había comenzado en 1995. Este dato nos sugiere que los PRD han contribuido a consolidar esa tendencia.

Sin embargo, como sucede en muchos otros contextos, la incorporación de cuidados en las **prácticas sexuales** no fue significativa entre los UDIS que acceden a PRDs y los que no tienen contacto con esos programas. Los problemas para el uso del preservativo están relacionados con motivaciones más subjetivas que objetivas, ya que el costo económico o la dificultad en el acceso no fueron los argumentos esgrimidos para no usarlo. La mayoría de las explicaciones se centraron en el displacer que genera su uso, más allá de reconocer la necesidad de hacerlo como una medida de cuidado de la salud ya incorporada como información.

Cuando los entrevistados tenían pareja justificaron que no usaban **preservativos** por la confianza o la seguridad en la relación, aunque lo usaban más frecuentemente con una pareja ocasional porque suscitaba desconfianza. Pero ocurre que hay parejas ocasionales que no producen desconfianza y allí tampoco se usa preservativo, salvo que la mujer diga que no

va a tener relaciones sexuales sin preservativo. La capacidad de decisión de la mujer como factor preponderante para el uso de preservativo, se nota en respuestas de opinión acerca de quien negocia el uso del preservativo en una pareja.

Generalmente no se mantienen relaciones sexuales cuando hubo uso inyectable de drogas, es decir que no habría asociación entre esta práctica con el incremento de la **actividad sexual**.

La mitad de los encuestados que habían realizado el análisis de VIH estaban viviendo con el virus, la mayoría de ellos había hecho el examen en los últimos seis años. Una proporción mucho menor tenía también diagnóstico de **Hepatitis C**. Dados los altos niveles de coinfección verificados en otros estudios con población UDI, el bajo número de diagnósticos indica que el equipo de salud no parece estar indicando el examen de hepatitis lo cual puede complicar más aún la situación de los UDIs que desconocen su coinfección. Asimismo, un 27,9% de los encuestados nunca había realizado el análisis de VIH, siendo entre otras características, los más jóvenes y los que se inyectaban hace menos tiempo. Ello refuerza la necesidad de contactar a los nuevos inyectores lo más tempranamente posible a fin de difundir medidas de cuidado entre ellos y sus redes sexuales o de uso de drogas.

Para los entrevistados, el mayor número de muertes por sida de familiares, amigos o conocidos, se produjo en los últimos seis años, varios años después que muchos de ellos confirmaran que vivían con VIH. Sin embargo, el resultado positivo del examen de VIH aparentemente no ha sido condición suficiente para que iniciaran o sostuvieran un **tratamiento médico**. Si bien no indagamos este tema en nuestra investigación, es uno de los interrogantes que surgen de la información y requieren futuro estudio. Investigaciones realizadas en ámbitos hospitalarios revelan que hay menor

afluencia de UDIs a los servicios hospitalarios desde mediados de los años noventa. No conocemos en la Argentina estudios que den cuenta de la adhesión de los UDIs a los tratamientos y tampoco conseguimos información que indique cuántos de ellos acceden a los servicios de salud. Si bien se ha ampliado la información referida a esta población, todavía no hay estudios seriadados en UDIs relacionados con PRDs debido, entre otras cosas, a la reciente existencia de muchos de estos programas en el país. Esta es otra línea de investigación que surge como necesidad de los datos colectados en nuestro estudio.

El 66,4% de los UDIs **interrumpió** alguna vez el uso inyectable de drogas. Este dato muestra la importancia de facilitar a esta población servicios accesibles que se adecuen a las necesidades que pueden presentarse en esas circunstancias para ayudar a consolidar esa tendencia. Los testimonios de los UDIs muestran que la interrupción se atribuye a condiciones externas que mejoran o empeoran, tanto en el contexto social como en la interacción con otros. En cambio, los que volvieron a inyectarse hacen muchas referencias al gusto, a la necesidad física, y al placer de inyectarse.

Algunos de los operadores entrevistados refirieron que los cambios en los **dispositivos de atención** estaban relacionados con los cambios de la población a la que asisten, aludiendo a los acontecimientos sociales, políticos y económicos de los últimos años como la principal influencia tanto en los cambios en el consumo como en la complejidad de los problemas con que llegan las personas a las instituciones. Las dificultades más mencionadas en los dispositivos clásicos de atención fueron tanto la juventud de las personas que atienden, como la complejidad de las circunstancias sociales de las que provienen y la incorporación a los tratamientos por orden judicial.

Respecto de las demandas de los UDis para cuidar mejor de su salud y la de los otros, nadie mencionó la necesidad de un lugar donde **descartar el material usado**. No se manifestó como un problema. Seguramente la presencia del descartador o un sitio donde descartar en la zona donde se desarrolla el consumo sea una situación que, al develar la práctica inyectable, devenga en obstáculo para su implementación debido al ya aludido estigma del uso inyectable. Esta situación requiere de la participación de los centros públicos de salud para facilitar la tarea de los reductores de daños en relación con el descarte del material usado y evitar así que se realice de manera poco segura para el resto de la población.

Entre las propuestas de los operadores sanitarios, penales y comunitarios hubo coincidencia en propiciar el desarrollo de **políticas públicas** para atender los problemas asociados al uso inyectable de drogas.

Hubo cierto consenso entre los operadores entrevistados en cuanto a que los **modelos de intervención hegemónicos** dirigidos a usuarios de drogas no son eficaces, aunque la propuesta alternativa que sostuvieron no fuera clara y/o coherente con la crítica. En esta línea, varios de los operadores propusieron la capacitación entre pares como una estrategia de intervención eficaz, porque los pares por su conocimiento y experiencia son más escuchados, se vinculan desde la misma posición social, hablan el mismo lenguaje.

Hay diferentes percepciones entre los operadores entrevistados tanto de los cambios como de los problemas relacionados con el uso inyectable. Identificamos como tendencia un mayor conocimiento de la situación del uso inyectable entre los operadores comunitarios, que entre los sanitarios o los penales, siendo estos últimos los que evidencian más desconocimiento sobre el tema específico. Esta circunstancia complica el proceso de intervención ya que, como se verifica en

los datos presentados la interacción de esta población con el sistema penal es intensa y el ámbito penal suele ser un modo de ingreso al contacto con otros sistemas como el sanitario. Ello indica también la necesidad de propiciar el desarrollo de mayor número de Programas de Reducción de Daños a fin de llegar a la población UDI por medio de otros dispositivos de atención que se sustenten en el contexto de consumo y de sociabilidad al que pertenecen los sujetos. Los costos sociales de la criminalización y de la atención sanitaria siempre son mucho más elevados que los de la prevención de los problemas asociados al uso inyectable de drogas.

La evaluación de los Programas de Reducción de Daños en desarrollo en diferentes países indica que no han producido los efectos negativos que algunos presagiaban. La bibliografía internacional concluye que los programas de intercambio de jeringas reducen la transmisión del VIH, sin promover un aumento en el consumo de drogas. Tampoco aumentan el número de jeringas abandonadas en la vía pública.

Numerosos estudios ya han mostrado que los usuarios de drogas son capaces de modificar sus conductas para reducir los riesgos relacionados con su consumo. De hecho, la introducción de los PRDs ha conseguido la estabilización de la prevalencia del VIH y de otras infecciones entre los consumidores de drogas en los lugares en los que se han implantado.

El presente trabajo aporta información respecto del impacto de los PRDs en la Región Metropolitana de Buenos Aires. Unos de los resultados más importantes es que los UDIs que tienen contacto con PRDs, han asumido prácticas de cuidado en su uso inyectable y han reducido el uso compartido de material de inyección. Este dato aporta fundamentos locales a la necesidad de ampliar la cantidad de programas de estas características que también alcanzan a una numerosa población de usuarios no inyectables de drogas.

Bibliografía

- Ahumada, G. "Consumo de alcohol en jóvenes" SEDRONAR, julio de 2003.
- Asociación El Retoño, "Reducción de daños en contextos de pobreza. La experiencia de 'El Retoño'- Pcia. de Buenos Aires - Argentina", en la revista - libro Ensayos y Experiencias, Año 7 N° 39, VIH/sida y Drogas: Reducción de Daños, Intervenciones comunitarias, Alternativas desde la educación. Coeditada por la Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD) y la Editorial Novedades Educativas, julio de 2001.
- Banco Mundial, "La crisis argentina y el sistema previsional" julio 2003
- Beveraggi, P.; A. Lachat, B. Rodera, M. Anglese, Y. Arboza, J. Herrera, C. Emery y G. Cañete, "Motivo de internación de pacientes con VIH/sida en un hospital del conurbano", Libro de Resúmenes del VI Congreso Argentino de sida, Buenos Aires, 2003, 57:28.
- Brogly, S.B.; J. Bruneau, J. Vincelette, F. Lamothe y E. L. Franco, "Risk behavior change and HIV infection among injection drug users in Montreal". AIDS 2000; 14 (16):2575-2582.
- Cortesi, S. "La salud mental y la crisis Argentina" Buenafuente del 6/1/2004 <http://www.buenafuente.com/salud/lenota.asp?idNota=6449>
- Cymerman, P.; P. Goltzman, D. Rossi y G. Touzé, "HIV and drug use project in association with the International Federation of Catholic universities". 12th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, New Delhi 2001. p. 77
- De la Fuente, L.; M.J. Bravo, G. Barrio, F. Parras, M. Suárez, A. Rodés y I. Noguera, "Lessons from the History of the Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. Epidemic among Spanish Drug Injectors" en Clinical Infectious Diseases, 2003:37 (Supl. 5), ps. 410-415.
- Des Jarlais, D. ; T. Perlis, S. Friedman, M. Marmor, L. Torian, P. Friedman, D. Glebatis, R. Rockwell y D. Paone, "The roles of syringe exchange and HIV counseling and testing in the declining HIV epidemic among

- idus in New York City." Libro de Resúmenes de la 13 th World Aids Conference; 2000; Durban, Sudáfrica. Vol. I Resumen D1124:171.
- Des Jarlais, D.; T. Perlis, S.R. Friedman, T. Chapman, J. Kwok, R. Rockell, et al. "Behavioral risk reduction in a declining HIV epidemic: injection drug users in New York city, 1990-1997". *Am J Public Health* 2000; 90:1112-1116.
- Des Jarlais, D.C.; H. Hagan, S.R. Friedman, et al. "Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users." *Journal of the American Medical Association*. 1995; 274:1226-1231.
- Des Jarlais, D.C.; S.R. Friedman, P. Friedman, J. Wenston, J.L. Sotheman, K. Choopanya, et al. "HIV/AIDS related behavior change among injecting drug users in different national settings". *AIDS* 1995;9(6):611-7.
- Doherty, M.C.; B. Junge, P. Rathouz, R.S. Garfein, E. Riley, D. Vlahov, "The effect of a needle exchange Program on number of discarded needles: a 2-year follow-up." *Am J Public Health* 2000; 90:936-939.
- Dunn, J. y R.R. Laranjeira, "Transitions in the route of cocaine administration, characteristics, direction and associated variables." *Addiction* 1999; 94 (6): 813-24.
- Friedman, S.R. y G. Reid, "The need for dialectical models as shown in the response to the HIV/AIDS epidemic". *International Journal of Sociology and Social Policy* 2002, 22:177-200.
- Friedman, S.R. y S. Aral, "Social networks, risk-potential networks, health, and disease." *Journal of Urban Health* 2001, 78:411-418.
- García Abreu, A.; I. Noguera y K. Cowgill, *HIV/AIDS in Latin American Countries. The challenges ahead*, World Bank, Washington, 2003.
- Glasser y Strauss. "El descubrimiento de la teoría emergente". Traducción del libro *Strategy for qualitative research*. Ed. Aldine, Nueva York, 1967.
- Hankins C.A.; S.R. Friedman, T. Zafar, A.S. Strathdee, "Transmission and prevention of HIV and STD in war settings: implications for current and future armed conflicts. *AIDS* 2002, 16:2245-2252.
- Ianowski, M.V. y Colombo, J.G. *Ni todo bien ni todo mal. Estudio sobre representaciones y hábitos de consumidores de drogas ilegales*. Viedma, Universidad Nacional del Comahue, curza, 1999.
- Inchaurreaga, S. y P. Siri, "Uso de drogas inyectables y VIH en Rosario (Argentina). Fundamentos para la reducción de daños." *Adicciones*, 1999, vol. 11, n° 4, ps. 403-409.
- Infosida. "Situación epidemiológica del VIH/sida en la Ciudad de Buenos Aires." Publicación de la Coordinación sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 3. N° 3. Noviembre de 2003, p. 16.
- Kornblit, A.L.; A.M. Mendes Diz, A.C. Camarotti y G. Calvi, "Perfiles so-

- ciales de consumidores de drogas en el Área Metropolitana de Buenos Aires". Mimeo de la investigación subsidiada por el FONCYT, PICT 1999, N° 5007. 2002.
- Kroll, C.; E. Oppenheimer, A. Reynolds, "Policies related to drug use and HIV/AIDS in Asia" en *1999 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations. Second Annual Meeting Report*, NIDA, Washington, junio de 2000; ps. 45-47.
- Kumar M.S.; S. Mudaliar y D. Daniels, "Community-based outreach HIV intervention for street-recruited drug-users in Madras, India". In: Needle RH Coyle, S.; Cesari, H. (eds) *HIV Prevention with Drug-Using Populations. Current Status and Future Prospects*. Public Health Reports; 113, Sup. 1; 58-66, 1998.
- Lurie, P. y A.L. Reingold (eds.) "The public health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Conclusions and Recommendations." San Francisco, CA, University of California, San Francisco, Institute for Health Policy Studies, 1993
- Lo Vuolo, R. "Argentina: ¿Pasó la crisis?" Publicado en *La Vanguardia*. Barcelona. España. 21 de abril del 2003.
- Mazzeo, V.: "Mortalidad por sida en la Ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características en la década de los años noventa." *Infosida Año 1 - N° 1* Publicación de la Dirección de sida de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Septiembre 2001.
- Metzger, D. y H. Navaline, "Human immunodeficiency virus prevention and the potential of drug abuse treatment" en *Clinical Infectious Diseases*, 2003:37 (Supl. 5), ps. 451-456.
- Míguez, H. y W. Grimson, *Los vidrios oscuros de la droga*. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires, 1998.
- Moscattello, G.; P. Campello y J. Benetucci, "Bloodborne y sexually transmitted infections in drug users in a hospital in Buenos Aires, Argentina" en *Clinical Infectious Diseases*, 2003:37 (Supl. 5), ps. 343-347.
- Paone, D.; D.C. Des Jarlais, S. Caloir, P.B. Friedman, I. Ness y S.R. Friedman, "New York City syringe exchange: An overview." En *Proceedings of the National Academy of Sciences Workshop on Needle Exchange and Bleach Distribution Programs*. Washington, D.C., National Academy Press, 1994.
- Procupet, A. "Situación epidemiológica de los usuarios de drogas inyectables enfermos de sida en Argentina" en la revista - libro *Ensayos y Experiencias, Año 7 N° 39, VIH-sida y Drogas: Reducción de Daños, Intervenciones comunitarias, Alternativas desde la educación*. Coeditada por la Red Argentina de Reducción de Daños (REDARD) y la Editorial Novedades Educativas. Julio de 2001.

- Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano, sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. "Boletín sobre el sida en la Argentina." Año X. N° 22. Octubre de 2003.
- Quiruelas, S.; A. Abadi, C. Ness, P. Varela y C. Verruno, "Tipología de los usuarios de drogas en tratamiento de la red de asistencia de SEDRONAR", Libro de Resúmenes del VI Congreso Argentino de sida, Buenos Aires, 2003, 265:106.
- Ré, V.; G.; Barbas, A. Farias, L. Kremer, E. Treviño, L. Caeiro, N. Modesti, S. Frattari, S. Gallego y M. Contigiani, "Distribución de genotipos del virus de la Hepatitis C en pacientes coinfectados con HIV de Córdoba, Argentina", Libro de Resúmenes del VI Congreso Argentino de sida, Buenos Aires, 2003, 254:103.
- Rhodes, T.; G. Stimson, C. Fitch, A. Bally y A. Renton, "Rapid assessment, injecting drug use, and public health" en *The Lancet* Vol. 354, No. 9172, julio 3 de 1999.
- Rhodes, T.; T. Myers, R. Bueno, P. Millsonand y G. Hunter, "Drug injecting and sexual safety: cross-national comparisons among cocaine and opioid injectors". En: Stimson, G.; D. Des Jarlais y A. Ball, dir. *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses*. London: University College London; 1998. ps.130-148.
- Roland, H.; L. Ravera, A. Crinejo y N. Frassone, "Estado actual de la pandemia de HIV/sida en las cárceles de Córdoba Capital", Libro de Resúmenes del VI Congreso Argentino de sida, Buenos Aires, 2003, 259:104.
- Rossi, D. (Comp.) *Sida y Drogas. Reducción de daños en el Cono Sur*. Coedición Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA), Intercambios Asociación Civil y Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/sida y ETS, Buenos Aires, julio de 2001.
- Rossi, D. "Uso de drogas. El sentido de la intervención" en *Revista Análisis*. Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas, Volumen I, N° 1, Ed. Federación Internacional de Universidades Católicas y Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, junio de 1998
- Rossi, D.; G. Radulich, L. Martínez Peralta, S. Sosa Estani, M. Vila, L. Vivas, M. Weissenbacher, "Riesgo de transmisión de VIH y otros virus en usuarios de drogas inyectables no institucionalizados del Gran Buenos Aires" En CD-rom *Reducción de Daños*. Apuntes para la acción. Editado por Asociación Civil Intercambios y Cooperación Alemana para el Desarrollo, Buenos Aires, 2002.
- Samaan S. et al "A meta-analysis of the effects of the HIV prevention interventions on the sex behaviors of drug users in the United States". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Volume 30, Sup. S 106-S117, 2002.

- SIEMPRO. Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales. "Informe de Situación Social." Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Presidencia de la Nación. Septiembre 2002
- Sosa Estani, S.; D. Rossi y M. Weissenbacher, Epidemiology of HIV/AIDS in Injecting Drug Users in Argentina. Prevalence of Infection in Clinical Infectious Diseases, 2003:37 (Supl. 5), ps. 338-342.
- Stephens, R.C. ; D. Simpson, S.L. Coyle, et al. "Comparative Effectiveness of NADR Interventions". In Brown, B.S.; Beschenr, G.M. (eds). *Handbook on risk of AIDS: injection drug users and sexual partners*. Westport, C.T.: Greenwood Press.519-556, 1993.
- Stimson, G.; Des Jarlais D. y Ball A., "Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses". Londres: World Health Organization , UCL Press, 1998. 294 páginas.
- Stimson, G.; C. Fitch, T. Rhodes, A. Ball, "Rapid assessment and response: methods for developing public health responses to drug problems." Drug and Alcohol Review, 18, Australia, 1999, ps. 317-325.
- Subsecretaria de Atención de las Adicciones - Ministerio de Salud - Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. "Estudio Epidemiológico en Hogares", 2003.
- Teixeira Caiiffa, W.; F. Proietti, A. Carneiro-Proietti, S. Mingoti, D. Doneda, D. Gandolfi, A. Maia Reis, "The dynamics of the human immunodeficiency virus epidemics in the south of Brazil: increasing role of injection drug users" en Clinical Infectious Diseases, 2003:37 (Supl. 5), ps. 376-381.
- Touzé, G. "Obstacles to the development of prevention and public health policies in Argentina" en Clinical Infectious Diseases, Vol. 37, Sup. 5, ps. 372-375.
- Touzé, G. y Rossi, D. "Opportunities and obstacles to harm reduction in Argentina" en Abstract Book 6th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, 1995, M6:146.
- Touzé, G. y Rossi, D. *SIDA y drogas: ¿Abstinencia o reducción del daño?*, FAT, Buenos Aires, julio de 1993.
- Touzé, G.; D. Rossi, P. Cymerman, N. Ereñú, S. Faraone, P. Goltzman, E. Rojas, y S. Vázquez: "Prevención del VIH-sida en usuarios de drogas. Resultados de un proyecto de investigación e intervención", Ed. Intercambios Buenos Aires, 1999.
- UNAIDS Best Practice Collection, *Trends in HIV incidence and prevalence: natural course of the epidemic or results of behavioural change?*, Ginebra, junio de 1999, ps. 20-22.
- Vila, M. y S. Maulen, "Vigilancia epidemiológica: una herramienta estratégica" en Infosida N° 3

- Wallace, S., *Consumo de drogas y VIH-SIDA. Representaciones y prácticas sociales*, Buenos Aires, Eudeba, 2000.
- Wodak, A. "Fifteen years of HIV Prevention Among Injection Drug Users in Australia" en *1999 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug Using Populations. Second Annual Meeting Report*, NIDA, Washington, junio de 2000; ps. 95-101.
- Workgroup Review of Qualitative Research on new Drug Trends; en: <http://qed.cmccda.eu.int/resources/workgroups/trends/trends.PDF>

Cuadros, Gráficos y Figuras

FIGURAS

Figura N° 1:	“Distribución de los Partidos de Residencia de los UDIs encuestados”	72
--------------	--	----

CUADROS

Cuadro N°1:	Estimación de PVVIH y UDI - Argentina 1998	57
Cuadro N°2:	Prevalencias de infección por VIH en UDIs según grupos de estudio. Argentina, 1987-1999.	59
Cuadro N° 3:	Características sociodemográficas	69
Cuadro N° 4:	Personas con las que viven los usuarios inyectables	79
Cuadro N° 5:	Lugar de atención de los problemas de salud	84
Cuadro N° 6:	Tipos de Hepatitis	86
Cuadro N° 7:	Presencia de síntomas que podrían indicar ITS	88
Cuadro N° 8:	Sustancia consumida con mayor asiduidad por vías no inyectables	97
Cuadro N° 9:	Sustancia inyectada “más seguido” y “alguna vez”	98
Cuadro N° 10:	Comparación de la frecuencia del uso inyectable entre los años 1998 y el 2003	105
Cuadro N° 11:	Distribución de las prácticas de uso compartido de jeringas durante el último mes	118
Cuadro N° 12:	Distribución del abandono de la práctica de compartir jeringas según año	128
Cuadro N° 13:	Lugares, modos y materiales utilizados para el descarte de jeringas	130
Cuadro N° 14:	Razones de no uso de preservativo en el estudio “Corriendo la Bola”	149
Cuadro N° 15:	Uso de preservativo según tipo de práctica sexual, y contacto con PRD	165

GRÁFICOS	
Gráfico N° 1: Distribución por edad de los UDIs encuestados	71
Gráfico N° 2: Fuentes de ingreso	74
Gráfico N° 3: Comparación de los modos de subsistencia	75
Gráfico N° 4: Ingresos en el último mes	76
Gráfico N° 5: Motivos por los que estuvieron detenidos	77
Gráfico N° 6: Personas a las que piden ayuda	80
Gráfico N° 7: Lugares donde conoció a los amigos a los que pide ayuda	81
Gráfico N° 8: Porcentaje de UDIs que tienen obra social	84
Gráfico N° 9: Año en que dejaron de tener obra social	85
Gráfico N° 10: Diagnóstico de hepatitis basado en la pregunta: ¿Alguna vez un médico te dijo que tenías hepatitis?	86
Gráfico N° 11: Diagnóstico de tuberculosis basado en la pregunta: ¿Alguna vez un médico te dijo que tenías tuberculosis?	87
Gráfico N° 12: Resultado del análisis de VIH/sida	88
Gráfico N° 13: Realización de análisis de VIH según grupos de edad	90
Gráfico N° 14: Enfermedades consideradas más graves y problemas de salud entre sus conocidos.	94
Gráfico N° 15: Antigüedad en el uso inyectable	96
Gráfico N° 16: Año en el que interrumpieron el uso inyectable	99
Gráfico N° 17: Frecuencia del uso inyectable 1998-2003	106
Gráfico N° 18: Uso inyectable solo o con otros	115
Gráfico N° 19: Opinión de la frase: "Hoy la gente se pica sola"	115
Gráfico N° 20: Se inyectaban con otros	116
Gráfico N° 21: Comparación del uso solo o con otros "en la actualidad" - "en algún momento de la vida"	116
Gráfico N° 22: UDIs que compartieron la jeringa	119
Gráfico N° 23: Materiales que compartieron en el último mes	120
Gráfico N° 24: Materiales que compartían hace 5 años	122
Gráfico N° 25: Uso compartido de material	123
Gráfico N° 26: Opinión de la frase: "Los amigos comparten las jeringas"	127
Gráfico N° 27: Año en que dejaron de compartir materiales de inyección	128
Gráfico N° 28: Sexo de las personas con las que tienen relaciones sexuales	140
Gráfico N° 29: Distribución de UDIs que "hacen algo" para prevenir embarazos y quienes no	141
Gráfico N° 30: Métodos anticonceptivos utilizados	142

Gráfico N° 31: Frecuencia del uso del preservativo según práctica sexual	142
Gráfico N° 32: Uso de preservativo en la última relación sexual con pareja estable y ocasional	143
Gráfico N° 33: Opinión de la frase: "Actualmente se usa más el preservativo que hace 5 años"	147
Gráfico N° 34: Opinión de la frase: "Sólo tengo sexo si es con forro"	148
Gráfico N° 35: Olvido del uso de preservativo luego de la práctica inyectable	150
Gráfico N° 36: Año a partir del cual tienen acceso a material de prevención	157
Gráfico N° 37: UDis en contacto con PRD	158
Gráfico N° 38: Ingresos mensuales de población con y sin contacto con PRD	159
Gráfico N° 39: Uso inyectable sólo o con otros según contacto con PRD	160
Gráfico N° 40: Uso compartido de jeringa en el último mes según contacto con PRD	161
Gráfico N° 41: Uso compartido de cuchara en el último mes según contacto con PRD	162
Gráfico N° 42: Uso compartido de tapita en el último mes según contacto con PRD	162
Gráfico N° 43: Uso compartido de agua en el último mes según contacto con PRD	163
Gráfico N° 44: Uso compartido de filtro en el último mes según contacto con PRD	163
Gráfico N° 45: Uso de preservativo en penetración vaginal según contacto con PRD	166
Gráfico N° 46: Uso de preservativo en penetración anal según contacto con PRD	166
Gráfico N° 47: Uso de preservativo en sexo oral según contacto con PRD	167
Gráfico N° 48: UDis que tienen familiares amigos o conocidos fallecidos por VIH/sida	171
Gráfico N° 49: Tipo de vínculo con las personas conocidas que hubiesen fallecido por sida	172
Gráfico N° 50: Número de amigos, familiares o conocidos fallecidos por VIH/sida según año	173

Se terminó de imprimir en
Artes Gráficas Piscis S.R.L., Junín 845,
(C1113AAA) Buenos Aires, Argentina,
Mes de Septiembre de 2004.

Las acciones tendientes a reducir los daños asociados al uso de drogas a menudo se enfrentan con la escasez de investigaciones y con las dificultades para acceder a sus resultados a tiempo. La transmisión del VIH y otras infecciones en la población usuaria de drogas continúa jugando un papel crucial en el escenario sanitario de la Argentina.

Atendiendo a ello, el proyecto AD/ARG/02/G17 "Prevención del Abuso de Drogas y del VIH/SIDA en los Países del Cono Sur" inició sus actividades en enero de 2003, bajo la dirección nacional de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción del Ministerio de Salud de la Nación y con la coordinación de un Equipo de Gestión integrado por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), la Coordinación SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires e Intercambios Asociación Civil.

El proyecto contó con el apoyo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, y se propuso ampliar las intervenciones de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, con el objetivo de alentar una respuesta más amplia al VIH/SIDA asociado al uso de drogas. En ese marco se incluyó una línea de investigación que permitiera aumentar la comprensión acerca de este complejo fenómeno y apoyar las intervenciones en campo mediante la aplicación inmediata del conocimiento obtenido.

Cambios en el uso inyectable de drogas en Buenos Aires (1998-2003) presenta información actualizada respecto de las modificaciones en las prácticas de cuidado y riesgo en el uso de drogas, así como también el modo en que estos cambios se relacionaron con las intervenciones realizadas. Los resultados del estudio permiten evaluar la metodología de trabajo y delinear un plan de acción orientado a extender el alcance de los Programas de Reducción de Daños a otras redes de usuarios de drogas inyectables.

