

## Personas que se inyectan drogas en Hermosillo, Sonora. Metodología para su registro

Angélica Ospina-Escobar\*

Resumen:<sup>1</sup> conocer el tamaño de las poblaciones es fundamental para estimar universos de necesidad, planear intervenciones y evaluarlas. La estigmatización y criminalización del uso de drogas en México hace que las personas que se las inyectan sean difíciles de alcanzar, sin embargo tienen derecho a la salud, y el Estado está obligado a garantizarla, lo que incluye diseñar acciones efectivas para prevenir el sida. En Hermosillo, Sonora, el peso de la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana por drogas inyectadas ha ganado relevancia en la última década, no obstante, se desconoce el tamaño de la población que se inyecta drogas. En este artículo se describe detalladamente cómo se construye una aproximación mixta de metodologías cualitativas y cuantitativas para estimar el tamaño de dicha población en Hermosillo, y se ofrecen recomendaciones para mejorar los sistemas para registrarla en los servicios de tratamiento de adicciones, y cómo potenciar las intervenciones comunitarias de reducción de daños en la ciudad.

\* Maestra en demografía. Estudiante del doctorado en estudios de población en el Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, de El Colegio de México. Camino al Ajusco # 20, colonia Pedregal de Santa Teresa, C. P. 10740, Ciudad de México. Teléfono: (55) 5449 3000, extensión 3123. Correo electrónico: angelicaospinae@gmail.com

<sup>1</sup> Los resultados presentados aquí son producto de una investigación realizada por la organización civil Population Services International PSI/México A.C., financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés).

*Palabras clave:* métodos multiplicadores; métodos mixtos; personas que se inyectan drogas; reducción de daños; Hermosillo.

*Abstract:* having estimations of the size of populations is critical to estimate universes of need, plan and evaluate interventions. Stigmatization and criminalization of drug use in Mexico makes PWID constitute a hard-to-reach population; however, they have a right to health and it is an obligation of the State to guarantee it, which includes designing effective actions to prevent AIDS. In Hermosillo, Sonora, the weight of HIV transmission via injecting drug use has gained prominence in the last decade; nevertheless, there are no estimations of PWID population size. In this paper we describe in detail how to build a mixed approach combining qualitative and quantitative techniques to estimate the population size of PWID in Hermosillo. We present recommendations to improve PWID registration systems in addiction treatment services and how to improve community harm reduction interventions in the city.

*Key words:* multiplier methods; mixed methods; people who inject drugs; harm reduction; Hermosillo.

## Introducción

Una tarea cotidiana de los demógrafos es estimar y proyectar tamaños de población, y es común que el ejercicio se realice a través de datos de los censos, estadísticas vitales o registros institucionales. Sin embargo, cuando se trata de poblaciones difíciles de alcanzar —que no necesariamente se encuentran en viviendas o cuyos comportamientos están estigmatizados o se consideran ilegales y, por lo tanto, se ocultan para evitar las consecuencias del estigma— la situación se torna un poco más compleja, y es necesario recurrir a técnicas cualitativas para entrar en contacto con ellas, aprender sus dinámicas de

encuentro y socialización y, a partir de ello, estimar su volumen; este es el caso de las personas que se inyectan drogas (PID).

¿Por qué existe el interés por estimar el volumen de esta población en Hermosillo? A partir de la década de 1990, los datos de infecciones nuevas provocadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) empezaron a mostrar una asociación creciente entre uso de drogas y el aumento de las incidencias de infección en Asia, Europa y Estados Unidos. El rápido incremento de los casos en algunos países<sup>2</sup> alertó sobre el fuerte impacto de la transmisión por vía sanguínea, y sobre la multiplicidad de condiciones de riesgo en las que viven los usuarios de alguna droga, lo que aumenta su probabilidad de infectarse de VIH y morir de sida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011), alrededor de 16 millones de personas en el mundo se inyectan drogas, de los cuales 3 viven con VIH. Además, plantea que una de cada diez infecciones nuevas es causada por las drogas inyectadas.

Para América Latina, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, ONUSIDA (2012) reportó una prevalencia de 0.4 por ciento del VIH. De acuerdo con Magis et al. (2002), la asociación del VIH con el uso de drogas inyectadas en la región es liderada por los países del Cono Sur, con 34 por ciento del total de casos de sida; Brasil, con 20.2; los países del Caribe latinoamericano, con 2.8; América Central, con 0.9; México, con 0.6 y los países andinos con 0.2. Sin embargo, los autores subrayan la falta de estudios en México, América Central y el Caribe para profundizar en este fenómeno.

De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA) (Secretaría de Salud, SSA 2012a, 16), México muestra un comportamiento estable en cuanto a la prevalencia del VIH; en 2012 se estimó una de 0.3 por ciento para la población general (15-49 años), focalizada en hombres que tienen sexo con hombres (HSB), con 16.9; en hombres trabajadores sexuales fue de 18.2 y de 4.2 en las PID en Tijuana; 5.2 en Hermosillo y 7.7, en Ciudad Juárez.

Pese a la tendencia estabilizadora, los datos muestran un incremento importante del peso que representa la transmisión por uso de

<sup>2</sup> En Nueva York y en la región de Eurasia se reportaron incrementos de 40 por ciento de prevalencia del VIH en dos años, y en Vancouver el aumento asociado al uso de drogas inyectables fue de 25 por ciento (Rhodes y Simic 2005). En Hanoi, Vietnam, la prevalencia de PID creció de 25 a más de 80 por ciento en ocho años (Beyrer 2002).

drogas inyectadas en la historia reciente del virus, sobre todo en la región norte del país, pues mientras en 2001 sólo 0.1 por ciento de los casos diagnosticados con VIH correspondía a uso de drogas inyectables, para 2006 la proporción fue de 6 (SSA 2006). Esta tendencia se puede explicar por la diversidad e intensidad de prácticas de riesgo a las que se someten las PID como compartir jeringas,<sup>3</sup> tener sexo comercial con hombres<sup>4</sup> y las barreras de acceso a servicios de salud, lo que dificulta su adherencia al tratamiento antirretroviral.

La proporción de usuarios de heroína y cocaína también ha aumentado en México. La Encuesta nacional de adicciones de 1998 (SSA 1998) reportó una prevalencia de consumo de heroína y cocaína de 0.01 por ciento para la población de 35 años y de 1.45 para la de 65; en 2008 aumentó a 0.2 y 2.4 por ciento (SSA 2008). En 2011 se mantuvo la prevalencia del uso de heroína, pero creció a 3.5 por ciento la de quienes habían consumido cocaína o crack alguna vez en la vida (Villatoro-Velázquez et al. 2012). Para el CENSIDA (SSA 2010), Tijuana, Ciudad Juárez y Hermosillo son, en orden, las tres ciudades con mayor volumen de PID.

Según los informes del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, SISVEA (SSA 2012b; 2007), para Sonora, en 2007, 15 por ciento de los usuarios que buscaron ayuda en los centros de tratamiento no gubernamental reportaron que la heroína fue la principal droga de impacto (es decir, para la cual se buscó atención); para 2009 el porcentaje subió a 24.6, pero el reporte de este año señaló a la cocaína como la principal para la cual se solicitó ayuda, con 61.9 por ciento, seguida por el cristal (43.4), pero en 2012, esta última fue la principal, ya que 41.2 por ciento de los usuarios que acudieron a estos centros de tratamiento eran adictos a ella, y la heroína pasó a ocupar el segundo lugar, reportada por 19.6 por ciento de los consumidores (SSA 2012b).

Los datos históricos muestran además una tendencia al aumento en la proporción de usuarios de heroína de 2006 a 2009, junto con

<sup>3</sup> El diagnóstico situacional de la población, realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública y el Fondo Mundial encontró que en 2012, 26 y 44 por ciento de las PID de Hermosillo y Ciudad Juárez compartió jeringas en el último mes.

<sup>4</sup> Estudios realizados en 2002 estimaron que 10 por ciento de las mujeres trabajadoras sexuales de Ciudad Juárez eran PID, mientras que los estudios más recientes sugieren que la mitad de ellas también podrían serlo (Magis y Hernández 2010).

una disminución en los de cocaína<sup>5</sup> y cristal<sup>6</sup> como las drogas de impacto a partir de 2003 (SSA 2012b). En 2010, la heroína se colocó como la principal, con una prevalencia de 25.9 por ciento, según el SISVEA. El sistema reportó que la prevalencia del cristal fue de 34.9 por ciento en 2011 y de 41.2, en 2012.

Pese a estas tendencias, mientras en Tijuana y Ciudad Juárez, por su importancia demográfica y fronteriza, se han realizado estudios con diferentes métodos para estimar la cantidad de las PID, no ha sucedido lo mismo en Hermosillo, donde las estimaciones del CENSIDA no son públicas y se han efectuado a través de datos secundarios (muertes por sida y reportes del SISVEA).

Debido al alto grado de estigmatización e invisibilización de las PID, se tiende a pensar que es un fenómeno que se reduce a un número limitado de casos y, por lo tanto, no se destinan recursos suficientes para su atención. Tener estimaciones confiables de las poblaciones con más riesgo de infección del VIH es fundamental para destinar recursos, planear estrategias de intervención y evaluarlas y monitorear el desarrollo de la epidemia en contextos locales. El presente estudio pretende hacer una aportación en ese sentido, al estimar el tamaño de la población de PID en Hermosillo y dar algunos lineamientos para mejorar el diseño de intervenciones de reducción de daños para estas personas, y registrarlas en fuentes oficiales.

## Metodología

Aquí se asume el uso de drogas desde una perspectiva sociocultural, a partir de la cual se plantea que la historia personal, la posición que ocupa el sujeto en la estructura social en la que vive, sus expectativas frente a la sustancia, los rituales construidos en torno a ella y las consecuencias sociales de su consumo, junto con las habilidades y

<sup>5</sup> En 2007, 19 por ciento de los usuarios que acudieron a los centros de tratamiento no gubernamental reportaron que la cocaína fue la principal droga de impacto, y en 2009 el porcentaje pasó a 14 (SSA 2009; 2008b; 2007).

<sup>6</sup> En 2007, 35 por ciento de los usuarios que acudieron a los centros de tratamiento no gubernamental reportaron al cristal como la principal droga de impacto, y en 2009 pasó a 25 (SSA 2009; 2008b; 2007).

recursos con que cuenta, van a generar una construcción colectiva de sentido en torno al uso de drogas, al tiempo que configuran ciertos estilos de vida en los usuarios, para quienes la compra, venta y el consumo de drogas tiene un lugar que los expone a contextos de riesgo diferenciados, que a su vez aumentan o disminuyen su propensión a realizar prácticas que los lleven a infectarse con el VIH.

El uso de drogas se asume como una práctica social, cuyos significados se construyen socialmente con la interacción entre sujetos, instituciones y con el consumo en sí mismo. A diferencia de las posturas biomédicas o jurídicas, desde las cuales se medicaliza o se criminaliza la práctica, aquí se resalta un abordaje basado en el concepto de estilos de vida, donde el énfasis no está puesto en la sustancia sino en la construcción de hábitos, preferencias e identidades en los que el uso de sustancias ilegales tiene un lugar importante para quienes participan en dichas interacciones, y donde los estilos están imbricados con el lugar, en la estructura social donde se ubica el sujeto.

A partir de esta concepción, es fundamental el punto de vista de los actores involucrados para el diseño e implementación de cualquier intervención, en este caso, de acciones para la reducción de daños, entendidas como las dirigidas a mitigar los riesgos y perjuicios asociados al uso de drogas, sin que la meta sea la abstinencia total. Desde esta perspectiva, se plantea que las políticas sobre las drogas producen más daño que las sustancias en sí, debido a la estigmatización y criminalización, que se convierten en barreras para el acceso de los usuarios a los servicios de salud.

La reducción de daños se cuestiona desde la centralidad de los dispositivos de encierro para la atención de la salud mental, y en cuanto al uso problemático de drogas más bien se promueve la elaboración de propuestas alternativas, centradas en el fomento a los derechos humanos y se subraya la importancia del trabajo en territorio, la participación comunitaria y el fortalecimiento de las redes sociales para facilitar la integración de los usuarios de drogas, en especial de quienes viven en situación de vulnerabilidad social (Galante 2010).

La metodología mixta secuencial utilizada aquí estuvo enmarcada por la manera en que la coordinación de la investigación concibió el fenómeno analizado, y la intervención y las expectativas que el do-

nante<sup>7</sup> tenía del estudio;<sup>8</sup> comenzó con una aproximación cualitativa etnográfica al campo, y finalizó con la aplicación de una encuesta y el ejercicio de estimación. Puesto que se partió de un paradigma construccionista, se asumió que los datos tanto cualitativos como cuantitativos levantados se construyen socialmente en la interacción entre los sujetos y el equipo de investigación, en un marco espacio-temporal particular, que influye en esa interacción y en los significados que los sujetos le atribuyen a ella y a los instrumentos y las prácticas que se están indagando.

La ventaja de la encuesta es que permitió conocer el número de las PID en Hermosillo, para lo que fue necesario saber cuántas han acudido a centros de tratamiento en la ciudad en el último año. Según Cicourel (1982), la medición atañe a las propiedades de los objetos, no a los objetos mismos. En este caso, se quería estudiar el volumen de la población meta en una localidad específica y la intensidad de algunos comportamientos de riesgo de contraer el VIH. La desventaja principal de la aproximación cuantitativa es, en general, que no da cuenta de los procesos implicados detrás de las propiedades numéricas del fenómeno que se estudia.

La etnografía, en contraste, ofrece información de primera mano sobre los procesos en los que se desarrollan las prácticas que se desea cuantificar, las dinámicas a través de las cuales los sujetos participan en ellas y también sus significados. Al tiempo que permite reconocer la diversidad de usuarios y subrayar el hecho de que quienes son más visibles y, por lo tanto, más susceptibles de intervención, son quizá los más vulnerables, que tienen que exponerse al estigma para acceder a la sustancia. En ese sentido, es importante tener en cuenta que de ninguna manera se pretende generalizar las observaciones obtenidas en campo al universo complejo y heterogéneo de usuarios de inyectables en Hermosillo, sino que éstas se remiten exclusivamente al subuniverso de los observados.

En el universo cualitativo de las opciones existentes, la etnografía es la que mejor resuelve los retos que impone esta población (estigma, criminalización, sanciones sociales, ilegalidad de algunas de sus

<sup>7</sup> El donante es la organización que financió la investigación, en este caso fue la USAID.

<sup>8</sup> Estimar el tamaño de la población de PID, y hacer recomendaciones para la implementación de actividades de reducción de daños.

prácticas, estados subjetivos asociados al uso de sustancias), al tiempo que permite contextualizar las dinámicas locales de uso de drogas. Por etnografía se entiende “una práctica de aproximación a la realidad basada en una interacción lo más continuada e intensa posible con el grupo estudiado en su ambiente social cotidiano, que se realiza a nivel microsociedad y que aporta explicaciones de la vida del sujeto en sus propios términos ya que se hace una construcción del mismo dentro de la cultura que forma parte” (Romaní 1995, 36).

Las fases de la estrategia que se llevó a cabo, entre agosto y noviembre de 2010, fueron las siguientes:

- Identificación de lugares de encuentro, a través de entrevistas estructuradas a actores institucionales y comunitarios.
- Caracterización de los espacios de encuentro y dinámicas de socialización en cada uno de ellos, a través de observación participante en espacios de socialización de las PID identificadas.
- Aplicación de una encuesta de comportamiento para medir prevalencias de algunos comportamientos de riesgo de contraer el VIH, y acceso a tratamiento.

El equipo de campo estuvo coordinado por una psicóloga, con maestría en demografía, con experiencia de trabajo cualitativo con poblaciones vulnerables al VIH; también participaron dos promotores de salud, encargados de liderar la implementación de las acciones de reducción de daño en la ciudad; dos comunicadoras, expertas en trabajo comunitario, una con PID en Mexicali, y otra con mujeres en el tema de salud sexual y reproductiva; una abogada, experta en la promoción y defensa de derechos humanos de mujeres y con trabajo comunitario de empoderamiento de mujeres, en contextos de marginalidad; un antropólogo, especialista en reducción de daños con PID en Hermosillo; dos investigadores pares,<sup>9</sup> uno exusuario de heroína, que en ese momento se encontraba en tratamiento con metadona, y otro consumidor activo de dicha sustancia.

<sup>9</sup> Son personas de la misma comunidad, que pertenecen a la población con la que se está trabajando —en este caso la que se inyecta drogas—; reciben capacitación para que puedan acompañar al equipo de campo en el proceso de diseño e implementación de la investigación.



Antes de salir a campo, el equipo tuvo una capacitación de tres días donde se compartieron los objetivos del estudio y se debatieron las mejores estrategias para acceder a los actores institucionales y a los lugares de encuentro de población. A partir de un diálogo en torno a los derechos humanos y la estigmatización del uso de drogas, de las experiencias previas de trabajo y de la vida cotidiana de los miembros del equipo, se establecieron normas éticas en campo con respecto al trato digno hacia los usuarios, el lenguaje que se utilizaría, el respeto a la autonomía, la confidencialidad y la privacidad. Se acordó entregar material en campo (tanto informativo como para inyección segura: jeringas estériles, agua destilada, toallitas con alcohol, condones y cucharas); también la conformación de subequipos, las dinámicas de trabajo y los roles de cada uno de los integrantes.

## Fase 1. Identificación de lugares de encuentro

La indagación se inició con un muestreo cualitativo por bola de nieve de actores institucionales, que tuvieran conocimiento sobre las dinámicas de uso de drogas inyectadas en la ciudad. Se condujo una entrevista estructurada para indagar sobre dichas dinámicas en las colonias con mayor concentración de las PID, estrategias de intervención dirigidas a ellas y al final se preguntó por otros actores a quienes se debería incluir en el estudio, para ampliar los conocimientos sobre el tema en cuestión.

El listado inicial fue de 15 personas/instituciones, construido por el equipo de trabajo durante la capacitación. Al final del proceso se entrevistó a 40 actores institucionales, pertenecientes a los siguientes sectores de Hermosillo: a) miembros de asociaciones que trabajan en reducción del daño; b) directores de centros de rehabilitación o tratamiento de adicciones; c) director del programa estatal del VIH; d) director del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en VIH-Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS); e) psicólogo del CAPASITS; f) promotores de salud de los centros de salud urbanos; g) promotores pares que trabajan en el programa de reducción del daño y h) los investigadores y académicos que han participado en la reducción del daño.

Como producto de las reuniones con cada uno de estos actores, se construyó un listado de colonias y se seleccionaron las que habían sido mencionadas por al menos cinco de los consultados.

En la entrevista aplicada a centros de rehabilitación o tratamiento de adicciones se indagó sobre el número de usuarios de drogas inyectadas que habían asistido, de enero a agosto de 2010, y de enero a julio, de 2012, a solicitar los servicios, con miras a utilizar esta información para estimar la cantidad de las PID en Hermosillo.

## Fase 2. Caracterización de los espacios de encuentro de las PID y sus áreas de influencia y dinámicas de socialización

En esta fase se imprimieron mapas elaborados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) de las colonias seleccionadas y, en compañía de los investigadores pares, se realizó un ejercicio etnográfico con la finalidad de explorar los escenarios sociales en los que tenían lugar las dinámicas de compraventa y uso de drogas inyectadas en la ciudad sobre la base de la observación participante (Coffey y Atkinson 2003, 34).<sup>10</sup> Para ello se recorrieron las colonias seleccionadas para identificar los parques, las escuelas, los centros de salud y los hospitales. Se tomaba nota de las condiciones de pavimentación y de las personas que habitaban en los espacios públicos como calles, esquinas, tiendas, parques y sus dinámicas de socialización. Con el acompañamiento de los investigadores pares, se visitaron los lugares de encuentro de usuarios de drogas inyectadas.

Al llegar, los investigadores pares presentaban a los no-pares –cuyo número oscilaba entre dos y cuatro– y les explicaban a los usuarios allí presentes el interés del equipo por implementar acciones de reducción de daños en la colonia. El equipo permanecía en el espacio entre una y dos horas, dependiendo de las dinámicas del lugar.

<sup>10</sup> Si bien el equipo de investigación no participó en las dinámicas de compraventa y uso de drogas, sí interactuó con los usuarios y, en ese sentido, no se puede plantear que la observación fue no-participante, pues se considera que la mera presencia del equipo altera la dinámica cotidiana de socialización en estos espacios.

El objetivo de la permanencia era observar las dinámicas y recoger las opiniones o experiencias de los usuarios sobre actividades de reducción de daños. Casi siempre emergían conversaciones informales en torno a su cotidianidad, sus actividades y sobre los patrocinadores de la investigación en campo. Se preguntaba si alguna vez habían intercambiado jeringas, sobre la aplicación de pruebas de VIH y servicios de salud comunitarios, y qué pensaban sobre la implementación de estos servicios cerca de su lugar de encuentro.

Para identificar los lugares de encuentro se elaboró un formato, en el que se vaciaban los datos de localización de éstos, el tipo, las dinámicas, el número de usuarios presente durante la observación y el punto de vista de ellos con respecto a las acciones de reducción de daños.

Cada sitio mencionado fue visitado semanalmente por el mismo equipo durante dos meses. En todas las visitas se contó con el acompañamiento de un promotor par, para facilitar el acceso, y se realizaron durante el día, de 7 de la mañana a 8 de la noche, por razones de seguridad. También se entregaban jeringas nuevas y tarjetas del proyecto.

Cuando no se encontraban personas en los lugares de encuentro referidos, el equipo debía permanecer una hora esperando que llegaran y, para que ello no comprometiera la seguridad, se recomendó no quedarse esperando en el lugar, sino explorar por los alrededores. Cada sitio se visitó un máximo de cinco veces, si después de la quinta visita no se veía a alguna persona, se descartaba. De los 51 lugares de encuentro de PID que fueron referidos y visitados, en diez nunca se vio a nadie. La información recogida se complementó con la observación en campo, con los datos disponibles en el censo sobre servicios de salud existentes y de la marginación, de acuerdo con los indicadores oficiales.

El equipo, que incluía a los investigadores pares, tenía una reunión semanal para compartir las experiencias en campo y plantear las dinámicas observadas en cada colonia y espacio de encuentro identificado. Una vez que se tuvo la caracterización etnográfica de los lugares, se construyeron áreas de influencia con el programa ARC GIS versión 3.2, en un kilómetro alrededor de cada lugar de encuentro identificado y validado; se construyeron cinco zonas. Se deliberó sobre cuáles serían

los espacios idóneos para hacer el levantamiento de las encuestas en cada área de influencia.

Después se acudió a los lugares propuestos por el equipo y se empezó a explorar, con los usuarios que los habitaban regularmente, la posibilidad de aplicar ahí una encuesta de comportamientos, para lo cual se tuvo que concertar un dispositivo de aplicación que incluía un lugar, los horarios y las estrategias para convocar a la población. Ello implicó la vinculación con otras PID al proceso, quienes apoyaban en la identificación de usuarios, en promover su participación en el estudio, en la disposición del lugar y en la distribución de refrigerios.

### Fase 3. Aplicación de una encuesta de comportamientos

En esta fase, el equipo de campo, que ya había realizado el mapeo de lugares de encuentro, aplicó una encuesta cara a cara de comportamientos a todas las PID presentes en cada espacio identificado, que fueron los antejardines de sus casas. Durante la capacitación, el equipo pudo familiarizarse con los criterios de inclusión y las preguntas, los saltos y los tipos de respuesta, así como con el procedimiento de consentimiento informado, con énfasis en el respeto de la autonomía, la privacidad y la confidencialidad. Se acordaron los roles de cada miembro durante la aplicación del instrumento, las rutas y las dinámicas de levantamiento de información en cada lugar.

Los participantes en la encuesta debían ser hombres o mujeres, mayores de edad, residentes de Hermosillo y que se hubieran inyectado drogas al menos una vez en la semana previa. También tenían que responder unas preguntas filtro que, en la mayoría de los casos, eran aplicadas por los investigadores pares. A los elegibles se les leyó el consentimiento informado, para darles a conocer el objetivo de la encuesta, que no se les pedían datos personales que los pudieran identificar y sobre el manejo confidencial de la información, así como sobre su derecho a no participar o a retirarse cuando así lo desearan. Los encuestadores firmaron por ellos, para evitar la información personal. Se aplicaron 212 encuestas en 2010, y todos los que participaron recibieron información sobre el VIH y la hepatitis C, también sobre los lugares que ofrecen servicios de salud y en los que podían recibir

apoyo para desintoxicarse, así como acompañamiento a pruebas del VIH, de la hepatitis C y la tuberculosis cuando fue requerido.

En 2012 se volvió a convocar al equipo, y con su apoyo se revisitaron los lugares identificados en 2010, y se encontró que persistían. Se aplicaron de nuevo 392 encuestas, con las condiciones éticas y técnicas descritas. En esta segunda ocasión no fue posible vincular a los mismos investigadores pares, porque uno estaba en etapa terminal de sida y no se pudo localizar al otro, por lo que fue necesario que los promotores de salud, expertos en PID, contactaran y capacitaran a otro.

Con base en la proporción de las PID que reportaron haber estado en tratamiento y la información que brindaron los centros sobre el número de ellas en el periodo, se estimó el volumen de esta población a través del método de multiplicadores, que se explica en el siguiente apartado.

## Hallazgos

Al que madruga Dios le ayuda.

La distribución de las actividades cotidianas de un usuario habitual de heroína

Un primer elemento que llamó la atención del equipo, desde el momento de la planeación del trabajo de campo, fue la sugerencia de los investigadores pares de iniciar los recorridos por las colonias seleccionadas alrededor de las siete de la mañana.

La vida de un tecato se reduce a su dosis. Desde que se levanta está pensando en ella, si la tiene, piensa en su próxima dosis; si no, entonces piensa en el talón, cuánto dinero necesita y cómo le va a hacer. Luego se cura e inmediatamente después piensa en cómo le va hacer para levantar para la siguiente cura y así. Al final del día, antes de dormir piensa que está tranquilo si ya tiene su cura o piensa en que amanezca pronto para comenzar el talón para su próxima cura (investigador par).

Durante el trabajo de campo se pudo constatar que, de acuerdo con los relatos de los usuarios, el síndrome de abstinencia los despierta

antes de las 6 de la mañana, y entre más temprano salgan a buscar dinero, más pronto aseguran su bienestar físico al conseguir la dosis. Los asalariados tienen rutinas más estructuradas, que los obliga a madrugar para obtener la dosis para todo el día, y así cumplir sus compromisos laborales. Las altas temperaturas, que imperan en la ciudad, de junio a agosto, también hacen que salgan temprano, para no estar bajo el sol cuando el calor es más intenso (de 10 a 17 h).

También se pudo constatar que entre las 7 y las 9 de la mañana los usuarios se movilizan para conseguir e inyectarse la primera dosis del día, y entre las 5 y las 7 de la tarde para hacerlo con la última. Puesto que la mayoría de los contactados viven al día, no cuentan con los recursos para surtirse para varios días, lo que los hace visitantes frecuentes de los lugares identificados. Otra barrera que reportaron fue su dificultad para controlar el deseo de inyectarse cuando tienen más droga disponible, “tienes la tentación ahí y está el gusanito que te hace inyectarte todo lo que tengas, así al otro día tengas que batallar para volver a levantar aunque sea unas gotas”. Esta es otra de las razones por la que la mayoría sólo compra la dosis que van usar en el momento. Sólo una minoría reportó que suele comprar lo suficiente para varios días o para la noche y la mañana siguiente. Además, si tienen más corren el riesgo de ser arrestados, lo cual no es un asunto menor.

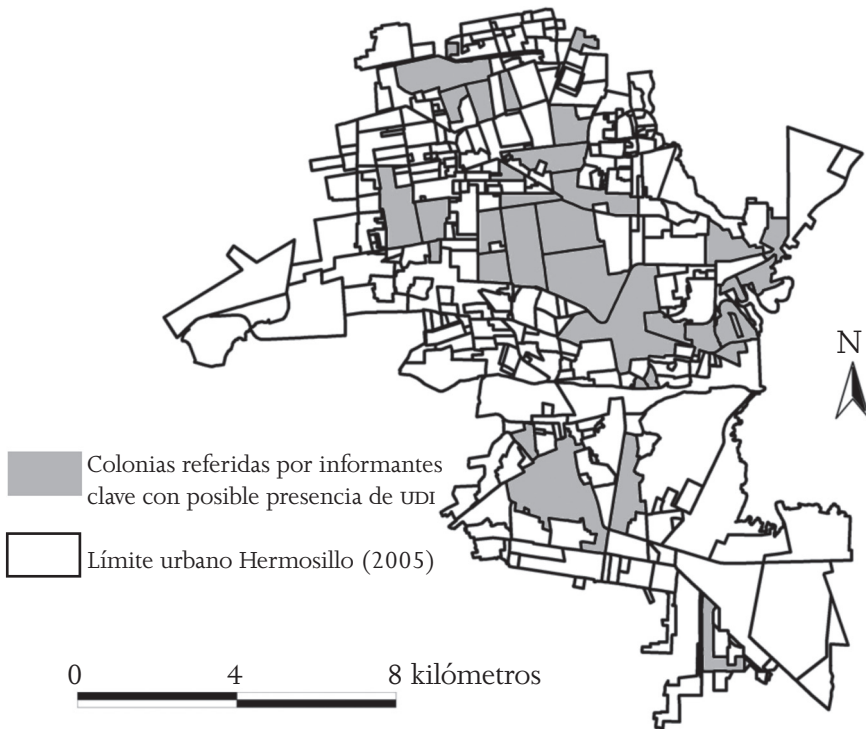
La presencia en campo también permitió conocer que no siempre se consigue la droga, hay temporadas en que escasea, debido a la confiscación por parte de la policía o a los operativos policiales en la ciudad, lo que dificulta el libre tránsito de los usuarios y pone en alerta a los distribuidores, quienes deciden guardar el producto hasta que se sientan seguros. Salir temprano a conseguir el dinero para la dosis también garantiza obtenerla antes de que escasee. Si el usuario tiene dinero para comprar la de un día o de varios está protegido frente a esta situación de escasez, aunque se expone a la tentación de inyectarse más veces o a ser detenido por la policía con una cantidad superior a la establecida como la de consumo personal.

Los usuarios que tienen mayor capacidad de compra dependen menos de las arbitrariedades de los distribuidores, y corren menos riesgos al salir a adquirir drogas en sitios identificados, pues pueden solicitarla a domicilio. Aunque todos mencionaron conocer esta dinámica, pocos recurren a ella. La mayoría de los vendedores cuenta con

teléfono, y lo más común es concertar una cita para el intercambio, lo que ocasiona mayor movilidad e invisibilidad de las PID en la ciudad. Sin embargo, debido al alto grado de marginación de los usuarios contactados, pocos contaban con celular, por lo que hacer contacto con el distribuidor por este medio les resulta costoso, la consecuencia era que la mayoría prefería movilizarse hasta el lugar de venta que conoce, y que está más cerca a sus residencias. Esto los expone al acoso policial, a situaciones de violencia en torno a los sitios de compraventa y a mayor estigma de la población en general.

Figura 1

Colonias en Hermosillo reportadas por actores institucionales por tener alta proporción de usuarios de drogas inyectadas (UDI) 2010



Fuente: elaboración propia.

Es importante considerar que la población que más participó en el estudio fueron usuarios de heroína inyectada y en segundo lugar los que la combinaban con el cristal. Al discutir con el equipo esta particularidad de los sujetos, los investigadores pares comentaban que los consumidores de cristal suelen ser nocturnos, de modo que se inyectan por las noches y duermen durante el día. En contraste, la heroína induce el sueño y favorece el descanso nocturno, por lo que es posible que el dispositivo diseñado hubiese favorecido el mayor acceso a usuarios de heroína en detrimento de los de cristal inyectado.

Otro aspecto importante por considerar, al leer estos datos, es la condición extrema del clima en Hermosillo, que en el verano dificulta la observación de usuarios en la calle durante el día. Se constató que de septiembre a diciembre se les encontró entre las 11 y las 14 h, mientras que durante el verano muchos deciden internarse y otros sólo recogen sus dosis en la mañana o al final de la tarde, y tienen mucha menos disposición a socializar en espacios al aire libre. En general, las rutinas son bastante estructuradas y se mantienen de lunes a domingo, por lo que incluso la clínica de metadona opera todos los días, pues diariamente se tiene la necesidad de evitar el síndrome de abstinencia.

#### Identificación y caracterización de zonas de encuentro de personas que se inyectan drogas

En la figura 1 aparecen las colonias reportadas por los actores institucionales como las que tienen mayor presencia de PID; la mayoría de ellas se localiza en la zona norte de la ciudad, y pareciera que el bulevar Luis Encinas fuera el límite al sur del cual se ubica la mayoría de las referidas. En las colonias del sur no se identificaron lugares de encuentro de PID.

Cuando se discutió en el equipo a qué se debía la concentración de los sitios de encuentro de PID en el norte, los investigadores pares mencionaban que fue a estas colonias a donde llegó primero la heroína, y planteaban que varias de ellas se habían formado por la reubicación de personas que vivían en áreas de riesgo de inundación. Así asociaban la presencia de la droga en estas colonias con el origen marginal de sus primeros pobladores, y cierta tolerancia social entre



los vecinos hacia el uso de drogas en los sujetos más jóvenes. Y cuando se les preguntó a los actores institucionales sobre la razón de la concentración de usuarios de drogas en este sector, sólo adujeron que en estos espacios había mayor tolerancia social para el consumo, en comparación con otros de la ciudad, lo que generaba que usuarios de otras zonas se trasladaran a éstos para comprar, vender y usar drogas.

Así, mientras los investigadores pares tenían más presente la historia de poblamiento de sus colonias, y cómo se podría relacionar con la presencia más visible del uso de drogas, los institucionales manejaban un discurso tendiente a estigmatizar a las colonias y a invisibilizar el uso de drogas en otros sitios, sin problematizar el tema de que el consumo es una práctica presente en todos los sectores sociales, pero con dinámicas particulares en cada uno.

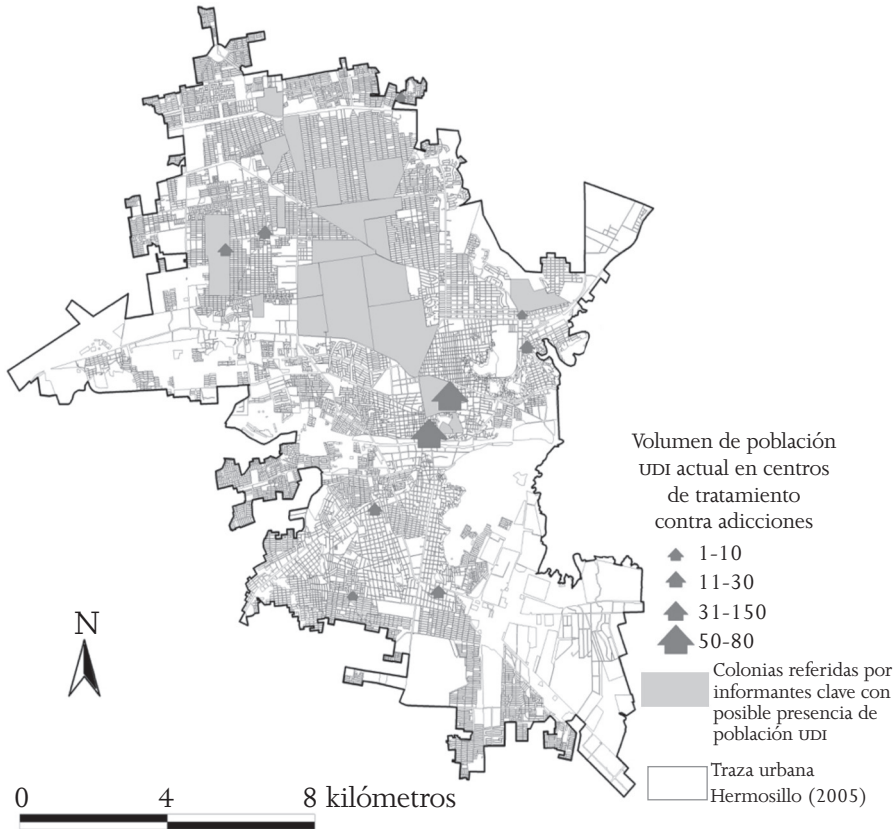
A través de información secundaria, de la historia de poblamiento de algunos de estos barrios, se constató que al norte de la ciudad se ubicó la zona de tolerancia durante la década de 1960, y es posible pensar que ahí fue donde primero se vendió droga, como mencionan los investigadores pares. Sin embargo, es importante subrayar el hecho de que esto no implica que el consumo se limite a estas colonias ni que sólo los usuarios que habitan en ellas requieran atención, sino que se trata de un fenómeno heterogéneo que se torna mucho más invisible en los sectores sociales más acomodados de la ciudad.

Pensar que el uso de drogas es como un estilo de vida implica también problematizar la relación entre su consumo con la pobreza y la salud. ¿Por qué el uso de drogas se torna más problemático en los contextos de marginalidad, en comparación con otros sectores más acomodados de la sociedad, en donde pareciera que es “funcional”? Este interrogante implica preguntarse por las formas de socialización en el barrio, las alternativas de construcción de los géneros y los intercambios materiales y simbólicos del barrio con la ciudad en general, lo cual excede el objetivo de este estudio, pero que es necesario al menos tener presente para no caer en discursos estigmatizadores del tipo “cultura de la pobreza” o “cultura de las drogas”.

También se mapearon los centros de tratamiento o rehabilitación en relación con el uso de drogas (véase figura 2): ocho son no gubernamentales, uno gubernamental y otro una clínica privada, pero el mapa no permite identificar un patrón específico en su distribución

Figura 2

Distribución de centros de tratamiento o rehabilitación  
para las adicciones en Hermosillo, 2010



Fuente: elaboración propia.

espacial. En promedio, en los centros había alrededor de 25 usuarios, pero la Clínica de Asistencia Médica Contra las Adicciones (AMCA) (privada) tenía 65 y en el Hospital Carlos Nava (gubernamental) eran 80. De los otros privados, el Centro de Integración para Drogadictos y Alcohólicos Misión reportó 30 usuarios, que fue la mayor cantidad, y en los demás oscilaban entre 1 y 18.

En términos generales, se encontró gran heterogeneidad en la infraestructura y organización de los centros de tratamiento. Con excepción del Hospital Carlos Nava, la mayoría mantiene a algunos de los usuarios en contra de su voluntad, lo cual atenta contra sus derechos fundamentales y pone en entredicho el pronóstico del tratamiento, en tanto no responde a una necesidad del usuario.

Sólo uno de los centros identificados era exclusivo para mujeres, pero en ninguno se ofrecen servicios especializados con perspectiva de género, ni se diferencian tratamientos según tipo de droga o trayectorias de consumo. Se observó que en estos espacios los usuarios están ávidos de información y de alternativas terapéuticas, que les permitan construir nuevos estilos de vida y otros referentes de identidad. Las organizaciones civiles brindan información sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual, pero esto no forma parte de los servicios que prestan los centros, que tampoco disponen de condones, productos de salud sexual y reproductiva, ni ofrecen información al respecto.

La profesionalización de los directivos de los centros es heterogénea. La mayoría de los no gubernamentales son de ayuda mutua y quienes los coordinan, si bien han recibido capacitación en los esquemas de doce pasos, están poco capacitados en temas de salud sexual, género y VIH. Aunque todos cuentan con un médico y un psicólogo, en la mayoría de los no gubernamentales estos profesionales prestan servicio por horas.

De los 51 lugares de encuentro identificados, a 47 por ciento ( $n=24$ ) de ellos se asiste para conseguir drogas o para inyectárselas. Sólo en tres de los 26 “picaderos” se reportó la presencia de mujeres, que no fueron más de cinco; de los 24 espacios considerados “picaderos”, siete son casas particulares donde los usuarios, al ser amigos del dueño, pueden acudir a inyectarse. Sólo en dos de estos 24 identificados se realizan acciones de prevención de VIH, se distribuyen jeringas y condones gratis, y sólo en uno se brinda información sobre la prevención del VIH.

De los sitios identificados 27.5 por ciento ( $n= 14$ ) son de trabajo, donde los usuarios realizan labores manuales de limpieza, son cargadores, venden dulces o mercancías varias o piden dinero. Sólo en uno de estos 14 se detectó a una mujer. En general, ahí los usuarios mues-

tran poca disposición para socializar, pues están enfocados en realizar una actividad que les genere dinero. También se localizaron parques (17.6 por ciento) (n=9), donde los usuarios pueden o no inyectarse dependiendo de las condiciones de seguridad y presencia policial. Los parques son espacios de transición, donde se espera a los vendedores o a un compañero con quien se va a comprar la droga. Ahí se comentan los eventos cotidianos, los sucesos acontecidos en la semana y sus diferentes versiones, se discute sobre drogas nuevas y su calidad, de distribuidores nuevos, la presencia policial o alguna desavenencia sufrida por los miembros de la red social, así como oportunidades laborales o algún servicio o programa del que puedan beneficiarse.

También se localizaron dos tiendas, como lugares de encuentro, que son sitios de espera, es decir, cumplen el mismo papel que los parques. Su ubicación estratégica permite identificar a los usuarios en su tránsito, sin embargo, la relación con los tenderos es compleja pues, en general éstos tienden a estigmatizar a los usuarios por lo que una intervención comunitaria requiere involucrarlos, para promover prácticas de buen vivir y sensibilizarlos frente a las acciones de reducción de daños.

La clínica de metadona es un espacio de encuentro de usuarios activos con los no-activos, o que se inyectan sólo de manera ocasional; y ahí fue donde se observó a más mujeres. Una de las razones por las cuales las PID solicitan el apoyo de la clínica es la falta de heroína en las calles, por lo que algunas manifiestan que retoman la heroína una vez que regresa, y dejan la metadona. Así mismo, varias personas reportaron seguir utilizando drogas inyectadas y metadona al mismo tiempo, pero que la usaban muy poco. En general, estos consumidores reconocían que, a pesar de seguir usando drogas, la metadona les ayudaba a tener una vida “más normal”, y permanecer más tiempo sin heroína, lo que les permitía cumplir con jornadas laborales y tomar distancia de las redes de compraventa, los ayudaba a “cambiar de mentalidad” y tener otras rutinas.

La clínica es un espacio de convivencia entre los usuarios activos y los que están en proceso de desintoxicación. Ahí se intercambian experiencias con respecto a la calidad de las drogas disponibles en la calle y la vivencia con la metadona. La clínica está abierta de lunes a domingo de 7 a 14 h; el flujo de personas es regular, y las que llegan

más temprano son quienes deben cumplir una jornada laboral, por lo que disponen de menos tiempo, mientras que los que van entre las 10 y las 14 h. suelen permanecer más tiempo socializando a las puertas de la clínica o en los alrededores.

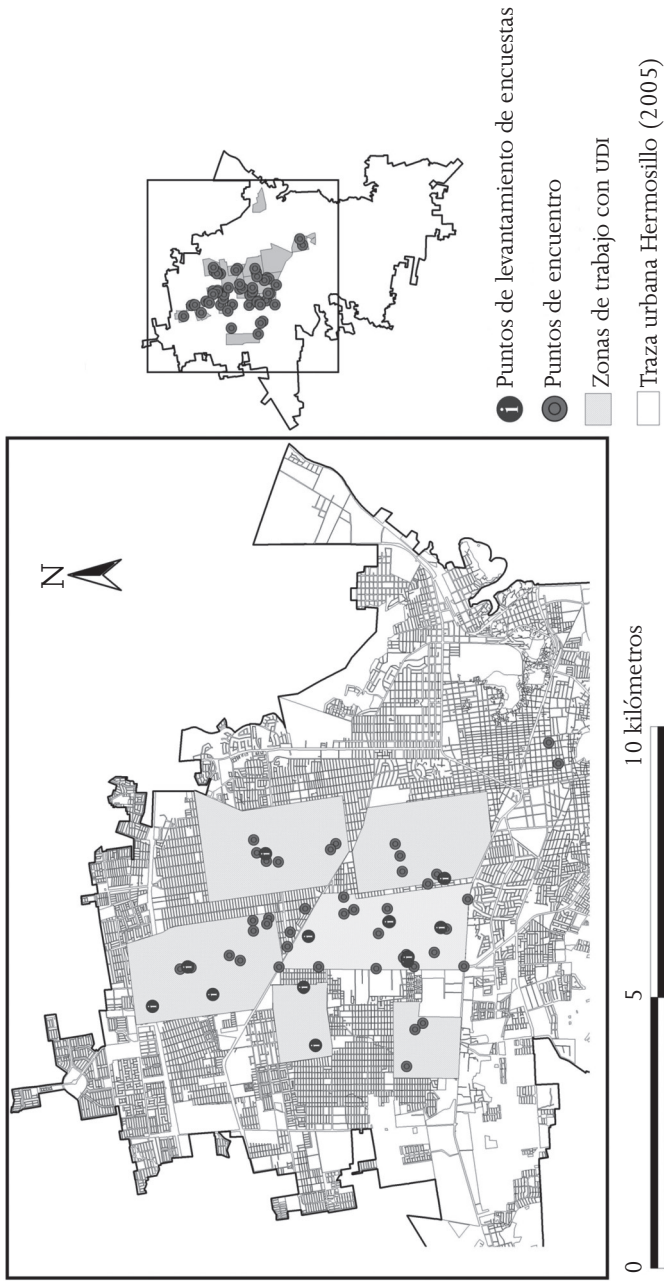
## Características de las zonas de concentración de población que se inyecta drogas

Como se consideró un kilómetro alrededor de los lugares de encuentro georreferenciados, se crearon cinco áreas de influencia o *buffers* (véase figura 3) para analizarlas y caracterizar sus dinámicas. En términos generales, las zonas se caracterizan por ser heterogéneas en cuanto a la marginación, que es desde muy baja hasta muy alta. En todas hay por lo menos un centro de salud, sin embargo, los servicios de reducción del daño sólo se prestan en dos donde hay más PID detectadas.

Todos los usuarios reportaron conocer los servicios de reducción de daños, porque han sido beneficiarios tanto en Hermosillo como en Estados Unidos. Quienes se han tratado en éstos tuvieron experiencias positivas en cuanto a la relación con el personal que los implementa en campo y, en especial, subrayaron que el trato horizontal y amistoso de los promotores favorece la toma de consciencia y su acercamiento a otros servicios de salud. En ese sentido, tienen percepciones positivas de las actividades de reducción de daños, pues en sus palabras “ayudan a tener más consciencia para que las personas no compartan las jeringas y hacen que se preocupe uno por su salud”. Todos los usuarios con los que se tuvo contacto estuvieron de acuerdo en que se implementaran acciones de reducción de daño alrededor de los lugares de encuentro identificados.

Las zonas varían con respecto a las dinámicas de compra, venta y uso de drogas. En algunas prevalece el uso en espacios privados y en grupos de amigos, mientras que en otras alrededor de los lugares de compraventa. Las zonas son heterogéneas también en términos de la edad de los usuarios, de modo que mientras algunas se caracterizan por la presencia de menores de 20 años, con trayectorias recientes de

Figura 3  
Puntos de encuentro de usuarios de drogas inyectadas identificados  
y puntos de levantamiento de encuestas por zonas de influencia, en Hermosillo, 2010



Fuente: elaboración propia.

inyección, en otras predominan los adultos y están las que constituyen un escenario de encuentro intergeneracional. Estas particularidades implican riesgos diferenciados, y que la información y el acceso a los servicios sea diferente, lo que se debe considerar al momento de planear acciones de reducción de daños.

#### Estimación de las PID a través del método de multiplicadores

El método de multiplicadores depende de la posibilidad de tener información de dos fuentes distintas que se traslapan; una usualmente proviene de instituciones que brindan servicios a la población meta, y la otra de la población misma (Piasini 2003, 19). Las estimaciones se derivan de multiplicar el número de personas que fueron atendidas por la institución en un periodo dado, por el inverso de la proporción de población que reportó haber acudido a dicho servicio en el mismo lapso (Piasini 2003). En este caso, en los registros de los centros de tratamiento y rehabilitación se preguntó por el número de las PID que habían acudido durante el año. Se reportó a 1 642 PID atendidas entre enero y septiembre de 2010 (912 en el Hospital Carlos Nava, 460 en la clínica de metadona y 270 en centros no gubernamentales).

Sin embargo, en el Hospital Carlos Nava hubo muchos reingresos en el mismo año, por lo que advirtieron de la posibilidad de la duplicidad, sin embargo en los registros no se puede identificar a los usuarios, pues no se guardaban sus nombres o una clave. La misma situación se presenta en los centros de tratamiento no gubernamentales, donde los datos son mucho más rústicos y sólo proporcionaron los ingresos. En la clínica de metadona los registros sí responden a personas, de modo que si el usuario deja de acudir a tratamiento es “desactivado” de la base de datos, y se reactiva al momento de retomarlo, en este caso se tuvieron en cuenta a las personas activas en tratamiento.

La segunda fuente de información fue la encuesta de comportamientos levantada en los lugares de encuentro. En ella, 65 usuarios (30.7 por ciento) dijeron haber recibido algún servicio para el tratamiento de las adicciones en Hermosillo, entre enero y septiembre de 2010.

El método de multiplicadores es válido si cumple tres supuestos:

- Los sujetos tienen la misma probabilidad de ser muestreados a través de los registros institucionales o de la encuesta en lugares de encuentro. Se sabe que los sujetos que han solicitado apoyo para dejar las adicciones tienen trayectorias de uso más largas, y su dinámica de consumo es más intensa y frecuente que quienes no lo piden. Así mismo, tienen más probabilidad de haber sido muestreados los usuarios de drogas inyectadas en espacios públicos, en comparación con los que consumen principalmente en los privados. Este sesgo implicaría una subestimación importante de la población.
- Los registros institucionales son de buena calidad. Esto no es cierto para todos los centros de rehabilitación visitados, donde no siempre se levanta información sobre la vía de administración de la droga, y en varios se apeló a la memoria de los encargados. En México, los centros de rehabilitación no están obligados a llevar registros de sus clientes. El hecho de que algunos usuarios ingresen a tratamiento varias veces en el mismo año, o bien acudan a distintos centros en ese lapso podría estar generando una sobreestimación de la población. Los centros no tienen registros que permitan identificar ingresos repetidos de un mismo usuario durante el año, tampoco existe una estrategia de registro único para identificar a los usuarios que acuden a diferentes centros durante un mismo periodo.
- Los sujetos se definieron de la misma manera en ambas fuentes. En este caso sólo interesaban los que se habían inyectado drogas al menos una vez en la semana previa al internamiento o a la encuesta. En las dos fuentes de datos se preguntó sobre el mismo marco de tiempo y área geográfica: de enero a septiembre de 2010, en Hermosillo.

El principal reto que se enfrentó para estimar a la población de PID con el método de multiplicadores fue la calidad de los registros de los centros de tratamiento y rehabilitación y la posible duplicidad de usuarios en ellos. Para solventar esta situación se construyeron dos escenarios de estimación. En el primero, con excepción de la clínica de metadona, el número de usuarios se dividió a la mitad, así se obtu-



vo que la cantidad fue de 912/2 en el Hospital Carlos Nava + 460 en la clínica de metadona + 270/2 en centros no gubernamentales) = 1 051. El inverso de la proporción de usuarios que reportaron haber estado en tratamiento por uso de drogas al menos una vez durante el año en curso =  $1/0.307$

$$\begin{aligned} N &= 1\ 051 \times 1/0.31 \\ N &= 3\ 390 \end{aligned}$$

En el segundo escenario se realizó la estimación sin tener en cuenta la posibilidad de la duplicidad de información. Por lo que la cantidad de usuarios fue de 912 en el Hospital Carlos Nava + 460 en la clínica de metadona + 270 en centros no gubernamentales) = 1 642. El inverso de la proporción de usuarios que reportaron haber estado en tratamiento por uso de drogas al menos una vez durante el año en curso =  $1/0.307$

$$\begin{aligned} N &= 1\ 642 \times 1/0.31 \\ N &= 5\ 296 \end{aligned}$$

Las estimaciones realizadas por el CENSIDA, a través de métodos indirectos, arrojaron un total de 1 600 PID, lo cual es casi la mitad de la población estimada en el primer escenario.

Pese a las limitaciones encontradas, el ejercicio de estimación de volúmenes de PID para Hermosillo es clave para planear acciones sostenidas de reducción de la demanda de drogas, de riesgos y de daño. Se suele considerar que el uso de drogas inyectadas es un fenómeno marginal, sin embargo, estas estimaciones arrojaron cantidades bastante altas, y deben tenerse en consideración por el aumento del consumo de heroína y de cristal en la ciudad en los últimos años.

Actualmente ninguna organización realiza acciones permanentes de reducción en campo, pues están sujetas al financiamiento del CENSIDA, que por su modo de operar se termina ejecutando en dos meses, con poco seguimiento. Los alcances del trabajo no sostenido en campo son limitados en cuanto a lograr cambios permanentes de comportamiento, y en términos de mejorar los vínculos comunitarios entre los usuarios y los otros actores de sus colonias. Al mismo tiempo genera poca posibilidad de concertar la intervención en la

comunidad, por lo que termina siendo una propuesta ajena a ésta y a los usuarios y, por tanto, con poca posibilidad de generar cambios en términos de ciudadanía de ellos y de mejoramiento de acceso a servicios de salud.

## Discusión y conclusiones

Como lo expresa Romaní (2011, 90), “los análisis socioculturales en el campo de los estudios sobre drogas se han ido multiplicando, en un intento por superar las limitaciones de la epidemiología biomédica”. La escisión que existía hace algunas décadas entre métodos cualitativos y cuantitativos se ha ido subsanando, y cada vez se vuelve más popular la idea de complementarlos. De acuerdo con Mayan (2009), lo que hace posible la complementariedad de métodos es la pregunta de investigación, de modo que en este caso se acudió a metodologías mixtas para cubrir las piezas faltantes que no puede suplir alguno de los métodos, al reconocer que cada uno es suficiente en sí mismo, pero al complementarlos se logran visiones más complejas del fenómeno.

Por el marco en el que se plantea este estudio, uno de los requisitos del donante era presentar una estimación del volumen de población de PID, con la que se pretendía desarrollar una estrategia de reducción de riesgos y daños del uso inyectado de drogas, el componente por tanto debía ser cuantitativo, sin embargo, sólo a través de métodos cualitativos se pudieron identificar los lugares de encuentro, conocer sus dinámicas y acceder a la población.

Puesto que la etnografía se enfoca en la comprensión de los estilos de vida de un grupo de personas, los significados que en ellos tienen ciertas prácticas permite acceder a la población meta de una manera respetuosa y horizontal, y también comprender en qué contextos se comparten las jeringas; qué significa para dicho grupo compartirlas o no hacerlo; cuál es el significado de ser usuario de drogas inyectadas en el barrio y cuáles son las motivaciones que llevan a ello. Todo esto es fundamental para pensar en una estrategia efectiva de reducción de daños y son datos que no brinda la encuesta. ¿Cómo se puede entender que 60 por ciento de los usuarios reporte haber compartido jeringas?

gas?, ¿cómo diseñar mensajes de comunicación efectivos si no existe la preocupación por entender las redes de sentido en torno a esta práctica? Así, como lo expresa Romaní (2011, 102), la importancia de combinar técnicas cualitativas y cuantitativas en la epidemiología es que permite que la información sobre incidencias y prevalencias se torne significativa, para lograr un efecto en la vida de la población y de la comunidad en general.

La caracterización de los espacios de encuentro y sus dinámicas de socialización fue un elemento fundamental, no sólo para favorecer el conteo de población, sino porque de acuerdo con Romaní (2011, 102), el eje del trabajo de reducción de daños “es la educación integral a través de los canales de socialización habituales de la población”, y éstos sólo se conocen a través del ejercicio etnográfico. Además, al visibilizar el universo heterogéneo de usuarios de inyectables, esta caracterización brinda pistas para diseñar estrategias de reducción de daño focalizadas de acuerdo con las características de los usuarios que los habitan en términos de género, generación y trayectorias de uso de drogas, y posicionar mensajes clave en cada área de influencia. No es posible seguir pensando que los usuarios de drogas son como entes abstractos homogeneizables, sin género, edad, posición social o historia. Las intervenciones deben considerar estos elementos para dialogar con ellos.

Al caracterizar los espacios de uso de drogas en Hermosillo es posible saber que las dinámicas de uso aquí son muy distintas a las de Ciudad Juárez y Tijuana, que se distinguen por la presencia de “yongos o picaderos”. En Hermosillo, en contraste, se encontró que el uso inyectado de drogas se practica de manera privada o bien en casas o con grupos de amigos. Esto supone la necesidad de diseñar estrategias de prevención a través de los mismos usuarios, que permitan entrar a las redes privadas de uso.

En todo el proceso, la presencia de los investigadores pares fue fundamental, no sólo por el acompañamiento y la seguridad que brindaban al resto del equipo, sino por su conocimiento sobre las dinámicas de cada sitio. Ellos fungieron como “porteros”, porque permitían el acceso a los lugares de encuentro, pero también como decodificadores de la presencia del equipo en esos espacios, y de las reacciones de los usuarios frente a él. En ese sentido, el diálogo con los investiga-

dores pares permitió la comprensión de los circuitos a través de los cuales se moviliza la población de PID, y apoyaron la caracterización de cada espacio validando las interpretaciones del resto del equipo y ofreciendo otras alternativas.

Por lo tanto, incluir investigadores pares no sólo responde a una necesidad instrumental de seguridad y acceso, sino que forma parte de la manera de concebir la relación con los usuarios y la intervención misma. Ellos poseen saberes sobre sus prácticas y dinámicas, que necesitan ser oídos y posicionados en las estrategias de intervención y de investigación. Reconocer esos saberes implica devolverles el lugar de poder que les ha sido robado por el discurso médico y jurídico, que posiciona la figura del adicto como enfermo o como delincuente. Así mismo, incluir a otros usuarios en el operativo de levantamiento de la encuesta ayudó a hacer viable la tarea y a hacerlos corresponsables en ella, lo que a su vez generó involucramiento con el equipo en campo y mayor interés por las actividades de reducción de daño, que se implementaron en los meses siguientes.

Sólo con el establecimiento del diálogo es posible pensar la reducción de daños y riesgos, ya no desde la perspectiva del promotor de salud, sino desde el usuario mismo, que reflexiona sobre sus prácticas y contextos de riesgo en una interacción con otro, que le devuelve su condición de ciudadano, de sujeto de derechos que merece ser salvable, aun si decide o no dejar de inyectarse drogas.

La escasa presencia femenina en los lugares de socialización de las PID sugiere que las mujeres tienen dinámicas diferentes de consumo, tal vez desarrolladas en espacios aun más privados, por lo que la estrategia de métodos multiplicadores de la manera como se implementó aquí quizá no es la más pertinente para dar cuenta de esta población que es aún más invisible. Ello implica implementar estrategias metodológicas diferentes para llegar a las mujeres que se inyectan, tal vez a través de bola de nieve.

Quizá el elemento más problemático de este estudio lo constituye la estimación de la población de PID mediante los registros institucionales que, como se vio, presentó bastantes problemas. Conviene mencionar que en México existe el SISVEA desde 1990,<sup>11</sup> cuyo objeti-

<sup>11</sup> El SISVEA opera como sigue: hay un coordinador responsable de la capacitación y asesoría de los involucrados en el sistema local, coordina la logística, recolecta y valida la información,

vo es recopilar información que permita identificar grupos de riesgo, drogas nuevas, cambios en los patrones de consumo y factores de riesgo asociados con el uso y el abuso de alcohol, tabaco, mariguana, cocaína, heroína y otras drogas (SSA 2012b).

Para ello, el SISVEA integra anualmente datos de los centros de tratamiento no gubernamentales, los de Nueva Vida (gubernamentales), los consejos tutelares de menores, los servicios médicos forenses y de urgencias de los hospitales públicos participantes. Sin embargo, no existe obligatoriedad para que los centros de rehabilitación o tratamiento no gubernamentales lleven un registro de sus clientes y en el formato existente, que es voluntario, no se levanta la vía de administración de las drogas que actualmente usa la persona. No existe un sistema único de registro que permita identificar el tránsito de los usuarios por los centros de tratamiento, ni recuperar sus historias de atención que son clave al momento de pensar en alternativas terapéuticas, brindarles una atención adecuada y dimensionar el fenómeno en términos del volumen de población con problemas de consumo de drogas. El Estado debe asumir un rol de liderazgo en este proceso y proporcionar la infraestructura necesaria (sistema de registro en línea con formato único), la capacitación, supervisión y mecanismos de obligatoriedad, para que se registren adecuadamente los casos.

A pesar de las limitaciones existentes, el ejercicio de estimación realizado aquí brinda una idea de la dimensión que tiene el uso de drogas inyectadas en Hermosillo, una ciudad no fronteriza de 784 342 habitantes según el último censo de población (INEGI 2010), y que poco se nombra cuando se habla del consumo de heroína, y de otras sustancias y de narcotráfico en el país.

Es posible pensar que las estimaciones de población realizadas con datos secundarios, como el reporte de casos de VIH y de sida y la vía de transmisión probable, conlleve una subestimación importante, pues en el caso de las PID se sabe que cerca de 60 por ciento desconoce

---

la captura, analiza y la envía al coordinador estatal, quien es el enlace con el nacional y el responsable de que se realicen las actividades en la(s) fuente(s) de información que participan en el SISVEA de su entidad; vigila que se cumplan los tiempos establecidos, integra la información, la valida, la analiza, la envía a la dependencia federal, y difunde los resultados en el ámbito estatal. Cuando la instancia federal recibe la información realiza una evaluación de las bases de datos utilizando indicadores de cobertura, oportunidad y calidad.

su estatus serológico, y que el estigma y la criminalización del uso de drogas los aleja de los centros de salud (Strathdee y Magis 2008). Contar con estimaciones obtenidas con varias metodologías permite al menos tener un marco para debatir sobre el fenómeno, y destinar recursos necesarios para diseñar intervenciones comunitarias para reducir la demanda de drogas en las colonias y también de riesgos y daños e involucrar a las instituciones presentes en las zonas, pero que requieren salir a las calles para acercar los servicios a las poblaciones.

Si se considera que, en promedio, una persona se inyecta al menos dos veces diarias, son 730 inyecciones al año. Si se contara con una aguja estéril por día, el cálculo más conservador sería de 1 637 PID, en Hermosillo habría que distribuir al menos 597 505 jeringas al año. En el segundo escenario, si fueran 3 390 PID, la distribución sería de 1 237 390 jeringas anuales.

Involucrar a la comunidad en la implementación de actividades para reducir el daño y garantizar que perdure es clave para generar cambios permanentes para promover el buen vivir en las colonias, a través de la legitimación de las acciones de reducción de daños, de la participación de todos los actores y del empoderamiento de los usuarios en el proceso.

Recibido en noviembre de 2014

Aceptado en marzo de 2015

## Bibliografía

- Beyrer, C. 2002. Human immunodeficiency virus (HIV) infection rates and heroin trafficking: fearful symmetries. *Bulletin on Narcotics* LIV (1 y 2): 102-116. [http://www.unodc.org/pdf/bulletin/bulletin\\_2002\\_01\\_01\\_Art8.pdf](http://www.unodc.org/pdf/bulletin/bulletin_2002_01_01_Art8.pdf)
- Cicourel, Aarón. 1982. *El método y la medida en sociología*. Madrid: Editora Nacional.
- Coffey, Amanda y P. Atkinson. 2003. *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Galante, Araceli. 2010. *Experiencias de atención a usuarios de drogas en América Latina*. Buenos Aires: Intercambios.
- INEGI. 2010. *Censo de población y vivienda 2010 panorama sociodemográfico de Sonora*. México: INEGI.
- Magis Rodríguez, Carlos y Mauricio Hernández Ávila. 2010. *Epidemiología del sida en México*. En *25 años de sida en México. Logros, desajustes y retos*, editado por José Ángel Córdova Villalobos, Samuel Ponce de León y José Luis Valdespino, 101-120. México: SSA, CENSIDA.
- Magis, Carlos, Luis Fernando Marques y Gabriela Touzé. 2002. *HIV and injection drug use in Latin America*. *AIDS* 16 (suplemento 3): 34-41.
- Mayan, Maria. 2009. *Essentials of qualitative inquiry*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- OMS. 2011. *Informe 2011 sobre la respuesta mundial al HIV/AIDS*. [http://www.who.int/hiv/pub/progress\\_report2011/es/](http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/es/) (noviembre de 2014).
- ONUSIDA. 2012. *Reporte global de la epidemia de VIH*. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_es\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf) (noviembre de 2014).
- Piasini, Elizabeth. 2003. *Estimating the size of populations at risk for HIV. Issues and methods*. Arlington: United Nations Programme on HIV/AIDS, Implementing AIDS Prevention and Care Project, Family Health International.
- Rhodes, Tim y Milena Simic. 2005. *Transition and HIV risk environment*. *British Medical Journal* 331 (23): 220-223.
- Romaní, Oriol. 2011. *La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: Contextos, sujetos y sustancias*. En *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, organizado por Jesús Armando Haro, 89-113. Buenos Aires: El Colegio de Sonora.

- Romaní, Oriol. 1995. Intervención comunitaria en drogodependencias. *Etnografía y sentido común. Toxicodependencias* (2): 33-46.
- SSA. 2012a. CENSIDA. Informe nacional de avances en la lucha contra el sida. México: SSA.
- SSA. 2012b. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. SISVEA. Informe 2012, México: SSA.
- SSA. 2010. CENSIDA. Tamaño estimado de población HSH y UDIS en las ciudades prioritarias de propuesta Ronda 9. Documento inédito.
- SSA. 2009. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. SISVEA. Informe 2009. México: SSA.
- SSA. 2008a. Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional de adicciones 2008. Reporte de resultados nacionales, México.
- SSA. 2008b. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. SISVEA. Informe 2008. México: SSA.
- SSA. 2007. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. SISVEA. Informe 2007. México: SSA.
- SSA. 2006. CENSIDA. Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el sida. México, 2006. México: SSA, CENSIDA.
- SSA. 1998. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, Consejo Nacional Contra las Adicciones. Tercera Encuesta nacional de adicciones. México.
- Strathdee, Steffanie y Carlos Magis Rodríguez. 2008. Mexico's evolving HIV epidemic. *JAMA* 300 (5): 51-573.



Villatoro-Velázquez, J. A, M. E Medina-Mora, C. Fleiz-Bautista, M. M. Téllez-Rojo, L. R. Mendoza-Alvarado, M. Romero-Martínez, J. P. Gutiérrez-Reyes, M. Castro-Tinoco, M. Hernández-Ávila, C. Tena-Tamayo, C. Alvear Sevilla y C. Guisa-Cruz. 2012. *Encuesta nacional de adicciones 2011: reporte de drogas*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, SSA.

