

Indicadores indirectos de consumo de drogas: una alternativa a las encuestas de hogares

AUGUSTO PÉREZ GÓMEZ, Ph.D.⁽¹⁾, CAMILA PATIÑO, Ps.⁽²⁾ ANGELA MARÍA TRUJILLO, Ps.⁽²⁾,
MARÍA INÉS PATIÑO, Pol.⁽³⁾, FRANCISCO GARCÍA, Ps.⁽³⁾, CAMILO NEIRA, Pol.⁽³⁾

(1) Director Rumbos. (2) Coordinadora Proyecto. (3) Asistente de Investigación

Enviar correspondencia a:

Augusto Pérez Gómez. Programa Rumbos. Presidencia de la República. Santafé de Bogotá. Colombia. naperez@presidencia.gov.co

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio piloto, de tipo exploratorio y descriptivo, con participación voluntaria de las entidades públicas y privadas de 17 ciudades de Colombia que de una u otra forma poseen información relevante sobre el consumo de sustancias psicoactivas. El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de entidades identificadas que podían suministrar información de 1995 a 1999 sobre cada uno de los catorce indicadores indirectos contemplados en la investigación. El objetivo era examinar la calidad de la información disponible a nivel nacional y crear las bases para el desarrollo de estudios sistemáticos que den una visión de conjunto sobre lo que está ocurriendo en el país en este campo.

Una primera exploración de la información disponible en cada una de las entidades colaboradoras mostró una gran heterogeneidad en el tipo y características de los datos pertinentes al objeto del estudio. Por esta razón fue necesario elaborar un formato estándar para recolectar datos básicos. Específicamente se indagó información sobre nombre y tipo de entidad, fecha y hora del evento, ciudad, zona de residencia, sexo, edad y sustancia.

Teniendo en cuenta la gran masa de información obtenida, y las diferentes categorías a la que pertenece, solo será posible presentar aquí algunos de los principales resultados con el fin de ilustrar las ventajas de la estrategia empleada. Estas estrategias podrán ser de utilidad en muchos otros países de Hispanoamérica.

Palabras clave: *Indicadores indirectos, sustancias psicoactivas, admisiones de urgencia y consumo, criminalidad y consumo, población marginal y consumo, solicitud de tratamiento.*

ABSTRACT

Rumbos (Colombia's Presidential Program Against Drug Abuse) carried out a pilot study on drug use based on selected indirect indicators. In this exploratory research, several public and private institutions from 17 Colombian cities participated voluntarily. The target sample for the study was taken from all the institutions identified that could provide information for each of the fourteen indirect indicators contemplated in the research study. The time frame for data collected covered 1995 to 1999. The goal was to assess the quality and reliability of the information available nation wide, and to create a basis for future systematic studies, which will support an accurate vision of the actual facts regarding drug use in Colombia.

A first overview of the available information, showed a remarkable data heterogeneity. These differences were noted in terms of the type and characteristics of the information. This situation made necessary to elaborate a format aimed to collect a standardized basic data. The format requests information on name and type of the institution (hospital, treatment center, police station etc.), date and time of the occurrence of the event, city, and basic social and demographic data on drug user such as sex, age, place of residence zone and substance used.

Taking into account the huge volume of information obtained, and the different categories under which it may falls, it is possible to show only some of the main results, just to illustrate the advantages of the employed strategy –indirect indicators- a strategy that could be useful in other Hispanic-American countries.

Key words: *Indirect Indicators, Psychoactive substances, emergency admissions and consumption, criminality and consumption, marginal population and consumption, treatment requests.*

INTRODUCCIÓN

Los indicadores indirectos son medidas objetivas provenientes de distintas fuentes, que dan indicios sobre la evolución de una situación determinada en una ubicación geográfica específica y a lo largo del tiempo. Al ser cotejados simultáneamente,

permiten ampliar la descripción del problema, extrapolar los resultados a una población mayor y estimar tendencias en el futuro. Al considerar los diferentes indicadores indirectos del consumo de drogas, es posible ir más allá de la información proveniente de los estudios epidemiológicos y tener una visión más amplia y coherente de la realidad del consumo.

Los indicadores indirectos que se consideraron para los objetivos del presente estudio son los siguientes:

1. Número de solicitudes de tratamiento en instituciones públicas y privadas.
2. Número de admisiones en clínicas, hospitales y centros de salud por intervenciones de emergencia por consumo.
3. Número de muertes relacionadas con drogas.
4. Número de arrestos por porte y consumo.
5. Número de condenas por tráfico.
6. Consumo en poblaciones marginales (prostitución, presos, habitantes de la calle).
7. Datos de servicios telefónicos
8. Número de licencias retenidas por conducir bajo los efectos del alcohol u otras drogas.
9. Datos de la Policía sobre número de expendios y sus condiciones.
10. Datos de la Policía sobre poblaciones y áreas de consumo.
11. Relación entre precio y pureza de la droga en la calle.
12. Incautaciones en un área o ciudad determinada.
13. Datos de investigaciones previas, estudios epidemiológicos.
14. Litros de cerveza producida en el territorio nacional vendida legalmente.

Este estudio se llevó a cabo en 17 ciudades colombianas; con la participación voluntaria de entidades públicas y privadas, que proporcionaron información cualitativa y cuantitativa.

ANTECEDENTES

En el país se han realizado diversos estudios epidemiológicos relacionados con el consumo de sustancias Psicoactivas, pero pocos de ellos han tenido dimensiones masivas. Para esta investigación se analizaron siete de estos estudios; cuatro de los cuales son estudios nacionales (Fundación Santa Fe, 1993; Ministerio de Justicia y del Derecho y otros, 1996; Ministerio de Salud, 1995; Torres, & Murrelle, 1987) y tres son específicos para las ciudades de Bogotá y Bucaramanga (Pérez et al., 1989; Pérez, Correa y Aja, 1992; Rueda y Camacho, 1998). Dentro de este contexto se enmarca también el Sondeo Nacional de Drogas en Jóvenes entre los 10 y los 25 años (1999-2000), realizado por Rumbos y la Comisión Nacional de Investigación sobre Drogas (Pérez y otros, 2000; Delgado, Pérez y Scopetta, 2001).

Todos estos estudios, exceptuando el último, se caracterizan por ser encuestas de hogares. El sondeo nacional creó una innovación al utilizar un breve cuestionario de 7 preguntas, que fue respondido por

más de 305.000 jóvenes. Pero hasta el momento nunca en el país se había empleado la metodología de indicadores indirectos. Por lo tanto esta investigación puede considerarse como una primera aproximación a la problemática desde una nueva óptica, y con un número considerable de indicadores.

MÉTODO

Una alternativa a las formas convencionales para tratar de medir consumo de sustancias Psicoactivas (SPA) son los indicadores indirectos, que se basan parcialmente en los registros que llevan las entidades policiales, judiciales, hospitalarias y de centros de atención a consumidores. Estas entidades disponen de datos sobre morbilidad, mortalidad, accidentes, delitos y consultas junto con información asociada al consumo. Igualmente se recurrió a entrevistas con informantes clave

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio piloto, de tipo exploratorio y descriptivo con participación voluntaria de las entidades públicas y privadas de 17 ciudades de Colombia. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación, que se describen más adelante. El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de entidades identificadas que podían suministrar información de 1995 a 1999 sobre cada uno de los indicadores.

En el siguiente cuadro se incluye, para cada indicador, el número de entidades identificadas como universo de estudio, el número de entidades que conforman el grupo de estudio, esto es, las que voluntariamente aceptaron proporcionar la información solicitada y el número de casos analizados por cada indicador.

PROCEDIMIENTO

Una vez identificadas las instituciones, se estableció un contacto inicial con ellas mediante comunicación escrita, dirigida al director, en la que se le informaba sobre los objetivos del proyecto, se le invitaba a participar y se le hacía explícita la manera en que podía colaborar. A esta carta se anexaba un formato de registro de datos, con su respectivo ejemplo. Alrededor de una semana después de enviada la carta, la institución era contactada telefónicamente, para determinar si había sido recibida y si se iba a con-

TABLA 1: Universo, Grupo de Estudio y Casos Reportados según Indicador

Indicador	Entidades	Universo	Grupo	Casos
Solicitudes de Tratamiento	Instituciones de Tratamiento	123	87	2810
Admisiones de Emergencia	Hospitales	85	33	1279
	Clínicas	152	31	
	Centros de Salud	118	7	
Muertes Relación SPA	Medicina Legal	17	10	1222
Arrestos por porte y consumo	Policía Nacional	18	3	1110
	SIJIN	17	5	2937
	C.I.C	3	0	0
	Estaciones de Policía	83	13	1139
Condenas por porte	Fiscalía	20	0	0
	Juzgados	130	5	361
	C.T.I	4	0	0
	Centros de Reclusión	34	11	692
Servicios Telefónicos	Líneas de Ayuda	6	2	156
Licencias Alcohol	Secretaría Tránsito y Transporte	16	0	0
Investigaciones Previas	Bibliotecas Universidades	34	1	No hay casos
	Centros de Investigación	1	0	0
Ventas Alcohol	Superintendencia Nacional de Salud*	1	1	No hay casos
Varios	Secretaría de Salud	3	0	0
	DANE	1	0	0
	Procuradurías	4	0	0
	INPEC	3	0	0
	Ministerio de Salud*	1	0	0
	DAS*	1	0	0
	DIJIN*	1	0	0
	UCPI*	1	0	0

* Las entidades que aparecen con un * son entes a los que se les pidió información nacional

tar con su colaboración. Una vez confirmada la participación de la entidad, se envió la cantidad por ella requerida de formatos, y en los casos en que fue necesario, el proceso de recolección de datos fue llevado a cabo por uno de los asistentes de investigación.

Con el fin de abarcar la mayor cantidad posible de información y de cubrir todas las áreas y escenarios sociales, cada ciudad se dividió geográficamente y las entidades que participaron se ubicaron en su respectiva zona, al igual que cada caso registrado. Dada la inconsistencia y pobreza de los datos y la falta de participación de algunas entidades, no fue posible realizar un análisis exhaustivo por zonas.

Por otra parte, para garantizar un registro riguroso del proceso de recolección de datos, se creó una base de datos para cada ciudad e indicador, en la que se consignó y actualizó diariamente toda la información relacionada con las entidades que participaron.

A medida que fueron llegando los datos de cada entidad, estos fueron tabulados y codificados en bases de registro de datos (cuadros de doble entrada). El análisis de datos de cada uno de los indicadores se hizo por separado, para lo cual la información de cada una de las variables fue codificada y categorizada. Para el procesamiento de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS¹ y para su análisis se emplearon estadísticas descriptivas como distribución de frecuencias, proporciones, porcentajes y presentaciones gráficas. El equipo responsable de la investigación se encargó del análisis cuantitativo y cualitativo de los datos.

Como técnica de investigación cualitativa se utilizó la entrevista a profundidad con informantes claves de las ciudades de Barranquilla, Cali, Bucaramanga, Medellín, Ibagué y Pereira, quienes aceptaron exponer su percepción de cómo ha evolucionado la situación

1 (Statistical Package for Social Science)

de consumo de SPA de 1995 a 1999 en relación con el número de:

- Solicitudes de ingreso en instituciones de tratamiento;
- Admisiones de emergencia en clínicas, hospitales y centros de salud;
- Muertes relacionadas con consumo SPA;
- Arrestos por porte y consumo de sustancias;
- Condenas por tráfico de drogas;
- Personas que se encontraban conduciendo bajo los efectos del alcohol;
- El licor vendido legalmente
- Consumo en poblaciones marginales
- Poblaciones y áreas de consumo.

El criterio para tener en cuenta estas ciudades fue su ubicación geográfica, ya que cada una de ellas centraliza, tanto en población como en volumen, la información requerida para el estudio. En Bogotá no se realizaron entrevistas a informantes clave pues, por su tamaño y la heterogeneidad de su población, amerita un estudio aparte.

Las entrevistas adquieren su importancia en la medida en que brindan un sustento cualitativo a la información cuantitativa recolectada. Un informante clave es un miembro de la comunidad con conocimiento suficiente de la población de estudio y los patrones de consumo. Por intermedio suyo es posible lograr un fácil acceso a segmentos específicos de la población, al igual que ampliar el número de contactos para la recolección de datos. (PNUFID, 1999) Pueden distinguirse tres tipos de informantes clave: consumidores, profesionales (son personas cuyo trabajo está directamente relacionado con el consumo, como es el caso de los directores de los hospitales, comandantes de policía, terapeutas de centros de rehabilitación, entre otros), y los intermediarios, quienes tienen conocimiento indirecto sobre la problemática de interés (líderes comunitarios, personas en la calle, periodistas, etc.).

Para efectos del componente cualitativo del estudio, se escogió un informante clave por indicador, salvo para los de Policía. En este caso se entrevistó un miembro de la institución por ciudad y se consultaron los estudios realizados por la Policía Nacional (Policía Nacional, 1996,1997,1998) con el fin de obtener información sobre número de arrestos por porte y consumo, número de condenas por tráfico, relación entre precio y pureza de la droga en la calle, incautaciones en un área o ciudad determinada, número de expendios y sus condiciones, datos sobre poblaciones y áreas de consumo y número de licencias de conducción de automóviles retenidas por consumir bajo los efectos de alguna SPA. Además se entrevistó un cierto número de consumidores para confrontar su visión frente a los de informantes clave.

Para la selección de los informantes clave se fijaron dos criterios básicos que sirvieron como punto de partida para identificar aquellos que podían proporcionar información más relevante para el estudio. Los criterios son los siguientes:

1. La persona elegida debería contar con una experiencia mínima de cinco años (los que abarca la investigación), de trabajo directo con la población objeto según el indicador.
2. Esta persona debería tener una visión global de la población, la problemática y las variables socio demográficas asociadas.

Los temas generales que se abordaron a través de las entrevistas se dividen en tres categorías:

1. Características de la población que consume: Incluye variables socio- demográficas, tales como la edad, sexo, contexto familiar, nivel de escolaridad, ocupación, lugar de residencia, estado civil y edad de inicio de consumo, además de los problemas asociados al consumo y de las principales razones que llevan a las personas a consumir.
2. Aspectos relacionados con el consumo de una sustancia: Incluye la sustancia de mayor consumo, pureza de la misma, razones para consumir determinado tipo de sustancia, la primera sustancia ilegal que se consume, vía de ingesta, nuevas tendencias de consumo y evolución del consumo en los últimos cinco años.
3. Aspectos de la comercialización y consecución de la sustancia. Dentro de esta categoría se encuentran aspectos referentes a la compra y venta de las diferentes sustancias. Por ejemplo, las características generales de los expendios, el precio de venta de la droga, las actividades realizadas por el consumidor para conseguir la droga, el origen de los recursos destinados para comprarla y problemas asociados.

Para la realización de este componente cualitativo se utilizó una Guía de Entrevista y para su análisis se recurrió al programa QSR NUD*IST 42, herramienta que facilita el manejo de los datos cualitativos mediante la manipulación de categorías, que permiten construir o probar teorías sobre la información.

INSTRUMENTOS

Una primera exploración de la información disponible en cada una de las entidades colaboradoras mostró una gran heterogeneidad en el tipo y características de los datos pertinentes al objeto del estudio. Por esta razón fue necesario elaborar un formato estándar para recolectar datos básicos. Específicamente se indagó información sobre nombre y tipo de entidad, fecha y hora del evento o suceso, ciudad, zona de residencia, sexo, edad y sustancia. Sin embargo, debido a

la diversidad de indicadores hubo necesidad de hacer ajustes en el instrumento, acordes con la información requerida por entidad.

trumentos, y supervisado constantemente por el equipo base de investigación, conformado por las coordinadoras y los tres asistentes en Bogotá.

DURACIÓN

El estudio fue planeado para realizarse en un período de seis meses, contados a partir de Mayo del año 2000. El primer mes se dedicó a los contactos de las instituciones, invitación a participar y a la preparación de los instrumentos de recolección de información y la capacitación del personal que estaría a cargo del trabajo de campo. En los cuatro meses siguientes se recogió la información y el mes restante fue dedicado al procesamiento y análisis de la misma.

La recolección de los datos cuantitativos y cualitativos estuvo a cargo de los asistentes de investigación y de las coordinadoras regionales de RUMBOS del Eje Cafetero, Tolima, Costa Atlántica, Valle, Cauca y Nariño y la coordinadora departamental de San Andrés. El personal de RUMBOS fue capacitado previamente en la metodología del estudio y en el manejo de los ins-

RESULTADOS

Teniendo en cuenta la gran masa de información obtenida, y las diferentes categorías a la que pertenece, solo será posible presentar aquí algunos de los principales resultados con el fin de ilustrar las ventajas de la estrategia empleada.

Bogotá, Barranquilla, Cúcuta, Popayán, Armenia y Pereira presentan un aumento en el número de solicitudes de tratamiento registradas. La proporción de casos reportados en Bucaramanga y Cali también tiende a aumentar a lo largo de los años, presentándose un pico en el 98. En Medellín se presenta una leve tendencia a la disminución en el número de casos informados. El 41.2% de las solicitudes en Manizales tuvieron lugar en el 98.

La tendencia al aumento observada, es corroborada por las personas entrevistadas, quienes afir-

TABLA 2: Distribución porcentual del número de solicitudes de tratamiento en instituciones públicas y privadas: total periodo y ciudad.

	AÑO					TOTAL	
	mar-95	mar-96	mar-97	mar-98	mar-99	No.	%
TOTAL	9,9	11,1	27,5	20,1	31,3	2810	100
Bogotá	5,8	10,5	13,6	13,8	56,4	727	25,9
Buca/ga.	13,7	13,9	17,4	35,1	19,8	373	13,3
Medellín	12,4	8,8	6,3	9,3	6,6	670	23,8
Cali	12,9	12,4	27,9	28,9	17,9	201	7,2
San Andrés	13,3	26,7	22,1	15,6	22,2	45	1,6
Cartagena	6,6	13,2	28,9	32,9	18,4	76	2,7
Barranquilla	10,4	7,7	10,4	3,3	38,5	221	7,9
Sta Marta			42,9		57,1	7	0,2
Cúcuta	3,1	12,5	18,6	28,1	37,5	32	1,1
Pasto				8,3	91,7	12	0,4
Popayán	5,7	13,6	10,2	26,1	44,3	88	3,1
Neiva					100	12	0,4
Armenia		1,4	11,4	14,3	72,9	70	2,5
Pereira	15,3	15,3	15,3	20,2	33,9	183	6,5
Manizales	7,8	21,6	17,6	41,2	11,8	51	1,8
Ibagué	11,9	14,3	3,1	1,9	23,8	42	1,5

2 Sigla de identificación para el programa QSR NUD*IST. Qualitative Solutions and Research Pty.

man haber percibido que en ciudades como Pereira, Ibagué y Bucaramanga, tanto el consumo como las solicitudes de tratamiento se han incrementado sustancialmente, mientras que en Medellín estos han disminuido gracias a las campañas y a los programas que han sido implementados en los últimos años.

Mientras que en Bogotá, Bucaramanga, Barranquilla, Cúcuta y Manizales se ve un claro aumento en el número de urgencias, en Medellín éstas tienden a disminuir a lo largo del tiempo. En las otras ciudades, el comportamiento tiende a ser más o menos estable. En general, se observa un aumento en las urgencias relacionadas con el todas las sustancias, excepto en las asociadas al consumo de cacao sabanero y alucinógenos, que presentan una tendencia a la baja. Se destaca el incremento de los solventes y antidepresi-

vos como sustancias asociadas a los ingresos de urgencia. Tres de las sustancias tienen una tendencia estable (Alcohol, basuco, opio, morfina y derivados).

Más de la mitad de las muertes relacionadas con consumo de SPA reportadas se concentran en el 96 y el 97. Entre el 98 y el 99 el número de muertes se mantiene estable. Nuevamente, en todos los años, se observa que la sustancia de mayor relación con las defunciones reportadas es el alcohol, seguida muy de lejos por la cocaína. La proporción del resto de sustancias en los diferentes años no llega, en ningún caso, al 2%. Sólo en marzo del 99 se presentaron, aunque muy pocas, muertes asociadas al consumo de antidepresivos y de opio, morfina y sus derivados. Por otra parte, las anfetaminas se reportan como asociadas a alguna muerte únicamente en marzo del 98.

TABLA 3: Distribución porcentual del número de admisiones de urgencia por problemas asociados al consumo, según fecha y sustancia

	AÑO					TOTAL CASOS
	Mar-95	mar-96	mar-97	mar-98	mar-99	
TOTAL	%	%	%	%	%	No.
	17	18,1	22,2	19,2	23,6	1244
Alcohol	18,8	18,2	22,4	18,2	22,4	892
Marihuana	9,8	18	26,2	19,7	26,2	122
Solventes o Inhalables	13,3	24,4	15,6	15,6	31,1	45
Alucinógenos		33,3		50	16,7	6
Heroína					100	1
Opio, Morfina y Derivados			33,3	33,3	33,3	6
Cocaína	11,4	11,4	25,7	31,4	20	35
Barbirtúricos y benzodiazepinas	15,4	15,4	23,1	17,9	28,2	39
Anfetaminas	22,2	22,2	11,1	11,1	33,3	9
Basuco	21,8	16,4	18,2	29,1	14,5	55
Crack			100			1
Cacao Sabanero	5,9	35,3	23,5	11,8	23,5	17
Antidepresivos		6,3	6,3	25	62,5	16

TABLA 4: Distribución porcentual del número de muertes relacionadas al consumo de alguna SPA, según sustancia y fecha

	AÑO				
	mar-95	mar-96	mar-97	mar-98	mar-99
TOTAL	%	%	%	%	%
	9,5	23,3	29	19,3	19
Alcohol	94,8	87,9	93,7	90,2	86,1
Marihuana	0,9	1,8	0,3	0,9	0,9
Opio, morf y deriv					0,9
Cocaína	2,6	9,9	5,4	8,1	11,3
Baribit y benzod	1,7	0,4	0,6	0,4	0,4
Anfetaminas				0,4	
Antidepresivos					0,4
TOTAL CASOS	115	282	351	234	230

TABLA 5: Distribución porcentual del número de arrestos por porte y amonestaciones por consumo de SPA de 1995 a 1999, según ciudad y año

	AÑO						TOTAL CASOS	
	1995	1996	1997	1998	1999	No.	%	
TOTAL	%	%	%	%	%			
	7,8	16,5	18	16,1	41,6	5186	100	
Bogotá	3,9	23,5	17,6	21,2	33,8	557	10,7	
Bucaramanga		26,9	32,4	18,6	22,1	1341	25,9	
Cali	9,2	20,4	15,4	16,2	38,9	579	11,2	
San Andrés				1,3	98,8	80	1,5	
Cartagena					100	793	15,3	
Barranquilla				100		3	0,1	
Riohacha	31,2	22,8	24,1	13,9	8	237	4,6	
Pasto	18,3	21,1	9,9	19,7	31	71	1,4	
Popayán			20,8	35,4	43,8	96	1,9	
Neiva			31,3	37,4	31,4	211	4,1	
Ibagué	19,9	14,4	13,2	17,3	35,1	1218	23,5	

Como lo indica la tabla, casi la mitad de los datos corresponden a las ciudades de Bucaramanga e Ibagué. En Barranquilla se informaron únicamente 3 casos, los cuales se incluyen con fines ilustrativos. Se destaca el hecho que no todas las ciudades brindaron información de todos los años, lo que impide establecer con certeza, a nivel general, cuál ha sido la evolución de este indicador a lo largo del tiempo. Sin embargo, al revisar los datos de cada año, se observa

una tendencia al aumento de arrestos por porte de SPA y de amonestaciones por consumo en público.

En todos los años, la marihuana es la sustancia que se relaciona con el mayor número de casos de arrestos por porte y amonestaciones por consumo en público, seguida por el basuco. En tercer lugar se encuentra la cocaína, para todos los años, pero en una proporción significativamente menor a la de las otras dos.

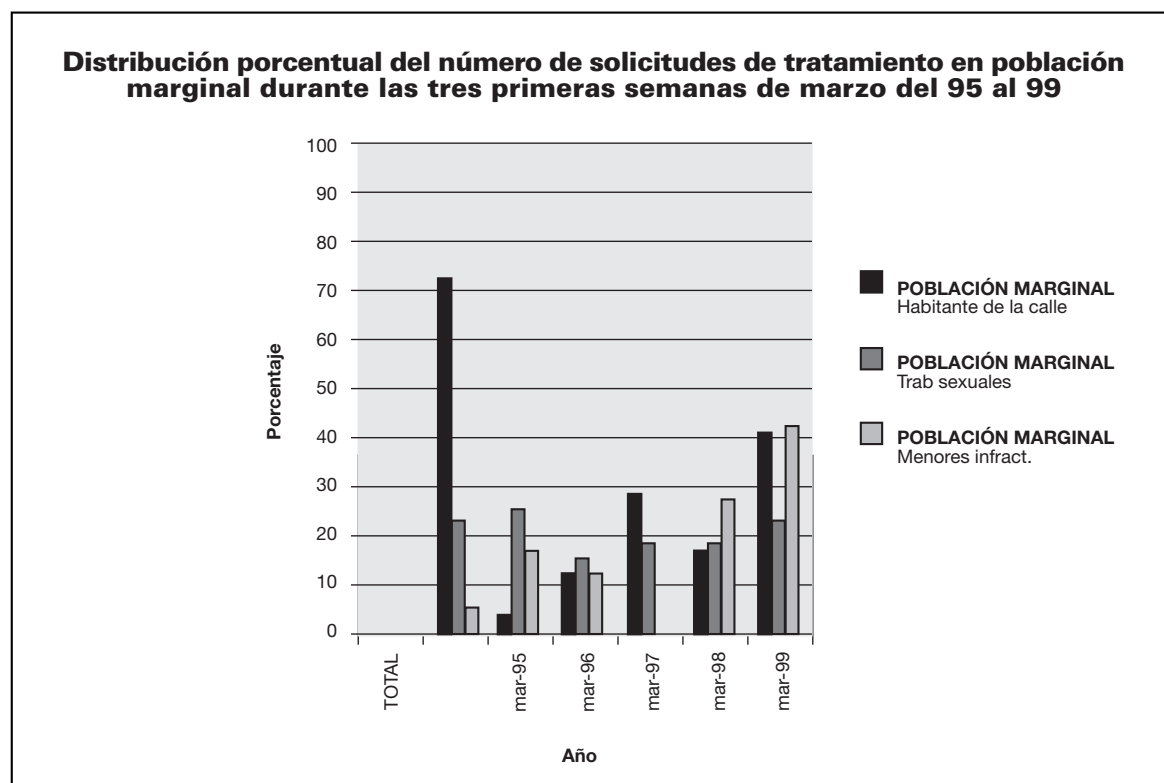


Tabla 6: Distribución porcentual del número de solicitudes de tratamiento en población marginal según sustancia principal de consumo

	POBLACION MARGINAL		
	Habitante de la calle	Trab sexuales	Menores infract.
TOTAL	%	%	%
	71,4	23	5,6
Alcohol	17,5	24,3	9.1
Marihuana	37,2	58,1	54,5
Solv o Inhalab	10,9	5,9	
Alucinógenos	0,2		
Heroína	1,2	0,7	
Cocaína	1,4	0,7	3
Barbit y benzod		1,5	
Anfetaminas	0,2		
Basuco	30,8	8,1	33.3
Crack	0,5		
Antidepresivos		0,7	
TOTAL CASOS	422	136	33

El tipo de sustancia principal más característico en los tres grupos de población marginal que solicitan tratamiento es la marihuana. En los habitantes de la calle y menores infractores a ésta le sigue el basuco, a diferencia de lo que sucede en trabajadores sexuales, donde la siguiente es el alcohol. En la población de habitantes de la calle, las sustancias que aparecen en menor número de casos son el crack y la heroína. Sólo en trabajadores sexuales se presentan casos de consumo de barbitúricos y benzodiacepinas, aunque este número es demasiado bajo para ser significativo.

CONCLUSIONES

En el indicador del número de solicitudes de tratamiento en instituciones públicas y privadas se encontró que el mayor número de los mismos se concentra en los hombres y que las sustancias principales por las que se solicita tratamiento son, en su orden, la marihuana, el alcohol y el basuco.

Las urgencias por problemas asociados al consumo han aumentado a lo largo del período estudiado, siendo el alcohol y la marihuana las sustancias más frecuentes. Los mayores de 27 años son quienes presentan la mayor proporción de ingresos a urgencias por esta causa, al igual que los hombres.

Más de la mitad de las muertes relacionadas con consumo se concentran en el 96 y el 98. Nuevamente, el mayor número de casos se registra en hombres,

principalmente entre los 23 y 29 años. Por su parte, la proporción de muertes en la población femenina, se observa en los dos extremos de los rangos de edad. Las defunciones, tanto en hombres como en mujeres, están principalmente asociados al consumo de alcohol, seguido de lejos por el de cocaína.

Dos de cada tres de las muertes reportadas son por homicidio y una de cada seis por accidente de tránsito.

En los últimos cinco años se observa una tendencia al aumento tanto de los arrestos por porte, como de las amonestaciones por consumo de SPA en público. En las ciudades de Bogotá, Cali, Pasto, Popayán e Ibagué, se mantiene esta tendencia, mientras que en Bucaramanga y Riohacha se observa un decremento. En Neiva, las cifras sobre este particular permanecen relativamente estables a lo largo de los años. En todas las ciudades se evidencia un mayor número de arrestos por porte de SPA, que de amonestaciones por consumo en público de las mismas, a excepción de la ciudad de Pasto, en donde dos de cada tres de los casos informados son amonestaciones por consumo en público.

Tanto en los arrestos como en las amonestaciones, la marihuana es la sustancia que se encuentra relacionada con la mayor proporción de casos, seguida por el basuco. Es importante resaltar que en la ciudad de Bogotá se registra un alto porcentaje de casos vinculados a la cocaína.

En cuanto a la variable género, nuevamente la mayor proporción se concentra en los hombres. Por

cada cinco de ellos que es arrestado o amonestado hay una mujer. Por otra parte, en la población masculina, a medida que aumenta la edad el número de casos registrados tiende a disminuir, mientras que en la femenina la mayor proporción de casos se registra en mujeres entre los 22 y 32 años.

En la población de trabajadores sexuales que solicita tratamiento, se tiene un mayor registro de mujeres que de hombres y el número de solicitudes por parte de ambos sexos ha mostrado un incremento a lo largo de los años estudiados. Esta población acude a tratamiento, en mayor proporción, por consumo de marihuana y alcohol, mientras que los habitantes de la calle y los menores infractores lo hacen igualmente, por consumo de marihuana, pero no de alcohol. En ellos, hay un alto índice de solicitudes por consumo de basuco y solventes o inhalables.

La población carcelaria masculina que se encuentra entre los 18 a 29 años consume en mayor medida marihuana, mientras que en la de 30 a 75 años, la sustancia de mayor consumo es la cocaína.

DISCUSIÓN

Una de las limitaciones de la metodología empleada en este estudio, radica en la incapacidad para detectar la problemática de consumo de sustancias psicoactivas, en sus fases iniciales. En indicadores como los de policía, urgencias, instituciones de tratamiento, medicina legal y condenas, sólo es posible abordar esta problemática cuando ya está produciendo consecuencias sociales. Esto afecta el desarrollo de programas de prevención, de políticas de salud pública y de respuestas legislativas.

Sin embargo, este estudio es el primer paso hacia la concientización de la importancia del registro adecuado y coherente de los datos. Sólo a través de una sistematización de los mismos es posible acceder a redes de información útiles y confiables que permitan el análisis del consumo de SPA en todos los escenarios de la sociedad.

Teniendo en cuenta los tropiezos sufridos durante el proceso de recolección de datos, se hizo evidente la necesidad de trabajar a nivel interinstitucional y suprainstitucional, dejando de lado la sectorización en las entidades relacionadas con la prevención del consumo de estas sustancias. Todo ello, con el fin de acceder a una visión más amplia y completa de la problemática que nos compete. Dentro de esta perspectiva, el proyecto de Indicadores Indirectos se erige como una herramienta útil para ir acercando a las diferentes entidades.

LIMITACIONES CIRCUNSTANCIALES DE LOS INDICADORES

Son varias las dificultades con las cuales se enfrentan los investigadores colombianos que desean realizar estudios sobre la base de datos secundarios. La mayoría de los registros no están sistematizados ni estandarizados y presentan deficiencias de calidad, prontitud y cobertura. Todo ello se resume en la carencia de una cultura estadística que otorgue el verdadero valor y utilidad que tienen las cifras para la planeación y desarrollo de planes y acciones.

Para el presente estudio de Indicadores Indirectos varias de esas deficiencias fueron enfrentadas por el equipo encargado de la investigación. Como consecuencia fue necesario delimitar los períodos de observación de los datos solicitados según indicador.

Para los indicadores sobre solicitudes de tratamiento, admisiones de emergencia y muertes relacionadas con consumo de SPA, los registros solicitados se restringieron a las tres primeras semanas de Marzo de los años de 1995 a 1999. Para el resto de indicadores la información cubre períodos anuales, debido a que información mensual de indicadores como los cubiertos por Policía, pueden variar dependiendo de los operativos y controles programados en cada mes, lo cual no se encuentra directamente relacionado con las variaciones de consumo de la población.

La decisión de tomar las tres primeras semanas de Marzo se debe a que en este periodo no existen acontecimientos históricos que puedan elevar significativamente el estado del consumo, no hay fiestas nacionales, no es época de vacaciones y los estudiantes no se encuentran presentando exámenes finales. Es necesario anotar que para las ciudades de Barranquilla y Santa Marta se eligió un periodo adicional –las tres primeras semanas de septiembre –, debido a que en el mes de Marzo se celebra el Carnaval de Barranquilla y la influencia de éste en Santa Marta es bastante significativa.

Debido a que uno de los objetivos últimos del estudio es dejar una capacidad instalada de recolección de información, es necesario exponer a continuación las dificultades que se presentaron en el proceso de recolección de datos de los diferentes indicadores, los cuales deben tenerse en cuenta para futuras repeticiones y que inciden en las deficiencias en la calidad del dato.

Entre los factores que contribuyen a esas deficiencias se encuentran la demora y la variabilidad de la información registrada. Esta última se evidencia no sólo en los formatos de una misma entidad, sino en la información manejada por instituciones del mismo tipo.

Algunas entidades enviaron datos de periodos no contemplados en el estudio, o lo hicieron, pero no hubo continuidad en las fechas requeridas. Así, algunas enviaron datos del 2000 y otras, datos de uno o dos de los años que se cubren en esta investigación. Esto impide establecer frecuencias y determinar tendencias claras de la evolución del consumo. Asimismo, varias entidades enviaron un número muy reducido de casos, menos de veinte, que no permiten una mayor desagregación para el análisis.

Otro factor determinante, es que el archivo disponible es de años recientes, para el presente caso, del 97 en adelante. Los datos del 95 y 96, suelen haber pasado ya a hacer parte del archivo muerto de las entidades, el cual, en varios casos, es destruido y, en los casos que se guarda alguna información, ésta se consolida en categorías generales que no permiten la identificación de variables específicas.

En los casos en los que el registro físico era todavía recuperable, el proceso de recolección de datos no resultó del todo fácil. Debido al alto volumen de casos diarios. Realizar la reconstrucción histórica de los casos demanda de las entidades destinar un gran número de recursos humanos y logísticos para hacer una revisión exhaustiva de cada uno de los archivos. En algunos casos, este obstáculo fue subsanado con la cooperación de un miembro del equipo de investigación en la realización de la tarea. Sin embargo, esta posibilidad no fue aceptada en todos los casos y, por lo mismo, hay entes que no colaboraron en el estudio.

Una dificultad que se presentó a lo largo de la investigación, y que se convirtió en una queja constante de las diferentes entidades, es la falta de recursos económicos para implementar un buen registro.

Solicitar igualmente datos que hacen referencia a periodos muy atrás en el tiempo, cuando no hay una cultura estadística, limitan el acceso y la determinación de validez de la información. En un futuro, cuando el estudio se replique periódicamente, la construcción actual de los hechos, permitirá contar con datos más confiables. La misma información puede solicitarse para periodos específicos en los que las entidades tengan presente la pertinencia del registro de las variables comprendidas en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- Delgado, D., Pérez, A. y Scoppetta, O. (2001) Consumo de drogas en Colombia: un análisis sofisticado de datos simples. **Adicciones**, 13, 1. pp. 75-80.
- Fundación Santafé de Bogotá, Escuela de Medicina y Dirección Nacional de Estupefacientes. (1992). **Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia**. Bogotá D.C: Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Ministerio de Justicia y del Derecho, Fundación Santafé de Bogotá, Dirección Nacional de Estupefacientes y Embajada de los Estados Unidos de América (1996). **Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia**. Bogotá D.C: Editorial Carrera Séptima.
- Ministerio de Salud. (1995). **Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1993**. Bogotá. D.C.: Editorial Carrera 7ª. Ltda.
- Pérez, A. y otros (1989). **Bogotá y el Consumo de Sustancias Psicoactivas**. Bogotá D.C: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Pérez, A., Correa, E. & Aja, L (1992). **Consumo de Sustancias Psicoactivas en Santafé de Bogotá**. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá.
- Pérez A. et al, (2000) **Sondeo Nacional del Consumo de Drogas en Jóvenes de 10 a 25 años**. Bogotá D.C: Editorial Carrera Séptima.
- PNUFID, (1999) **Evaluaciones rápidas de situación en cuanto al uso indebido de drogas y medidas de respuesta**. Viena: Naciones Unidas.
- Policía Nacional República de Colombia, (1997). **Criminalidad. Policía Nacional**. Bogotá. D.C: Fondo Rotatorio de la Policía.
- Policía Nacional República de Colombia, (1998). **Criminalidad. Policía Nacional**. Bogotá. D.C: Fondo Rotatorio de la Policía.
- Policía Nacional República de Colombia, (1999). **Criminalidad. Policía Nacional**. Bogotá. D.C: Fondo Rotatorio de la Policía.
- Rueda G, Camacho P. (1998). **Sistema de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas en los estudiantes de enseñanza media vocacional**. Bucaramanga: Hospital Psiquiátrico San Camilo.
- Torres, Y. & Murrelle, L. (1987). **Estudio Nacional sobre Alcoholismo y Consumo de Sustancias que producen dependencia**. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.