

PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFASIS EN SUSTANCIAS INYECTABLES código: 202



DOCUMENTO ELABORADO POR

Camilo Alejandro Alfonso
Profesional especializado
Grupo de Vigilancia y Control de Eventos
de Salud Mental y Lesiones de Causa Externa
Instituto Nacional de Salud INS

DOCUMENTO ACTUALIZADO POR

Ana María Blandón Rodríguez
Profesional especializado
Grupo de Vigilancia y Control de Eventos
de Salud Mental y Lesiones de Causa Externa
Instituto Nacional de Salud INS

Martha Lucía Ospina Martínez
Director General INS

Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Director de Vigilancia y
Análisis del Riesgo en Salud Pública

Óscar Eduardo Pacheco García
Subdirector de Prevención,
Vigilancia y Control en Salud Pública

Hernán Quijada Bonilla
Subdirector de Análisis del
Riesgo y Respuesta Inmediata en Salud Pública

Tabla de contenido

1	Introducción	4
	1.1. Comportamiento del evento	4
	1.2. Estado del arte	4
	1.3. Justificación para la vigilancia	5
	1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento	5
2	Objetivos específicos	6
3	Definiciones operativas de casos	6
4	Fuentes de los datos	6
	4.1. Definición de las fuentes	6
	4.2. Periodicidad de los reportes	6
	4.3. Flujo de información	6
	4.4. Responsabilidades por niveles	7
5	Recolección y procesamiento de los datos	7
6	Análisis de la información	7
	6.1. Indicadores	7
7	Orientación de la acción	8
	7.1. Acciones individuales	8
	7.2. Acciones colectivas	8
8	Comunicación del riesgo	8
9	Referencias bibliográficas	9
10	Control de revisiones	10
11	Anexos	10

1. Introducción

Las sustancias psicoactivas son aquellas cuyo consumo tienen la capacidad de generar un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones; pueden alterar los estados de conciencia, de ánimo, de pensamiento, percepciones e incluso son capaces de inhibir el dolor. Estas sustancias pueden ser de origen natural o sintético.

1.1. Comportamiento del evento

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), estima que entre 149 millones y 272 millones de personas del mundo (entre 3,3 % y 6,1 % de la población de 15 a 64 años) consumieron sustancias ilícitas por lo menos una vez en el año anterior y cerca de la mitad son consumidores actuales (21).

Con respecto al consumo de drogas por inyección, la UNODC, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en los datos más recientes, estiman conjuntamente que hay 12,7 millones de consumidores de drogas por inyección.

El problema es especialmente grave en Europa oriental y suroriental, donde la tasa de consumo de drogas por inyección es 4,6 veces superior al promedio mundial. El hecho de compartir equipos de inyección expone especialmente a quienes se inyectan drogas al VIH y la hepatitis C. Alrededor de la práctica de la inyección de drogas se presentan múltiples riesgos para la salud como las sobredosis, las afectaciones circulatorias y cardíacas, infección por VIH, hepatitis y otras enfermedades.

Según el “Informe sobre el Uso de Drogas de las Américas de 2015” presentado por la Organización de

Estados Americanos (OEA), el consumo de drogas entre los adolescentes de América es muy alto y la percepción de riesgo frente al uso ocasional de esas sustancias es muy baja. Los jóvenes entre 13 y 17 años inician con el consumo de éxtasis y sustancias inhalables; aquellos países donde las tasas de consumo son mayores son Estados Unidos, Argentina, Colombia y Surinam. Según el informe de la OEA, la marihuana fue consumida por el 16,5 % de la población americana durante el último año, presentándose un incremento en el consumo entre los jóvenes de todos los países de la región, especialmente Chile.

En Colombia, el consumo de sustancias psicoactivas tiene una alta prevalencia, en particular en lo que se refiere a las drogas ilegales donde el estimado de personas con posible abuso y dependencia es de 297.940 personas (1).

La prevalencia de consumo de drogas intravenosas ha sido identificada en estudios nacionales en 0,22 % y 0,5 %, los cuales generan alto impacto para la salud pública. Impacto que se explica a partir de la conexidad del uso de SPA y otros eventos como infección por VIH, hepatitis B y hepatitis C que es bastante alta.

1.2. Estado del arte

El panorama actual ha llevado al Ministerio de Salud y Protección Social a promover la construcción del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 - 2021, a través de un proceso ampliado de consultas con instancias académicas, científicas e instituciones y organizaciones en el ámbito nacional y territorial. De esta forma, el plan traza la respuesta articulada e intersectorial para enfrentar el abuso de drogas y sus consecuencias, reforzando los enfoques de salud pública y derechos humanos expresados en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Drogas y su Impacto.

El Plan Decenal de Salud Pública 2012--2021, estableció como uno de sus componentes el dirigido a la promoción de la convivencia social y salud mental (8).



Uno de los objetivos de este componente es fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.

Como metas del componente están:

A 2021 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.

A 2021 mantener por debajo de 5,5 % la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.

A 2021 aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.

A 2021 el 100 % de municipios y departamentos del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública

1.3. Justificación para la vigilancia

El Plan Decenal de Salud Pública 2012--2021 estableció como uno de sus componentes el dirigido a la promoción de la convivencia social y salud mental.

Uno de los objetivos de este componente es fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e individuos en riesgos específicos.

Como metas del componente están:

A 2021 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general.

A 2021 mantener por debajo de 5,5 % la prevalencia año del consumo de marihuana en la población escolar.

A 2021 aumentar a 15,5 años la edad promedio de inicio de consumo de drogas ilícitas.

El plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2011 – 2021 focaliza buena parte de sus acciones en asegurar la aceptabilidad y accesibilidad a servicios preventivos, informativos, de asistencia social, sanitaria y especializada en el campo de la salud mental. Así mismo, propone intervenir la vulnerabilidad al consumo de SPA de manera transversal aplicando el enfoque de determinantes y condicionantes sociales de tal vulnerabilidad, así como el enfoque comunitario y de redes, entendiendo la exclusión social como uno de los principales factores de riesgo al consumo de SPA y otras manifestaciones del problema de las drogas en el país.

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia del evento

Generar información útil, confiable y continua, sobre el consumo de sustancias psicoactivas, con énfasis en las sustancias de uso endovenoso, de manera que los municipios y departamentos cuenten con los insumos necesarios para construir los planes territoriales para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas conforme a lo establecido en Plan Decenal de Salud Pública.

Los usuarios de esta información serán, el Ministerio de Salud y Protección Social, Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), instituciones prestadoras de servicios de salud y programas departamentales, distritales y municipales de salud mental.

2. Objetivos específicos

- Establecer la frecuencia y distribución de uso de sustancias psicoactivas.
- Detectar oportunamente los cambios en los patrones de ocurrencia, distribución y propagación geográfica del consumo de sustancias psicoactivas.
- Orientar acciones para la reducción del daño y del riesgo asociados al consumo de sustancias inyectables.

3. Definiciones operativas de casos

En los individuos, el bajo peso se define así:

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado	<p>Casos en los que se observa un deterioro clínicamente significativo asociado al consumo y que se manifiesta por la presencia de al menos dos de los siguientes hechos en los últimos doce meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Consumo en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto b) Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo. c) Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos. d) Deseo o necesidad de consumir la sustancia. e) Consumo recurrente de sustancias psicoactivas que lleva al incumplimiento de sus obligaciones. f) Problemas sociales o interpersonales relacionados con el consumo g) Problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo h) Desarrollo de tolerancia a los efectos de la sustancia i) Consumo de la sustancia en situaciones en que implica un riesgo físico. j) Síndrome de abstinencia

4. Fuentes de los datos

4.1 Definición de las fuentes

La principal fuente de información para la vigilancia serán los servicios de tratamiento para usuarios de sustancias psicoactivas (SPA) a través del SUICAD.

El SUICAD es un subsistema del SUISPA (Sistema único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas). Dado que el SUISPA está organizado en tres áreas de indicadores, el SUICAD se ubica en la segunda, como un subsistema que provee información acerca de algunas de las consecuencias del consumo: el abuso y la dependencia.

El SUISPA fue diseñado conjuntamente por el Ministerio de Salud y la Protección Social, la Dirección Nacional de Estupefacientes y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en Colombia (UNODC). Este sistema permite recopilar y analizar con facilidad la información de los centros y servicios especializados,

por situaciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, gracias a una aplicación que funciona en la web y que permite al usuario múltiples ventajas.

4.2. Periodicidad de los reportes

No se realizarán reportes por parte de las entidades territoriales, se accederá a la información por medio del SUICAD

4.3. Flujo de información

El flujo de la información se genera desde los centros de tratamiento habilitados y certificados al SUICAD. Los municipios, departamentos, distritos y el nivel nacional solicitarán una contraseña que les permitirá el acceso al aplicativo WEB.



4.4. Responsabilidades por niveles

Son responsabilidades de los integrantes del sistema de vigilancia en salud pública, las establecidas en el decreto 3518 de 2006, (por el cual se crea y reglamenta

el Sistema de Vigilancia en Salud Pública) el decreto 780 de 2016, (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social).

5. Recolección y procesamiento de los datos

De manera, que el sistema de vigilancia pueda responder a la magnitud prevista del evento y esté en capacidad de identificar los cambios en el comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas con énfasis en sustancias inyectables en el país, la recolección de los datos mediante fuentes secundarias funcionará de manera permanente y se realizaran consultas trimestralmente.

La vigilancia epidemiológica estará circunscrita a los departamentos y municipios en donde haya usuarios activos en el SUICAD.

La recolección de los datos se realizará de manera activa a través del SUICAD.

6. Análisis de la información

El análisis de la información registrada en el SUICAD se realizara de manera anual mediante estadística descriptiva e incluye el análisis del comportamiento y la tendencia del consumo de sustancias psicoactivas en términos de persona, tiempo y lugar en el territorios que tengan servicios de tratamiento para usuarios de sustancias psicoactivas, mediante el cálculo

de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central.

Se realiza también análisis de series de tiempo a fin de identificar aumento o decremento en la notificación semestralmente.



7. Orientación de la acción

Mediante la vigilancia, se pretende detectar a los consumidores de sustancias psicoactivas especialmente aquellos que usan sustancias inyectadas; una vez detectados los casos, se canalizan a los servicios de promoción y prevención específicos para esta población.

7.1. Acciones individuales

En todos los casos, las acciones individuales contemplan:

- Alertar a la EPS de cada caso identificado para promover la intervención oportuna, mediante la toma de muestras para detección de VIH, VHB, VHC, vacunación y estrategias de reducción del daño.

8. Comunicación del riesgo

Es importante la inclusión de este tema en los comités operativos de vigilancia departamentales, distritales y municipales, así como en comités de política social.

¿Qué es una sustancia psicoactiva?

Un psicoactivo, es cualquier sustancia, de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía al organismo ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC), ocasionando cambios específicos en su funcionamiento. Estas sustancias pueden ser lícitas (Alcohol o Cigarrillo) o ilícitas (marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, heroína, LSD, hongos, entre otras).

¿Qué hacer en caso de presentarse consumo de SPA?

- Asistir a programas de prevención teniendo en cuenta el entorno del individuo.
- Trabajo con padres y madres si es menor de edad o si tiene una red de apoyo.
- Identificación de actividades sociales para desarrollo de habilidades y manejo de tiempos.

- Alerta a las secretarías locales, municipales y departamentales para la inclusión de la persona en los programas de mitigación y reducción del daño según la política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

- Coordinación con entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar para el caso de menores de edad consumidores que requieran protección y/o restitución de sus derechos.

7.2. Acciones colectivas

Aportar información a la caracterización del patrón de los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas en el ámbito territorial que permita la toma de decisiones.

7.3. Acciones de laboratorio

No aplica.

¿Qué hacer en caso de presentarse consumo de SPA?

Brinde información a los padres y adolescentes con respecto a los efectos que el alcohol y otras sustancias tienen en la salud y el funcionamiento social de la persona.

Motive a los padres y/ o a los adultos responsables a que se mantengan informados sobre dónde está el adolescente, con quién está, qué está haciendo, cuándo volverá a casa, y a que esperen que el adolescente sea responsable de sus actividades.

Aliente a los padres a establecer expectativas claras (y que al mismo tiempo estén preparados para negociarlas con el adolescente) y a analizar con él las consecuencias de su conducta y de su falta de cumplimiento con las expectativas.

9. Referencias bibliográficas

1. Colombia. (2008). Informe Final Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia



2008. Bogotá: Guadalupe S.A.

2. Colombia. (2011). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia 2011. Bogotá.

3. Escudero C. Medina E. Santacruz H. et. al. (2003). Módulo Básico. En O. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Capacitación en Salud Mental - Manual de Apoyo y Guía de Procedimientos, 1a Edición, (págs. 30-35). Bogotá, Colombia: Creamos Alternativas.

4. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Fundación de Estudios Superiores FES. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia. Bogotá, DC, Colombia.

5. Ministerio de la Protección Social, Centro de Estudio Superiores CES. (2010). Situación de Salud Mental del Adolescente, Estudio Nacional de Salud Mental,. Bogotá DC, Colombia: L Vieco e Hijos.

6. Ministerio de la Protección Social, Ministerio del Interior y de Justicia, DNE, OEA. (2008). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Bogotá, DC, Colombia.

7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Centro Nacional de Epidemiología,. (2007). Normas y Procedimientos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Guatemala. Ciudad de Guatemala, Guatemala.

8. Ministerio de Salud y Protección, Dirección de Promoción y Prevención. (2013). Plan Decenal de Salud Pública, Dimensión de Convivencia y Salud Mental. Bogotá, DC, Colombia.

9. Minsalud. (2011). Informe final: Estudio de prevalencia de VIH y comportamiento de riesgos asociados, en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Medellín.

10. Molina S. et. al. (2008). Adicciones a Sustancias Químicas. En V. J. C., Tratado de Psiquiatría, 2a Edición, Volumen I, Capítulo 50, (págs. 772 - 785). Barcelona, España: Ars Médica.

11. Muñoz P. (2008). Epidemiología de los Trastornos Mentales. En V. R. Carmen, Tratado de Psiquiatría, Volumen I (págs. 461-489). Bogotá, Colombia: Ars Médica.

12. OMS. (10 de 10 de 2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible. Recuperado el 21 de 8 de 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>

13. OPS - OMS. (1990). Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Organización Panamericana de la Salud, OPS - OMS,. Washington DC: OPS.

14. OPS. (2001). La Salud Mental en las Américas, Nuevos Retos de cara al milenio. Washington DC, USA: PAHO.

15. Pérez Augusto. (1994). Sustancias Psicoactivas, Historia del Consumo en Colombia. Bogotá, DC: Tercer Mundo Editores.

16. Pinto Diana et. al. (2010). Costos de la Depresión en Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría Vol. 39, 466-98.

17. Psicología, Universidad de los Andes. (2005). Obtenido de <http://pisocolgia.unniandes.edu.co/documentos/echaux>

18. Scharager J. y Contreras L. (2002). Diseño y puesta en marcha de un sistema de vigilancia epidemiológica en salud mental. Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 11 (2), 83 - 91.

19. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública, Área de Vigilancia en Salud Pública. (2013). Sistema de Vigilancia Epidemiológica del consumo de Sustancias Psicoactivas, VESPA, Ventana de Centros de Tratamiento. Bogotá DC, Colombia.

20. Teutsch S. and Churchill E. (2000). Principles and Practice of Public Health Surveillance. Oxford, New York, USA: Oxford University Press.

21. UNODC. (2011). Informe mundial sobre las drogas 2011. Nueva York: Naciones Unidas.

22. UNODC. (2013). Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Obtenido de http://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2013/informe_mundial_drogas_2013.html

23. World Health Organization. (1994). A User's Guide to Self Reporting Questionnaire. Ginebra Suiza.

24. World Health Organization. (2001). The World Health Report, Mental Health: New Understanding, New Hope. Ginebra, Suiza.



25. World Health Organization. (2010). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, AS-SIST, Manual for use in primary care. Ginebra, Suiza.

10. Control de revisiones

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
01	2017	06	09	Ajuste de párrafos	Ana María Blandón Rodríguez Profesional especializado

REVISÓ	APROBÓ
Oscar Eduardo Pacheco García	Franklyn Edwin Prieto Alvarado
Subdirector de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

11. Anexos

No aplica

