

Protocolo de Vigilancia En Salud Pública

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS CON ENFASIS EN SUSTANCIAS INYECTABLES

Marta Lucia Ospina
Director General INS

Mancel Enrique Martínez Duran
Director Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

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

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

DOCUMENTO ELABORADO POR

Camilo Alejandro Alfonso
Profesional especializado
Equipo de Salud Mental
Instituto Nacional de Salud INS

Ana María Blandón Rodríguez
Profesional especializado
Equipo crónicas
Instituto nacional de Salud INS



Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	2
1.1.	Comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas Inyectables	2
1.2.	Estado del arte.....	5
1.3.	Justificación para la vigilancia.....	7
1.4.	Usos de la vigilancia para el evento.....	8
2.	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
3.	DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASOS	9
3.1.	Caso Confirmado	9
4.	FUENTES DE LOS DATOS.....	9
4.1.	Definición de las fuentes.....	9
4.2.	Periodicidad de los reportes.....	10
4.3.	Responsabilidades por niveles	12
5.	RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	13
5.1.	Periodicidad y permanencia de la recolección.....	13
5.2.	Cobertura.....	13
5.3.	Tipo de recolección.....	14
5.4.	Flujo de Información	14
6.	PROCESAMIENTO DE DATOS	15
7.	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	15
7.1.	Indicadores.....	15
8.	COMUNICACIÓN Y DIFUSION DE LOS RESULTADOS DE LA VIGILANCIA.....	16
9.	USOS DE LOS RESULTADOS DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA ...	17
9.1.	Acciones individuales	17
9.2.	Acciones colectivas.....	17
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18
11.	CONTROL DE REVISIONES.....	22

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas

Se estima que a nivel mundial entre 149 millones y 272 millones de personas (entre el 3,3% y el 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 (UNODC, 2011).

El consumo de drogas sigue causando un daño considerable, reflejado en la pérdida de vidas valiosas y años productivos de muchas personas. En 2012 se informó de un total aproximado de 183.000 muertes relacionadas con las drogas. Esa cifra se corresponde con una tasa de mortalidad de 40,0 (margen de variación: 20,8 a 49,3) muertes por millón en la población de entre 15 y 64 años.

A nivel mundial, se calcula que en 2012 entre 162 y 324 millones de personas, es decir del 3,5% al 7,0% de la población de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una vez alguna droga ilícita, principalmente sustancias del grupo del cannabis, los opioides, la cocaína o los estimulantes de tipo anfetamínico (1).

Con respecto al consumo de drogas por inyección, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (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 sudoriental, 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. (1).

El informe mundial de drogas 2013 muestra como “el creciente número de nuevas sustancias psicoactivas (NSP) que aparecen en el mercado ha llegado a ser un problema de gran magnitud para la salud pública, no sólo por el creciente consumo, sino también por la falta de investigaciones científicas y el desconocimiento de sus efectos negativos”.

De otro lado, dentro del creciente consumo, las drogas por inyección y el VIH siguen constituyendo un grave problema de salud pública. Se estima que existen aproximadamente 15,9 millones de consumidores de drogas inyectables a nivel mundial, con China a la cabeza, seguida por Estados Unidos y la Federación Rusa. Estas cifras sugieren que cerca del 60% de todos los consumidores problemáticos se inyectan drogas, y que estos representan el 7,5% del total mundial de consumidores de drogas.

De igual manera, 2,8 millones de personas que se inyectan drogas, viven con el VIH y esta prevalencia es extremadamente alta en países como Estonia, (72%), la Argentina 8(50%) y Brasil (48%). Así mismo se presume que unos 8 millones de consumidores de drogas inyectables están infectados con el virus de la hepatitis C (VHC) y un 22% por el virus de la hepatitis B (VHB), lo que significa que 3,5 millones de consumidores de drogas inyectables están infectados por el virus VHB.

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 (Colombia, 2008).

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.

Estudios recientes entre usuarios de drogas intravenosas UDIS de ciudades como Cali, Pereira y Medellín, indican la presencia de VIH entre las redes de consumidores, con prevalencias alrededor del 5% que comparado con la prevalencia en población general 0,6% (ONUSIDA 2008) evidencia una problemática de gran magnitud y gravedad dado que el consumo de drogas intravenosas puede favorecer la transmisión del VIH (Colombia 2008).

El impacto de consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas ha ido en incremento en el ámbito mundial y uno de los grupos más afectados es el de la población de adolescentes, con alto impacto en los ámbitos social, económico y en la salud.

En Colombia, según cifras del estudio de consumo de sustancias psicoactivas del 2013; el 87% de los encuestados declara haber consumido alguna vez en la vida bebidas alcohólicas y el 35,8% manifiesta haberlo consumido en los últimos 30 días, en cuanto al sexo el 46,2 % de los hombres manifiesta haber consumido alcohol en el último mes, entre las mujeres la cifra es de 25,9%. En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol, se presenta entre los jóvenes de 25 a 34 años con 45,4%.

En relación con el consumo de sustancias ilícitas, los datos del estudio indican que el 13,0 % de las personas encuestadas ha usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, un 19,9% de los hombres y el 6,5 % de las mujeres. El uso en el último año de alguna droga ilícita fue reportado por el 3,6 % de los encuestados. El consumo reciente es superior en los hombres 19,9% y 6,5% de las mujeres. El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años con una tasa del 8,7%.

La cocaína ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en Colombia. El 3,2 % de los encuestados manifiesta haber consumido cocaína alguna vez en la vida, siendo muy superior el consumo en hombres que en las mujeres, 5,5 % versus 1,1 %. La tasa más alta de consumo se encuentra en los jóvenes de 18 a 24 años con casi el 2% de prevalencia en el último año.

El estudio arrojó las siguientes cifras sobre heroína: 0,14% de los encuestados dijo haber consumida esta sustancia alguna vez en la vida, 0,03% de las personas de la muestra reportaron consumo de heroína en el último año.

En el estudio realizado a escolares en el 2011 (Colombia, 2011), se identificó que un 12,1% de los estudiantes de Colombia declaran haber consumido al menos una sustancia ilícita o de uso indebido alguna vez en la vida, con un 14% entre los hombres y un 10,3% de las mujeres; de estos, el 2,8% de los escolares declararon haber consumido cocaína alguna vez en la vida, con diferencias significativas de 3,5% para los hombres y 2,1% para las mujeres. El 1,9% de los estudiantes declararon uso en el último año y un 1% en el último mes.

En promedio, unos 64 mil escolares declaran haber usado cocaína al menos una vez en el último año.

1.2. Estado del arte

En Colombia se han desarrollado diferentes estudios que han aportado información importante sobre tendencias, consumo, tráfico y abuso de las sustancias psicoactivas y que le permiten al Gobierno tomar medidas y hacer ajustes en cuento a la política pública. Dentro de ellas podemos mencionar el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008, estudio de SPA en adolescentes en conflicto con la ley Colombiana 2009, estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar 2011, contexto de vulnerabilidades al VIH/SIDA en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia 2011, Prevalencia de VIH y comportamientos de riesgos asociados, en UDI Medellín y Pereira 2011, evaluación rápida de situación del consumo de Heroína y seroprevalencia de VIH en los municipios de Cúcuta y Pamplona 2012, estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013.

La encuesta de 2011 entre estudiantes de secundaria mostró que hay menor consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes cuyos padres se muestran más activos en cuanto a saber el lugar donde el adolescente se encuentra; si se fijan en los programas de televisión que el adolescente ve; si están atentos con respecto a lo que se hace en el colegio; si controlan la hora de llegada a casa durante el fin de semana; si preguntan para dónde va cuando sale los fines de semana; si se sientan a comer juntos y si se muestran interesados en Conocer a sus amigos más cercanos. Se encontró una notoria relación inversa entre el involucramiento parental y el consumo de cigarrillos, alcohol y el consumo de alguna sustancia ilícita estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar 2011

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 Gobierno Nacional en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas formulará líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 10 de la ley 1566 de 2012, que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo, las cuales serán implementadas por las Administradoras de Riesgos Profesionales.

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.

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

De otra manera, es importante resaltar la formulación de la política pública de salud mental y la política de la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, así como el sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, los cuales contribuyen con la ejecución de acciones para reducir y mitigar el impacto negativo del abuso de sustancias psicoactivas.

En cuanto a los factores de riesgo o asociados con consumo o abuso de sustancias psicoactivas SPA, estos han sido ampliamente estudiados en la literatura. Así, se cuenta información suficiente en cuanto a:

Los aspectos identificados como factores de riesgo para consumo, en general involucran historia familiar y pautas de crianza inadecuada y polarizada (permisivas-autoritarias), que particularmente promueven relaciones interpersonales negativas (Kaplan & Sadock, 1995).

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

Por último los patrones de uso de sustancias psicoactivas por vía intravenosa y los riesgos asociados a la transmisión de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y a otras infecciones de transmisión sanguínea son de alto riesgo en Colombia. El grupo de usuarios de drogas inyectadas (UDI) se cuenta dentro de los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH, al virus de la hepatitis B (VHB) y al virus de la hepatitis C (VHC). En grupos concentrados de usuarios de drogas inyectables en Medellín y Pereira, un 50% y 64% respectivamente reconocen que han usado jeringas utilizadas por otras personas; mientras que tres cuartas partes de los UDI han tenido relaciones sexuales con una pareja permanente de forma mensual, semanal o diaria en los últimos seis meses, y uno de cada dos de ellos no utilizó preservativo (Minsalud, 2011). Resulta necesario identificar de manera oportuna a los UDI de manera que se les facilite el acceso a servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

1.4. Usos de la vigilancia para el 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.

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 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.
- Aportar a la identificación de consumos emergentes en el país.

- Identificar la distribución de factores de riesgo o factores protectores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas y los grupos poblacionales expuestos a dichos factores.

3. DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASOS

3.1. Caso Confirmado

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.

- 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

Para la vigilancia del evento, se ha planteado la vigilancia mediante fuentes secundarias. De acuerdo a este planteamiento, la principal fuente de información para la vigilancia serán los servicios de tratamiento para usuarios de sustancias

psicoactivas (SPA) a través del Sistema único de Indicadores sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas (SUISPA) dado que es a estos servicios donde ingresan los casos de abuso y dependencia a sustancias psicoactivas y los registros individuales de prestación de servicios (RIPS).

4.2. Periodicidad de los reportes

FUENTES SECUNDARIAS DE INFORMACION

REGISTROS INDIVIDUALES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Notificación	Responsabilidad
Periodicidad Mensual	Las entidades territoriales realizaran una búsqueda en RIPS de los casos en los que la atención medica ha estado relacionada al consumo de sustancias psicoactivas de acuerdo al listado y deben enviar de manera trimestral el consolidado de los casos identificados al INS (ver tabla 1).

Tabla No 1.
Listado códigos CIE 10 para búsqueda en RIPS

X422	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS], NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE: ESCUELAS, OTRAS INSTITUCIONES Y AREAS ADMINISTRATIVAS PUBLICAS
X423	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS], NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE: AREAS DE DEPORTE Y ATLETISMO
X424	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS], NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE: CALLES Y CARRETERAS
X425	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS], NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE: COMERCIO Y AREA DE SERVICIOS
X426	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS], NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE: AREA INDUSTRIAL Y DE LA CONSTRUCCION
X427	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS], NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE: GRANJA
X428	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS], NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE: OTRO LUGAR ESPECIFICADO
X429	ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR, Y EXPOSICION A NARCOTICOS Y PSICODISLEPTICOS [ALUCINOGENOS], NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE: LUGAR NO ESPECIFICADO

F04	SINDROME AMNESICO ORGANICO, NO INDUCIDO POR ACOHOL O POR OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
F190	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: INTOXICACION AGUDA
F191	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: USO NOCIVO
F192	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME DE DEPENDENCIA
F193	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: ESTADO DE ABSTINENCIA
F194	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: ESTADO DE ABSTINENCIA CON DELIRIO
F195	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: TRASTORNO PSICOTICO
F196	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: SINDROME AMNESICO
F197	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: TRASTORNO PSICOTICO RESIDUAL Y DE COMIENZO TARDIO
F198	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
F199	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO, NO ESPECIFICADO
Z864	HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

SISTEMA ÚNICO DE INDICADORES SOBRE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Notificación	Responsabilidad
Periodicidad Mensual	Las entidades territoriales en donde funcione el SUICAD enviarán de manera mensual un reporte de los casos registrados durante el periodo de acuerdo a la estructura definida para la vigilancia por el INS.

4.3. Responsabilidades por niveles

Entidades administradoras de planes de beneficios de salud

- Garantizar la realización de acciones individuales tendientes a confirmar por clínica los casos de usuarios de drogas PSICOACTIVAS y asegurar las intervenciones individuales y colectivas del caso, según plan de beneficios.
- Analizar y utilizar la información de la vigilancia para la toma de decisiones que afecten o puedan afectar la salud individual o colectiva de su población afiliada.
- Suministrar la información de su población afiliada a la autoridad sanitaria de su jurisdicción, dentro de los lineamientos y fines propios del sistema de vigilancia en salud pública.

Unidad local de salud

- Realizar de manera mensual una búsqueda en los RIPS municipales de los pacientes en los que la atención medica ha estado relacionada al consumo de sustancias psicoactivas.
- Realizar las acciones de promoción, prevención y control de acuerdo a las competencias establecidas en la Ley 715 de 2001.
- Fortalecer la implementación y funcionamiento del SUICAD en todos los servicios habilitados de tratamiento a farmacodependientes de su área de influencia

Secretaría departamental de salud

- Consolidar las búsquedas activas municipales y verificar la inclusión de los pacientes identificados en los programas de promoción y prevención disponibles.
- Realizar asistencia técnica a las unidades locales de salud
- Realizar análisis de la información generada por el sistema de vigilancia en salud pública para contribuir al control del evento en su territorio.
- Notificar el caso y remitir la ficha de notificación a la instancia nacional.

- Fortalecer la implementación y funcionamiento del SUICAD en todos los servicios habilitados de tratamiento a farmacodependientes de su área de influencia

Ministerio de la Protección Social e Instituto Nacional de Salud

- Realizar asistencia técnica cuando esta se requiera.
- Orientar las acciones en vigilancia en salud pública
- Realizar análisis de la información generada por el Sistema de Vigilancia en Salud Pública que permita orientar las intervenciones de prevención y control.

5. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

5.1. Periodicidad y permanencia de la recolección.

De manera que el sistema de vigilancia pueda responder a la magnitud prevista del evento, y este en capacidad de identificar los cambios en el comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas con énfasis en sustancias inyectables en el país.

Se realizarán mensualmente búsquedas activas en los registros individuales de prestación de servicios (RIPS) desde el nivel municipal con seguimiento y control trimestral por parte de las secretarías departamentales de salud.

De igual manera se realizarán análisis mensuales de la información registrada en el SUICAD y seguimiento al proceso de fortalecimiento del uso de este sistema en todo el territorio nacional.

5.2. Cobertura

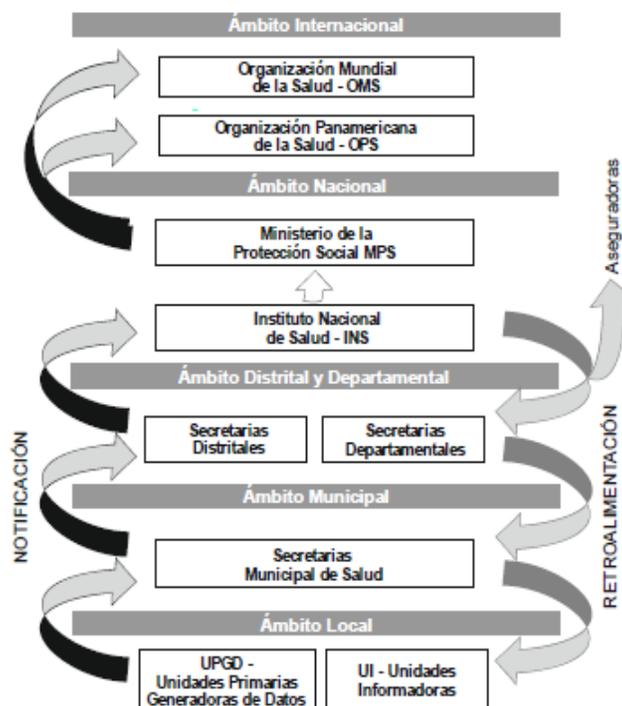
La vigilancia a través de RIPS se implementará en todo el territorio nacional, mientras que la información proveniente del SUICAD, estará circunscrita a los departamentos y municipios en donde hay usuarios activos de este sistema.

5.3. Tipo de recolección

La recolección de los datos se realizará de manera pasiva a través de fuentes secundarias de información.

5.4. Flujo de Información

El flujo de la información se genera desde la unidad primaria generadora de datos (UPGD) hacia el municipio, y del municipio al departamento y de este hasta el nivel nacional e internacional, y desde el nivel nacional se envía retroalimentación a los departamentos, de los departamentos a los municipios, así como desde cada nivel se envía información a los aseguradores.



6. PROCESAMIENTO DE DATOS

A través de los datos recolectados, se construirán tablas de frecuencia por edades simples, ciclo vital, sexo y lugar de residencia para cada uno de los casos de uso de sustancias psicoactivas detectados, de igual manera se analizarán variables geográficas.

7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

7.1. Indicadores

Nombre del indicador	Consumo de sustancias psicoactivas según grupos de edad
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Se define como el número de casos confirmados presentes en cada grupo de edad determinado.
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Evaluar la magnitud del evento Identificar grupos vulnerables que requieren control y seguimiento
Definición operacional	Numerador: Número de casos notificados en el período por grupo de edad Denominador: Número total de casos notificados
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila)
Interpretación del resultado	En el período __ se notificaron __ casos del evento en cada grupo de edad por cada 100 casos reportados.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.

Nombre del indicador	Promedio de la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactiva según sexo.
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Se define como la edad media de inicio de consumo de cualquier sustancia psicoactiva.
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Identificar grupos vulnerables que requieren control y seguimiento. Guiar el diseño de políticas públicas en prevención

Definición operacional	Numerador: sumatoria de las edades de inicio de consumo por sexo Denominador: Número total de casos notificados por sexo
Coeficiente de multiplicación	No aplica
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila) Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) Encuestas rápidas para la identificación de usuarios de sustancias psicoactivas con énfasis en inyectadas
Interpretación del resultado	La edad promedio de inicio de consumo de sustancias psicoactivas es de _____.
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.
Nombre del indicador	Proporción de individuos notificados que consumen Sustancias por vía endovenosa por sexo
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Se define como el número de casos notificados que registran consumo de sustancias psicoactivas por vía endovenosa sobre el total de casos notificados
Periodicidad	Por período epidemiológico
Propósito	Determinar la penetración del consumo de sustancias por vía endovenosa entre la población de consumidores
Definición operacional	Numerador: Número de casos notificados que registran consumo de sustancias psicoactivas por sexo Denominador: Número total de casos notificados por sexo
Coeficiente de multiplicación	No aplica
Fuente de información	Archivos planos (Sivigila) Registros individuales de prestación de servicios (RIPS) Encuestas rápidas para la identificación de usuarios de sustancias psicoactivas con énfasis en inyectadas
Interpretación del resultado	En el período __ se notificaron __ casos del consumidores de drogas inyectadas por cada 100 casos reportados
Nivel	Nacional, departamental, municipal y por evento.

8. COMUNICACIÓN Y DIFUSION DE LOS RESULTADOS DE LA VIGILANCIA

La información se presentará en boletines trimestrales realizados por el grupo de enfermedades no trasmisibles del Instituto Nacional de Salud, estos boletines serán difundidos y socializados por la subdirección de gestión y comunicación del

riesgo, de manera que la información esté disponible para los organismos nacionales, departamentales y distritales, de manera que estos puedan trazar políticas de intervención que conduzcan a la disminución del riesgo de suicidio en la población.

9. USOS DE LOS RESULTADOS DE LA VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

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

9.1. Acciones individuales

En todos los casos, las acciones individuales contemplan:

1. Alerta 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.
2. 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.
3. 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.

9.2. 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.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agüero A. y Agüero C. (2008). Las llamadas psicosis de la infancia. En V. J. C., *Tratado de Psiquiatría, 2a Edición, Volumen II, Capítulo 102* (págs. 1571 - 1586). Barcelona, España: Ars Médica.
- American Psychiatric Association. (1995). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4a Edición, DSM-4, International version with IDC-10 Codes*. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association.
- Arnold and Jensen. (1995). Attention Deficit Disorders. En Kaplan and Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry 6 Edition, Chapter 38*, (págs. 2195 - 2310). Washington, DC, USA: William & Wilkins.
- Baca E. y Aguilar J. (2008). Suicidio. En Vallejo J y Leal C., *Tratado de Psiquiatría, 2a Edición, Volumen II, Capítulo 93* (págs. 1445 - 1456). Barcelona, España: Ars Médica.
- Baker and Cantwell. (1995). Learning Disorders, Motor Skill Disorder and Communication Disorders. En Kaplan and Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6 Edition, Chapter 36*, (págs. 2243 - 2276). Washington, DC, USA: William & Wilkins.
- Baladan D. (1992). Epidemiology and Prevention of Selected Chronic Diseases. En Cassens B., *Preventive Medicine and Public Health, 2 Edition, Chapter 5* (págs. 147 - 148). San Diego, California, USA: Harwal Publishing.
- Bermejo V. (2008). Otros trastornos de la infancia, la niñez y la adolescencia. En Vallejo J y Leal C., *Tratado de Psiquiatría, 2a Edición, Volumen II, Capítulo 105* (págs. 1609 - 1643). Barcelona, España: Ars Médica.
- Blashfeil R. (1999). Classification. En Millon T. Blaney P. and Davis R., *Oxford Textbook of Psychopathology* (págs. 9-24). New York: Oxford University Press.
- Bregman and Harris. (1995). Mental Retardation. En Kaplan and Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6 Edition, Chapter 35*, (págs. 2204 - 2241). Washington, DC, USA: William and Wilkins.
- Campbell and Shay. (1995). Pervasive Developmental Disorders. En Kaplan and Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6 Edition, Chapter 37*, (págs. 2277 - 2293). Washington DC: William & Wilkins.
- Colombia. (2008). *Informe Final Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008*. Bogotá: Guadalupe S.A.
- Colombia. (2011). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar Colombia 2011*. Bogotá.

- Contraloría General de la República de Colombia. (20 de Agosto de 2013). *www.contraloriagen.gov.co*. Obtenido de Deserción Escolar en la Educación Básica y Media: <http://educesar.com/media/fies/arc0000045.pdf>
- 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 Guía de Procedimientos, 1a Edición*, (págs. 30-35). Bogotá, Colombia: Creamos Alternativas.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA. (20 de 08 de 2013). *The State of the drugs problem in Europe, Annual Report 2011*. Obtenido de www.emcdda.europa.eu: info@emcdda.europa.eu
- Garfinkel P. (1995). Feeding and Eating Disorders. En K. a. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6 Edition, Chapter 40*, (págs. 2321-2324). Washington DC: William & Wilkins.
- Gordis, L. (2001). *Epidemiology*. Baltimore, MD, USA: Johns Hopkins.
- Herring C. (1992). Mental Health. En Cassens B., *Preventive Medicine and Public Health, 2 Edition, Chapter 9* (págs. 209 - 223). San Diego, California, USA: Harwal Publishing.
- Jaffe Jerome. (1995). Opioid Related Disorders. En Kaplan and Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6 Edition, Chapter 13*, (págs. 842 - 863). Washington DC: William & Wilkins.
- Kaplan & Sadock. (1995). *Comprehensive Textbook of Psiquiatria Vol 2*. En K. & Sadock, *Textbook of Psiquiatria Vol 2 6 Edition*. (págs. 1739-1751). Washington DC: William and Wilkins.
- Kaplan & Sadock. (s.f.). *Comprehensive Textbook of Psiquiatria Vol 2*. En K. y. Sadock, *Textbook of Psiquiatria Vol 2* (págs. 1739-1751). William and Wilkins.
- Ley 1438 del 2011. (19 de Enero de 2011). *Congreso de la República de Colombia*. Bogotá, DC, Colombia.
- Ley 1616. (21 de Enero de 2013). *Congreso de la República de Colombia*. Bogota, DC, Colombia.
- Macana Niedi. (2011). Comportamiento del Suicidio en Colombia. En Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses - INMLCF, *Forensis, Datos para la Vida* (págs. 245 - 265). Bogota DC.
- Mc Cormik M. (1992). Health Care of the Young. En C. B, *Preventive Medicine and Public Health, 2 Edition, Chapter 7* (págs. 177 - 178). San Diego California, USA: Harwal Publishing.
- Mc Douall, J. (2013). *Protocolo de Vigilancia institucional de trastornos de salud mental en los servicios de salud*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- Medellín. (2012). *Primer estudio poblacional de salud mental Medellín, 2011-2012*. Medellín: L. Vieco e Hijas Ltda.

- Ministerio de la Protección Social de Colombia, Fundación de Estudios Superiores FES. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia*. Bogotá, DC, Colombia.
- 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 Hijas.
- 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.
- 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.
- 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.
- Ministerio de Salud y Protección, Ministerio de Justicia y del Derecho, OEA. (2011). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias en Población Escolar de Colombia*. Bogotá, DC, Colombia.
- Ministerio de Salud, O. (2011). *Base de Datos Tamizaje en Salud Mental en Población Desplazada*. Bogotá.
- 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.
- 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.
- Muñoz P. (2008). Epidemiología de los Trastornos Mentales. En V. R. Carmen, *Tratado de Psiquiatría, Volumen I* (págs. 461-489). Bogota, Colombia: Ars Médica.
- 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/>
- OPS - OMS. (1990). *Reestructuración de la Atención Psiquiatrica en America Latina, Organización Panamerica de la Salud, OPS - OMS*,. Washigton DC: OPS.
- OPS. (2001). *La Salud Mental en las Américas, Nuevos Retos de cara al milenio*. Washington DC, USA: PAHO.
- Pérez Augusto. (1994). *Sustancias Psicoactivas, Historia del Consumo en Colombia*. Bogotá, DC: Tercer Mundo Editores.
- Phil R. (1999). Substance Abuse, Etiological Considerations. En Millon T. Blaney P. and Davis R., *Oxford Textbook of Psychopathology*. Oxford, New York, USA: Oxford University Press.

- Pinto Diana et. al. (2010). Costos de la Depresión en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría Vol 39*, 466-98.
- Psicología, Universidad de los Andes. (2005). Obtenido de <http://pisocologia.unniandes.edu.co/documentos/echaux>
- Rodriguez J. (2009). Introducción. En Rodriguez J. et. al., *Temas de Salud Mental en la Comunidad, 2a Edición, Serie Paltex No. 49*, (págs. 3-5). Washington DC: Paltex.
- Roy, A. (1995). Suicide. En K. a. Sadock, *Comprehensive Textbook of Psiquiatria Vol 2 6 Edition Chap 30* (págs. 1739-1751). Washington DC: William & Wilkins.
- 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.
- Scoppetta Orlando. (2010). *Consumo de Drogas en Colombia: Características y Tendencias*. Bogotá DC: Ministerio del Interior y de Justicia.
- Secretaría de Salud Municipal, Alcaldía de Santiago de Cali. (2011). *Protocolo de Vigilancia Epidemiológica, Prioridad Salud Mental 2009 -2011*. Santiago de Cali, Valle, Colombia.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública. (2002). *Instrumentos para Tamizaje RQC y SRQ*. Bogota, DC, Colombia.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública, Area de Vigilancia en Salud Pública. (2013). *Sistema de Vigilancia de Lesiones de causa externa*. Bogotá, DC, Colombia.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Dirección de Salud Pública, Area de Vigilancia en Salud Pública. (2013). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica del consumo de Sustancias Psicoactivas, VESPA, Ventana de Centros de Tratamiento*. Bogota DC, Colombia.
- Teutsch S. and Churchill E. (2000). *Principles and Practice of Public Health Surveillance*. Oxford, New York, USA: Oxford University Press.
- UNODC. (2011). *Informe mundial sobre las drogas 2011*. Nueva York: Naciones Unidas.
- 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
- Vallejo Ruiloba, J. (2005). Definición y Concepto de Enfermedad Mental. En J. Vallejo Ruiloba, & C. Cercós Leal, *Tratado de Psiquiatría* (págs. 62-76). Barcelona: ARS Médica.
- Vitiello and Jensen. (1995). Disruptive Behavior Disorders. En Kaplan and Sadock, *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6 Edition, Chapter 39*, (págs. 2311 - 2319). Washington DC: William & Wilkins.

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

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

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

11. CONTROL DE REVISIONES

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AA	MM	DD		
01	2016	01	29	Diseño del protocolo de vigilancia	Nombre Camilo Alfonso Cargo Contratista INS Nombre Ana María Blandón Rodríguez Profesional especializado INS

REVISÓ	APROBÓ
Oscar Eduardo Pacheco García Nombre	Mancel Enrique Martínez Durán Nombre
Subdirector Prevención Vigilancia y Control en Salud Pública	Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública