LINEAMIENTO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS POR USO DE DROGAS POR VÍA INYECTADA

DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

2016









Listado de Acrónimos

APS	Atención Primaria en Salud
APV	Asesoría en Prueba Voluntaria.
CICAD	Comisión Interamericana para el control del Abuso de Drogas
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades
E.P.S.	Entidades Promotoras de Salud
EMCDDA	Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicciones
GPC	Guía de Practica Clínica
I.P.S.	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual y Sanguínea.
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PID	Persona que se Inyecta Drogas
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SPA	Sustancias Psicoactivas
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TBC	Tuberculosis.
UDI	Usuario de Drogas por Vía Inyectada
UDVP	Usuarios de Drogas por Vía Parenteral.
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VHB	Virus por Hepatitis B
VHC	Virus por Hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Listado de Tablas

tabla 1.	Temas propuestos para capacitación de usuarios 39
----------	---

Listado de Graficas

Gráfica 1	Tipos de jeringas
Gráfica 2	Algoritmo. Atención inicial y continuada del usuario 34





TABLA DE CONTENIDO

LISTADO DE ACRÓNIMOS2
LISTADO DE TABLAS2
LISTADO DE GRAFICAS
INTRODUCCIÓN5
JUSTIFICACIÓN6
METODOLOGÍA
MARCO NORMATIVO PARA EL ABORDAJE DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS Y LA REDUCCIÓN DE
DAÑOS Y RIESGOS EN EL PAÍS11
OBJETIVOS17
REQUERIMIENTOS Y SUMINISTROS NECESARIOS PARA EL FUNCIONAMIENTO MENSUAL
NORMA DE INSCRIPCIÓN DE PRESTADORES Y HABILITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD. RESOLUCIÓN 2003 DE 2014.26
INTERVENCIÓN INTEGRAL DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS PARA USUARIOS DE DROGAS POR
VÍA INYECTADA 26
Manual de convivencia28
ATENCIÓN AL INGRESO:28
CASOS DE CONSIDERACIÓN ESPECIAL32
ATENCIÓN CONTINUADA32
VALORACIONES DE LA ATENCIÓN35
GESTIÓN DE SOLICITUDES
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN39
BIBLIOGRAFÍA41
ANEXOS53
ANEXO 1. DEFINICIONES PRINCIPALES
ANEXO 2. MODELOS DE ABORDAJE DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y PRINCIPIOS PARA LA REDUCCIÓN
DE RIESGOS Y DAÑOS
ANEXO 3. LÍNEA ESTRATÉGICA EN REDUCCIÓN DEL DAÑO PARA PID
ANEXO 4. ASPECTOS TÉCNICOS DE INTERVENCIÓN INTEGRAL DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS EN USUARIOS DE
DROGAS POR VÍA INYECTADA
ANEXO 5. ENTREVISTA MOTIVACIONAL E INTERVENCIÓN BREVE
ANEXO 6. FORMULARIO PARA DESARROLLAR INFORME DE ACTIVIDADES97
ANEXO 7. FORMULARIO PARA DESARROLLAR INFORME DE ACTIVIDADES DE SUMINISTRO SECUNDARIO98
ANEXO 8. ENCUESTA SEMESTRAL A USUARIOS DE LA "INTERVENCIÓN INTEGRAL DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS
EN USUARIOS DE DROGAS POR VÍA INYECTADA"99
ANEXO 9. INDICADORES DE SEGUIMIENTO100
ANEXO 10. CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR108
ANEXO 11. RECOMENDACIONES PARA LA MANIPULACIÓN Y LA ELIMINACIÓN SIN RIESGOS110
ANEXO 12. DIRECTRICES PARA LA ATENCIÓN DE PINCHAZOS DE AGUJA ACCIDENTALES112





ANEXO 13.	Instrucciones para el consumo de menos riesgo en Usuarios de Drogas por vía inyecta	۱DA.
		113
ANEXO 14.	MENSAJES EDUCATIVOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA SOBREDOSIS	116
ANEXO 15.	LAVADO DE JERINGA.	117





INTRODUCCIÓN.

En Colombia desde la década de los 60 se ha presentado el fenómeno de producción, tráfico de drogas ilícitas y ha transitado de la producción de drogas ilícitas hacia la producción y consumo de sustancias psicoactivas, este nuevo cambio ha modificado las dinámicas sociales, además afecta al desarrollo social y humano, relacionado con la generación de violencia, inequidad, pobreza, exclusión, comportamientos de riesgos para la salud en los usuarios de drogas lo cual generó un cambio en la política del país en el tema de drogas, estableciendo que el consumo de drogas es un problema social y de salud pública prioritario.

El consumo de heroína y otras SPA invectables en Colombia se ha instaurado en algunas regiones del país y ha presentado incremento de las conductas de riesgo y daños asociados.

El consumo de drogas invectables se presenta en diferentes tipos poblacionales, y sus prevalencias varían según el territorio al que se haga referencia. En Colombia se denota un incremento del consumo con la aparición de los cultivos, la calidad de la sustancia, como también el aumento de la transición del consumo de otras sustancias a la heroína y la preferencia de consumo por vía inyectada. Adicionalmente, el uso de esta vía de consumo se ha relacionado con el aumento de la epidemia de VIH, hepatitis B, C y con el incremento de otras infecciones de transmisión sexual y sanguínea (ITS).

Las Personas que se Inyectan Drogas (PID), antes referenciados como Usuarios de Drogas por vía Inyectada (UDI) por lo general tienen una historia importante de policonsumo de varios años de evolución que afecta su propio bienestar, el de su familia y de la comunidad. En mayor proporción, los grupos sociales en los que se presenta el fenómeno del consumo son los denominados "población vulnerable", considerada como personas en condiciones de desigualdad social.

Esta situación exige que los Estados formulen normativas, políticas y programas de salud pública para dar respuesta efectiva a la problemática actual así como la implementación de estrategias integrales e interdisciplinarios, que permitan el abordaje de los PID y de sus consecuencias a nivel individual, familiar y social. Que dichas intervenciones se orienten también a la eliminación, en forma oportuna, de barreras de acceso a los servicios de salud encaminados a garantizar la prevención, reducción de daño y tratamiento que correspondan a las políticas y marcos jurídicos existentes, esto en el plano de la implementación y adecuación de intervenciones validadas científicamente.





JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas, tanto las instancias internacionales como los gobiernos han dedicado especial atención al consumo de sustancias psicoactivas como respuesta al incremento del consumo y la problemática advacente, asociada a un aumento de violencia generada por la correlación existente entre la demanda de la sustancia, el tráfico, el microtráfico, a las consecuencias a nivel de salud mental y física que afectan a las personas la familia y la población en general. Aspectos que se reflejan en el aumento de índices de pobreza, inseguridad, incremento de la presencia de personas en estado de vulnerabilidad, familias en estado de crisis, y sociedades con problemáticas complejas.

Para contextualizar el consumo de sustancias psicoactivas es importante revisar el comportamiento del mismo a través de las estadísticas mundiales, nacionales y regionales.

Acorde a los datos más recientes, del informe mundial de drogas (2015) la situación no ha cambiado mucho en términos generales y sus consecuencias para la salud del consumo de drogas ilícitas siguen siendo motivo de preocupación a nivel mundial, puntualmente el informe reporta:

- Se estima que 246 millones de personas, o una de cada 20 personas entre los 15 y 64 años, consumieron drogas ilícitas en 2013.
- 1 de cada 10 consumidores de drogas es un consumidor problemático que sufre trastornos por el consumo de drogas o drogodependencia.
- La mitad de los consumidores problemáticos consumen drogas invectables. se estima que 13% estaban afectados por el VIH en 2013 (1,65 millones)
- 1 de cada 3 consumidores de drogas es mujer.
- 1 de cada 6 consumidores problemáticos en el mundo tiene acceso a tratamiento.
- 1 de cada 5 consumidores de drogas que reciben tratamiento es mujer.
- Disminuyo en un 10% el número de nuevos casos de VIH en PID Y pasó de unos 110.000 en 2010 a unos 98.000 en 2013.
- La prisión es un entorno de alto riesgo, donde hay presencia de consumo de drogas, incluido el uso drogas inyectables. Este entorno carcelario se caracteriza por elevados niveles de VIH, Hepatitis C y tuberculosis y limitado acceso a programas de prevención y tratamiento.
- Se estima que el 2.2% de la población mundial está infectada con hepatitis C. en población PID esta proporción es 25 veces más alta estimada en 52% para el 2013.
- La hepatitis C plantea grandes problemas de salud pública y a los individuos, relacionado con la posibilidad de insuficiencia hepática, cáncer de hígado y la muerte prematura. Las intervenciones efectivas basadas en la evidencia para la prevención, tratamiento y atención del VIH incluyen programas de agujas y jeringas , la terapia de sustitución de opiáceos , la terapia





antirretroviral y la disponibilidad de naloxona.

- Se estiman 187000 muertes anuales relacionadas con consumo de drogas.
- La mortalidad es 15 veces superior entre los consumidores de drogas inyectables que en población general.
- 1 de cada 20 o 25 casos de sobredosis es mortal, sin embargo el riesgo de muerte acumulado aumenta con cada una de las sobredosis sucesivas.
- Las muertes relacionadas con la heroína ha aumentado y pasó de 5.925 en 2012 a 8.257 en 2013.
- Las sobredosis y muertes por opioides son evitables, mediante intervenciones como tratamientos con agonistas a largo plazo (sustitución), disponibilidad y accesibilidad de naloxona.
- Muchas de las sobredosis ocurren en presencia de otros usuarios de dogas o miembros de la familia por lo que empoderar a estas personas en la administración de naloxona es una medida que salva vidas¹.

Relacionado con las muertes por opioides, la OMS reportó que en 2010, se estimó que 16.651 personas murieron a causa de sobredosis de opioides recetados en los Estados Unidos. A nivel mundial, se estimó que 69.000 personas mueren por sobredosis de opiáceos cada año además el número de sobredosis ha aumentado en los últimos años, en parte debido al aumento del uso de opioides en el manejo crónico del dolor².

En Colombia en los estudios nacionales de drogas han recopilado información importante frente al comportamiento del uso de estas sustancias en el país, que dan un panorama de la realidad nacional y territorial y sirven para orientar la priorización de territorios y acciones de salud publica. El último estudio del 2013 indica:

- El alcohol y el tabaco son las sustancias de mayor consumo en el país.
- El 13.0% de las personas han 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 3,6% reportan uso en el último año de alguna droga ilícita (equivalente a 839 mil personas).
- El uso problemático de spa se encontró en 484 mil personas, que estarían en condiciones de requerir algún tipo de asistencia. (1 de cada 5 es mujer)
- 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%, seguido por los adolescentes con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3% para dicho periodo.
- La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. Prevalencia de vida y de último año con 11.5% y 3.5% respectivamente.
- La cocaína es la segunda sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. Prevalencia de vida y de último año de 3.2%, y 0.7% respectivamente.
- En Colombia existe presencia y consumo de heroína, sustancia que desde hace algunos años presenta un importante aumento en el uso, de acuerdo

¹ United Nations Office on Drugs and Crime (2015) World Drug Report 2015 (United Nations publication, Sales No. E.15.XI.6).

² World Health Organization WHO (2014). Community management of opioid overdose. World Health Organization (2014). Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C





con reportes de varios centros de tratamiento que operan en el país.

- La prevalencia de vida para el uso de heroína fue de 0.14%, lo que equivale a 31.852 personas en el país, frente a la prevalencia de último año de 0.03% lo que equivale a un poco más de 7.000 consumidores de heroína en el último año. de los cuales la gran mayoría son hombres.
- Es importante considerar que tanto en heroína como en sustancias inhalables, la metodología que emplea el estudio en población general tiene limitaciones para captar a sus usuarios, por las características de clandestinidad en los primeros y por la pertenencia a grupos en condiciones de alta vulnerabilidad social, en los segundos³.

El fenómeno de uso de heroína en Colombia también ha sido registrado y desde comienzos de 1990 hay un mercado nacional, el cual ha ido creciendo según se constata en diversos estudios de entidades nacionales. En la actualidad se reconoce que el consumo de heroína es una realidad en distintas regiones de Colombia y que el uso de esta droga por vía inyectada representa un riesgo considerable para la salud pública4.

Por otra parte, el Sistema Basado en Centros y Servicios de tratamiento, registra desde finales de 2012, 1.311 entradas por consumo de heroína. Esto corresponde al 16% de todos los registros, cifra considerable si se tiene en cuenta que se hace seguimiento a 38 drogas.

Según el último estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas del año 2013, en Colombia 31.852 personas habrían consumido heroína alguna vez en la vida, 7.011 personas consumieron esta sustancia en el último año y 3.592 lo hicieron en el último mes, además alrededor de 110.000 personas se habrían invectado drogas

En cuanto a la relación de consumo de heroína y la aparición de VIH se retomaron estudios realizados por la Corporación Nuevos Rumbos, y la Universidad CES. quienes han explorado los patrones de uso y los riesgos asociados al VIH y a otras infecciones de trasmisión sanguínea, mostrando patrones de uso de alto riesgo y prevalencias de VIH que superan ampliamente las tasas de prevalencia de la población general, confirmando también que en Colombia el grupo de usuarios de drogas por vía inyectada PID, principalmente heroína, se cuentan dentro de los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH⁵.

En un estudio del Ministerio de Salud y Protección Social en 2012 donde se caracterizó a 534 PID en Medellín y Pereira y estimó una prevalencia de VIH hasta de 7,1% y 3,7%, muy por encima de la prevalencia nacional. Esto se debe fundamentalmente a que no se había adelantado un proceso de atención basado en

³ Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, & Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Bogotá DC.: Unodc.

Scoppetta, O (2010) Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias. Bogotá DC Dirección Nacional de Estupefacientes.

⁵ Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, & Observatorio de Drogas de Colombia. (2013).

Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013. Bogotá DC.: Unodc.





conceptos de reducción de daños, el cual hace parte de nuevo plan de reducción del consumo de drogas diseñado por el Ministerio de Salud y Protección Social⁶.

En cuanto a datos del Instituto de Medicina Legal, el reporte que realiza en el informe sobre el comportamiento de muertes y lesiones accidentales del 2013 muestra que el consumo de SPA es un factor de vulnerabilidad para muerte accidental; este informe reporta 2643 casos de muertes y ubica a la población usadora de sustancias psicoactivas en el tercer lugar de dichas muertes accidentales con 11.32% superado solamente por la población campesina con un 36.68% y los grupos étnicos con un 34.2%.

En otro estudio del Ministerio de Justicia realizado en las ciudades de Bogotá. Cúcuta y Armenia en el 2014, con un total de 668 PID se estimó una prevalencia para hepatitis C hasta de 20,4% y 5,4% para VIH. Adicionalmente, reporto que entre el 67.2% y el 77.1% de ellos habrían visto alguna vez a una persona que perdió la conciencia por sobredosis de heroína u opio y más de la mitad de los usuarios han conocido a alguien que haya muerto por sobredosis y entre el 19 y el 37.7% de los entrevistados presentaron episodios de sobredosis hasta el punto de perder la conciencia⁷.

En cuanto a lesiones accidentales, según factor de vulnerabilidad se consiguió información en 516 de 12.378 casos: v ubica a la población usadora de SPA en el primer lugar con el 27,52% de los casos⁸, los reportes de medicina legal ubican en los primeros lugares de muertes accidentales y lesiones accidentales a población usadora de sustancias psicoactivas.

En cuanto a la evidencia del compromiso de la convivencia pacífica a nivel nacional y territorial, de acuerdo al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, en cuanto a violencia intrafamiliar, durante el 2013 se realizó peritación en 68.230 casos por violencia intrafamiliar; de este total, 44.743 (65,58%) correspondieron a violencia de pareja; 9.708 (14,23%) a violencia contra niños niñas y adolescentes; 12.415 (18,20%) a violencia entre otros familiares y 1.364 (2,00%) a violencia contra personas mayores. El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses informo que la intolerancia, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, fueron las principales razones que motivan la violencia al interior de la familia⁹.

⁶ Corporación Nuevos Rumbos (2011). Contexto de vulnerabilidad al VIH/SIDA en los grupos de consumidores de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia. Bogotá: Corporación Nuevos Rumbos.

Ministerio de Justicia y del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y Universidad CES. (2014). Comportamiento de usuarios de drogas inyectables en tres ciudades de Colombia.

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Colombia (2013) Comportamiento de muertes y lesiones accidentales, Colombia, 2013.

⁹ Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Colombia (2013) Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia,





METODOLOGÍA

Este documento fue elaborado con la participación del equipo técnico del grupo de Convivencia Social y Ciudadanía, el Grupo de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos de la Dirección de Promoción y prevención, del Ministerio de Salud y Protección Social.

Una vez conformado el equipo se definió el alcance e intervenciones a abordar que favorezcan la reducción de daños y riesgos en el marco de una atención integral sin barreras de acceso en población usuaria de drogas invectadas.

Esta basado en el documento "Programa Integral de Mitigación de Daños Para Consumidores de Heroína y Protocolo de Intercambio Controlado de Jeringas" del Convenio de cooperación técnica No. 310/13. Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social. 2014, el cual aporta el resultado de la revisión de la literatura científica relacionada, adicionalmente fue un documento sometido a proceso de validación como se describe a continuación:

Mediante el método de juicio de experto, los procesos que se siguieron para validar el documento fueron:

- Identificación de una población de jueces expertos temáticos, para lo cual se seleccionaron una muestra representativa, conformada por cinco expertos en
- Clasificación de cada uno de los elementos que conformaban el documento y asignación de una escala de valoración con criterios específicos, utilizando formato de validez de contenido.
- Evaluación del documento por parte de cada juez, con la correspondiente asignación de calificación en la escala propuesta.
- Realización del análisis estadístico entre jueces para identificar el nivel de acuerdo en cada elemento valorado.

Posteriormente a esta fase inicial que requirió ajustes en el documento, acorde a las recomendaciones realizadas por los primeros jueces validadores. Posteriormente, se identificaron otros seis jueces expertos de territorios para realizar una segunda validación de contenido y contexto, e igualmente se realizaron análisis entre jueces para identificar el nivel de acuerdo para cada uno de los elementos que conforman el documento. Las categorías evaluadas fueron: suficiencia, claridad, coherencia, relevancia y bibliografía y fueron ajustadas según las recomendaciones del grupo de evaluadores.

Adicionalmente se tuvo en cuenta la normatividad vigente que favorezca la implementación del presente lineamiento.





MARCO NORMATIVO PARA EL ABORDAJE DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS Y LA REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS EN EL PAÍS.

De conformidad con lo establecido en la Ley 715 de 2001 al Ministerio de Salud y Protección Social, como ente rector y regulador en el nivel nacional de las acciones de salud, le corresponde "1. Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud y coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación", "4. Brindar asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos de salud" y "5. Definir y aplicar sistemas de evaluación y control de gestión técnica, financiera y administrativa a las instituciones que participan en el sector y en el sistema general de seguridad social en salud; así como divulgar sus resultados con la participación de las entidades territoriales".

Al Ministerio de la Protección Social, como ente rector y regulador en el nivel nacional de las acciones de salud, según lo establecido en el artículo 42 y siguientes de la Ley 715 de 2.001 y artículo 4 de la Ley 1438 de 2.011, le corresponde la formulación de Programas de interés nacional para la prevención, detección e intervención de los riesgos para la salud y la generación de factores protectores que conlleven la promoción de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.

Plan Decenal de Salud Pública (PDSP)

Es un plan con vigencia 2012-2021, adoptado mediante Resolución 1841 de 2013, expresa que la dimensión de convivencia social y salud mental es el "espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitario que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del curso de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos".

La dimensión de Convivencia Social y Salud Mental del PDSP, se definen dos componentes, uno de los cuales está relacionado con la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia, donde se contemplan las estrategias dirigidas a la prevención y atención de aquellos estados temporales o permanentes identificables por el individuo y/o otras personas en los que las emociones, pensamientos, percepciones o comportamientos afectan o ponen en riesgo el estado de bienestar o la relación consigo mismo, con la comunidad y el entorno, dentro de los que se incluye lo relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Frente a las metas al año 2021, el plan definió con relación a la reducción del consumo de SPA las siguientes:

 Mantener por debajo de 5,5% la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre escolares (tomando como base la prevalencia medida en el estudio en población escolar del año 2012: 5,2%).





- Aumentar la edad promedio de inicio del consumo de sustancias ilegales, de 13,1 a 15,5 años.
- Posponer la edad de inicio del consumo alcohol, por encima de los 14 años.
- Aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.
- Reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general a 3,4 por 1.000 habitantes.
- 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 MSPS¹⁰

Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA y su impacto

El país diseña en el 2007 esta política para hacer frente de una forma estructural y coherente a esta realidad cada vez más palpable, siendo el objetivo principal la reducción de la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, y la común.

El componente de mitigación busca reducir los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya lo han hecho y se han convertido en "daños". Para cumplir con las metas se necesita intervenir las condiciones que inciden en que haya transición a patrones de mayor compromiso con el consumo, la instalación de un estilo de vida o la ocurrencia de riesgos y daños producidos por patrones de uso nocivos para la salud por exceso de auto-indulgencia, porque se trivializan las consecuencias o porque catalizan conductas sexuales o prácticas de uso de alto riesgo¹¹.

Plan de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína

En el 2013, se elaboró este plan por parte de MAYU OF NEW ENGLAND en el marco del convenio 464/12 suscrito entre el MSPS y la OIM, la línea estratégica de prevención de este plan busca minimizar los riesgos que las poblaciones corren en escenarios en los que están expuestas a sustancias como la heroína y a patrones de uso como la inyección. Estos riesgos para este caso son:

- Riesgo de iniciar la carrera de consumo de SPA ilícitas con heroína
- Riesgo de transitar a consumo de heroína cuando ya hay un consumo de SPA ilícitas
- Riesgo de que un consumo experimental de heroína se instale y se cronifique hasta desarrollar dependencia
- Riesgo de transitar a un uso inyectable cuando ya hay un consumo de heroína por vías como la inhalada o fumada

¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Plan Decenal de Salud Pública, (PDSP) 2012 – 2021.

_

¹¹ Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2007). *Política Nacional para la reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto.* Recuperada de http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pdf





- Riesgo de adquirir el VIH u otra infección de trasmisión sanguínea a través de una práctica sexual de riesgo o de una práctica de consumo de riesgo
- Riesgo de trasmitir el VIH u otra infección de trasmisión sanguínea a una pareja sexual o a una red de consumidores con los que se comparten utensilios de consumo o con las que no se tienen prácticas de sexo seguro
- Riesgo de sufrir una sobredosis
- Riesgo de morir tras una sobredosis
- Riesgo de que una condición de comorbilidad psíquica y/o física empeore por no se detectada y/o tratada a tiempo

El trabajo de mitigar el impacto de un consumo supone una mirada integral por lo que resulta fundamental que en esta línea estratégica se trabaje desde una lógica integradora y de red, Los daños a reducir son:

- Daño asociado a la venopunción constante en condiciones pocos seguras e higiénicas
- Daño asociado al intercambio y reutilización de equipos de inyección y de otros insumos para consumir no estériles
- Daño por no diagnóstico oportuno de comorbilidades físicas
- Daño por no diagnóstico oportuno de comorbilidades psíquicas
- Da
 ño por no continuidad en el tratamiento asistido por f
 ármacos
- Daños por no adherencia a tratamientos por ejemplo TAR o de TBC u otros
- Daño por sobredosis no detectada a tiempo o no tratada con idoneidad
- Daño por abuso de autoridad o vulneración de derechos sociales o de salud daño por exclusión social, estigma y discriminación

En la línea estratégica de fortalecimiento de la atención y el tratamiento pretende avanzar en los próximos años en la implementación de guías de práctica clínica y en modelos de gestión programática para el tratamiento del consumo de heroína y del consumo de drogas por vía inyectada.

En la línea estratégica de gestión y fortalecimiento de capacidades propone hacer especial énfasis en el fortalecimiento de las capacidades de los equipos técnicos y comunitarios locales, empezando por el personal de salud y pasando por los operadores pares comunitarios; también se proponen acciones que permitan fortalecer la vigilancia y las alertas tempranas asociadas a estos patrones de consumo, así como a las infecciones de trasmisión sanguínea comúnmente vinculadas a ellos y a otras consecuencias adversas para la salud¹².

Plan Nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021

_

¹² Ministerio de Salud y Protección Social. Mayu of New England (2013). Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras Drogas por vía inyectada. Documento para revisión y discusión (versión 2). No publicado.





El Ministerio de Salud y Protección social a través de la Dirección de Promoción y Prevención y en asocio con entidades del estado, construyó El Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014-2021, aprobado por el Consejo Nacional de Estupefacientes el 26 de noviembre de 2014. El objetivo principal del plan se centra en reducir la magnitud del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.

Para lograr este propósito se han definido 5 líneas de acción: a) Fortalecimiento interinstitucional, b) Promoción de la convivencia social y la salud mental, c) Prevención del consumo de sustancias psicoactivas, d) Tratamiento y e) Reducción de daños y riesgos.

El componente de reducción de riesgos y daños se refiere a las acciones orientadas a reducir los efectos negativos del uso de drogas, los riesgos asociados a las practicas del consumo y favorecer la accesibilidad a la red asistencial de estos usuarios, mejorando su calidad de vida.

Su objetivo es reducir los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, mediante el Fortalecimiento de los procesos para la prestación de los servicios para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Las líneas de acción priorizadas son:

- Desarrollo de lineamientos técnicos y operativos para la implementación de acciones en torno a la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de spa.
- Implementación del plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína
- Diseño del proceso de habilitación de servicios para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas¹³

Resolución 518 de 2015.

Esta resolución definió las disposiciones para el desarrollo de la gestión de la salud pública, y define las líneas operativas del PIC. En este marco, la promoción de la salud se definió como el marco de acción que contribuye a garantizar el derecho a la vida y a la salud mediante: la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, la movilización social, la creación de entornos saludables y las acciones intersectoriales/transectoriales, aspectos que se relacionan para el caso particular, con los objetivos generales de la prevención del consumo de SPA.

¹³ Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2014) Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014 -2021.





La gestión del riesgo en salud se definió como proceso que le permite a la entidad territorial identificar, analizar e intervenir riesgos colectivos en salud, identificar la percepción de la población frente a las amenazas y vulnerabilidades e implementar estrategias de prevención o mitigación

El Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas PIC, se considera como un plan complementario del plan obligatorio de Salud, y el cual se dirige a impactar positivamente, los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud, desarrolladas a lo largo del curso de vida en el marco del derecho a la salud y acorde con lo definido en el plan decenal de salud pública.

La ejecución del PIC, en lo que tiene que ver con la reducción del consumo de SPA, se podrá llevar a cabo a partir de la implementación de intervenciones tales como Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales e intersectoriales, zonas de orientación y centros de escucha, información en salud, educación y comunicación para la salud, intervención de la población trabajadora informal, procedimientos tales como canalización y actividades relacionadas con el tamizaje y jornadas de salud ¹⁴

Ley 1566 de 2012.

En esta ley se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas"; se reconoce que el consumo, el abuso y la adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública, entre otros. Y establece que las patologías derivadas del consumo, abuso y adicción deben ser atendidas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Esta misma ley menciona que los usuarios de sustancias psicoactivas (SPA) tendrán derecho a ser atendidas en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos.

Política de Atención Integral en Salud.

El objetivo general de esta política es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el "acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud", para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

-





ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA Y CONSUMO DE SPA.

Se plantea como definición de salud pública la utilizada en la Ley 1122 de 2007 la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad¹⁵.

Respecto al uso de sustancias psicoactivas, el enfoque de salud pública es una concreción del enfoque de derechos en términos de la garantía de un ciclo de servicios que van desde la promoción de la salud, hasta el tratamiento especializado; esta perspectiva se ha presentado como opuesta al énfasis represivo al consumo, desde una valoración negativa de los resultados obtenidos por la aplicación del conjunto político, normativo y programático denominado la lucha contra las drogas.

Aunque el enfoque de salud pública aparece como una nueva aproximación a la política sobre las drogas, ya en 1966 la OMS indicaba que "todos los organismos y administraciones de salud pública tienen el deber de ocuparse de esa forma de dependencia" (OMS, 1967), refiriéndose a las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas.

Este enfoque de salud pública no necesariamente implica la abogacía por cambios en el estatuto legal del mercado de las drogas, aunque sí conlleva asumir que el consumo de sustancias psicoactivas no debe ser tratado como un delito, entre otras razones porque el estigma y la discriminación contra el consumidor, hacen más difícil la aplicación de la perspectiva en cuestión.

_

¹⁵Artículo 32. Ley 1172 de 2007.





OBJETIVOS

Objetivo general.

Desarrollar una estrategia basada en la evidencia que le permita a entidades territoriales, prestadores y personal de salud, implementar una intervención integral de reducción de riesgos y daños en consumidores por vía inyectada.

Objetivo específicos.

Establecer las características de un dispositivo de bajo umbral que permita la atención integral a las PID, su entorno comunitario y la distribución y recogida de material higiénico utilizado en la invección de drogas.

Brindar a los equipos de salud de los territorios, herramientas técnico científicas que permitan el abordaje desde el modelo de reducción del daño, de la problemática asociada al consumo de drogas por vía invectada.

Mediante la implementación de la estrategia lograr:

Reducir la incidencia de infecciones por transmisión sanguínea mediante la provisión de material utilizado para consumo higiénico de drogas por vía invectada. relacionadas tanto con las jeringas, como con otros elementos y objetos requeridos por las PID

Disminuir el número de jeringas usadas y abandonadas en la comunidad, lo que evita que se reutilice o se comparta con otros, evitando así la transmisión por esta vía o los daños asociados a la utilización de jeringas o materiales no higiénicos y contaminados.

Introducir el mayor número de jeringas estériles dentro del colectivo de PID.

Establecer una estrategia de caracterización y acompañamiento psicosocial, de la población PID.

Detección de comorbilidad psiquiátrica y médica, derivación para tratamiento a otras instancias y niveles de responsabilidad en usuarios que lo requieran.

Disminuir barreras de acceso al servicio de salud, estigma y exclusión social en población vulnerada y vulnerable.





ALCANCE.

Este documento busca responder a las necesidades de la población de Personas que se Inyectan Drogas (PID) en el marco del Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 – 2021, con enfoque de salud pública, puntualmente en el campo de reducción de riesgos y daños. Las acciones planteadas son el producto de la revisión de la mejor evidencia disponible.

Población:

Las recomendaciones van dirigidas a la intervención integral de los usuarios de drogas por vía inyectada con diagnóstico de uso, abuso o dependencia en el territorio nacional

Grupos excluidos:

- Personas que no sean usuarias de drogas por vía invectada.
- Personas que no deseen participar en la intervención o no estén de acuerdo con las mínimas normas de convivencia pactadas.

Usuarios:

Direcciones territoriales de Salud, prestadores de servicios de salud, talento humano en salud y de las ciencias humanas, como: medicina general, enfermería profesional, auxiliares de enfermería, psicología, trabajo social, antropología, sociología, además personal administrativo y tomadores de decisiones; personas del entorno comunitario como usuarios de drogas por vía inyectada y líderes comunitarios.

Ámbito asistencial:

Este protocolo se encuentra dirigido a los servicios de atención Ambulatoria al consumidor de sustancias psicoactivas de baja y mediana complejidad, debidamente habilitados acorde a la resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, y a otras instituciones u organizaciones que implementen intervenciones de reducción de daños y riesgos de este tipo.

Dicha intervención debe estar articulada con las demás acciones tanto de los prestadores como de los aseguradores quienes tienen la responsabilidad de garantizar la integralidad en la atención.

Aspectos centrales:

Las acciones de reducción de daños y riesgos en la población de personas que se inyectan drogas se caracterizan por ser de bajo umbral y deberán tener las menores barreras de acceso o exigencia a los usuarios

Actividades abordadas: educativas en temas de reducción de daños y riesgos, acceso a servicios de salud, exigibilidad de derechos.





Actividades no abordadas: manejo de sobredosis por opioides, manejo de síndrome de abstinencia por dependencia a opioides, diagnóstico de VIH, diagnóstico de hepatitis virales.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y DE RECURSOS.

La intervención integral de reducción riesgos y daños en usuarios de drogas por vía invectada, se desarrolla con fundamento en dispositivos de bajo umbral, que incluyen actividades de los programas de suministro de jeringas como la distribución tanto de jeringas como de material higiénico para la invección. Se incluye el suministro de preservativos y material educativo; aborda de manera integral al usuario, su familia y entorno comunitario, convirtiendo al UDI en un gestor de salud, y la de su comunidad. Esta intervención integral busca:

- Disminuir los riesgos y daños asociados a la inyección de drogas, que ocasiona en la persona, sus familias y entorno comunitario.
- Lograr el acercamiento de población oculta y vulnerable con el sistema de salud y diversos actores sociales involucrados en la mejoría de la calidad de vida de la población.

La implementación de la intervención integral requiere organización administrativa, en relación con la disponibilidad de insumos, recursos humanos y la implementación de sistemas de monitoreo sobre su efectividad y niveles de cobertura. Esta organización administrativa asocia una lógica racional requerida para sostener y sustentar en el tiempo la propuesta, evitando los factores económicos y logísticos que expongan a un cese temporal o definitivo de las acciones implementadas.

Poner en funcionamiento la intervención integral de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas por vía invectada requiere de la preparación, socialización con las autoridades gubernamentales y con la comunidad en general, de un plan donde se especifique:

- Calendario de actividades, con un tiempo establecido.
- Gestión territorial de articulación de servicios.
- Número necesario de miembros del personal y descripciones de sus funciones.
- Redacción y socialización las normas y procedimientos de la intervención.
- Requerimientos y suministros necesarios para el funcionamiento mensual.
- Definición de las directrices iniciales para las actividades de vigilancia y evaluación.





Proyección de la cobertura en función del análisis de costos y de la identificación de recursos y talentos para el cumplimiento de los objetivos¹⁶¹⁷.

Fortalecimiento de capacidades Nación-Territorio.

Acogiéndose a lo planteado en el Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 – 2021, que incorpora el enfoque de salud pública en un marco intersectorial para disminuir la exposición al consumo de spa y su impacto en la población mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de estilos de vida saludable, prevención del consumo de SPA y la atención de las personas y comunidades afectadas por el consumo.

Se debe realizar fortalecimiento institucional, entendido como el conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones institucionales así como en los sistemas de información y vigilancia en salud pública tendientes al fortalecimiento de las capacidades nacionales y territoriales para la reducción del consumo de SPA, las estrategias plantadas para lograr este fortalecimiento son:

- Desarrollo de un modelo integrado de gestión de servicios para la promoción, prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños del consumo de SPA.
- Mejoramiento del conocimiento nacional sobre el consumo de SPA.

En el componente de Reducción de Riesgos y Daños plantea realizar acciones orientadas a reducir los efectos negativos del uso de drogas, los riesgos asociados a las prácticas de consumo; y favorecer la accesibilidad a la red asistencial de estos usuarios mejorando su calidad de vida. Para lograr esto plantea como estrategia el fortalecimiento de los procesos para la prestación de servicios de reducción de riesgos y daños asociados al consumo de SPA, además una de sus líneas de acción priorizadas es la implementación del Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras drogas por vía inyectada. Esta estrategia incluirá la entrega de elementos para la invección de menor riesgo, monitoreo en salud y acceso a servicios de bajo umbral.

Gestión territorial de articulación de servicios.

Es importante que durante el fortalecimiento territorial el plan se adapte a las características regionales y sea más efectivo en la llegada directa a los beneficiarios.

En las instancias territoriales se trabajará en el desarrollo de un modelo de gestión integral, que integre los planes de oferta y demanda de manera que se avance en

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA & UNODC. (2013). Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de aquias v ieringas

17 UNODC, NACO, National AIDS Control Organisation (2012) Standard Operating Procedure. Needle Syringe Exchange Program For Injecting Drug Users.





una aproximación integral en el tema del consumo de SPA. Se debe además integrar acciones de investigación, evaluación, gestión política, administrativa y comunitaria.

En la misma línea, el Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína se fundamenta en una lógica participativa y de corresponsabilidad en la que se reconoce que el consumidor de sustancias psicoactivas como sujeto de derechos y deberes, responsables de su bienestar y de quienes le rodean, que además cuenta con las capacidades para transformar su realidad.

Por lo tanto, para la implementación de este tipo de intervenciones se debe realizar una reconocimiento de la realidad del territorio, sus necesidades y una preparación del mismo que permita un desarrollo adecuado y suficiente que incluya los diferentes actores del territorio, los usuarios de SPA, su ámbito comunitario, actores locales, proveedores de intervenciones y servicios, entre otros, para facilitar los desarrollos y gestionar su institucionalización y escalamiento.

Es importante señalar que las acciones que se desarrollan en la intervención integral de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas por vía inyectada se dirigen a usuarios con dependencia de opioides o que utilizan la vía parenteral de consumo, sus familias y entorno comunitario.

Este tipo de intervención, consiste en un conjunto de acciones focalizadas e involucran a líderes naturales, a los consumidores y a sus pares. Además requieren de la sensibilización de la comunidad mediante la educación sobre los beneficios que trae para la comunidad y los usuarios este tipo de estrategias,

Es fundamental articularse con los demás actores del territorio como autoridades locales, actores políticos, prestadores de servicios, equipos de la Atención Primaria, red de urgencias, farmacias, servicios comunitarios, centros o zonas de escucha. entre otros.

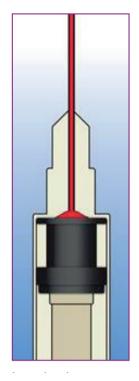
Requerimientos y suministros necesarios para el funcionamiento mensual.

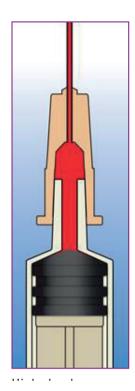
Durante el desarrollo de la intervención se requieren insumos para su funcionamiento diario, registro de actividades y elementos utilizados en la invección. Los administradores de estos dispositivos deben considerar la posibilidad del suministro los siguientes elementos:

Agujas y jeringas. Deben ser del tipo preferido por la población PID, se debe promover que utilicen jeringas de bajo espacio muerto; estas son jeringas diseñadas para reducir la cantidad de sangre que queda en la jeringa después de empujar completamente el embolo, usualmente son jeringas con aguja inseparable del cuerpo, y calibres de aguja de menor diámetro, frecuente en jeringas de 1 ml. con el fin de evitar lesiones de tejidos blandos y disminuir la probabilidad de viabilidad de partículas patógenas al interior de la jeringa.









Gráfica1. Tipos de jeringas. Se observa una jeringa de bajo espacio muerto (izquierda) en contraste con una de alto espacio muerto. (derecha) tomado de: WHO (2012).Guidance on Prevention of viral Hepatitis B and c among people inject drugs.

- Preservativos. Para reducir la probabilidad de transmisión del VIH y otras
- Algodón. la distribución de este elemento tiene un doble propósito, es utilizado impregnado de alcohol para la limpieza de la zona donde se realiza la invección y como filtro en la preparación de la droga que se van a invectar. ya que las personas habitualmente usan filtros de cigarrillo en la preparación de la droga.
- Agua esterilizada. Para preparar la solución inyectable de la droga, evita utilización de aqua que puede estar contaminada con elementos patógenos como bacterias hongos o virus y evita también conductas de riesgo como compartir agua para la preparación de la droga.
- Cucharas, cazoletas. Utilizadas para preparar y calentar la solución inyectable de droga.
- Torniquetes. De material elástico que evita lesión de venas y tejidos blandos.
- Paños individuales impregnados de alcohol. Para limpiar el sitio de venopunción.
- Curas. Para colocar sobre el sitio de la venopunción después de la inyección.
- Recipientes que no puedan perforarse o "guardianes". Para el manejo de material corto punzante contaminado 1819202122

¹⁸. UNODC, NACO, National AIDS Control Organisation (2012) Standard Operating Procedure. Needle Syringe Exchange Program For Injecting Drug Users.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA & UNODC. (2013). *Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio*

de agujas y jeringas ²⁰ National Institute for Health and Care Exellence. NICE. (2014) Needle and syringe programmes overview. Recuperado de http://pathways.nice.org.uk/pathways/needle-and-syringe- programmes...

Harm Reduction Coalition (2010). Guide to developing and managing Syringe access programs.

²² WHO (2012). *Guidance on Prevention of viral Hepatitis B and c among people inject drugs.* Recuperado de: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/





Cálculo de necesidades de insumos y tipos de jeringas.

Para el procedimiento de identificación insumos y jeringas requeridos, la recomendación es realizar evaluaciones para calcular el número previsto de usuarios al que se pretende llegar en forma regular, al menos una vez al mes; en este cálculo, las herramientas que se utilizan incluyen:

- Mapeo social: que da una visión general de aspectos claves como su área geográfica, los servicios de salud disponibles y puntos de acceso en el área del proyecto.
- Análisis de puntos calientes: permite el reconocimiento de puntos de acceso en función del número de usuarios de drogas por vía inyectada, su perfil como inyector y los tiempos en los que los PID los visitan.
- Mapeo de Contactos: facilita la identificación del nivel de acceso y contactos que tiene el equipo de trabajo así como el de los educadores pares.

En cuanto a los requerimientos de jeringas una forma sencilla y aproximada de realizar el cálculo de necesidades es:

1 inyección = 1 jeringa estéril.

Esto significa un conocimiento de la población PID de cada región donde se encuentra instalada esta intervención y las características propias. A manera de ejemplo, si la población son 100 personas y estas se inyectan 3 veces al día, las necesidades mensuales serian: 100 (personas) x 3 (invecciones al día) x 30 (días/mes) = 9000 (jeringas/mes).

El equipo de inyección disponible debe ser apropiado para el contexto local, teniendo en cuenta factores tales como el tipo y la preparación de sustancias que son comúnmente inyectadas, esta información es obtenida de los PID.

Es aconsejable disponer de varios tipos de jeringa con variaciones en la capacidad de volumen (2 ml, 5 ml, y 10 ml.) y en las características de la aguja, como el calibre y la longitud, que son utilizadas para distintos tipos de drogas. Se sugiere el uso de agujas de calibre 24 ", 26" o de menor calibre, teniendo en cuenta que con agujas de menor calibre también disminuye los volúmenes almacenados de partículas patógenas y causa menos lesiones en los tejidos, en cuanto a la longitud de la aguja esta también debe estar disponible en diferentes tamaños ya que la población puede tener prácticas de uso inyectado, subcutáneo, intravenoso o intramuscular.

No obstante lo anterior, se debe fomentar el uso de jeringas desechable, con aguja inseparable del cuerpo, de bajo espacio muerto ya que existe menos probabilidad de almacenamiento de partículas patógenas lo que reduce el contagio en reutilización de equipo. Para la gestión de compra de jeringas se recomienda tener una reserva del presupuesto considerable, 10% o más del total destinado para a la compra de jeringas, con el fin de poder realizar ajustes acorde al comportamiento de la población atendida.





La realización del cálculo de la cantidad de otros materiales que se entregaran, es similar a lo anteriormente expuesto y por lo general, por cada jeringa distribuida se debe incluir algodón con alcohol, agua estéril, una cuchara y un filtro. En cuanto a los materiales educativos se recomienda proporcionar a razón de uno por cada jeringa en los primeros meses de la intervención; y luego disminuir a más o menos 1 por cada 20 jeringas entregadas.

En cuanto al suministro de preservativos puede variar según la cultura, tipo de población y drogas utilizadas, pero se considera que se necesitarán alrededor de la mitad de condones que de agujas y jeringas distribuidas, sin embargo si la población cuenta con una gran número de trabajadores o trabajadora sexuales la cantidad de preservativos a distribuir, aumenta considerablemente e incluso superar al número de jeringas dispensadas.

Recurso humano.

El grupo humano que conforma el equipo que realiza la intervención con la población de personas que se invectan drogas se encarga de desarrollar las actividades que permitan alcanzar los objetivos de la intervención definidos en este documento, dentro de las acciones que se deben ejecutar están:

Acciones relacionadas con el desarrollo y ejecución de la intervención integral:

- Participar en el desarrollo y ejecución de la intervención integral de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas por vía invectada.
- Participar de las actividades de psicoeducación sobre salud mental, salud sexual y reproductiva y transmisión de virus hemáticos.
- Participar en la creación y desarrollo de las capacitaciones para el equipo interdisciplinario.
- Realizar notificación o reporte de eventos de vigilancia epidemiológica.
- Reevaluar y retroalimentar en equipo el desempeño de la intervención integral de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas por vía inyectada.
- Evaluar las necesidades de capacitación del equipo interdisciplinario y participar en la creación y desarrollo de las capacitaciones.

Acciones relacionadas con el funcionamiento y la atención de población PID.

- Realizar búsqueda activa de usuarios de drogas por vía invectada.
- Realizar evaluación y diagnóstico integral de los usuarios de la intervención.
- Realizar el proceso de asesoría pre test y post test en pruebas de tamizaje para VIH.
- Realizar referencia o interconsulta a los servicios de salud de la red de atención.
- Disposición de jeringas usadas conforme a la normatividad sanitaria vigente.
- Adaptar y propiciar un ambiente terapéutico encaminado a conseguir la máxima independencia, autonomía y seguridad del usuario.
- Realizar un proceso de entrevista motivacional permanente.





Desarrollar intervenciones destinadas a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la problemática relacionada al consumo de psicoactivos, del usuario y de su familia.

El equipo que desarrolla las actividades de intervención integral debe reunir personal profesional y actores de la comunidad; el tamaño del equipo se define acorde a la cantidad de usuarios del dispositivo, y la modalidad que se adopta para el desarrollo de las intervenciones.

Se debe disponer de un equipo básico de: médico(a), psicólogo(a), trabajador(a) social, enfermero(a) profesional, auxiliar de enfermería, líder comunitario, usuario de drogas, formado como educador par y otros perfiles que puedan aportar en el abordaje de la población atendida.

Equipo de profesionales: se conformará acorde a las necesidades del territorio, la disponibilidad de ellos se hará en función de la necesidad de la utilización de estos perfiles; en el caso del médico, su participación en la intervención puede oscilar desde fracciones diarias de atención, intervenciones en algunos días a la semana o cada 2 semanas. La participación de psicología, trabajo social y enfermería en la intervención puede oscilar desde tiempo completo o medio tiempo de la estrategia.

Los profesionales deben tener experiencia en APS, APV, Reanimación cerebro cardio pulmonar básico y experiencia o entrenamiento en atención a trastornos por consumo de SPA o Salud Mental

Educador par. Su disponibilidad en el desarrollo de la estrategia debe ser de tiempo completo; los educadores pares son líderes de la comunidad o pares de los usuarios de la intervención planteada; los requisitos para participar como educador par son:

- Ser mayor de edad.
- Ser usuario o ex usuario de drogas que muestre deseo de trabajar en beneficio de sus compañeros.
- Tener un buen conocimiento de la zona donde se encuentra y el contexto del consumo así como reconocimiento y aceptación de sus compañeros o demás
- Participar activamente en los procesos de formación planeados
- Tener capacitación en el suministro de material higiénico, así como en técnicas de invección de menos riesgo, sobredosis, su manejo inicial y otros temas relacionados con el uso de drogas, para intervención con pares.
- Participan del suministro secundario de jeringas.

Con los participantes de suministro secundario se debe realizar registro del material distribuido y el alcance de éste. Los criterios de exclusión o suspensión del suministro secundario de algún participante son:

- Uso inadecuado o venta de material entregado.
- No suministro de información del registro de suministro secundario.





Incumplimiento de los requisitos para ser educador par²³²⁴²⁵²⁶

Norma de inscripción de prestadores y habilitación de servicios de salud. Resolución 2003 de 2014

Norma de cumplimientos para los prestadores de salud que desarrollan esta estrategia vigente por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, se conformaría en la modalidad intramural ambulatoria si es un dispositivo fijo v extramural si es un dispositivo móvil.

Cabe resaltar que se debe cumplir con el adecuado almacenamiento del material corto punzante contaminado y garantizar la disposición final del mismo acorde al decreto 351 de 2014 "Por el cual se reglamenta la gestión integral de los residuos generados en la atención en salud y otras actividades", o las normas vigentes.

INTERVENCIÓN INTEGRAL DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS PARA USUARIOS DE DROGAS POR VÍA INYECTADA.

Este tipo de dispositivos se enmarcan en los servicios de atención de bajo umbral, lo que implica mínimas exigencias para el acceso o participación de las actividades de este, son dispositivos que presentan flexibilidad en los horarios de atención, funcionamiento con criterios mínimos de ingreso y normas de convivencia que configuren un entorno amigable, libre de estigma y permita el acercamiento a población de difícil acceso o que no es fácilmente atendida en los servicios de salud habituales.

Es importante aclarar que en esta intervención se incluye el suministro de preservativos, material informativo y material higiénico utilizado durante la invección de drogas como medida para prevenir o contener la epidemia de VIH, hepatitis y otras ITS de transmisión hemática o sexual, además sirve como medio para el acercamiento a la población oculta o que difícilmente acude a los servicios de salud, con el fin de motivar y generar cambios en el estilo de vida, consumos de menos riesgo o acceder a tratamiento entre otros.

Para la implementación y funcionamiento de este, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos, características, condiciones y recursos:

 Evaluar las particularidades propias de la región y la comunidad donde se instaurará el dispositivo, garantizar una amplia cobertura de la población PID, procurando un trato digno, respetuoso y técnico científico hacia estos y sus familias.

²³. UNODC, NACO, National AIDS Control Organisation (2012) Standard Operating Procedure. Needle Syringe Exchange

Program For Injecting Drug Users.

²⁴ Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA & UNODC. (2013). *Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio*

de agujas y jeringas
²⁵ National Institute for Health and Care Exellence. NICE. (2014) Needle and syringe programmes overview. Recuperado de http://pathways.nice.org.uk/pathways/needle-and-syringe- programmes...

Harm Reduction Coalition (2010). Guide to developing and managing Syringe access programs.





- Diseñar estrategias interdisciplinarias, flexibles, con horarios variados, de fácil accesibilidad, que cuenten con servicios complementarios requeridos, que permitan la cobertura a los problemas de salud asociados, el mejoramiento de la calidad de vida, la salud sexual y reproductiva y el bienestar de las personas usuarias.
- Contar con los recursos requeridos para una técnica aséptica en la inyección, adicionales a las jeringas estériles, relacionados con agua estéril, algodón, alcohol, cucharas, torniquetes, sustancias acidificantes, hipoclorito de sodio y otros desinfectantes.
- Garantizar la existencia de sitios de recolección de material contaminado y otros no relacionados con el uso o consumo de sustancias psicoactivas como preservativos, alimentos, ropa o material educativo. Todo ello manteniendo las normas de bioseguridad establecidas en la ley.
- Apoyar el acompañamiento a los PID mediante la realización de acciones de intervención con sus parejas sexuales, familias y actores sociales para llevar a cabo actividades educativas y lograr una atmosfera propicia en la comunidad.
- Fortalecer la gestión de las redes sociales de apoyo y la articulación intersectorial, de forma tal que se garantice una cobertura integral en la atención a las necesidades de la población PID.
- Establecer una serie de normas básicas de convivencia: como un comportamiento apropiado de los usuarios frente a los funcionarios y hacia los otros usuarios, evitar la compraventa de drogas en el entorno donde se desarrolla la intervención.
- Establecer las normas para la distribución del material utilizado en la inyección y otros elementos como preservativos: número máximo/mínimo.
- Verificar la recepción de material utilizado de tal modo que sea el propio usuario quien introduzca la jeringuilla usada dentro del contenedor preparado para ello.
- Promover el retorno de material utilizado en la inyección por parte de los usuarios y permitir flexibilidad para el suministro de este material.
- Educar al usuario en la importancia del control de transmisión de enfermedades infecciosas concomitantes con el consumo de drogas.

A continuación se mencionaran las modalidades en las cuales puede funcionar esta intervención. Todas las modalidades enunciadas implican necesariamente el desarrollo de estrategias de psicoeducación, desde las cuales se fortalece la capacidad de respuesta de la comunidad frente a la problemática de salud, calidad de vida, bienestar e inclusión social de los PID. La elección de la estrategia se realizará de acuerdo con las necesidades y características propias de la región donde se implemente este tipo de intervención, estas modalidades no son excluyentes y muchos de las mejores intervenciones implementan y combinan varios modelos.

Lugares fijos: espacios donde las personas que se inyectan drogas pueden acercarse a recoger nuevo material, desechar el usado, y utilizar otros servicios.

Servicios móviles: se ofrecen en una furgón, autobús o similares, generalmente tiene rutas y horarios definidos, deteniéndose en diversos sitios, identificados geográficamente, para la población PID, como lugares comunes de consumo.





Acercamiento o trabajo con mochila: el personal del equipo se desplaza por calles y otras zonas donde se encuentran los usuarios y se distribuye material estéril para recoger el material usado.

Suministro secundario de jeringas: esta estrategia se refiere a una serie de prácticas formales e informales a través de las cuales los participantes de esta intervención distribuyen jeringas estériles y otros materiales utilizados durante la inyección a sus compañeros o dentro de su red social²⁷²⁸²⁹³⁰.

Existen además otras formas de dispensación y suministro de jeringas que están ligadas a farmacias; esta estrategia brinda como ventaja mayores horarios de disponibilidad y de fácil presencia en las comunidades; sin embargo, presenta también algunos inconvenientes como el pobre interés de los propietarios en la participación de este tipo de actividades, y la mínima oferta de psicoeducación y otros servicios requeridos por los PID (ver anexo 15).

Manual de convivencia.

El manual de convivencia propuesto debe ser de fácil cumplimiento y estar orientado a permitir una adecuada interacción al interior del dispositivo, promoviendo la convivencia pacífica y un entorno amigable; se consideran 3 pilares fundamentales.

- Respeto por sí mismo y los demás. Esto incluye a los pares y el equipo humano del dispositivo, se considera el buen trato y la no agresión.
- Abstenerse de conductas delictivas alrededor del sitio donde se desarrolla la intervención.
- Abstenerse de consumo de drogas alrededor del sitio donde se desarrolla la intervención.

El incumplimiento de estas normas ocasiona intervenciones por parte del equipo orientadas a mejorar la convivencia. De ninguna manera se realizaran actividades punitivas y en casos extremos de agresiones o daños al dispositivo o al equipo humano se alejara al usuario del dispositivo durante máximo 2 días.

ATENCIÓN AL INGRESO:

Definida como la actividad que realiza por primera vez un profesional del equipo con la persona que se acerca al dispositivo solicitando suministro de material para la inyección.

²⁷Benyo, A. (2006). Promoting Secondary Exchange: opportunities to advance public health. Produced by The Harm Reduction Coalition, Syringe Access Expansion Project

²⁸Romero, M., Oviedo, E., Mach, J., & Markez, I. (s.f.). Programas de jeringas. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España. Adicciones (2005), VOL. 17, SUPL. 1

²⁹Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA & UNODC. (2013). Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas

³⁰UNODC, NACO, National AIDS Control Organisation (2012) Standard Operating Procedure. Needle Syringe Exchange Program For Injecting Drug Users





Se describen 7 actividades que se desarrollan en la intervención inicial, orientadas a exponer claramente la finalidad de este, las posibilidades de acceder a servicios de salud e información inicial básica que permita conocer el fenómeno de la inyección en la población.

1. verificación de criterios de ingreso.

Criterios de ingreso:

- Usuario activo de drogas por vía inyectada: La persona declara uso parenteral durante los últimos 30 días.
- Verificación a la inspección física: Inspección de brazos, cuello, piernas; esta verificación debe ser sutil.

Si bien los criterios de ingreso son de fácil cumplimiento y verificación, un aspecto clave es lograr obtener información relevante, de manera amable empática y no amenazadora. Algunas preguntas iniciales son:

- ¿Qué droga usa?
- ¿Cómo la usa? (oral, inhalada, inyectada, subcutánea, intramuscular o intravenosa)
- ¿Si se está inyectando, desde hace cuánto tiempo lo hace?

Criterios de exclusión:

- Que la persona no sea PID: la persona que no es usuaria de drogas por vía inyectada no es candidata para recibir material utilizado en la inyección.
- Que no acepte la participación: definido como la no aceptación de normas mínimas de convivencia pacífica o el no suministro del consentimiento informado.

Cuando una persona no es candidata para acceder a las actividades de este dispositivo, o no acepta participar en esta, se realiza exploración de los motivos que movilizaron a la persona a acercarse al dispositivo junto con una intervención puntual frente a las motivaciones de la persona.

- 2. Firma de consentimiento informado: acorde al artículo 4 de la ley 1566 de 2012 y que promueva y aplique el principio de autonomía en los usuarios, este documento debe incluir información sobre el tipo de tratamiento ofrecido, incluyendo los riesgos y beneficios de este tipo de atención, las alternativas de otros tratamientos, la eficacia del tratamiento ofrecido, derechos y deberes del paciente y toda aquella información relevante para la persona, su familia o red de apoyo social o institucional. Una vez que se confirma los criterios de participación, todo usuario firma un consentimiento informado como aceptación de la participación de las intervenciones propuestas.
- 3. Asignación de código único de identificación: Durante el proceso de suministro de material higiénico para la inyección e intervenciones básicas al interior del funcionamiento habitual de la intervención integral se debe

29





procurar el anonimato, esto además favorece la adherencia a la intervención. Los casos excepcionales donde se requiere información precisa desde el inicio son las intervenciones con menores de 18 años.

Se propone un código de 6 caracteres.

- Las primeras 2 letras del primer apellido.
- Día y mes de cumpleaños en número.

A manera de ejemplo, para una persona el cual su primer apellido es Martínez y su fecha de cumpleaños es el 26 de junio, su código único de identificación sería: ma2606.

Estos códigos deben ser fácilmente recordados por el participante de la intervención, y pueden realizarse variaciones o adaptaciones en el sistema de codificación acorde a los contextos locales³¹.

4. Explicación de las intervenciones, procesos y manual de convivencia:

Estará disponible para los participantes del dispositivo de intervención integral actividades como:

- curación de heridas: En lesiones no complicadas, sin signos de infección sistémica ni compromiso neurovascular. La realiza personal de enfermería.
- Pruebas de tamizaje para VIH: Mediante pruebas rápidas, según los lineamientos propuestos desde el Ministerio de Salud y Protección Social en la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos del año 2014 que incluye consentimiento informado y asesoría pre test y post test. La realiza personal de salud capacitado en APV acorde a la resolución 2338 de 2013 o las normas que la sustituyan.
- Capacitaciones por parte del equipo del dispositivo, abarca temas en salud, sobredosis, prácticas de menos riesgo de uso de spa, derechos y acceso a servicios de salud, lideradas por parte de los profesionales del equipo.
- Referencias para acceder a servicios de salud. La realiza el médico del equipo para los usuarios que requieran esta intervención deben aportar la información necesaria para continuar la atención al interior del sistema de atención en salud.
- Orientaciones por trabajador social: cuando el usuario requiera acompañamiento para conocer derechos, deberes en salud y rutas para acceder a servicios y otros.
- Presentación del manual de convivencia y sanciones en caso de incumplimiento.

_

³¹WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatmentand care for injecting drug users – 2012 revision.





5. Presentación del equipo humano:

Se dan a conocer a las personas que conforman el grupo, explicando sus roles al interior del dispositivo y promoviendo un entorno amigable, de confianza y transparencia con los usuarios.

Al considerarse un equipo mixto que incluye pares se indica en este momento que es posible hacer parte del equipo y configurarse como gestor de salud en su comunidad.

6. Explicación y entrega del primer kit:

En lo posible garantizar siempre material nuevo e higiénico para cada inyección, este contiene:

- jeringas; se recomienda de bajo espacio muerto, y aguja ultra fina, para evitar daños en las venas y disminuir la acumulación de partículas patógenas como VIH y virus de hepatitis.
- Agua estéril; de 5 ml, se utiliza para la preparación de la dosis que se va a inyectar.
- Filtro de algodón: utilizado en la absorción de la droga; evita que se tape la jeringa.
- Paño individual humedecido con alcohol: utilizado para limpiar la zona de la inyección.
- Cura: Utilizada para cubrir la herida de la inyección.
- Torniquete: utilizado para facilitar la visualización de las venas, se debe liberar posterior de canalizar la vena.
- Cazoleta: Debe ser metálica y que permita su calentamiento sin generar trazas de metal; es utilizada para preparar la droga que se va a inyectar, debe calentarse hasta la ebullición (hervir) y debe dejarse enfriar antes de inyectarla.
- Preservativo o condón se debe garantizar una mayor cantidad en trabajadoras y trabajadores sexuales.
- Material educativo de reducción da daños: debe ser basado en la evidencia y entregado periódicamente a los usuarios, temas de inyección de menos riesgo, sobredosis, manejo inicial de esta, autocuidado, higiene, salud sexual entre otros temas.

Luego de presentar cada componente del kit, y después de haber aclarado las dudas del usuario, se conforma el kit de reducción de daños acorde a las necesidades reportadas por el usuario, para lo cual una forma sencilla de conocer cuántas jeringas se entrega a un usuario es preguntar cuántas veces se inyecta en el día, garantizando al menos 1 jeringa nueva para cada inyección.

7. Cierre:

Una vez se ejecuten estas actividades se procede a dar orientación sobre horarios de funcionamiento de la intervención , lugares de encuentros o interacción, se aclaran inquietudes, se agradece la participación y se despide del usuario invitándolo a que regrese al dispositivo cuando nuevamente sea necesario.





Casos de consideración especial.

Menores de 18 años: es una población que debe ser atendida con un protocolo diferencial que incluye consejería, y promoción de utilización activa de los servicios de salud, articulado con reporte obligatorio a Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y recopilando información precisa del caso atendido.

También es importante considerar la capacidad del menor para dar el consentimiento informado en casos en que no se identifique red de apoyo y soporte familiar o la vinculación al sistema de Bienestar Familiar, se deben valorar los riesgos que enfrentan, los beneficios de la intervención y la posibilidad que estos se inyecten aun si no se les distribuye material para la inyección³².

Esto, acogiéndose a las experiencias internacionales como la de Australia y Reino Unido, donde no existe una edad mínima de ingreso, entendiendo que el uso de drogas por vía parenteral es un riesgo para la salud³³.

Gestantes: al igual que en el caso anterior, son consideradas parte de una población prioritaria y protegida en el país; además, el uso de SPA durante la gestación está relacionado con efectos negativos en la diada materno fetal, mayor riesgo de muerte, violencia o abuso, así mismo el consumo de SPA está asociado con alteraciones neurológicas y del comportamiento en el recién nacido, dichas alteraciones que se consideran prevenibles.

Patología dual o comorbilidad: La coexistencia de un trastorno relacionado con el uso de sustancias psicoactivas y trastorno mental es frecuente, está asociada con pobres resultados en los tratamientos, mayor severidad y complicación de otras patologías y alta frecuencia del uso de servicios³⁴.

En todos los casos mencionados se requiere de manejos con enfoque diferencial y equipo profesional de la intervención capacitado para identificación rápida, gestión de casos orientados a un manejo integral con detección temprana y oportuna de patologías o complicaciones. Todas las atenciones de los casos de consideración especial se realizará por parte de un profesional.

ATENCIÓN CONTINUADA

Definida como las actividades que se realizan en las siguientes ocasiones al ingreso, este puede ser desarrollada por personal par, excepto en los casos especiales; el cual siempre será atendido por un profesional de la salud.

³²National Institute for Health and Care Exellence. NICE. (2014) Needle and syringe programmes overview. Recuperado de http://pathways.nice.org.uk/pathways/needle-and-syringe- programmes.

³³Dolan, K., Dillon, P. & Silins, E. (2005). *Needle and syringe programs: Your questions answered*. Canberra, Australian Government Department of Health and Ageing.

Government Department of Health and Ageing.

34 State of Queensland (Queensland Health) (2010). Dual diagnosis. clinical guidelines. Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems.





1. Saludo y recepción de solicitudes:

Este primer paso debe ser cordial y genuino. Permite reconocer a la persona como sujeto de derecho y a su vez abre la puerta a una posible intervención breve. Dentro de las inquietudes o solicitudes se incluye una amplia gama de posibilidades como el simple suministro de material para la inyección, aclaración sobre técnica de invección de menos riesgos, solicitud de intervenciones o remisiones para acceder a servicios de salud entre otros.

Desde este primer momento y a lo largo de la atención se puede configurar el espacio para desarrollar una intervención breve o entrevista motivacional.

2. Recepción de material utilizado.

El usuario del dispositivo es quien deposita el material utilizado en el quardián dispuesto para este material bajo supervisión del funcionario del dispositivo, quien a su vez llena el registro de recepción de material usado como jeringas, torniquetes, cazoletas, algodón, paños, etc.

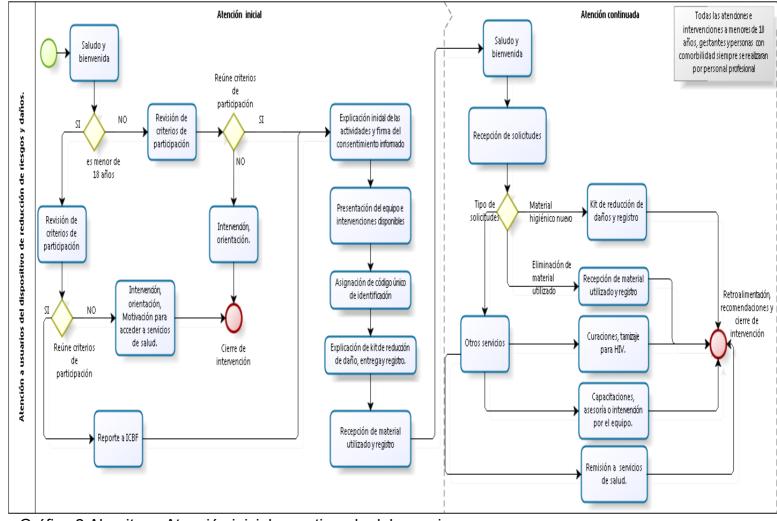
3. Registro y entrega de material nuevo para la inyección.

Este material es conformado acorde a las necesidades del usuario como el número de veces que se invecta en día v cuando planea o tiene la posibilidad de acercarse nuevamente. A manera de ejemplo; si un usuario se invecta 4 veces al día, esa es la cantidad de jeringas que se debe garantizar; y si no puede regresar al día siguiente; se hará entrega de 8 jeringas. Es en este momento cuando se registra por parte del funcionario del equipo del dispositivo tanto el material recibido como el entregado.

4. Cierre.

Una vez se ejecuten estas actividades se procede a dar orientación sobre horarios de funcionamiento, lugares de encuentros o interacción de las intervenciones, se aclaran inquietudes, se agradece la participación y se despide del usuario invitándolo a que regrese cuando sea nuevamente necesario.

TODOS POR UN
NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACION



Gráfica 2 Algoritmo. Atención inicial y continuada del usuario.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co





Valoraciones de la atención.

Durante la atención continuada y una vez se logre adecuada confianza con el usuario se procede a realizar una evaluación más profunda e interdisciplinaria que permita identificar factores de riesgo, vulnerabilidad, adema definir un plan de intervención que corresponda a las necesidades de los usuarios.

La obtención de esta información puede realizarse en varias sesiones o encuentros con el usuario durante las intervenciones, acorde al fortalecimiento de la empatía y confianza con el personal profesional. Se recomienda que las evaluaciones sean periódicas y en tiempos no mayores a tres meses.

Es importante aclarar que es posible que algunos usuarios del dispositivo no soliciten o no accedan a evaluaciones más profundas u otras intervenciones; estas actividades se consideran adicionales y no se comportarán como condicionantes para acceder al material utilizado en la invección.

Valoración médica: para realización de diagnóstico de abuso o dependencia de Sustancias Psicoactivas, comorbilidad médica y sospecha de diagnóstico dual de psiquiatría, para motivar y lograr derivación para confirmación y tratamiento.

En la elaboración inicial de la historia clínica, el médico debe documentar la dependencia de opioides de acuerdo con los criterios de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud, décima versión (CIE 10); el patrón de uso de todas las drogas principales incluyendo tabaco y alcohol y la historia de tratamientos previos con su respuesta. Las conductas de alto riesgo, como el compartir jeringas, deben ser indagadas y documentadas; también se debe evaluar los antecedentes psiquiátricos, el estado mental actual, con especial atención a la ideación suicida y la situación social del usuario incluyendo, de ser pertinente, las condiciones de los hijos en relación con la custodia y la historia de consumo en la pareja. Se debe documentar posible historia de dolor crónico y el tipo de manejo farmacológico establecido.

El médico que evalúe inicialmente, debe utilizar un formato de historia en la cual se identifique:

- Historia de consumo de sustancias psicoactivas, patrón de consumo, cantidad y frecuencia del uso, efectos inmediatos.
- La vía de consumo de la sustancia, máximo periodo de abstinencia y último consumo.
- El nivel de neuroadaptación con cada sustancia: tolerancia, dosis, experimentación de síntomas de abstinencia.
- Conductas sexuales de riesgo.





- Problemas inducidos por la droga en las áreas social y de la salud.
- Historia y respuesta previa a los tratamientos y otras intervenciones.

Además se debe indagar:

- ¿Cómo ve el usuario su consumo?
- Los factores que han contribuido y continúan haciéndolo al uso de las sustancias.
- Los objetivos del usuario a corto, mediano y largo plazo.
- ¿Qué ha traído al usuario en esta ocasión, cuál es su motivación actual?
- · Los riesgos que habitualmente se enfrenta en su consumo
- El contexto del consumo de SPA.
- La historia igualmente debe preguntar por antecedentes médicos patológicos del individuo y de la familia. Se debe indagar por antecedentes personales de diabetes, problemas renales, hepatitis, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, sanguínea y otras infecciosas, embarazo y participación de cuidado prenatal si está gestando y enfermedades cardiovasculares crónicas.

Se debe llevar a cabo un examen mental y preguntas sobre estados psicopatológicos así como recoger información sobre antecedentes familiares de enfermedad mental, lo que permitirá la sospecha del diagnóstico dual.

Para el examen físico, se hace una valoración médica habitual, se deben evaluar signos vitales, pupilas, peristaltismo, condición cardiovascular y respiratoria, prestando especial atención a signos de abstinencia o intoxicación, además de la presencia de desnutrición, ictericia, hepato-esplenomegalia, marcas de agujas y abscesos. Las marcas de inyección deben corresponder con la historia de consumo reciente o antiguo.

Valoración de situación psicológica: bajo los principios de la entrevista motivacional, considerando aspectos relacionados con el ciclo vital del usuario, las condiciones cognitivas, emocionales, los patrones de conductas y las motivaciones para la participación.

Valoración de Red Familiar y Social de Apoyo por Trabajo Social: Proceso a través del cual se establecen las características de la dinámica familiar, la relación con otras redes sociales de apoyo, haciendo énfasis en los recursos vinculares existentes para la participación y mantenimiento con adherencia efectiva.

Al interior de estos procesos de valoración interdisciplinaria inicial se activan los acompañamientos psicosociales mediante la implementación de la Entrevista Motivacional e Intervención Breve (ver anexo 2).





El registro de la información solicitada en el marco de la historia clínica, deberá seguir las indicaciones generales de manejo y almacenamiento de información, que para tal fin están dispuestas en la Resolución 1995 de 1999.

Gestión de solicitudes.

La gestión de las solicitudes se enmarcan dentro de las actividades de referencia que permitan acceder a los usuarios a una intervención integral orientadas a recuperar o mejorar su estado de salud, su vinculación con entornos formales de atención, estas actividades se abordaran mediante la inducción de la demanda, sin embargo el acudir a otros servicios de salud no es condicionante para participar en el acceso a material higiénico para la inyección.

Verificación, apoyo y gestión de derechos:

Definido como el procedimiento por medio del cual se identifica la entidad responsable del pago de los servicios de salud que requiere el usuario así como el derecho del mismo a ser cubierto por dicha entidad.

Esta actividad es liderada por profesional de trabajo social; adicionalmente, en caso de que el usuario requiera acceder a otros servicios de salud, o presente inquietudes en otros temas como exigibilidad de derechos o presenta situaciones que se comportan como barreras de acceso, se realizara orientación para lograr normalizar su situación, acceder e estos servicios y garantizar el derecho a la salud.

Referencia a otros servicios de salud:

Esta actividad es liderada por profesional de medicina; quien ante la solicitud del usuario de acceder a tratamientos o servicios en salud, el profesional realiza historia clínica del usuario, análisis de las necesidades de la persona y emite la remisión para acceder a servicios de salud o a las rutas de atención en salud definidas por el Ministerio de Salud, adicionalmente realiza seguimiento de estos usuarios.

Prueba de tamizaje para VIH:

El equipo profesional que realiza la intervención estará capacitado en asesorías y pruebas voluntarias (APV) para VIH, mediante la utilización de pruebas rápidas según los lineamientos propuestos desde el Ministerio de Salud y Protección Social en la Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos del año 2014.





Se desarrolla la asesoría y prueba voluntaria: un proceso de carácter preventivo y educativo llevado a cabo por una persona capacitada en esta función y tiene lugar previa y posteriormente a la realización de la prueba para la detección del VIH. Su objetivo principal es brindar un espacio para la prevención del VIH y otras ITS.

La asesoría está dirigida a promover la toma de decisiones apropiadas por parte de las personas frente al cuidado de su salud y su bienestar. Esto se obtiene a través del suministro de información específica que proporcione a la persona los conocimientos suficientes, claros y oportunos, así como la posibilidad de contar con un lugar adecuado que le permita clarificar pensamientos, emociones y valorar los pros y contras que esto pueda ocasionar.

La asesoría y prueba voluntaria se realiza mediante el diálogo en condiciones de privacidad, confidencialidad y desde el reconocimiento y respeto de sus derechos como usuario y como ciudadano.

Capacitaciones:

Durante el proceso de intervenciones, los participantes de las intervenciones pueden acceder a capacitaciones en diversos temas orientados a recuperar la autonomía y disminuir los riesgos para la salud, estos pueden ser ajustados a las necesidades de la comunidad donde se encuentra inserto el dispositivo; para realizar las acciones de psicoeducación es importante considerar

- a) El espacio físico donde se realizarán los encuentros.
- b) Los recursos materiales y didácticos.
- c) Lenguaje no formal y ajustado a la población.
- d) el desarrollo de encuentros para el entrenamiento con características de corta duración, periódicas y frecuentes.
 - e) La difusión de la información pertinente a la estrategia.
 - g) la definición de reglas de participación en los entrenamientos.

Los talleres incluirán recomendaciones frente al material empleado para la inyección, las drogas usadas y a la técnica higiénica de la inyección, con conocimientos básicos de anatomía, además una descripción detallada de las vías de administración de drogas, los componentes del equipo de inyección (jeringa, aguja, diluyente, recipientes





para realizar la mezcla, acidificantes, filtros, torniquetes), así como el lugar y el contexto en el cual se realiza este consumo.

Respecto al entrenamiento en sobredosis los talleres tienen como objetivo que las personas conozcan que es una sobredosis, como identificarla y cómo actuar si llegara a ocurrir, además de lo que se puede y debe hacer para prevenirlas. Se proponen los siguientes temas básicos:

Tema propuesto	Profesional a cargo.
Lavado de manos	Auxiliar de enfermería.
Riesgo de uso de drogas inyectables.	Médico, Jefe de enfermeria.
Técnica adecuada de inyección.	Jefe de enfermería, médico.
Infecciones asociadas a uso de drogas inyectables.	Médico, Jefe de enfermería.
Intoxicación y sobredosis.	Médico, jefe de enfermería. Psicología, trabajo social.
Conductas de riesgo. Lavado de jeringas.	Medico, jefe de enfermería. Psicología, trabajo social.
ITS y planificación.	Jefe de enfermería.
Salud mental y trastornos asociados	psicología
Resiliencia	Psicología.
Intervenciones familiares	Psicología y trabajo social.
Rutas de acceso a servicios de salud	Trabajo social.

Tabla 1. temas propuestos para capacitación de usuarios.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

Una de las metas a alcanzar es el suministro de material estéril para cada inyección, sin embargo esta meta es difícil de lograr aun en los mejores sistemas de salud.

Es importante la sistematización cuantitativa y cualitativa de los avances y resultados, lo cual garantizará el registro y existencia de las evidencias técnico científicas, permitiendo una evaluación constante, que avale la continuidad de la intervención. Además, este proceso aportará conocimiento trasferible a otras experiencias en distintos territorios. El seguimiento del funcionamiento se realiza habitualmente con intervalos mensual, trimestral, semestral o anual.

Para la ejecución de esta intervención y otras que incluyan el suministro de material higiénico para la inyección se considera vital disponer con indicadores que se realicen de manera mensual, con información obtenida del diario funcionamiento del proyecto; además otros indicadores obtenidos con información obtenida de la aplicación de una





encuesta de forma trimestral, los cuales se describen a continuación y se amplia la información en los anexos 8,9 y 10 3536:

- Cobertura de población PID con intervención integral.
- Intensidad de uso de la intervención.
- Porcentaje de retorno de jeringas.
- Número de otros elementos suministrados en el mes. (jeringas, agua estéril, algodón, torniquetes, cazoleta, preservativo, paño húmedo con alcohol, cura, jeringas, piezas informativas).
- Porcentaie de canalización a servicios de atención a trastornos por consumo de SPA en población PID.
- Porcentaje de canalización a otros servicios.
- Número de usuarios nuevos en participando en la intervención en el último mes.
- Número de intervenciones educativas en prevención de HIV, hepatitis sobredosis, técnicas de inyección, asesoría en salud sexual y reproductivas, exigibilidad de derechos. (agrupados por: actores comunitarios, usuarios)
- Número de sensibilización a actores institucionales, comunitarios.
- Número de participantes total en las capacitaciones.
- Número de asesorías APV realizadas en el mes.
- Número de pruebas de tamizaje para HIV realizadas en el mes.
- Número de jeringas recolectadas en calle.
- Medición de otras actividades que se desarrollen de manera particular.

Además de estos indicadores obtenidos de los registros diarios de los usuarios, se realizará una encuesta semestral referidas a los cambios de las conductas de riesgo las cuales. (anexo 11)

³⁵Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee. 2006.

³⁶NYC. Department of Health and Mental Hygiene .Recommended best practices for effective syringe exchange programs in the united states .Results of a consensus meeting. 2009.





BIBLIOGRAFÍA

- Albertin, P. (2000). La perspectiva de los usuarios de un programa de mantenimiento con metadona: elementos evaluativos. Intervención Psicosocial, 9 (2), 217-231.
- Alcaldía de Bogotá, Dirección de Salud Pública (2007). Hacia un Modelo de Inclusión Social para personas consumidoras de sustancias psicoactivas. Bogotá.
- Alcaldía de Bogotá, D.C. (2011). Política pública de prevención y atención del consumo y la Prevención de la Vinculación con la oferta de sustancias psicoactivas.
 Recuperada de: http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45195
- Alterman, A. et al (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men, Drug and Alcohol Dependence, 40, 227
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Appel P, Joseph H & Richman B (2000). Causes and rates of death among methadone maintenance patients before and after the onset of the HIV/AIDS epidemic. Mt Sinai Journal of Medicine.67(5-6):444-451.
- Arroyo, A., Marrón, T., Coronas, D., Leal, M., Sole, C., &Llliaga, A. (2000).
 Programa de mantenimiento con metadona (PMM) en prisión: cambios sociales y sanitarios. Adicciones 12 (2), 187-194.
- Asamblea Nacional Constituyente (1991). Constitución Política de Colombia.
- Becoña, E (2002). Bases Científicas de la Prevención de las Drogodependencias. Universidad de Santiago de Compostela. España.
- Becoña, E., Cortés, M, Pedrero, E., Fernández, J., Casete, L., Bermejo, M., Secades, R., Gradolì, V.(2008). Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones. Universidad de Santiago de Compostela. España.
- Benyo, A. (2006). Promoting Secondary Exchange: opportunities to advance public health. Produced by The Harm Reduction Coalition, Syringe Access Expansion Project
- Berbesi D, Segura A, Montoya L, Mateu-Gelabert P. Consumo de heroína inyectada en Colombia. Rev. Salud mental 2013; 36:27-31 Vol 36. 1.
- Berroca, C., Ortíz-Tallo, M., Fierro, A., & Jiménez, J. (2001). Variables clínicas y de personalidad en adictos a la heroína. Anuario de Psicología, 32 (1), 67-87.
- Bravo, María J.(2004). Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas: manual para profesionales de la salud. Agencia Española de Cooperación Internacional Ministerio de Sanidad y Consumo de España Organización Panamericana de la Salud.





- Burke, A., & Miczek, K. (2014). Stress in adolescence and drugs of abuse in rodent models: role of dopamine, CRF and HPA axis. Psychopharmacology, 231, 1557-1580.
- Castaño, G:, & Calderon, G. (2010). Comorbilidad asociada en un grupo de consumidores de heroína de Medellín. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39, 93-111.
- CENSIDA (2008). Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Inyectadas. México: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA
- Cepeda, Al., Kaplan, C., Neaigus, A., Cano, M., VIllareal, Y. & Valdez, A. (2012).
 Injecting transition risk and depression among Mexican American non-injecting heroin users. Drugs and Alcohol Dependence.125, 12-17.
- Cheung, C., & Ngai, S.(2013). Reducing youth's drug abuse through training social workers for cognitive—behavioral integrated treatment. Children & Young Review, 35, 302-311.
- Chitwood, D., Sánchez, J., Comerford, M., & McCoy, C. (2001). Primary preventive health care among injection drug users, other sustained drug users, and non-users. Subst Use Misuse. 36(6-7):807-824.
- CICAD (2013). El problema de drogas en las Américas: Estudios. Washington: Organización de los Estados Americanos OEA.
- Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10
- Clemmey, P., Payne, L., & Fishman, M. (2004). Clinical characteristics and treatment outcomes of adolescent heroin users. Journal of Psychoactive Drugs, 36 (1), 85-94.
- Coleman, J. (2008). Salud y Bienestar emocional (pág. 51 74). En Adolescencia y Salud. México. El Manual Moderno.
- Congreso de Colombia (1986). Ley 30. Recuperada de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2774
- Congreso de Colombia (2007) Ley 1122. Recuperada de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600
- Congreso de Colombia (2009). Acto Legislativo 2 "Por el cual se reformó el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia. Recuperado de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38289
- Congreso de Colombia (2009). Ley 715. Recuperada de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4452
- Congreso de Colombia (2011) Ley 1438. Recuperada de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355
- Congreso de Colombia (2012). Ley 1566. Recuperada de org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley 1566.pdf
- Congreso de la República de Colombia (2013). Ley 1616 "por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones" Recuperado de:





http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf

- Conway, F., Magai, C., Springer, C. & Jones, S. (2008). Optimism and pessimism as predictors of adjustment. Journal of Research in Personality, 42(5), 1352-1357.
- Corporación Nuevos Rumbos (2011). Contexto de vulnerabilidad al VIH/SIDA en los grupos de consumidores de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia. Bogotá: Corporación Nuevos Rumbos
- Corte Constitucional de Colombia (1994). Sentencia C-221. "Despenalización del Consumo de la Dosis Personal". Recuperada de: http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1994/c-221-94.htm
- Cuadra, L., Jaffe, A., Thomas, R., &Dilillo, D. (2014). Child maltreatment and adult criminal behavior: does criminal thinking explain the association? Child Abuse & Neglect, in press.
- Dos Santos, M., Rataemane, S., Fourie, D., & Trathen, B. (2010) An approach to heroin use disorder intervention within the South African context: A content analysis study. En Dos Santos et al Sustance Abuse Treatment, Prevention and Policy.
 5-13. Recuperado de http://download.springer.com.ezproxy.unal.edu.co/static/pdf/876/art%253A10.1186%252F1747-597X-5-13.pdf?auth66=1399242600 1e8b11e16296b6a5f83d7f191ff0abe3&ext=.pdf
- E.S.E. Hospital Carisma (2011).Guía de la práctica clínica de asistencia psicosocial para la dependencia a la Heroína y otros Opiaceos. Medellín: E.S.E. Carisma.
- Emmanuel, F., Akhtar, S., &Rahbar M. (2003). Factors associated with Heroin addiction among male adults in Lahore, Pakistan. Journal of Psychoactive Drugs, 35 (2), 219-226.
- Fernández, J., y Pereiro, C. (2007). Guía para el tratamiento de la dependencia a opiáceos. Palma de Mallorca: Socidrogalcohol.
- Ferrer V.; Leiro, C.; García, LS.; Pérez, M.; Alonso, A, et al (2012). Evaluación del Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense): diez años de experiencia. Servicios Médicos. Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense). Rev Esp Sanid Penit; 14: 3-11
- Fishbein, D., Krupitsky, E., Flannery, B., Lanvevin, D., Bobashev, G., Verbitskaya, E., et al (2007). Neurocognitive characterizations of Russian heroin addicts without a significant history of other drug use. Drug and Alcohol Dependence, 90, 25-387-
- Floyd, L., Hedden, S., Lawson, A., Salama, C., Moleko, A., & Latimer, W. (2010).
 The association between poli-sustance use, coping, and sex trade among black south African substance users. Sustance: Use and Misuse, 45, 1971-1978.





- Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z., & Campo-Arias, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. Revista Colombiana de Psiquiatría, 35 (1)
- Frana, J., Belda, L. (2007). Asistencia en conductas adictivas en atención primaria. Enfermería integral. Junio, 30 32.
- Fundación Mexicana Para la Salud. (2013). Guía del Modelo de Mitigación de Daños. México D. F.; Recuperado de http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Guias/mitigaciondanos.pdf
- Fundación Procrear (2009). Proyecto SAVIA, salud y vida en las Américas. Eje Mitigación Construcción de Política Publica desde un esfuerzo conjunto entre la sociedad civil el estado y la cooperación Internacional 2009- 2010.
- Gómez-Acosta, C. (2012). Factores psicosociales protectores y ausencia de acontecimientos estresantes asociados al consumo responsable de alcohol y al comportamiento no violento en adolescentes de la localidad de Kennedy (Tesis de Maestría). Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
- González, G.,& Romero, M. (2010). Alternativas farmacológicas para el tratamiento de la dependencia a la heroína: un nuevo reto en Colombia. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39, Suplemento.
- UNODC, NACO, National AIDS Control Organisation (2012) Standard Operating Procedure. Needle Syringe Exchange Program For Injecting Drug Users
- Gowan, T., Whetstone, S., & Andic, T. (2012). Social Science & Medicine, 74, 1251-1260.
- Hacker MA, Malta M, Enríquez M, & Bastos F (2005) Human immunodeficiency virus, AIDS, and drug consumptions in South America and the Caribbean: epidemiological evidence and initiatives to curb the epidemic. Revista Panamericana de Salud Pública, 18 (4/5), 303-313)
- Hides, L., Elkins, K., Catania, L. S., Mathias, S., Kay-Lambkin, F., & Lubman, D. I. (2007). Feasibility and outcomes of an innovation cognitive—behavioral skill training programme for co-occurring disorders in the youth alcohol and other drug(AOD) sector. Drug and Alcohol Review 26, 517-523.
- Ho-Yee, N., &Shek, D. (2001). Religion and Therapy: Religious convertion and the mental health of cronic heroin addicted persons. Journal of Religion and Health, 40 (4), 399-410.
- Hodes, T., & Hedrigh, D. (2010). Harm reduction, evidence impacts and challengers. Luxemburgo: EMCDDA
- Instituto Nacional de Abuso de Drogas NIDA (2005). Series de Reporte de Investigación. Heroína, Abuso y Adicción. Recuperado de: http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-heroina-abuso-y-addicion/que-es-la-heroina





- Iruin, A., Aizpurua, I., Ruiz, J., Zapiraín, E.,&Aizpuru, A. (2001).Revisión de la evidencia científica sobre las alternativas a la metadona en el tratamiento psicofarmacológico de la dependencia a opiáceos. Revista Española de Salud Pública, 75 (3), 713-720.
- Isaza C, Suarez P, Henao J, González M. (2010). Características demográficas y de consumo en usuarios adictos a heroína o derivados de la coca. Investigaciones Andina; 12:24-34.
- Johnson, R., Chutuape, M., Strain, E., Walsh, S., Stitzer, M. & Bigelow, G. (2000). A comparison of levomethadyl acetate, buprenorphine, and methadone for opioid dependence. New England Journal of Medicine. 343(18):1290-1297.
- Jones H., Johnson R., Jasinski D., Milio L. (2005).Randomized controlled study transitioning opioid-depen- dent pregnant women from short- acting morphine to buprenorphine or methadone. Drug Alcohol Depend.78(1):33-8. 16.
- Joseph, H., Stancliff, S., & Langrod, J. (2002). Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TMM): Revisión histórica y problemas clínicos. Revista de Toxicomanías, 30, 8-29.
- Kintz P (2002). A new series of 13 buprenorphine-related deaths. Clinical Biochemistry. 35(7):513-516
- Laguarta, A.; Monasterio, C.; Monegal, A.(SF). Guía para la puesta en marcha de programas. De intercambio de jeringas. Dirección técnica. Subcomisión de prevención. Plan Nacional sobre el sida. Gobierno de España
- Leri, F., Bruneau, J., & Stewart, J. (2003). Understanding polydrug use: review of heroin and cocaine co-use. Adicction, 98, 7-22.
- Lingford-Hughes, A. R., Welch, S., Peters, L. y Nutt, D. J. (2012). Evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. Journal of Psychopharmacology
- Lobmann R., &Verthein, U. (2009). Explaining the Effectiveness of Heroinassisted Treatment on Crime Reductions. Law Human Behavior, 33, 83-95.
- Mahony L, Murphy J, (1999). Neonatal drug exposure: Assessing a specific population and services provided by visiting nurse. Pediatric Nursing. Jan/Feb. Vol 25.1.27 -34,108.
- Marhe, R., Waters, A., van de Wetering, B., &Franken, I. (2013). Implicit and Explicit drug-related cognitions during desintoxication treatment area associates with drug relapse: an ecological momentary assessment study. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81 (1), 1-12
- Mattick, R. y W. Hall, (1996). Are detoxification programmes effective? Lancet, 347, págs. 97 a 100.
- Mayu of New England (2013). Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras Drogas por vía inyectada. Documento para revisión y discusión (versión 2). No publicado.





- Mejía, I. & Pérez, A. (2005). La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente. Adicciones, 17 (3), 251-260.
- Michels, I., Stover, H., & Gerlach, R. (2007). Substitution treatment for opioid addicts in Germany. Harm Reduction Journal, 4 (5), 1-13
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1999). La entrevista motivacional. Preparar para el cambio en conductas adictivas. Barcelona: Paidós
- Mills, K., Teesson, M., Ross, J., & Darke, S. (2008). Predictors of trauma and PSTD among heroin users: a prospective longitudinal investigation. Journal of Drugs Issues 38 (2), 585-599.
- Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA (2011). Contexto de vulnerabilidad al VIH/SIDA en los grupos de consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia. Bogotá: Legis.
- Ministerio de la Protección Social (2006). Resolución 1315 "por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones". Recuperada de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=20834
- Ministerio de la Protección Social (2007). Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en salud pública. Tomo I.
- Ministerio de la Protección Social (2013). Plan Decenal de Salud Pública, (PDSP) 2012 – 2021. Recuperado de http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decen al%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf
- Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia. (2008). Estudio Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas.
- Ministerio de la Protección Social (MPS) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA), y la Embajada de los Estados Unidos en Colombia. (2013). Estudio Nacional de Consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá, D.C.: ALVI Impresores S.A.S.
- Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia Oficina de las Naciones Unidas para el control de la Droga y el Delito UNODC (2008). La Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA al alcance de todos. Recuperado





http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Pol%C2%A1tica%20nacional%20de%20reducci.pdf

- Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2007). Política Nacional para la reducción del consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. Recuperada de http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pd
- Ministerio de la Protección Social Republica de Colombia. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2011 Pautas para la realización de Asesoría y Prueba Voluntaria para VIH (APV). Dirección General de Salud Pública. Bogotá D.C.
- Ministerio de la Protección Social. Hacia un Modelo de Inclusión Social para Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas. Bogotá, 2007.
- Ministerio de Protección Social. (2009). Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la Sífilis congénita. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2014) Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014 -2021.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2008). Drug misuse psychosocial intervention. NICE Clinical Guideline 51.London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrics.
- Nosyk, B., Marsh, D. C., Sun, H., Schechter, M. T. y Anis, A. H. (2010). Trends in methadone maintenance treatment participation, retention, and compliance to dosing guidelines in British Columbia, Canada: 1996-2006. Journal of Substance Abuse Treatment 39, 22-31
- Nunes, E., Sullivan, M., & Levin, F. (2004). Treatment of depression in patients with opiated dependence. Biological Psychiatric, 56 (10),, 793-802.
- O'Connor PG, Carroll KM, Shi JM, et al. (1997). Three methods of opioid detoxification in a primary care setting. A randomi- zed trial. Annals of Internal Medicine.;127(7):526-530.
- Ochoa, E., Salvador, E., Madoz-Gurpide, A., & Lazaro, M. (2008). Desintoxicación de dosis elevadas de metadona en una unidad de desintoxicación hospitalaria (UDH). Experiencia clínica. Adicciones, 20 (3), 245-250.
- Organización Mundial de la Salud OMS (2008). La atención primaria en Salud: más necesaria que nunca. Ginebra: WHO





- Organización Mundial de la Salud OMS (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: WHO
- Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA & UNODC. (2013). Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas. Recuperada de http://www.who.int/hiv/pub/idu/needleprogram/es/
- Organización Mundial de la Salud. Safe Injection Global Network. Carpeta de material sobre seguridad de las inyecciones y de los procedimientos conexos. Febrero 2010.
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2011). Plan de acción sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública. 51º Consejo Directivo de la OPS, 63ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas.
- Parra, L., Martínez, C., y Cardona, H. (2012). Diplomado en aproximaciones al fenómenos del consumo de sustancias psicoactivas desde la salud pública. Organización panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y protección Social. Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá Colombia.
- Pereiro, C. (2005). Consumo de menos riesgo: técnicas de inyección más segura y prevención de sobredosis. Adicciones, VOL. 17, SUPL. 2
- Pérez (2010). Heroína: consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín. Bogotá: Ministerio de Protección Social – UNODC.
- Pilling, S., Hesketh, K., & Mitcheson, L. (2010). Psychosocial interventions for rugs misuse. London: The British Psychological Society.
- Plan Nacional sobre Drogas, PNSD (2013). Instrucciones para viajes al extranjero de usuarios que están en el tratamiento con metadona. Recuperado de:
 - http://www.pnsd.msc.es/Categoria3/prevenci/pdf/Instruccionesviajes_tratamiento metadona 2013.pdf
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social. Madrid: Servicio de Publicaciones del Plan Nacional sobre Drogas.
- Prochaska, J.O. y Prochaska, J.M. (1993). Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas. En M. Casas y M. Gossop (Eds.): Tratamientos psicológicos en drogodependencias: recaídas y prevención de recaídas (pp. 34-84). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Ramos R. (2011). Programa Compañeros, AC Modelo de Mitigación de Daños México D. F.
- Ramos, R. (2011) Intercambio de jeringas. Programa Compañeros. AC. México.
- Reddon H, Wood E, Tyndall M, Lai C, Hogg R, Montaner J, Kerr T. Use of North America's first medically supervised safer injecting facility among HIV-positive injection drug users. AIDS Education and Prevention, 23(5), 412–422, 2011.





- Rhodes, T., Watts, L., Davies, S., Martin, A., Smith, J., et al (2007). Risk, shame and the public injector: a qualitative study of drug injecting in South Wales. Social Science & Medicine, 65, 572-585.
- Rodríguez, G. (2009). La confidencialidad en el amito de la salud y sus valores implícitos: secreto, intimidad y confianza. Universidad del bosque. Departamento de Bioética. Bogotá
- Rodríguez, J. Comparación de un programa libre de drogas y uno de mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos. Intervención Psicosocial, 16 (3), 361-373.
- Romero, M., Oviedo, E., Mach, J., & Markez, I. (s.f.). Programas de jeringas. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España. Adicciones (2005), VOL. 17, SUPL. 1
- Roy, A. (2010). Risk factors for attempting suicide in heroin addicts. Suicide and Life-Threatening Behavior, 40 (4), 416-420.
- Rudolph, A., Crawford, M.; Ompad, D.; Benjamin, E.; Stern, R.; Fuller, C. (2003). Comparison of injection drug users accessing syringes from pharmacies, syringe exchange programs, and other syringe sources to inform targeted HIV prevention and intervention strategies. J Am Pharm Assoc; 50(2): 140–147. doi:10.1331/JAPhA.2010.09193.
- Sánchez, C., Acevedo, J., & González, M. (2012). Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Revista CES Salud Pública, 3 (1), 28-37.
- Sánchez, E. (2004). Los tratamientos psicológicos en adicciones: eficacia, limitaciones y propuestas para mejorar su implantación. Papeles del Psicólogo, 87,
- Scoppetta, O (2010) Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias. Bogotá DC. Dirección Nacional de Estupefacientes.
- Secades, R., & Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Psicothema, 13 (3), 365-380.
- Secretaría Distrital de Salud (2011). Política Pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de Sustancias Psicoactivas en Bogotá. Recuperado de: http://www.redpapaz.org/mis10comportamientossaludables/images/stories/politicaspabogota.pdf
- Senbanjo, R., Wolff, K., Marschal, J., y Strang, J. (2009). Persistence of heroin use despite methadone treatment: poor coping self-efficacy predicts continue heroine use. Drugs and Alcohol Review, 28, 608-615.
- Shewan, D., & Dalgarno, P. (2005). Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland). British Journal of Health Psychology, 10, 33-48.





- Socidrogalcohol (2008).Guía Clínica de Intervención Psicológica en Adicciones.
 Valencia: Martín Impresores.
- Tang, S., Wong, C., & Schwarzer, R. (1996). Psychosocial differences between occasional and regular adolescent users of marijuana and Heroin. Journal of Youth and Adolescent, 25 (2), 219-239.
- Tatalovic, S., Dadic-Hero E., & Ruzic, K. (2013). The relationship between personality traits and anxiety/depression levels in different drug abusers' groups. Ann Ist Super Sanità, 49 (3), 365-369.
- Teesson, Ross, Darke, Lynskey, Ali, Ritter & Cooke R (2006). One year outcomes for heroin dependence: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). Drug & Alcohol Dependence, 83(2): 174-180
- The New York State Department of Health AIDS Institute. (2008) 25 Years of Leadership, Service and Compassion.
- Trenz, R., Penniman, T., Scherer, M., Zur, J., Rose, J., & Latimer, W. (2012).
 Problem recognition, intention to stop use, and treatment use among regular heroin injectors. Journal of Substance Abuse Treatment, 43, 204-210.
- Tull, M., Gratz, K., Aklin W., & Lejuez, S. (2010). A preliminary examination of the relationship between postraunmatic stress symptoms and crack/cocaine, heroin, and alcohol dependence. Journal of Anxiety Disorders, 24, 55-62.
- United Nations Office on Drugs and Crime. Treatnet-International network of drug dependence treatment and rehabilitation. Drug dependence treatment: rol in the prevention and care of HIV and AIDS.
- Unnithan, S., Gossop M, &Strang J. (1992). Factors associated with relapse among opiate addicts in an out-patient detoxification programme, British Journal of Psychiatry, 309, 103 – 104
- UNODC (2003). Manual sobre el Tratamiento del Abuso de Drogas. Abuso de Drogas, Tratamiento y Rehabilitación: Guía práctica de planificación y aplicación. Viena; Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito.
- UNODC (2003).Tratamiento contemporáneo contra el abuso de drogas. Nueva York: OMS
- UNODC (2012). Informe Mundial sobre Drogas. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR 2012 Spanish web.pdf
- Valenzuela, A. (2010). Guía para el desarrollo de los programas de intercambio de jeringuillas desde la consulta de triage de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias. Enferurg, 6 (2), 12-21.
- Vásquez E,. (2008). Cómo enseñar para la promoción de la salud y la prevención del consumo de psicoactivos. Psicoactivos cuestión de Todos. Edi, Universidad Nal de Colombia, primera edición, pág., 66-77.
- Vega, A. (1992). Modelos interpretativos de la problemática de las drogas. Revista Española de Drogodependencias, 17, 221-232.





- Veilleux, J., Colvin, P., Anderson, J., York, C., &Heinz, A. (2010). A review of opioid dependence treatment: pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. Clinical Psychological Review, 30, 155-166.
- Walters, G. (2012). Substance abuse and criminal thinking: Testing the countervailing, mediation, and specificity hypotheses. Law and Human Behavior, 36(6), 506-512.
- Wang, L., Wei, X., Wang, X., Li, J., Li, H., & Jia, W. (2014). Long- term effects of methadone maintenance treatment with different psychosocial intervention models.
 PlosOne, 9 (2), recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3912169/pdf/pone.0087931.pdf
- Ward J, Bell J, Mattick R, & Wayne H. (1996). Methadone maintenance therapy for opioid dependence: a guide to appropriate use. CNS Drugs. 6(6): 440-9.
- WHO (2012). Guidance on Prevention of viral Hepatitis B and c among people inject drugs. Recuperado de: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hepatitis/en/
- WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users – 2012 revision.
- Woody, G., Poole, S., & Subramanian, G. (2008).Extended vs. short-term buprenorphine-naloxone for treatment of opioid-addicted youth: a randomized trial.JAMA.;300(17):2003-2011)
- World Health Organization WHO (2009). Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/en/
- World Health Organization. (2004). Advocacy guide: HIV/AIDS prevention among injecting users: workshop manual / World Health Organization, UNAIDS.
- Yancovitz S (1991). A randomized trial of an interim methadone maintenance clinic. American Journal of Public Health.81:1185-1191)
- Zapata, M., & Giraldo, L. (2012). Tratamiento de sustitución con metadona para la adicción a la heroína: evaluación de un programa en Colombia. Adicciones, 24 (1), 69-76.
- Zhang, X., Shi, j., Zhao, L., Sun, L., Wang, J., et al (2011). Effects of stress on decision –making deficits in formerly heroin-dependent after different durations of abstinence. American Journal Psychiatry, 168 (6), 610-616.
- Zhao, L., Zhang, X., Shi, j., Epstein, D., & Lu, L. (2009). Psychosocial stress after reactivation of drugs-related memory impairs later recall in abstinent heroin addicts. Psychopharmacology, 203, 599-608.
- Zhou, Y., Li, X., Zhang, M., Zhang, F., Zhu, C., & Shen, M. (2012). Behavioral approach tendencies to heroin-related stimuli in abstinent heroin abusers. Psychopharmacology, 221, 171-76.





- Strike C, Leonard L, Millson M, Anstice S, Berkeley N, Medd E. Ontario needle exchange programs: Best practice recommendations. Toronto: Ontario Needle Exchange Coordinating Committee. 2006.
- NYC. Department of Health and Mental Hygiene. Recommended best practices for effective syringe exchange programs in the united states. Results of a consensus meeting. 2009.
- Dolan, K., Dillon, P. & Silins, E. (2005). Needle and syringe programs: Your questions answered. Canberra, Australian Government Department of Health and Ageing.
- Dolan, K. MacDonald, M., Silins, E. & Topp, L. (2005). Needle and syringe programs: A review of the evidence. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing.
- State of Queensland (Queensland Health) (2010). Dual diagnosis. Clinical guidelines. Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems
- Population Health Branch Saskatchewan Ministry of Health (2008). A review of needle exchange programs in Saskatchewan - Final report
- National Institute for Health and Care Excellence. NICE. (2014) Needle and syringe programmes overview. Recuperado de http://pathways.nice.org.uk/pathways/needle-and-syringe- programmes.
- UNODC, NACO, National AIDS Control Organization (2012) Standard Operating Procedure. Needle Syringe Exchange Program For Injecting Drug Users.
- WHO, UNODC, UNAIDS. (2009) Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.
- WHO (2006) The integration of harm reduction into abstinence-based therapeutic communities: A case study of We Help Ourselves, Australia.
- Harm Reduction Coalition (2010). Guide to developing and managing Syringe access programs
- Harm Reduction Coalition (2012). Peer-Delivered Syringe Exchange Toolkit: Models, Considerations, and Best Practices
- World Health Organization WHO (2014). Community management of opioid overdose. World Health Organization (2014).
- Deutsche AIDS-Hilfe. (2011) Drug Consumption Rooms in Germany. A Situational Assessment by the AK Konsumraum
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2004) European report on drug consumption rooms
- UNODC. (2008). Treatnet: International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. Good practice document. Community Based Treatment Good Practice
- World Health Organization WHO (2014). Community management of opioid overdose. World Health Organization (2014).





ANEXOS.

Anexo 1. Definiciones principales.

Abuso.

Patrón maladapatativo de uso de sustancias que conlleva a un deterioro significativo o malestar manifestado por uno o más de los siguientes criterios, los cuales ocurren dentro de un periodo de 12 meses:

Uso recurrente de la sustancia que resulta en una falla en el cumplimiento de responsabilidades principales en el trabajo, la escuela o la casa (p.ej. ausencias repetidas o pobre desempeño en el trabajo relacionados con el uso de sustancias, suspensiones o expulsiones de la escuela, descuido de los niños o de la casa).

Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso (p.ej. conducir un automóvil u operar maquinarias cuando sus condiciones están disminuidas por el uso de sustancias).

Problemas legales relacionados con el uso recurrente de sustancias (p.ej. arrestos por desórdenes de conducta relacionados con el uso de sustancias).

Uso continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales o interpersonales recurrentes causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej. discusiones con la pareja acerca de las consecuencias de la intoxicación, peleas físicas)³⁷

Comorbilidad o patología dual.

La Organización Mundial de la Salud (1995) define la patología dual como comorbilidad donde confluye la coexistencia en un mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico, por otra parte, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, define a una persona con diagnóstico dual como a la persona a la que se le ha diagnosticado un problema por el consumo abusivo de alcohol o drogas además de otro tipo de diagnóstico³⁸.

La coexistencia de un trastorno relacionado con el uso de sustancias psicoactivas y trastorno mental es frecuente y está asociada con pobres resultados en los

³⁷ American Psychiatric Association. Diagnostic and Stastistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA. 2000.)

³⁸State of Queensland (Queensland Health) (2010). Dual diagnosis. clinical guidelines. *Co-occurring mental health* and alcohol and other drug problems.





tratamientos, mayor severidad y complicación de otras patologías y alta frecuencia del uso de servicios. ³⁹

Consumidores de drogas de alto riesgo (CODAR).

Se define como consumidores de drogas con un riesgo elevado de infectarse por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras ITS. Pueden ser consumidores de drogas inyectadas o consumidores por otras vías. Esto permite identificar comportamientos de riesgo en poblaciones de alta vulnerabilidad al VIH en contextos en los que la inyección de es aún un patrón común o de amplia expansión⁴⁰.

Dependencia de sustancias psicoactivas.

Definido como un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

- (1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
- (a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- (b) El efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
- (2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
- (a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
- (b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- (3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
- (4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
- (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

³⁹Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), 2004. Informe anual 2004. El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y en Noruega. Luxemburgo.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

⁴⁰Corporación Nuevos Rumbos (2011). Contexto de vulnerabilidad al VIH/SIDA en los grupos de consumidores de alto riesgo (CODAR) en las ciudades de Medellín y Armenia. Bogotá: Corporación Nuevos Rumbos.





- (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
- (7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera) ⁴¹.

Entrevista motivacional.

Es un estilo de intervención centrada en el usuario, que dirige a las personas a explorar y resolver su ambivalencia sobre el consumo de sustancias psicoactivas (las cosas buenas con las cosas menos buenas) y a avanzar en las etapas de cambio. Es especialmente útil cuando se trabaja con los usuarios en las etapas de precontemplación y contemplación (anexo 5).

Inyección segura.

Definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una inyección que no perjudica al receptor, que no expone al proveedor a cualquier riesgo evitable y que no produce ningún desecho que pueda ser peligroso para otras personas o la comunidad. Para el uso de sustancias psicoactivas se sugiere cambiar el uso de inyección segura por el de "inyección de menor riesgos" 43 (anexo 13)

Kit de reducción de daños.

Así se denomina al conjunto de elementos que se le entregan al UDI para practicar una inyección con menos riesgos para su salud; y que garantice siempre elementos nuevos para cada inyección; este incluye jeringas, agua estéril, filtro de algodón, paño individual humedecido con alcohol, cura, torniquete, cazoleta, preservativo, material educativo de reducción da daños.

Programa de distribución de jeringas.

Intervención dirigida a aumentar la disponibilidad de equipos o material utilizado en la inyección. Son según la OMS, un componente esencial de una serie de intervenciones para reducir los daños, son necesarias para afrontar al VIH en población UDI e incluye medidas para apoyar tres objetivos, a saber:

⁴¹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Stastistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: APA. 2000.)

³ Ramos, R. (2011) *Intercambio de jeringas*. Programa Compañeros. AC. México.

⁴² Organización Mundial de la Salud OMS (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)* - Manual para uso en la atención primaria. Ginebra: WHO





- 1. Proporcionar a las personas que usan drogas los medios para protegerse y proteger a su pareja sexual y su familia de la exposición al VIH mediante el suministro de preservativos, material de inyección esterilizado, así como el acceso a la prueba y asesoría voluntarias, e información y educación.
- 2. Facilitar el acceso a tratamiento para trastornos por consumo de drogas, puntualmente la sustitución de opioides para las personas que dependen de estas drogas.
- 3. Promover el acceso de otras formas de atención médica, en especial la atención primaria y al tratamiento con antirretrovirales. Reducción de daño.

Reducción de daños y riesgos.

La reducción de daños abarca las intervenciones, programas y las políticas que buscan reducir los daños en la salud, sociales y económicos del consumo de drogas para los personas, las comunidades y las sociedades. Un principio básico de la reducción de daños es el desarrollo de respuestas pragmáticas para hacer frente al consumo de drogas, incluye una jerarquía de objetivos en las intervenciones con especial énfasis en la reducción de los daños, sin excluir la abstinencia como objetivo máximo posible. Se considera un grupo de intervenciones adaptadas a la realidad local y necesidad que dan énfasis primordial a la reducción de los daños del consumo de drogas⁴⁴.

La Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2007) menciona el término mitigación el cual consiste en minimizar los efectos negativos de los riesgos, tanto antes que se materialicen las conductas adictivas como cuando ya se han presentado los daños. Por lo anterior, es necesario intervenir las condiciones que inciden en que haya transición a patrones de mayor compromiso con el consumo, la adopción de estilos de vida saludables o la ocurrencia de situaciones nocivas otorgadas a patrones inadecuados, porque no se presupuestan las consecuencias o porque canalizan conductas sexuales o prácticas de uso de alto riesgo. 45

El Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas entiende por reducción de daños la prevención de las afectaciones de los consumidores de sustancias psicoactivas que no tienen la voluntad o la capacidad para dejar el uso de drogas; el componente de reducción de daños aplica a diferentes ámbitos, especialmente al comunitario, particularmente a

http://www.descentralizadrogas.gov.co/portals/0/Politica%20nacional%20SPA.pdf.

⁴⁴ Hodes, T., & Hedrigh, D. (2010). *Harm reduction, evidence impacts and challengers*. Luxemburgo: EMCDDA.

⁴⁵ Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2007). *Política Nacional para la reducción del* consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto. Recuperada de





espacios públicos, aunque tiene implicaciones para el ámbito de prestadores de servicios. ⁴⁶

Transmisión de virus por vía sanguínea.

Las inyecciones sin prácticas de menor riesgo pueden facilitar la transmisión de una gran variedad de patógenos, como virus, bacterias, hongos y parásitos, causando así mismo respuestas orgánicas adversas de carácter no infeccioso, como abscesos y reacciones tóxicas.

La reutilización de jeringas o agujas hipodérmicas es una práctica corriente entre los UDI y expone a los usuarios a infecciones por patógenos, y otras lesiones relacionadas con la inyección. Las infecciones de transmisión sanguínea que cobran relevancia en los usuarios de drogas por vía inyectada son el VIH y las hepatitis B y C, por lo tanto es importante aclarar algunos puntos claves para cada uno de estos agentes.

TRAN	TRANSMISIÓN HEMÁTICA DE VIRUS		
Tipo	Modo de transmisión.	concepto	
⋖	Está presente en las heces de las	La hepatitis es una inflamación del	
	personas infectadas. Se transmite por el	hígado. La afección puede remitir	
	consumo de agua o alimentos	espontáneamente o evolucionar	
Hepatitis (VHA)	contaminados. También por ciertas	hacia una fibrosis (cicatrización),	
<u>₹</u> ≥	prácticas sexuales.	una cirrosis o un cáncer de hígado.	
В	Por la exposición a sangre, semen y otros	Los virus de la hepatitis son la	
	líquidos corporales infecciosos. Vertical de	causa más frecuente de las	
	la madre a su hijo/a en el momento del	hepatitis, que también pueden	
Hepatitis (VHB)	parto. Mediante transfusiones de sangre o	deberse a otras infecciones,	
atit (sus productos, inyecciones con	sustancias tóxicas (por ejemplo,	
	instrumentos contaminados y el consumo	alcohol o determinadas drogas) o	
SĬ	de drogas por vía inyectada.	enfermedades auto inmunitarias.	
	Por exposición a sangre contaminada.	En muchos casos de hepatitis A la	
ပ	mediante transfusiones de sangre o sus	infección es leve, y la mayoría de	
	productos, inyecciones con instrumentos	las personas se recuperan por	
<u>:s</u>	contaminados durante intervenciones	completo y adquieren inmunidad	
ڪ ڇڪ ٽ	médicas y el consumo de drogas por vía	contra infecciones futuras por este	
epatitis /HC)	inyectada. La transmisión sexual también	virus.	
ヹさ	es posible, pero menos común.	Se cuenta con vacunas seguras y	

_

⁴⁶ Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2014) Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención, y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas, 2014 -2021.





TRAN	TRANSMISIÓN HEMÁTICA DE VIRUS		
Tipo	Modo de transmisión.	concepto	
Hepatitis Hepatitis D E (VHE) (VHD)	Similar a hepatitis B y C, solo ocurren en las personas infectadas con el VHB; la infección simultánea por ambos virus puede causar una afección más grave y tener un desenlace peor. Similar a hepatitis A, se transmite por el consumo de agua o alimentos contaminados.	eficaces para prevenir la infección por el VHA, VHB; además la vacuna contra VHB brinda protección para la infección por VHD.	
Virus de la inmunodeficiencia humana H (VIH)	El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos líquidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. Vertical de la madre a su hijo/a en el momento del parto. Mediante transfusiones de sangre o sus productos, inyecciones con instrumentos contaminados y el consumo de drogas por vía inyectada. No es posible infectarse por contactos de tipo corriente y cotidiano como puedan ser los besos, abrazos o apretones de manos o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas.	Es una infección que afecta las células del sistema inmune, las destruye o trastorna su funcionamiento. Ocasiona el deterioro progresivo de este sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. Las infecciones que acompañan a la inmunodeficiencia grave se denominan «oportunistas» porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.	

Tabla. Transmisión de virus por vía sanguínea.

Personas que se Inyectan Drogas (PID).

También conocido como usuario o consumidor de drogas inyectables (UDI), son las personas quienes consumen las drogas por medio de la inyección, tanto subcutánea, intramuscular o intravenosa. El inyectarse drogas está asociado con mayores riesgos y complicaciones para la salud como sobredosis, infecciones como VIH y hepatitis, trauma, infecciones, celulitis, endocarditis, trombosis y flebitis.⁴⁷

⁴⁷ State of Queensland (Queensland Health) (2010). Dual diagnosis. clinical guidelines. *Co-occurring mental health and alcohol and other drug problems*.





Anexo 2. Modelos de abordaje del consumo de sustancias psicoactivas y principios para la reducción de riesgos y daños

Contexto jurídico y legal de los modelos de prevención, mitigación y superación.

Estados, entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como líderes políticos y comunidades civiles a nivel mundial han promovido políticas como respuesta a la problemática del consumo y los problemas asociados que implican desde la penalización hasta la despenalización del consumo. De igual manera, se han conducido algunos esfuerzos hacia el reconocimiento del consumidor problemático como un individuo enfermo que requiere atención por parte del sector de la salud, lo cual permite abordar la problemática desde diferentes procesos de intervención que van desde la abstinencia total hasta los tratamientos por sustitución de la sustancia, pasando, por supuesto, por los abordajes de reducción del daño y de prevención del consumo.

En el componente legal, los organismos internacionales definen lineamientos para la comprensión desde lo jurídico y desde las políticas públicas de salud orientadas a la reducción del consumo y del abuso de la heroína, aclarando en primera instancia los límites punitivos del Estado frente al problema del consumo y abuso de dicha sustancia, promoviendo la prevención y la intervención en el servicio de salud dirigida desde las políticas públicas.

En relación con lo anterior, es importante citar puntualmente algunos apartes de La Convención Única sobre Estupefacientes realizada en 1961, donde se establece un marco internacional de luchas contra las drogas por las Naciones Unidas dirigido a esclarecer los compromisos internaciones frente a la ayuda y terapia de los consumidores de drogas. Dicho esfuerzo es fortalecido en 1972 para enfatizar en los desafíos de la producción, consumo y distribución de sustancias ilícitas. Así mismo, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) y celebrada en el año 1966 aprueba la Estrategia Antidroga en el Hemisferio, dando pautas conjuntas para establecer modelos y metodologías para la prevención primaria.

En 1990 la Oficina de la Naciones Unidas para la Fiscalización de Drogas inaugura el Programa de la Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) en la que se solicitó que se estableciera un programa único que integrara por completo las estructuras y funciones de las anteriores dependencias de las Naciones Unidas en relación con el tema de fiscalización y el uso indebido de Sustancias Psicoactivas.





La OEA en 1996 redacta los lineamientos para El Control del Abuso de Drogas, los cuales refieren que los países miembros deben ajustar sus legislaciones y adherirse a las convenciones, instrumentos internacionales y acuerdos bilaterales para aunar esfuerzos a fin de superar este problema, en coherencia con la Convención de Viena.

Al interior de estos lineamientos se retoman elementos relacionados con la importancia de "definir una "Guía" con carácter recomendatorio para orientar la cooperación, que permita a nuestros países adoptar un conjunto de medidas y acciones que, en tanto programas integrales de reducción de la demanda, consideraren la investigación, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la reinserción social, el desarrollo de programas, la educación, la capacitación, la acción comunitaria. (OEA, 1996)

Igualmente la OEA, promueve la elaboración de políticas y la aplicación de medidas orientadas a crear una mayor conciencia social en contra del consumo de drogas y alentar a quienes consumen a que no lo hagan, teniendo en cuenta las condiciones culturales, sociales y económicas de los grupos de población a los cuales se dirigen; también plantea que los programas deben incluir espacios de participación ciudadana; difusión sobre los efectos nocivos del consumo de drogas a través de los medios masivos de comunicación; lineamientos de tratamiento y rehabilitación a drogadictos, así como otras medidas alternativas.

Por su parte, la CICAD en 1997 insta a los gobiernos a lograr un consenso nacional entre los profesionales de la salud sobre la conveniencia de establecer normas de atención y posteriormente de aplicación de prácticas y de directrices. Un objetivo a largo plazo recomendado por el Grupo de Expertos de la CICAD sobre reducción de la demanda, en marzo de 1998 y en agosto de 2001, es elaborar sistemas de acreditación de los proveedores de servicios de tratamiento.

En la Declaración del Milenio (2000) se establece como objetivo detener y comenzar a invertir en la prevención de la propagación del VIH/SIDA para 2015, incluyendo en lo relacionado con contagio por el uso de jeringas compartidas por drogodependientes.

En Colombia se siguen básicamente las recomendaciones establecidas por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), para quien las prioridades se orientan a alertar a la sociedad sobre las amenazas planteadas por el abuso de la droga para individuos, familia, comunidades e instituciones. Crear y apoyar asociaciones internacionales, nacionales y locales para atender los problemas de la drogas, promover y mejorar programas para reducir el uso indebido y abuso de la droga, particularmente entre los jóvenes y las poblaciones vulnerables, fortalecer la acción internacional contra la producción de drogas, su tráfico y los delitos relacionados con ella y ofrecer la información, análisis y experiencia práctica sobre el problema de las drogas.





Para el año 2011, la OPS/OMS aprobó "El Plan de Acción sobre el Consumo de Sustancias Psicoactivas y la Salud Pública" para la Región de las Américas. Este plan de acción orientado para los próximos diez años promueve que los Estados Miembros prioricen al consumo de sustancias psicoactivas como un problema de salud pública y ejecuten planes nacionales y sub-nacionales para abordar las consecuencias de dicho consumo que repercuten en el bienestar de la población, especialmente con respecto a la reducción de las vacíos existentes en el tratamiento.

En el caso de Colombia como Estado miembro de los diversos organismos internacionales, el país tiene como deber articular su legislación interna con los lineamientos y principios de las convenciones, tratados y recomendaciones. En este marco interno se plantea una descripción del ámbito legislativo y judicial sobre los derechos de la salud de las personas consideradas farmacodependientes, dentro de un ámbito general como la constitución y la jurisprudencia que garantiza la efectividad de los derechos pertinentes.

En la Constitución de Colombia de 1991, se encuentran los artículos 48 y 49 que definen la seguridad social como un servicio público obligatorio por parte del Estado, sujeto a principios como eficiencia, universalidad y solidaridad y desde el cual se garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud a todas las personas (Asamblea Nacional Constituyente, 1991).

El Acto legislativo 2 de 2009, que reforma el artículo 49 de la Constitución Política, reconoce al farmacodependiente como una persona que padece enfermedad: "El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias". El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto, proceso que fue examinado por la sentencia C-574-2011 (Congreso de Colombia, 2009)

Así mismo, según la norma, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos. De esta manera, al interior del ámbito legislativo, las leyes colombianas han estipulado competencias para el servicio de salud en los escenarios nacional, departamental, municipal y regional, asignando funciones a diversos entes de la salud en la atención correspondiente a la problemática del consumo de sustancias psicoactivas.





Estos aspectos van desde los legislativo brindado marcos referenciales como el de la fiscalización o prohibición del cultivo, tráfico y porte de estupefacientes, limitaciones y vigilancia a insumos y medicamentos, así como el reconocimiento de la persona dependiente de abuso de la sustancias psicoactivas como destinataria de las políticas públicas de la salud en todo los niveles de atención.

La norma también propende por la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad, como lo establece la ley 1122 de 2007 en su artículo 33 (Congreso de Colombia, 2007), expresando que el estado colombiano ha ido de manera progresiva haciendo frente a la problemática del consumo de sustancia psicoactivas tanto en aspectos generales como específicos de la problemática. A continuación se citan los aspectos claves de dicha jurisprudencia:

Ley 30 de 1986, Por el cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes, y se reglamenta la inclusión de programas educativos sobre el riesgo de la farmacodependencia. (Congreso de Colombia, 1986). Resolución No. 5261 de 1994 de agosto 5 de 1994 del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se indica que los servicios de salud tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud en Colombia. Por su parte la Ley 715 de 2001 "organiza la prestación de los servicios de educación y salud, y se estipulan las competencias de la nación, los departamentos, municipios y los organismos de salud pública" (Congreso de Colombia, 2001).

Resolución 1478 de 2006 del Ministerio de la Protección Social: "Por la cual se expiden normas para el control, seguimiento y vigilancia de la importación, exportación, procesamiento, síntesis, fabricación, distribución, dispensación, compra, venta, destrucción y uso de sustancias sometidas a fiscalización, medicamentos o cualquier otro producto que las contengan y sobre aquellas que son monopolio del Estado entre los cuales se encuentran los opioides con fines terapéuticos".

Resolución 1315 de 25 abril de 2006 del Ministerio de la Protección Social mediante la cual se establecen las condiciones de habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia (CAD y Servicios de farmacodependencia).

Ley 1122 (Congreso de Colombia, 2007) desde el Artículo 33, se definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar.





Ley 1414 (Congreso de Colombia, 2010), artículo 11: expresa la importancia del perfil epidemiológico, facilitando la identificación de los factores protectores de riesgo y determinantes, la incidencia y prevalencia de las principales enfermedades que definan las prioridades en salud pública. Para el efecto se tendrán en cuenta las investigaciones adelantadas por el Ministerio de la Protección Social y cualquier entidad pública o privada, en materia de vacunación, salud sexual y reproductiva, salud mental con énfasis en violencia intrafamiliar, drogadicción y suicidio"

Ley 1438 (Congreso de Colombia, 2011). Por medio de la cual se unifica los POS (Plan Obligatorio de Salud); la Ley 1566 (Congreso de Colombia, 2012), "Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral de personas que consumen sustancias psicoactivas"

Ley 1616 (Congreso de Colombia, 2013) en su Artículo 29." Define al Consejo Nacional de Salud Mental como instancia responsable de hacer el seguimiento y evaluación a las órdenes consignadas en la Ley 1566 de 2012, esta última en la que se dictan normas para la atención a personas que consumen sustancias psicoactivas.

El Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 – 2021 considera que la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, es un pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.

Desde esta perspectiva se incluye la participación social y comunitaria para la prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas. Propicia espacios de vinculación efectiva de diferentes sectores y actores para el impulso a procesos comunitarios de atención en salud mediante estrategias de intervención de pares comunitarios, grupos de apoyo y proyectos comunitarios en salud mental y convivencia.

En la actualidad se encuentra el Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada, por el Ministerio de protección Social, documento desarrollado por Mayu Of New England y la Organización internacional para las Migraciones (2013).

El Plan Nacional para la Promoción de la Salud, la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021, es la materialización del esfuerzo nacional por incorporar el enfoque de salud pública en un marco intersectorial para disminuir la exposición al consumo de drogas y sus impactos en la población colombiana, se originó del trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y el Derecho, y tiene como objetivo reducir la magnitud





del uso de drogas y sus consecuencias adversas mediante un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, a la prevención del consumo y a la atención de las personas y las comunidades afectadas por el consumo de drogas, esto acompañado del fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en salud pública.

Los elementos jurídicos, legislativos, normativos y las políticas públicas permiten ver que a través del tiempo en otras naciones y en Colombia, se ha generado la necesidad de modificar las estrategias como respuesta a una problemática del consumo de las sustancias psicoactivas, que afecta la convivencia, la calidad de la vida, el desarrollo humano, y la salud mental, todo esto como espacios integrales del individuo en la sociedad, la cual ha ido ofreciendo alternativas políticas y estrategias desde la investigación y conocimiento, para identificar y dar solución a los problemas del uso y abuso de la sustancias psicoactivas.

Modelos de abordaje psicosocial

Referirse a modelos explicativos del consumo de sustancias psicoactivas implica necesariamente una postura integral que dé cuenta de la complejidad del fenómeno, de un sin número de factores que intervienen en el proceso. En tal caso, se presentarán algunos de los enfoques que permitan generar herramientas para la consolidación de un programa integral de reducción de daños para consumidores de heroína.

De acuerdo con Pons y Berjano (1999), los diferentes modelos explicativos asociados al consumo de sustancias psicoactivas se pueden agrupar a partir de la prioridad dada a cada uno de los elementos intervinientes: la sustancia, la persona y el ambiente.

El modelo de la Distribución del Consumo, incide prioritariamente en el análisis detallado de los patrones de consumo en el seno de la sociedad en su conjunto; desde esta perspectiva teórica, el problema del consumo de drogas se reduce a una mera cuestión de disponibilidad del producto en una población determinada, siendo también insuficiente para comprender su uso abusivo en determinados individuos o grupos sociales.

Por su parte el modelo Jurídico contempla el abuso de drogas desde el punto de vista de sus implicaciones legales y delictivas, realizando una distinción entre las drogas permitidas y las ilegales, centralizando su acción en el castigo a los productores, a los expendedores y a los consumidores de drogas ilegales. Sin embargo, poco dice de los consumidores de sustancias legalizadas, aunque los aborda en el momento en que su excesivo consumo ha mediado en la realización de comportamientos delictivos (Pons & Berjano, 1999).





El modelo Médico considera el abuso o dependencia como una enfermedad caracterizada por una pérdida del control del individuo sobre su ingesta y sus consecuencias somáticas asociadas; ello significa que el abuso y la dependencia a las drogas son considerados fenómenos vinculados exclusivamente a procesos fisiológicos del propio sujeto. Se reconoce que desde el campo médico se ha contribuido a que la persona drogodependiente sea vista como un enfermo y no como un desviado social; sin embargo, esta perspectiva relega la importancia de los factores sociales y psicológicos.

El modelo Sociológico atiende fundamentalmente a las condiciones socioeconómicas v socio ambientales en que tiene lugar la ingesta de sustancias psicoactivas; esta postura sugiere que factores tales como la pobreza, la discriminación o la carencia de oportunidades se convierten en las condiciones propicias para la aparición del fenómeno del consumo de drogas. Este modelo es excesivamente sociologista y reduce a la perspectiva económica a la relación pobreza-drogas, al tiempo que estigmatiza a las clases más deprivadas.

A su vez, el modelo Psicosocial enfatiza en la complejidad y variabilidad de la conducta de consumo de drogas, atendiendo a las presiones sociales, las actitudes, escala de valores v estilo de vida del individuo, satisfaciendo una serie de necesidades no atendidas. Desde este modelo se tiende a diferenciar cantidades, frecuencias, formas de consumo, actitudes, variedad de efectos, sin olvidar el medio ambiente en que los individuos se desarrollan (Gómez-Acosta, 2012).

Finalmente el modelo Ecológico, surge a partir de la psicología ambiental y se fundamenta en las interrelaciones dadas entre el sistema orgánico, el sistema comportamental y sistema ambiental, entendiendo el consumo de drogas como resultado de un campo de fuerzas bio-psico-socio-culturales; esta propuesta contempla los factores físicos, sociales, y también las percepciones y cogniciones que tienen las personas sobre el ambiente con el que interactúan.

Según Pons y Berjano (1999), este enfoque pretende superar la visión parcializada e insuficiente de los modelos señalados anteriormente, dándole una dimensión al problema del consumo de drogas como fenómeno global y problema social que incluye al individuo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad, al sistema histórico-cultural, político, económico y jurídico, a las sustancias en sí y sus efectos sobre el individuo y la sociedad.

Desde otra perspectiva de abordaje del consumo de sustancias psicoactivas, se describirán las alternativas propuestas por Becoña (2002) quien propone tres tipos según el nivel de componentes: La primera se relaciona con modelos parciales o basados en pocos componentes, la segunda la denomina teorías y modelos de





estadios y evolutivas y una tercera alternativa en la que incluye teorías y modelos integrativos y comprensivos.

Respecto de las Teorías y Modelos Parciales o Basados en Pocos Componentes, se presenta una serie de elementos para explicar el consumo de drogas que incluyen los siguientes aspectos: los biológicos, los de la promoción de la salud pública, los de competencia como la capacidad de respuesta del individuo y la comunidad frente a la relación existente entre salud y enfermedad, y los de prevención.

Con relación a la farmacodependencia, la posibilidad de iniciar el consumo y la detección temprana de los indicios de consumo referencian el riesgo de iniciación al consumo asociado a las habilidades de afrontamiento. El modelo retoma elementos del condicionamiento clásico, el aprendizaje social, la conducta, la actitud, así como teorías de la psicología basadas en causas interpersonales, teorías basadas en la familia, el enfoque sistémico, y el modelo social de Peele que apunta a la descripción explicativa del fenómeno del consumo pero a su vez define parámetros de intervención y tratamiento.

En el segundo tipo, Teorías de Estadios y Evolutivas, se hace referencia al desarrollo evolutivo de individuo y su relación con el consumo de drogas; incluye teorías como la de Kandel (Modelo Evolutivo) para hablar de estadios del consumo, considerando aspectos dela teoría de la socialización. Así mismo, el modelo retoma los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente (1983), precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

Esta teoría relaciona los estadios de adquisición de consumo con los procesos de cambio de los hábitos. Incluye elementos de la teoría del control social y además indica la importancia de la familia, teoría del aprendizaje social, entre otras como el enfoque psicopatológico y el psicosocial. Desde esta perspectiva frente a la evolución en que incursiona el consumo se deben considerar todas las variables que intervienen desde una postura integral.

El tercer tipo, las Teorías Integrativas y Comprensivas, enmarcan la explicación del consumo integrando diferentes elementos teóricos con diversos enfoques. Desde la comprensión, la problemática se explica por sí sola, e incluye elementos de la promoción de la salud (Becoña, 2008)

La teoría del aprendizaje social, mejor conocida como la teoría cognitiva social (Bandura, 1986) es una de las más utilizadas e importantes dentro del campo de las drogodependencias, pues tiene en cuenta los estímulos externos, su influencia en la conducta y la regulación de la misma a través de la influencia en los cambios,





incluyendo elementos como las habilidades sociales, complejos utilizados en programas de prevención.

Desde el modelo de desarrollo social sobresale la conducta en las diferentes edades del individuo y su relación con la aparición del consumo, así como conductas asociadas con la perspectiva de factores de riesgo y protección.

Al interior de este tercer tipo de modelos se consideran también los elementos relacionados con la teoría interaccional de la delincuencia, postulada por Thornberry (1987, 1996), aplicable al consumo de drogas. En el modelo se describe la relación entre el consumo y la participación en actividades delictivas como efecto de lo débil de los vínculos sociales convencionales; se inscriben al interior del mismo, elementos relacionados con el aprendizaje social planteando la relación entre el consumo con aspectos situacionales, personales, familiares y sociales como factores de riesgo o protectores.

La importancia de la inclusión de aspectos teóricos en el fenómeno del consumo está determinada por la estructura que permite tanto el diseño de programas de intervención, como la efectividad de los mismos. Por esto Becoña (2002) en sus términos señala que:

"En el campo de las drogodependencias, por su juventud, no siempre ha habido, ni siempre hay, una concordancia entre la prevención, los programas preventivos y el modelo teórico o teoría que subyace a la misma (prevención) o a los programas preventivos. Lo cierto es que, como afirman Donaldson, Grahan y Hansen (1994), cuando disponemos de un programa basado en la teoría, este hecho tiene tanto ventajas para el propio programa como para su evaluación".

Las ventajas de un modelo teórico van desde la facilidad para identificar las variables a intervenir, la identificación del quien y cuando evaluar, y la importancia de identificar fuentes de varianza, hasta la consolidación del proceso de validez y análisis de los datos, diferenciando lo importante de la interacciones intrusivas, hasta lograr una base del conocimiento acumulativo.

Desde esta perspectiva, el Modelo Transteórico para sustentar la implementación de un Programa Integral de Mitigación de Daños para Consumidores de Heroína incluyendo el Protocolo de estrategias de reducción de daños y riesgos, es útil para la orientación tanto para lo general como para lo específico.

En ese orden, es fundamental que el individuo reconozca las etapas de cambio, los procesos adyacentes que implicaría una apertura al reconocimiento de los riegos y los daños del consumo, y las expectativas frente a las cambios, en tanto no es posible





motivar el cambio en una persona que no reconozca la necesidad de cambiar, lo cual en el terreno implica la verbalización que el individuo haga de su condición. Verbalización que en el proceso implica lograr que él mismo determine que quiere cambiar y para qué lo hace, manteniendo la motivación a hacerlo.

Las etapas de cambio propuestas por Prochaska y DiClemente (1982) se pueden observar en forma específica en la siguiente tabla:

ЕТАРА	GRADO RELATIVO DE ACEPTACIÓN O SUSCEPTIBILIDAD AL CAMBIO	CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES, COGNITIVAS, AFECTIVAS Y SOCIALES
PRE- CONTEMPLATIVA.	seriamente dejarla, ni hace nada para reducir los	La persona que se inyecta drogas participa o tiene una o varias conductas que lo ponen en riesgo de adquirir y/o transmitir el VIH y el VHC (comparte jeringas, no limpia su equipo de inyección con cloro y agua, tiene relaciones sexuales a cambio de droga o dinero, etc.); posee escasa y distorsionada información acerca del VIH y el VHC y su entorno social es negativo al cambio.
CONTEMPLATIVA	La persona que se inyecta drogas considera seriamente dejar de utilizar la droga en un futuro cercano y/o percibe como favorables algunas prácticas preventivas y considera la posibilidad de incorporarlas.	-La persona que se inyecta drogas tiene una o varias conductas que la ponen en riesgo de infectarse con el VIH y VHC (comparte jeringas, no limpia su equipo con cloro, tiene relaciones sexuales a cambio de droga o dinero, etcétera); posee mayor información acerca del VIH, sin embargo, no tiene toda la información necesaria para considerarse bien informada o la información no ha sido suficiente para motivar una acción de cambio de conducta y su entorno social continua siendo desfavorable para un cambio de conducta.





ACCIÓN	La persona que se inyecta drogas incorpora conductas nuevas para mitigar los daños asociados al consumo de drogas o intenta dejar de usarlas (en esta fase algunas personas consiguen dejar de usar por un periodo o para siempre). Dependiendo de la sostenibilidad de las acciones, esta fase lleva a un periodo de mantenimiento o a una fase de recaída	El nivel de información ha sido suficiente para motivar un cambio de comportamiento, pero necesita ser actualizado. En esta fase algunas personas cambian su actitud hacia dejar de usar o por lo menos consideran como un acción favorable el incorporar prácticas de mitigación de daños, y debido al contacto frecuente con la o el trabajador de campo y el personal del programa, empieza a efectuar cambios en el entorno social; las personas cercanas como familia y amistades ven el cambio y valoran las diversas dimensiones en las que se presenta el uso de drogas.
MANTENIMIENTO	La persona sostiene las conductas nuevas que mitigan los daños o si dejó de usar la droga sostiene las prácticas que impiden volverla a consumir	En esta fase la persona tiene información suficiente para desarrollar las habilidades, para llevar buenas prácticas de salud y para identificar y resolver las barreras. Es importante reconocerle los cambios favorables que permitirán la prevención, y apoyarle a sostener las actitudes y el entorno social que le impide volver a consumir drogas y/o ponerse al riesgo de la infección por el VIH y VHC.
RECAÍDA	La persona vuelve a tener prácticas de riesgo o empieza a usar la droga después de haber dejado de usarla.	 Empieza a usar la droga nuevamente: Debido a presiones sociales. Porque continúa viviendo en el mismo entorno o regresa a frecuentar las mismas amistades Porque existen barreras de actitud que no han permitido sostener el cambio de conducta

Tomado: Fundación Mexicana Para la Salud. Guía del Modelo de Mitigación de Daños. México D. F. 2013

El individuo puede transitar de una etapa a la otra según su nivel de motivación, es decir las etapas no son una estructura rígida sino cambiante que permite al individuo que así se presenta una disminución de la motivación que genere una recaída no implica que se retorne a la contemplación sino que con los recursos adquiridos se dé continuidad a la consolidación de la etapa en la que se encuentra con características diferentes.





El modelo transteórico se va convirtiendo en un conjunto de herramientas que permitan consolidar la intervención del consumo de sustancias psicoactivas, en donde se incluye la población PID, herramientas que vistas desde las fases descritas del modelo permiten establecer una relación paralela entre la adquisición de hábitos con los cambios esperados delos mismos a través del modelo de intervención, guiado entre otros por la entrevista motivacional.

Miller y Rollnick (1991), citados por Becoña (2002) desarrollaron la Entrevista Motivacional (EM), para personas con problemas con el consumo de alcohol, tras investigar los elementos terapéuticos que mejoraban los resultados de la intervención. Posteriormente, generalizaron su aplicación incluyendo a consumidores de otras sustancias, al cambio de hábitos (dietas, uso de preservativos, etc.), a las enfermedades crónicas (hipercolesterolemia, diabetes) y al fomento de nuevos estilos de vida.

Como enfoque terapéutico, la entrevista motivacional toma aspectos de la terapia centrada en el cliente, las estrategias cognitivo-conductuales encaminadas a las etapas del cambio; la entrevista motivacional se basa en el respeto por el individuo, por su escala de valores, creencias, el objetivo fundamental es la motivación a hábitos sanos reconociendo su postura y libertad para escoger que quiere cambiar, a que costos y qué espera de esos cambio.

Desde esa postura es fundamental que el individuo reconozca las etapas de cambio, los procesos adyacentes que implicaría una apertura al reconocimiento de los riegos y los daños del consumo, las expectativas frente a los cambios, no es posible motivar el cambio en una persona que no reconozca la necesidad de cambiar. El proceso implica la verbalización que el individuo haga de su condición, hasta lograr que él mismo determine que quiere cambiar y para qué lo hace, manteniendo la motivación a hacerlo, lo cual se exige el acompañamiento del profesional facilitador.

La descripción de este modelo en el abordaje de la problemática adyacente en PID, no implica el desconocimiento de los demás enfoques desarrollados por otros teóricos, involucra más la capacidad del profesional facilitador para incluir otros elementos si la evolución del proceso así lo requiriere. Precisamente por ello, al interior del estudio sobresalen el modelo de inclusión social, las terapias psicosociales, los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales y las estrategias de afrontamiento, los tratamientos de manejo de recaídas y terapias centradas en la familia a través de Terapia Familiar Sistémica, entre otros, con intención de utilizar terapias combinadas, en especial en la población PID en la que se reconoce la importancia y efectividad de tratamientos farmacológicos.





Al respecto El National Institute of Drug Abuse (NIDA, 1999, 2004) recomienda la utilización de las terapias psicológicas en combinación con los tratamientos farmacológicos, formando parte del modelo de tratamiento en el que se realiza el abordaje global de los problemas que presenta una persona con problemas de dependencia a la heroína. Su fundamentación se centra en el potencial de su complementariedad y en su capacidad para producir efectos acumulativos.

Al respecto los objetivos de la terapia farmacológica estarían centrados en la desintoxicación, síntomas específicos, estabilización, mantenimiento y tratamiento de las patologías concomitantes y la terapia psicológica abarca a los objetivos de motivación al tratamiento, entrenamiento en habilidades, modificación de contingencias de refuerzo, mejora del funcionamiento personal y socio-familiar y apoyo al tratamiento farmacoterapéutico" (Socidrogalcohol, 2008).

Principios para la reducción de riesgo y daño en Usuarios de Drogas por vía invectada.

En la reducción de daños es importante tener claro y jerarquizar los cambios que se pueden obtener. Por lo cual en el modelo de reducción de riesgos y daños busca motivar a los usuarios de drogas a realizar cambios u obtener logros que van desde los cambios más ambiciosos o difíciles de alcanzar hasta los más posibles por lo que en una jerarquía de cambios y reducción de daños seria:

- 1. No consumir drogas
- 2. Si consume drogas, no invectarse
- 3. Si se inyecta, utilizar siempre jeringas y material nuevo y estéril y nunca comparta material.
- 4. Si reutiliza material para la invección, lávelo muy bien con cloro.
- 5. Si utiliza equipos no estériles, y comparte el material lávelo muy bien con cloro entre cada inyección.

En una persona que continuara el consumo por medio de inyección, se debe sugerir cambiar la vía principal de uso hacia vías de menos riesgo como la fumada o inhalada. En inyectores se plantean los siguientes objetivos para reducir los riesgos individuales y de salud pública:

- 1. Utilizar siempre jeringas nuevas para cada inyección.
- 2. Si tiene que reutilizar la jeringa, lavarla muy bien.
- 3. Nunca inyectarse con jeringas usadas por otros, ni dar las propias después de usarlas.
- 4. No usar agua, filtros, algodones o recipientes que otros han utilizado.
- 5. No utilizar una jeringa usada para diluir y repartir la sustancia.





- 6. En lo posible utilizar agua estéril para diluir la droga o por lo menos usar agua limpia de origen conocido.
- 7. Usar un filtro nuevo cada vez y una cuchara o contenedor nuevo o desinfectado.
- 8. Limpiar con una toallita con alcohol o con agua y jabón el lugar de la inyección.
- 9. Deshacerse de la jeringa usada en forma segura.

Es importante tener en cuenta que la intervención y el abordaje de la problemática del consumo de SPA están incluidos en el marco de la Atención Primaria de la Salud, con énfasis en salud mental. La atención primaria está definida como: "...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...." Declaración de Alma Ata (Art. VI).

La contextualización de la intervención al interior del sistema general de salud corresponde a la necesidad de determinar los niveles de competencia de la entidades de prestadoras de salud, según la complejidad de los servicios, la atención de la población PID, atención que debe ser complementaria a través de adecuados procesos de referencia y contrareferencia, considerando los ejes definidos en el Plan de Reducción de Consumo de Drogas (2009- 2010). Esta estrategia se moviliza de acuerdo con los siguientes ejes operativos:

La prevención: la Organización de las Naciones Unidas (1998), en su declaración de Principios rectores de reducción de la demanda recomienda " que la misma debe incluir todas las áreas de la prevención; dicha prevención debe estar basada en desalentar el uso inicial de cualquier droga promoviendo la utilización de propuestas orientadas a la educación, la conciencia pública, la intervención temprana, el sostenimiento, programas de tratamiento, la rehabilitación, la prevención de la recaída y la inserción social".

El concepto de prevención debe verse desde un paradigma proactivo, dado que ha ido modificándose la detección de las causas de la problemática que llevan a generar transformaciones en las propuestas y acciones de los países de la Organización de las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos.

La prevención en el consumo de drogas consiste en toda estrategia que permita reducir o evitar que una persona de cualquier etapa del ciclo vital esté en contacto con alguna sustancia psicoactiva. Para ello, se debe actuar en cualquier circunstancia contextual, situacional, familiar o individual que pueda potenciar un riesgo. Dicha intervención se realiza con mayor atención en niveles individuales, pero tradicionalmente ha sido difícil de llevar a cabo en niveles macro y micro sociales, dada la complejidad de abordaje de los mismos.





La mitigación: según la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2007), consiste en minimizar los efectos negativos de los riesgos, tanto antes que se materialicen las conductas adictivas como cuando ya se han presentado los daños. Por lo anterior, es necesario intervenir las condiciones que inciden en que haya transición a patrones de mayor compromiso con el consumo, la adopción de estilos de vida saludables o la ocurrencia de situaciones nocivas otorgadas a patrones inadecuados, porque no se presupuestan las consecuencias o porque canalizan conductas sexuales o prácticas de uso de alto riesgo.

Las estrategias que se proponen para una adecuada mitigación del riesgo de consumo de sustancias psicoactivas se estructuran según los componentes de promoción de la salud, atención y asistencia e inclusión social y el nivel de manifestación del riesgo/daño en los ámbitos de lo social, comunitario, familiar e individual. Este eje concentra acciones propias de la prevención terciaria, pero en particular aspectos de la prevención secundaria.

En otras palabras, operan acciones previas al tratamiento mismo a implementarse en ámbitos formales e informales del contexto social, permitiendo reducir los riesgos asociados a diversos patrones de consumo, así como a la dependencia, en casos en los que por diversos motivos aún no hay acceso a un tratamiento formal.

La estrategia de entornos normativos saludables busca, en el nivel social, movilizar desde las políticas, las normas y los sistemas para remover potenciales obstáculos en la protección efectiva de la salud y el bienestar, así como para facilitar el cambio cultural, contextual, normativo, institucional o político que se requiera.

La estrategia de reorientación de la atención propone flexibilizar alternativas de atención, apoyo y acogida a grupos "excluidos" a partir de su incorporación en las redes de información, servicios, asistencia y soporte social. Para ello se buscará capacitar la red de servicios existentes de manera tal que en la atención primaria se haga la identificación temprana de problemas asociados al consumo, orientando intervenciones breves y remisiones al sistema de salud nacional, distrital y regional.

La estrategia de orientación busca movilizar las redes comunitarias para asistir a aquellos afectados por el consumo de SPA, como medidas complementarias a los mecanismos formales de protección, que ayudarán a reducir el impacto del consumo de SPA en la salud pública, la productividad y el capital humano.

Las construcciones de dichas redes permitirán la movilización de recursos, generar mecanismos de articulación y coordinación entre ellos. Se debe propender por el fortalecimiento del capital social a partir de comités de reconciliación y convivencia, así como de diagnóstico y planeación participativa, con los que se busca involucrar





activamente a la comunidad para crear alternativas de solución a un problema que afecta la individuo, su familia y la comunidad, así como movilizar estrategias de prevención secundaria por fuera del ámbito del tratamiento.

A nivel familiar, las estrategias descritas en el nivel comunitario ofrecerán a la familia los medios para gestionar los riesgos y los daños que se deriven del consumo, a nivel individual, en el que también operan componentes ya descritos en otros niveles, por lo cual se propone la estrategia de la difusión y acción social que da fundamento a la educación por parte de líderes naturales.

La superación, busca aliviar las manifestaciones concretas de adicción a partir de la atención terapéutica, rehabilitadora y de inclusión social, potencializando todos los recursos de quienes han desarrollado un trastorno por dependencia a una o varias sustancias o presentan un patrón de consumo problema en ausencia de dependencia. (Ministerio de Protección Social, 2007).

La inclusión social, al interior de la política es un medio, que pretende reducir la vulnerabilidad, se debe promover la inclusión como foco de estabilidad social, la participación social y la integración a la vida en sociedad en términos de opciones, oportunidades y capacidades. La inclusión social como herramienta para prevenir, mitigar y ante todo superar o hacer frente a las "secuelas" de haber tenido un compromiso activo con drogas u otras sustancias, se convierte en un elemento fundamental en la intervención a la complejidad de problemática que enmarca la población PID.

La inclusión social, al interior de los ejes es más que un medio, forma parte de la estrategia de intervención desde la fase inicial, permite la movilización de recursos al interior de la motivación del individuo, la familia y la comunidad a un proceso de cambio que apunte a mejorar la calidad de vida a través de la intervención de los riesgo y daños generados por el consumo en el grupo poblacional del cual forma parte la población PID. La inclusión desde esta perspectiva es un proceso dinámico, que exige la corresponsabilidad entre la sociedad y el individuo afectado por la situación de exclusión social, indicando la necesidad de establecer acciones de cambio a través de intervenciones establecidas al interior del abordaje del consumo de SPA.

Por último, la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas sugiere ampliar gestión de la Capacidad de Respuesta. Este eje operativo responde en particular a la ampliación de la capacidad de integración, así como de respuesta técnica, institucional y financiera ante las demandas del consumo de SPA (Ministerio de Protección Social, 2007).





La naturaleza y complejidad del fenómeno, así como la diversidad de áreas que se ven comprometidas por su impacto, exigen la construcción sistemática de condiciones básicas que permitan dar una respuesta oportuna y efectiva desde la integralidad y la interdisciplinariedad, requiriendo para ello la articulación intersectorial.





Anexo 3. Línea estratégica en reducción del daño para PID

Para contextualizar un programa Integral de Reducción de Daño en Consumidores de Heroína, es importante mencionar aspectos que enmarcan la respuesta en relación a la correspondencia con las políticas públicas, desde una postura de la integralidad de elementos rectores de la ejecución de la intervención, involucrando tanto a la sociedad civil como a los representantes gubernamentales (CENSIDA, 2008)

Es por esto que en este capítulo se hace referencia la mitigación y la reducción del daño basadas en las disposiciones institucionales y en la intervención comunitaria como elementos interdependientes, las cuales más que etapas de un proceso, son elementos que facilitan la ejecución de intervenciones integrales que permiten la cobertura de las múltiples variables biopsicosociales adyacentes a la problemática del consumo de heroína en la población.

Un proceso de mitigación en relación con la reducción del daño plantea que al interior del consumo de sustancias psicoactivas existen una serie de fuerzas negativas, que entendidas como riesgo activado, incluyen diferentes niveles y condiciones de daño, sobre aspectos biopsicosociales del sujeto en sí y de los diferentes microsistemas en que se desenvuelve. Dichos niveles y condiciones son, en esencia, los focos hacia los cuales debe dirigirse cualquier estrategia de reducción del daño.

La mitigación, desde la perspectiva de reducción del daño, se refiere al conjunto de políticas, programas y prácticas cuya finalidad es reducir las consecuencias sanitarias, sociales y económicas del uso de drogas psicoactivas legales e ilegales sin necesidad que esta condición sea el objetivo principal u obligatorio para el sujeto. El enfoque de reducción de daños o mitigación está basado en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos (Parra, Martínez & Cardona, 2012).

Desde esta perspectiva la mitigación está dirigida a personas, que como individuos o como grupos, "no pueden o no quieren dejar de consumir" (Parra, Martínez & Cardona, 2012); el objetivo principal de la mitigación, es la prevención del daño o la minimización de este, más que prevenir el consumo de drogas en sí, por lo cual la estrategia constituye un acercamiento y reconocimiento para quienes continúan consumiendo drogas a fin de evitar que asuman conductas de riesgo asociadas, que comprometan su salud en los componentes biológico, psicológico y social.

De acuerdo con la International Harm Reduction Association IHRA (2010), al momento de definir una estrategia de reducción de daño, la planeación de los procesos de mitigación exigen la realización y respuesta técnica a preguntas que permitan identificar cuáles son los riesgos y daños específicos asociados al uso de la sustancia





psicoactiva, cuales son las causas de estos riesgos y las características del daño, y, qué se puede hacer para reducir estos riesgos y daños.

En consecuencia con lo anterior, CENSIDA (2008) señala que un modelo de mitigación del daño debe obedecer a los siguientes principios:

La abstinencia, aun cuando es uno de los objetivos clave en cualquier proceso, no debe ser el único, dado que excluye a quienes tienen un compromiso biológico alto o quienes han sido marginados de las posibilidades de inserción social, en ese orden, una estrategia de mitigación del daño debe abordar aspectos asociados con la calidad de vida e inclusión social como la satisfacción de necesidades básicas, el acceso a derechos como trabajo, educación servicios en salud, protección social y otros soportes de los que gozan los no usuarios de drogas, en coherencia con lo establecido desde el modelo de Atención Primaria en Salud

La abstinencia debe conceptualizarse como la meta final de una serie de conductas orientadas a reducir el riesgo y a aumentar la calidad de vida, generando factores protectores de la propia abstinencia, y se deben proporcionar la posibilidad en términos de eliminación de barreras de acceso a los servicios, horarios flexibles, actitudes comprensivas y una orientación de la comunidad apropiada para la inclusión de los adictos en la sociedad.

Por otra parte, la CICAD (2013) señala que para lograr una reducción del daño efectiva se debe constituir un andamiaje que soporte el diseño y establecimiento de políticas, programas y prácticas que reduzcan más que el consumo mismo, sus efectos de índole social, económico y de la salud de los propios consumidores y las comunidades, como pueden ser los riesgos asociados a la comercialización, al uso y la abstinencia.

Los programas de reducción del daño buscan, dentro de una mirada pragmática, implementar estrategias que permitan que los drogodependientes mejoren su calidad de vida, planteen y logren meta de mediano plazo y se acerquen a niveles adecuados de consumo, incluso, si fuere posible de abstinencia total (Ministerio de la Protección Social, 2004)

Consideraciones sociales para la reducción del daño.

Desde el marco de la interpretación social de las relaciones humanas, las dependencias son modalidades particulares de todo ser humano, son expresiones de la necesidad de seguridad y, por lo tanto, de mantener la propia organización interna, convirtiéndose en una respuesta a la necesidad de consolación (Milanesse, 2003).





En ese orden, se debe considerar que el incremento del consumo de sustancias psicoactivas en la población colombiana y en especial de drogas por vía inyectada, implica para todos la búsqueda e identificación de las situaciones que disparan la vinculación de las personas y las comunidades a este tipo de actividades; condición particular en la cual el deterioro de la calidad de vida y los procesos de exclusión conforman los indicadores centrales del impacto que el consumo de sustancias tiene sobre la vida particular y social de las personas afectas.

Dichos indicadores se convierten en situaciones de alto riesgo para la vinculación de la población a actividades de tráfico y consumo de sustancias y se encuentran relacionados, entre otros, con la deserción escolar o la escolaridad tardía justificada en la carencia de recursos económicos por parte de los adultos responsables, el ejercicio de la responsabilidad productiva por parte de los niños, niñas y adolescentes, las pocas oportunidades de empleos estables y con buena remuneración, y bajo nivel de acceso a los sistemas de salud.

Precisamente, y en coherencia con lo establecido por la Estrategia de Atención Primaria en Salud, al diseñar estrategias de mitigación es importante tener en cuenta:

- El diagnóstico: permite identificar las condiciones del contexto, puntos focales de riesgo, protección e intervención.
- El enganche: Crea las condiciones para la vinculación a los programas y la permanencia al desarrollo de los procesos de intervención.
- La generación de espacios de encuentro: ámbitos propicios para el desarrollo de la estrategia de acompañamiento en el proceso de resignificación de la vida, a través de encuentros de dialogo reflexivo, en el que la persona puede llegar a expresar sus miedos, sus experiencias, sus dolores, sus sueños. Sencillamente empezar a reconocerse como un ser en transformación que aporta a otros.
- La problematización: reflexiones sobre la representación social dada a los procesos de adicción, en tanto esta puede ser abordada de una forma que desmitifica la problemática para encontrar en las verdaderas razones en que se produce el consumo y que en los momentos de crisis emergen para desencadenar los síntomas psíquicos y físicos que lo mantienen.
- El acompañamiento: la asesoría en el desarrollo de los proyectos de vida, con sus objetivos, metas y retos representados en el reconocimiento de las frustraciones, de sueños no resueltos.

De esta manera, para el desarrollo de estrategias sociales de reducción del riesgo y daño, se considera importante abordar la mitigación con una visión comunitaria que aporta la posibilidad de diseñar estrategias de acompañamiento desde la cotidianidad del contexto. Se reconoce entonces que al identificar las situaciones de riesgo en las





que el individuo se desempeña sin plena conciencia, se reconocen los desencadenantes que lo llevan al uso, consumo y abuso de la sustancia psicoactiva.

La mitigación exige un conjunto de estrategias y acciones que ayudan a reducir los efectos negativos de los riesgos, tanto antes de que se materialicen como cuando ya lo han hecho y se han convertido en daños, incidiendo en la transición de patrones de consumo, la transformación de estilo de vida que conducen al riesgo y en el establecimiento de patrones de comportamiento biopsicosocial nocivos para la salud integral. (Ministerio de la Protección Social-Fundación Procrear, 2007)

Al diseñar una estrategia de mitigación se debe tener en cuenta la coherencia entre la prevención indicada con la necesidad de priorizar los grupos de población en los que el impacto de los riesgos y daños es mayor; por lo tanto, el trabajo se debe focalizar en consumidores reincidentes de tratamientos terapéuticos, los consumidores de centros penitenciarios, las personas que se encuentran en edad productiva (especialmente las mujeres), aquellos que usan sustancias que ofrecen riegos de adquirir el VIH como las drogas por vía inyectada y los que además del daño por consumo presentan comorbilidad.

A partir de lo anterior, a continuación se sugieren dos tipos de estrategias que deben incorporarse en diferentes procesos de reducción y mitigación del daño:

- Disminución del Riesgo Social. Los factores de vulnerabilidad social, están referidos a un conjunto de relaciones, comportamientos, creencias, formas de organización institucional y comunitaria y maneras de actuar de las personas y las comunidades que las coloca en condiciones de mayor o menor exposición. Dentro de estos factores se reconocen: los políticos, ideológicos, culturales, educativos, institucionales y organizativos.
- Acciones en Reducción de Riesgos. El concepto plantea minimizar las condiciones de riesgo asociadas al consumo de drogas, estableciendo un contacto directo y permanente con los consumidores en las comunidades locales en donde se da el fenómeno. Esto facilita el acercamiento, el acompañamiento y la continuidad del contacto. (Ministerio de la Protección Social-Fundación Procrear, 2007).

Reducir riesgos significa trabajar en la cotidianidad y crear espacios de atención de bajo umbral, en donde las exigencias para ingresar sean mínimas; buscar que las instituciones públicas de atención social garanticen el acceso a los sistemas de salud y de justicia e incidir en las situaciones de conflicto generando acciones de mediación.

La reducción del daño busca, más que erradicar el consumo de drogas, limitar sus efectos negativos y las situaciones conexas a nivel social, económico y de salud. La





reducción de daños, a través de estrategias planificadas y articuladas, hace que el uso de drogas ocasione el mínimo daño posible a la sociedad y a los ciudadanos.

Algunos de los objetivos de la Reducción de Daño son (Ministerio de la Protección Social-Fundación Procrear, 2007):

- Contener: La tasa de morbimortalidad y la pérdida de la calidad de vida.
- Estabilizar: Al farmacodependiente o consumidor problemático.
- Interrumpir: El circulo vicioso entre farmacodependencia y conductas delictivas.
- Mejorar: La calidad de vida de los farmacodependientes.
- Prevenir: El uso problemático de sustancias entre los consumidores ocasionales.
- Desarrollar: Intervenciones con la comunidad local para modificar representaciones sociales y fortalecer la comunidad local.

Las acciones a realizar deben estar focalizadas en los ámbitos formales e informales, es decir en los escenarios educativos, laborales, comunitarios y sanitarios, en tanto estos son un complemento a los servicios de tratamiento y ayudan a reducir los riesgos asociados a diversos patrones de consumo que generan dependencia.

Estas acciones se organizan según la manifestación del riesgo-daño y con referencia a los sistemas individual, familiar, comunitario y social, en los cuales los componentes que aplican, están enmarcados en la promoción de la salud, la atención, la asistencia y la inclusión social. Este proceso corresponde al conjunto de acciones que se realizan entre los diversos actores sociales de un territorio, para generar condiciones y posibilidades que propicien procesos de integración de las personas a las redes sociales de la zona donde viven y trabajan. Requiere integrar los diversos actores sociales: los que producen la exclusión, los que se han organizado para atenderla y los que la sufren. (Ministerio de la Protección Social- Fundación Procrear, 2007)

La inclusión social del consumidor de drogas implica desarrollar acciones de carácter estructural que incidan en cambios estratégicos a nivel social, político, económico y cultural. A la vez, es necesario desarrollar acciones en la cotidianidad para restablecer los vínculos del individuo con el entorno y viceversa.

De acuerdo con Milanesse (2003), para alcanzar un verdadero proceso de inclusión social es importante contar con el apoyo de las comunidades locales , las organizaciones de base e individuos en interacción contextual, que conforman los grupos humanos asociados a un territorio, y que pueden entenderse como redes sociales, en tanto se organizan para atender sus problemas, necesidades e intereses. (Ministerio de la Protección Social- Fundación Procrear, 2007).





El conjunto de relaciones sociales cercanas como las que nacen de la familia, el vecindario, las asociaciones de padres o los vecindarios, sumadas a las que llevan a compartir sentimientos de grupo por razones de etnia, raza o religión y las que identifican los individuos dentro de una misma clase, conforman el "capital social" de una sociedad. Este capital puede ser positivo, si añade valor al conjunto social, aumentando por ejemplo la solidaridad o negativo si conlleva a situaciones de ruptura como las que resultan de los nexos, contactos y redes entre organizaciones criminales

Las redes positivas de intervención comunitaria ayudan asistir a aquellas personas afectadas por algún grado de consumo de SPA, a adoptar medidas complementarias a los mecanismos formales de protección para reducir el impacto del consumo de SPA en la salud pública, ya fomentar la productividad y el capital humano. Las redes de información se construyen desde el contexto, propician la creación del inventario de recursos y mecanismos de articulación y coordinación para la atención.

En el nivel familiar se ofrece medios para que ellas puedan identificar los riesgos y los daños que se derivan del consumo para gestionar acciones de atención para la reducción del daño, recuperación de vínculos, movilización de recursos familiares al interior de la intervención de la dinámica y estructura familiar que les permitan asumir resolución de conflictos y situaciones problema, frente al consumo de sustancias psicoactivas.

La dimensión social se aborda desde la estrategia de entornos saludables que busca desarrollar la protección efectiva para la salud y el bienestar, así como facilitar el cambio cultural, contextual, normativo e institucional.

En el nivel comunitario se movilizan estrategias para el fomento del capital social a partir de la creación de comités de convivencia y reconciliación, así como el diagnóstico y planeación participativa y de educación en salud en la base, para involucrar a todas las redes de la comunidad interesadas en encontrar soluciones al problema que no solo involucren a quién consume sino también a su ámbito familiar.

Es en las comunidades locales en donde el trabajo de redes sociales incluyentes se hace práctico, real y efectivo; el individuo se integra a una dinámica concreta de participación; es reconocido como sujeto activo y se asume como ciudadano participante.

Por ello, reducir riesgos significa trabajar en la cotidianidad y crear espacios de atención de bajo umbral, en donde las exigencias para ingresar sean mínimas; buscar que las instituciones públicas de atención social garanticen el acceso a los sistemas de salud y de justicia e incidir en las situaciones de conflicto generando acciones de mediación.





La reorientación y la asistencia proponen flexibilizar alternativas de atención y acogida a grupos "excluidos" a partir de su incorporación en las redes de información y apoyo social; viabilizar esto requiere capacitar a los profesionales que trabajan en el nivel de atención primaria y básica para la identificación temprana de problemas asociados al consumo.

Así mismo y frente a las especificaciones técnicas del eje de mitigación de los riesgos y daños del consumo y utilizando la lógica de trabajo social-comunitario, cobra importancia resaltar la intervención en grupos de personas de bajo umbral que buscan prevenir los riesgos de exclusión y de estigma social hacia consumidores y/o personas que están afectadas por problemáticas asociadas al consumo de heroína.

La mitigación se hace cargo de acciones prácticas, concretas e intermedias que se implementan en ámbitos escolares, laborales y comunitarios para reducción de riesgo, daños e impactos negativos de consumo (Ministerio de la Protección Social, 2008). Estas acciones han sido el fruto de procesos de trabajo colectivo que se fundamentan en la construcción y movilización de redes sociales, en las que participan activamente los actores de la comunidad, dando respuesta a las necesidades priorizadas por la misma. Entre ellas están:

- Zonas de Orientación Escolar, ZOE y Zonas de Orientación Universitaria, ZOU: Son espacios ubicados en las instituciones educativas, donde se ofrecen servicios de orientación, escucha activa, acompañamiento y canalización hacia los servicios de atención, así mismo se generan procesos de formación y capacitación a los miembros de la comunidad educativa en temas relacionados con el consumo de SPA, involucran actores pertenecientes a la comunidad educativa, a las redes institucionales y los miembros de la comunidad local.
- Zonas de Orientación Laboral, ZOL: Son espacios laborales en los que se desarrollan estrategias de prevención selectiva e indicada en los lugares de trabajo formales e informales.
- Zonas Francas: Son espacios dentro de las instituciones penitenciarias y carcelarias, en los que se desarrollan estrategias orientadas a la reducción de sufrimiento, daño y estigmatización de las personas privadas de la libertad consumidoras de SPA.
- Centros de Escucha: Son espacios de bajo umbral, es decir, de fácil acceso, que no requieren de una estructura compleja y que son apropiados por las mismas comunidades. Este permite la escucha inmediata, promoviendo la mediación y la organización comunitaria y derivación a servicios de salud, sociales y educativos.

La Nación cuenta con apoyo técnico explícito sobre las estrategias establecidas para la reducción de daño, en lo cual la Política Nacional de Reducción del Consumo de SPA, busca reducir el consumo y sus consecuencias adversas, (MPS, 2007), concentrando





acciones propias de la prevención terciaria y algunos aspectos de la prevención secundaria o indicada. En términos de mitigación, las metas propuestas por la política incluyen:

- Evitar/prevenir que quienes ya se han iniciado en el consumo transiten a patrones de uso problema o a la dependencia.
- Evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo, corran riesgos continuados, vean afectada su salud física, mental, emocional, familiar y social y que por efectos de su consumo pongan en riesgo a terceros. El cumplimiento de estas metas, asocia el desarrollo de una serie de líneas de acción a través de la cuales es posible operacionalizar las actividades a realizar (MPS, 2008):
- Educar en salud, con actividades de prevención secundaria por fuera del tratamiento institucional y formal, para integrar a los beneficiarios a redes de servicios existentes.
- Reorientar de la atención y la asistencia: con el fin que las personas y familias afectadas, encuentren información y servicios de salud mental y socio-sanitarios de manera oportuna.
- Fortalecer las redes sociales y redes de información y asistencia: la estrategia de fomentar la construcción de redes sociales busca movilizar la creación de mecanismos informales de protección social complementaria a las ya existentes.
- Elaborar diagnósticos y planeación participativa: Involucrar a las comunidades y grupos directamente afectados en el diagnóstico de su realidad y en la construcción de las acciones de política para la prevención, mitigación y superación del consumo de SPA con el fin de legitimarlas y sostenerlas.

De acuerdo con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social (2004), los programas de reducción del daño pueden desarrollarse en torno a cuatro líneas de acción como son:

- Trabajo de calle. Comprende acciones desarrolladas en dichos lugares para motivar a los usuarios frente al inicio de programas de rehabilitación que incluyen educación para la salud, habilidades para la vida, educación en el uso responsable de la droga y acompañamiento psicosocial par la potenciación de las fortalezas y superación de dificultades personales asociadas y no asociadas al consumo. Esto debe hacerse teniendo en cuenta siempre las pautas culturales propias de cada calle (pensamientos, habla, acción, artefactos, creencias y condiciones concretas del grupo a afectar), dependiendo además de la capacidad humana para aprender y transmitir la información (Fundación Mexicana para la Salud, 2013)
- Acceso a servicios en salud. En esta línea se realizan actividades para que los usuarios accedan a centros de tratamiento o a grupos terapéuticos itinerantes con brigadas de atención





- Promoción de la participación activa de los usuarios para formar multiplicadores de las estrategias al interior de las comunidades consumidoras, e individuos entrenados para contribuir en la construcción de los programas orientados a sus pares.
- Transición de consumo de sustancias a otras de menor poder adictivo y deterioro funcional asociado

Los programas de intercambio controlado de Jeringas han mostrado resultados positivos importantes en la mitigación de daño, con disminución de prevalencias de infección por HIV y Hepatitis C, pero estos solo tienen un alcance directo entre el 5% y el 10% de PID; esto obligó a buscar nuevas estrategias para aumentar el impacto del programa y el fácil acceso a material estéril, por lo cual se propone el Intercambio secundario de jeringas, constituyéndose como otro de los componentes importantes en la prevención del VIH y de la hepatitis C para las personas que se inyectan drogas.

En un estudio realizado en Baltimore entre los años de 1995 y 1997 concluyeron que los intercambiadores secundarios o satélites acceden a una gran cantidad de inyectores y pueden actuar como mediadores para mensajes y materiales preventivos más allá de lo que puede alcanzar el propio programa.

Según la Harm Reduction Coalition, el 90% de los programas fomentan el intercambio secundario, además la gran mayoría de provee de material estéril a otros usuarios. Otra investigación realizada en California reporta que aproximadamente el 75% de los participantes informaron que realizaban intercambio secundario. Los estudios también documentan que el intercambio secundario aumenta el número de jeringas estériles en circulación.

Estas personas encargadas del intercambio secundario son sujetos que están involucrados dentro del programa de intercambio de jeringas, por lo que deben ser capacitadas en el suministro del material, así como en técnicas de inyección de menos riesgo y otros temas relacionados con el uso de drogas. Generalmente son líderes de su comunidad o pares que se les denomina educador par, y que pueden ser usuarios o ex usuarios de drogas que muestran deseo de trabajar en beneficio de sus compañeros; deben tener un buen conocimiento de la zona donde se encuentra y el contexto del consumo así como una buenas relaciones con sus compañeros o demás consumidores.

Las principales responsabilidades de los pares educadores deben ser:

- Construir una relación con el usuario y mantenerse en contacto de una manera planificada.
- Compartir información dentro y entre las redes.





- Facilitar los vínculos entre compañeros de los compañeros y personal del proyecto y otros proveedores de servicios.
- Enseñar a sus compañeros prácticas de inyección segura o de menor riesgo y de relaciones sexuales más seguras.
- Distribuir agujas y jeringas así como preservativos en función de la demanda.
- Ayudar a las referencias a los servicios de salud involucrados en la atención de la población.
- Difundir mensajes e información acerca de los servicios del programa.

De acuerdo con la CICAD (2013), la comunidad juega un papel relevante en el fortalecimiento de comportamientos y actitudes sociales en general, así como en el desaliento de otras. Es por ello que buena parte de los programas funcionan y se sostienen a partir de la apropiación de la comunidad y su participación activa en la modificación de los factores de riesgo y de protección.

En el Modelo de Mitigación de Daños se debe contemplar el apoyo en el trabajo comunitario, el cual es un método utilizado para llevar los servicios a los grupos y organizaciones sociales. Dicho trabajo en función de los tiene como componentes un alcance comunitario directo por medio de personas ex consumidoras de drogas o de pares que conocen la cultura de la calle y que son capacitadas para localizar a usuarios actuales de drogas en la comunidad, en particular los que usan drogas por vía inyectada y realizar con ellos trabajo comunitario en coordinación con equipos interdisciplinarios.

Este modelo de intercambio permite establecer un contacto personal directo con los usuarios, posibilitando los mensajes de prevención y la educación para la salud, realizar una intervención motivacional para la adopción de conductas saludables y facilitar la canalización a otros servicios. Sin embargo se requiere tomar en cuenta la necesidad de colaboración de personal en número suficiente, motivado y adecuadamente entrenado; además que se establezcan mecanismos para salvaguardar la confidencialidad (Ramos, 2011).

Los ex adictos y pares pueden establecer más fácilmente con los lazos de confianza para dar mensajes y distribuir los equipos de inyección y otros insumos preventivos en barrios, cárceles "ollas" u otros lugares de encuentro de la población . En dicho modelo, las acciones se dirigen a aquellas personas que no desean o que no pueden entrar a un programa de rehabilitación institucionalizado, básicamente aquellas que se encuentran en etapa pre contemplativa o contemplativa de acuerdo con Prochaska y DiClemente; las personas que desean rehabilitación son referidas a servicios confiables de una forma activa, asegurando que reciban los servicios en la institución que la misma persona selecciona para su tratamiento de rehabilitación (anexo 13)





En la ejecución del Modelo Mitigación de Daños es importante aclarar con los usuarios que tienen dos caminos:

- 1) Iniciar un proceso de intervención terapéutica, rehabilitación, superación e inclusión social.
- 2) Seguir consumiendo drogas implementando acciones que impliquen minimizar riesgos para su salud, incluyendo el contagio por VIH.

Para elegir el método de trabajo comunitario apropiado se debe considerar la posibilidad de que por esta vía se puedan reclutar eficientemente varios , además de conocer el contexto, valores, actitudes, reglas y creencias que determinan a las personas dentro de dichas comunidades (Fundación Mexicana para la Salud, 2014). En ese orden, la elección de la modalidad se realizara de acuerdo a las necesidades y características propias de la región donde se implemente el programa; estas modalidades no son excluyentes y muchos de los mejores programas combinan dichas propuestas.

Aunque el ámbito en el que más se focaliza el trabajo comunitario es la calle, deben muchas veces acceder a sitios como edificaciones abandonadas, puentes, instituciones, aprovechando las redes de usuarios que se establecen. Otros elementos a considerar dentro de esta propuesta para su adopción en Colombia son la extensión de servicios de educación y consejería para parejas sexuales y otros miembros de la familia que puedan estar en riesgo de adquirir el VIH, el VHC y/o de involucrarse en el uso y abuso de drogas, el establecimiento de consejerías y pruebas de detección de VIH y VHC, la referencia y contrareferencia activa a servicios de salud, incluyendo la salud sexual y la salud reproductiva, el tratamiento de rehabilitación al consumo de drogas y otros servicios legales.

En el modelo de mitigación, un programa de intercambio controlado de jeringas corresponde a un conjunto de estrategias desarrolladas en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud (OMS, 2008) dirigidas para la reducción del daño en ; consiste inicialmente en el suministro de material de inyección estéril y otro tipo de servicios, de forma gratuita, a cambio de la entrega de sus jeringas usadas.

No obstante, el intercambio de jeringas no debe ser el fin último de estos programas. Por el contrario, éstos forman parte de una estrategia global de "reducción de riesgos", que incluye educación sanitaria, consejo y acercamiento de los usuarios que requieran o demanden a los servicios socio-sanitarios de atención existentes (Valenzuela, 2010). Estos programas son considerados de bajo umbral, ubicados en sitios altamente contaminados por el consumo, con población marginal y vulnerable.





Anexo 4. Aspectos técnicos de Intervención integral de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas por vía inyectada.

En el proyecto del Plan Nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada (2013), se contempla dentro de su línea estratégica la importancia de articular procesos de mitigación del impacto mediante el desarrollo de opciones de acompañamiento, destinadas a la reducción de daños para los. Esta propuesta, sugiere abordar la problemática desde las siguientes dimensiones:

- Daño asociado a la venopunción constante en condiciones pocos seguras e Higiénicas.
- Daño asociado al intercambio y reutilización de equipos de inyección no estériles y de otros insumos utilizados para el consumo.
- Daño por no diagnóstico oportuno de comorbilidades físicas.
- Daño por no diagnóstico oportuno de comorbilidades psíguicas.
- Daño por no continuidad en el tratamiento farmacológico.
- Daños por no adherencia a tratamientos, relacionados, por ejemplo con tratamiento antirretroviral (TAR) o de tuberculosis (TBC), entre otros
- Daño por sobredosis no detectada a tiempo o no tratada con idoneidad
- Daño por abuso de autoridad o vulneración de derechos sociales o de salud.
- Daño por exclusión social, estigma y discriminación.

Desde el Estudio de Salud Mental del 2003 y su propuesta normativa, es clara la necesidad de promover modalidades para la prestación de servicios en salud mental en Colombia, que se apoyen en la metodología de la atención primaria en salud (APS), mediante el estudio de las necesidades de la población, de forma coordinada e integrada, dando prioridad en ella a estrategias comunitarias y participativas.

Estas intervenciones deben estar fundamentadas en los últimos avances científicos en salud mental, desde lo cual se presentan como una estrategia de prestación de servicios integrales, basada en la evidencia, que implementa acciones dirigidas a la promoción de salud mental, la prevención del riesgo, el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado paliativo en trastornos mentales.

Bajo esta concepción, la APS tiene en cuenta enfoques de ciclo vital, manejo social de riesgo y enfoque diferencial; reconoce como actores a la comunidad, usuarios de servicios, trabajadores de salud, entidades promotoras de salud (EPS), instituciones prestadoras de servicios (IPS), redes sociales, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros sectores de índole social y comunitario, con los cuales deben establecerse articulaciones operativas.





Por lo anterior, el modelo de reducción de daños implica que en el contexto del consumo de SPA las personas conozcan los efectos y peligros asociados al consumo para que sus prácticas sean realizadas con el menor riesgo posible; además también se refuerza en quien detuvo el consumo la idea de no reincidir en el mismo. La reducción de daños hace referencia a la manera de reducir, evitar, moderar y acotar los diferentes daños tanto para la salud psicofísica como para la situación social de la persona, partiendo que estos son mucho más graves que los efectos clínicos propios de las drogas en sí.

En este sentido, la reducción de daños en la población va unida a un acercamiento con los consumidores activos y a un trabajo preventivo-asistencial construido por equipos de salud, en articulación con los recursos humanos e institucionales de su entorno, de esta manera todos los daños que se pueden evitar son relevantes, con una importante huella sanitaria al reducir las transmisiones de hepatitis, VIH y muertes entre los usuarios, lo cual implica reconocer que en estas acciones es prioridad incluir los programas de intercambio controlado de jeringas.

La propuesta del Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras Drogas por Vía Inyectada desarrollada por el Ministerio de la Salud y la Protección Social (2013) señala como estrategias dirigidas a la reducción del consumo de heroína una serie de acciones que en general se interconectan con el fin de propiciar los escenarios posibles para la contención de la problemática y la mitigación de los efectos que la misma tiene para la salud de los y de sus comunidades.

Así de acuerdo con el Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína. y en consideración con lo propuesto por la OMS, la UNODC, y ONUSIDA (2013) un paquete integral de estrategias para la prevención, tratamiento y atención del VIH, ITS y enfermedades conexas, entre los Usuarios de Drogas Invectadas, debe incluir nueve Intervenciones basadas en las recomendaciones del consenso del grupo de referencia de las Naciones Unidas en VIH en usuarios de drogas intravenosas (2010).

- 1. Los programas de intercambio de jeringas.
- 2. Terapia de sustitución de opiáceos y otros tratamientos de la drogodependencia, como propuesta alternativa.
- 3. Las pruebas y asesoramiento para el VIH.
- 4. Tratamiento antirretroviral (TAR), con apoyo del sistema de referencia.
- 5. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS).
- 6. Los programas que ofrecen condones para usuarios de drogas por vía invectada y sus parejas sexuales.
- 7. Información dirigida, educación y comunicación para usuarios de drogas por vía invectada y sus parejas sexuales.
- 8. La vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral.





9. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

Adicionalmente, los programas de reducción del daño deben contar con otras acciones como dotación de gasa y cloro para la desinfección del equipamiento de inyección, asesoría médica y psicosocial permanente, así como trabajo comunitario de acercamiento a los y consejería (CENSIDA, 2008).

Estas líneas conforman un marco de estrategias que involucran la responsabilidad de todos los sectores de salud y la participación de las comunidades de base, y en su conjunto, articulan procesos integrales de reducción de daños.

Programas de suministro de jeringuillas.

Son estrategias de reducción de daños que promueven el suministro a los consumidores de droga por vía parental, de material estéril u otros elementos para su inyección, de este modo se persigue evitar las epidemias por contagios de hepatitis, VIH y otras enfermedades asociadas a este tipo de hábitos de consumo y conlleva a una mejoría de la calidad de vida de los usuarios de drogas por vía intravenosa sus parejas y la comunidad donde está inserto el dispositivo.

Estos programas disminuyen las prácticas de inyección de drogas que conllevan riesgos tales como el uso compartido de jeringas, dar y/o recibir drogas previamente diluidas en una jeringa usada, y compartir otros materiales (algodones, agua contaminada) relacionados con la preparación y administración de la dilución de drogas en recipientes para disolver la sustancia.

Estos programas se consideran de bajo umbral, lo que implica un fácil acceso o participación de las actividades de este, con criterios mínimos de ingreso, flexibilidad en las normas que configuren un entorno amigable, libre de estigma y permita el acercamiento a población de difícil acceso o que no es fácilmente atendida en los servicios de salud habituales.

Frente al suministro de jeringuillas a los usuarios de los programas existen diversas normas como es el intercambio de jeringas uno a uno, lo que significa que requiere el retorno de la jeringa utilizada para la obtención de una nueva por parte del usuario, sin embargo esta no es la única norma posible en cuanto a la dispensación de material estéril, existen otros programas en el mundo más flexibles en la entrega de elementos para la inyección, y no se limitan al intercambio exclusivo, otras normas pueden contemplar el suministro de 1 o 2 jeringas cuando el usuario no dispone de estas, otros programas pueden limitar un número máximo de material entregado a la semana sin tener en cuenta el retorno de este o el número de veces que se inyecte en un día y





otros programas aun más flexibles dispensan material para la invección de manera ilimitada.

El objetivo primordial de los programas de intercambio de jeringas es evitar el uso compartido de estas: las prácticas internacionales indican que solo los programas con miras a lograr una distribución ilimitada tienen probabilidades de alcanzar una cobertura elevada, por otra parte, varios estudios canadienses han comprobado que las políticas de intercambio de uno por uno no surten efecto en zonas donde una gran cantidad de personas se invectan estimulantes debido a que estas personas utilizan mayor cantidad de jeringas y agujas. OMS (2013).

Se debe procurar que la dispensación de material para inyección alcance la mayor cobertura posible y debe estar orientado a garantizar que en la población se utilice siempre una jeringa nueva para cada inyección, sin embargo para la distribución de material utilizado para la invección se debe también tener en cuenta las necesidades propias de la región y a la disponibilidad de presupuesto para el funcionamiento del programa.

Otras características importantes relacionadas con los programas de intercambio de jeringas se relacionan con el hecho que:

- Son altamente costo/efectivos como estrategia de prevención del VIH y menos eficaces en la reducción de VHC.
- No hay evidencia que aumenta el consumo de drogas o la inyección, pero si puede lograr una mayor participación o ingreso a tratamientos en drogadicción.
- No hay evidencia que aumenten los índices de criminalidad en las zonas donde funcionan los programas de intercambio controlado de jeringas.

Como objetivos generales de la propuesta de programa de intercambio controlado de jeringas se establecen:

- Reducir la incidencia de contagios por infecciones de transmisión sanguínea mediante la provisión de material utilizado para consumo higiénico de drogas inyectables y relacionadas tanto con las jeringas, como con otros elementos y objetos requeridos por los.
- Disminuir el número de jeringas usadas y abandonadas en la comunidad, lo que evita que se reutilice o se comparta con otros, evitando así los contagios por esta vía o los daños asociados a la utilización de jeringas o materiales no higiénicos y contaminados.
- Establecer una estrategia de caracterización y acompañamiento psicosocial, detección de comorbilidad psiguiátrica y médica y derivación para tratamiento a otras instancias y niveles de responsabilidad.





 introducir el mayor número de jeringas estériles dentro del colectivo de Usuarios de Drogas por Vía Parenteral (UDVP).

Para el cumplimiento de estos objetivos se sugiere considerar las siguientes modalidades y condiciones para el funcionamiento de los programas de intercambio controlado de jeringas, los cuales no son excluyentes entre si para su funcionamiento en los territorios donde se ha documentado el uso de drogas por vía inyectada.

Lugares fijos.

Representan la opción más sencilla, puede diseñarse para que a los usuarios del dispositivo resulte agradable, seguro para el personal que trabaja en el programa y debe contar con un lugar para el almacenamiento apropiado de los insumos.

En esta modalidad es fácil ofrecer otros servicios, como asistencia sanitaria y pruebas y orientación sobre el VIH y la hepatitis vírica. En el mejor de los casos, el local tendrá varios espacios, uno para cada servicio ofrecido.

Los programas que operan en un lugar fijo se establecen cuando se ha comprobado que hay un mercado de drogas más o menos abierto —por ejemplo, calles o parques donde las drogas se venden y compran abiertamente— o una gran cantidad de personas que se inyectan drogas se concentran en una parte de la ciudad, se instalan en un lugar apropiado en esa parte de la ciudad identificada o muy cerca de ahí, su funcionamiento idealmente debe ser todos los días, con un horario ajustado a los tiempos de los usuarios, procurando estar abiertos en los momentos en que hay más personas que se inyectan drogas en la zona.

El local debe ser discreto pero de fácil acceso a este, en lo posible, con 2 puertas, una de entrada y otra de salida, además el tamaño del local será determinado en el momento de la evaluación inicial acorde al tamaño de la población que va a atender y los servicios que se proporcionaran allí y la cantidad de personal que empleara el programa; siempre que sea posible deberá contarse con habitaciones separadas o cubículos que permitan privacidad para servicios que lo requieran así como el almacenamiento de insumos y documentos utilizados en el funcionamiento del programa.

Programas móviles.

Generalmente funcionan mediante una furgoneta o un autobús, habitualmente cuando es una unidad móvil pequeña, como una furgoneta, requiere 2 personas para su funcionamiento, el conductor y la persona que lidera la distribución y recogida de material utilizado para la inyección. En unidades más grandes, como un bus, en la parte posterior se pueden habilitar cubículos para ofertar otros servicios.





Un servicio móvil por lo general es más costoso que un lugar fijo porque exige la compra y mantenimiento del vehículo, un lugar para su estacionamiento y contar con una oficina y espacio de almacenamiento por separado; sin embargo, es común que estos servicios sean más fácilmente aceptados por los residentes locales que los lugares fijos.

Esta modalidad se puede ofertar cuando al momento de la evaluación del territorio se comprueba que hay varias zonas distantes frecuentadas por personas que se inyectan drogas, durante el proceso de evaluación también se decidirá el tamaño del vehículo, la ruta y el horario de funcionamiento del servicio móvil.

Programas de acercamiento.

Consiste en un agente que visita las casas donde hay personas que se inyectan drogas; esta persona va provista de material de inyección nuevo e informativo, además de un "guardián" o recipiente que no pueda perforarse para recoger el material usado. Este tipo de programa es el más fácil de empezar, pero puede ser difícil mantenerlo, además pueden resultar necesarios si la evaluación inicial determina que la mayoría de personas que usan drogas se inyectan en casas particulares.

Son programas que se pueden iniciar rápidamente, con una sola persona e implica bajos costos sin embargo por sí solos surten efectos limitados debido a que ofrecen menos oportunidades para la educación y servicios adicionales. Estos programas se pueden prestar para complementar otras modalidades de servicio, estableciendo contacto y motivando a los usuarios que acudan a los otros programas que ofertan servicios más completos.

Dispensadores automáticos para la venta de jeringas.

Países como Alemania, Australia, Italia y los Países Bajos utilizan este método para apoyar los programas de intercambio de agujas y jeringas. Estos dispensadores generalmente funcionan con monedas o fichas (o con una jeringa usada en el caso de los programas de intercambio) y dispensan un paquete de "reducción de daños".

En Australia, el paquete incluye varias agujas y jeringas, algodón con alcohol, algodón en rama, agua esterilizada y una cuchara. Incluye material educativo, a veces en forma de calcomanías. Los dispensadores están empotrados en la pared a una altura que dificulta que los niños alcancen la ranura para las monedas. La única marca que llevan son las instrucciones y un logotipo de intercambio de agujas y el contenido no se puede ver para no llamar la atención de guienes no son usuarios.

Los dispensadores habitualmente se instalan en las paredes externas de los programas en un lugar fijo, aunque algunos se colocan en lugares donde no hay otra manera de





conseguir material de inyección y en zonas donde se ha comprobado que los acuden a inyectarse. Funcionan 24 horas al día los 7 días de la semana.

La capacidad de estos dispensadores es limitada en cuanto a que no puede ofrecer otros servicios más allá de la dispensación y eliminación de material de inyección por lo cual se consideran solo medios auxiliares de las modalidades antes descritas.

Es evidente la capacidad limitada de estas máquinas para ofrecer otros servicios más allá de la distribución y eliminación de material de inyección, por lo cual en el mejor de los casos se deben considerar solo como medios auxiliares de los programas que nos ocupan.

Farmacias.

La ventaja de incluir a las redes de farmacias en los programas de intercambio de agujas y jeringas es que fortalece la disponibilidad de lugares donde adquirir jeringas y con horarios que suelen ser más cómodos para los usuarios; sin embargo puede presentar inconvenientes como que a muchos farmacéuticos les desagrada prestar servicios e incluso vender material de inyección a , sin embargo esto se puede modificar si se informa la importante labor que realizan y los objetivos que persiguen los programas de intercambio de jeringuillas .

Este tipo de programas pueden funcionar de distintas maneras, desde vender agujas y jeringas o mediante la distribución de kits de reducción de daños a cambio de cupones que son distribuidos por personal de programas de intercambio de jeringuillas, y en lo posible incluir sitios de recolección de material utilizado y material educativo para .

Intercambio secundario de jeringas.

O suministro secundario de jeringas, esta estrategia se refiere a una serie de prácticas formales e informales a través de las cuales los participantes del programa de intercambio de jeringas distribuyen jeringas estériles a sus compañeros o dentro de su red social.

Todas las modalidades enunciadas implican necesariamente el desarrollo de estrategias de psicoeducación, desde las cuales se fortalece la capacidad de respuesta de la comunidad frente a la problemática de salud, calidad de vida, bienestar e inclusión social de los . La elección de la estrategia se realizará de acuerdo con las necesidades y características propias de la región donde se implemente el programa, estas modalidades no son excluyentes y muchos de los mejores programas implementan y combinan varios modelos.





Sistema de Referencia, Contrarreferencia y Servicios Anexos.

El énfasis de los servicios mencionados y puntualmente la propuesta de la "Intervención integral de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas por vía inyectada" está relacionada con la atención primaria en salud, además de proporcionar servicios preventivos directamente, se deben establecer vínculos estrechos con servicios de atención primaria a los que puedan referenciar a los usuarios que necesiten atención clínica continuada.

Este papel debe ser fortalecido y ampliado para convertirse esencialmente un servicio de atención primaria de la salud dirigida a los , capaz de proporcionar una amplia gama de cuidado de la salud y los servicios sociales para los usuarios de drogas por vía inyectada en la calle y en las comunidades donde viven. Además los vínculos entre los programas de intercambio de jeringuilla, los servicios de salud y tratamiento adicciones deben fortalecerse.

También es posible que este programa esté vinculado a un hospital de segundo nivel de complejidad que dispongan de servicios de atención a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, una unidad de salud mental, un servicio de farmacodependencia o una red integrada de referencia y contrarreferencia.

De igual manera, toda estrategia estará en contacto con una red intersectorial de servicios que permitan la referencia de la población conforme a las necesidades detectadas en la valoración multidisciplinaria y el consentimiento del usuario.

La intervención debe garantizar el establecimiento de un trabajo con la comunidad a través de sus expresiones formales e informales que permitan y garanticen la difusión de sus intervenciones y la construcción de elementos que incidan en los determinantes sociales de la farmacodependencia, para eso se recomienda el trabajo conjunto con dispositivos de bajo umbral como los Centros de Escucha, definidos por Ministerio de Salud y por la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito como una opción de organización de la escucha comunitaria para afrontar la salud mental, el consumo de sustancias psicoactivas y problemáticas asociadas, y generar opciones de respuesta con presencia de los actores comunitarios y las redes de recursos.





Anexo 5. Entrevista motivacional e intervención breve.

Según Becoña y colaboradores (2008) la entrevista motivacional es una técnica postulada por Miller y Rollnick, (1991), quienes consideran que la adicción es transformable en la medida en que se resuelva la ambivalencia del sujeto, quien tiene en su balanza los elementos que determinan el consumo y aquellos que motivarían la suspensión del mismo. En la estrategia motivacional, el profesional facilitador no asume un rol autoritario ni de experto, se reconoce que la responsabilidad está en manos del individuo, y por lo mismo las estrategias que se utilizan son más de persuasión y apoyo que coercitivas o de confrontación.

La entrevista motivacional no precipita el inicio de un tratamiento basado en la abstinencia, pues se concibe que en cuanto exista más carga de motivación, en el momento en que se empiece el camino, más posibilidades coexisten de terminarlo. En todas las entrevistas se hará hincapié en los motivos para el cambio que parten de la exposición del paciente, a partir de una escucha reflexiva del profesional facilitador, quien actúa como un catalizador del proceso y ayuda a despejar las resistencias naturales que emergen en él.

De acuerdo con Becoña y colaboradores (2008), citando a Miller y Rollnick, (1991), los principios de la Entrevista Motivacional están dados por los siguientes elementos:

- 1- Expresión de Empatía: es el principio de aceptación, se refiere a la capacidad del profesional facilitador de ponerse en el lugar del usuario sin asumir como propia la problemática del consultante.
- 2- Creación de Discrepancia: se trata de crear una disonancia en el usuario entre quién es y quién querría ser.
- 3- Evitación de la Confrontación: esta conducta pone al usuario en una postura defensiva, y genera resistencias, lo que indica que se debe cambiar de estrategia.
- 4- Darle un Giro a las Resistencias: cuando aparecen las resistencias, comprender que esas percepciones se pueden cambiar, y se pueden sugerir otros puntos de vista; generalmente es el propio usuario quien puede encontrar soluciones alternativas.
- 5- Fomento de la Autoeficacia: si se enfrenta al usuario a una realidad desagradable pero no se siente capaz de cambiarla, no iniciará ningún camino. El mensaje a trasmitir es que él puede hacerlo. No solo puede, sino que debe, está en sus manos y nadie lo hará por él. El profesional facilitador le acompañara en ese camino que él irá trazando.





La entrevista motivacional es una técnica a la que subyace una concepción epistemológica de las adicciones, y su uso se recomienda en la "Intervención Breve", que es una estrategia recomendada por la Organización Mundial de la Salud y su capítulo regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), para modificar patrones de consumo nocivo de sustancias psicoactivas. sensibilizando y educando a los usuarios sobre los riesgos y los perjuicios asociados, sugiriendo estrategias de mitigación y reducción de daños, brindando orientación para desarrollar hábitos saludables y habilidades sociales y de autocontrol y manejo de contingencias, para reducir el consumo problemático de sustancias y motivar la adhesión a un tratamiento para la superación de la dependencia y posibles trastornos conexos.

Los expertos y organismos internacionales en la materia (UNODC, EMCDDA, OEA/CICAD) reconocen cada vez más los beneficios potenciales de las intervenciones motivacionales breves, las cuales normalmente se desarrollan en el propio contexto comunitario, sin interrumpir o alterar la dinámica familiar y ocupacional de las personas con consumo problemático de sustancias.

En personas poli consumidoras y con dependencia severa de sustancias, sin soporte afectivo o social y que habitan en entornos especialmente precarios, las intervenciones motivacionales no buscan como objetivo primordial la suspensión total del consumo de SPA y una abstinencia definitiva. Esta meta es poco realista y muchas veces inalcanzable aún con tratamientos residenciales prolongados.

Tal como ocurre en otra diversidad de escenarios, como los que habitan estudiantes universitarios con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol y otras sustancias, jóvenes infractores de la ley, adultos con consumo combinado de alcohol, estimulantes y benzodiacepinas, la intervención motivacional puede incluir orientación y apoyo psicológico con estrategias cognitivo conductuales y entrenamiento en habilidades de afrontamiento, tales como las encaminadas a la obtención de un balance decisional entre los pro y contra del consumo, análisis funcional y manejo de desencadenantes, incentivación de la exposición a situaciones y actividades gratificantes y autoreforzantes, ejercicios de relajación, fomento de redes de soporte emocional y socioafectivo, habilidades comunicacionales y asertividad, así como el desarrollo de hábitos saludables alternativos.

El escenario de la entrevista motivacional debe conllevar a la reflexión en el usuario, sobre la importancia y necesidad de la realización de pruebas rápidas y exámenes concomitantes que permitan la identificación de problemáticas de salud asociadas a su conducta de riesgo, como TBC, VIH, VHC, VHB; e ingreso a tratamientos en drogodependencias entre otras.





Anexo 6. Formulario para desarrollar informe de actividades.

Adaptado y adaptado de la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA & UNODC. (2013). *Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas.* Esta herramienta permite realizar seguimiento en el progreso de alcanzar los objetivos del programa y velar porque el servicio este llegando a tantas personas que se inyectan drogas como sea posible, además los métodos básicos de vigilancia deben ser uniformes en todos los programas del país con el fin de permitir la recopilación y comparación de estadísticas nacionales.

Se incluye los códigos dados por el DANE para identificar los departamentos y municipios de Colombia. (División Político Administrativa de Colombia – DIVIPOLA

TODOS POR UN NUEVO PAÍS FOI ESPOSAS BEFUEDAS					JD									
				DE ACTI	VIDAD	ES. (ca	ntida	d en	núme	ero)				
	go único													
1	go único		•											
				lepartame		on los a	signa	idos p	oor el	DANI	Ξ. (C)ivisión	Político	
				<u> – DIVIPC</u> ación: Co		o por 6	carac	toros	· lac '	2 nrim	orac	latrae d	al primar	anallida
														er apellido
				cumpleaño				su có	digo ί	inico	de ide	entificac	ción seria	ma2606.
			Mol	-, masculi	no o fer	menino.								
Obse	rvaciones	:												
				O Z			0							
				CÓDIGO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN		JERINGAS DISTRIBUIDAS	PRESERVATIVO		ြ			9		REFERENCIAS CUAL
				5 5	St	S I	×		CAZOLETAS	PAÑOS DE	AGUA	MATERIAL NFORMATIVO	os	2
⋖	<u>م</u>		١_	S E	JERINGAS	JERINGAS DISTRIBUIL	Ë	FILTROS	ᆫᄪ	8	۽ بر	MATERIAL INFORMAT	SERVICIOS	
FECHA	-UGAR	HORA	SEXO	<u> </u>	2	E E	ES	🖺	Š	8	3 5	# E	<u>8</u>	ZEFEF CUAL
쁘	3	포	S	850	5	75	4	ᄩ	3	2 2	¥	ΣZ	SE	船 点





Anexo 7. Formulario para desarrollar informe de actividades de suministro secundario.

Esta herramienta permite realizar seguimiento del de alcance a la población más oculta y que aun no se acerca al programa, además permite comparar el material entregado desde el programa con el entregado de manera secundaria.

E	TODOS POR UN NUEVO PAÍS	(6) МІ												
FORM	ATO DE ACTIVI	DADES	DE II	NTERCAMBIO	SECU	JNDAI	₹IO. (c	anti	idad e	n núr	nero)			
_	o único del mur	•												
_	o único del dep													
	os de municipio istrativa de Color				asigna	dos po	or el D	ANE	. (Div	/isión	Políti	СО		
	o único de iden				carac	teres.	las 2 p	rime	eras le	tras c	lel pri	mer a	pellid	lo.
luego e	el día y el mes de	cumple	años	en números. I	Ejemp	lo, par	a unas	per	sonas	el cu	al su	prime	r ape	llido
	tínez y su fecha Marcarlo como N					su cód	igo úni	co c	le iden	tifica	ción s	eria: ı	ma26	06.
	vaciones:	71 0 1 , 1116	Jour		•									
														_
FECHA	LUGAR	НОКА	SEXO	CÓDIGO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN	PERSONAS AI CANZADAS	PERSONAS ALCANZADAS	JERINGAS RECOLECTADAS	JERINGAS	PRESERVATIVOS DISTRIBUIDOS	FILTROS	CAZOLETAS	PAÑOS DE	AGUA DESTILADA	MATERIAL
	_	_	- U,	<u> </u>			,							





Anexo 8. Encuesta semestral a usuarios de la "intervención integral de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas por vía inyectada".

Esta encuesta es una herramienta dirigida por los funcionarios en contacto con los beneficiarios directos; será aplicada de manera semestral a los PID participantes de la intervención. Es de carácter anónimo y permite valorar los cambios de las conductas de riesgo de la población intervenida.

Esta encuesta será leída a los usuarios por parte de los funcionarios en contacto con la población atendida; se aclararán las dudas si las preguntas no han sido comprendidas; los datos serán registrados por parte del mismo funcionarios.

RESPUESTAS.

Para la pregunta 1. Opciones: Masculino/Femenino.
Para la pregunta 2. Opciones: Poner el número de meses correspondiente.
Para las preguntas 3 a la 10. Opciones: SI/NO
Para la segunda parte de la pregunta 4. Opciones: jeringa, agua, droga, filtro
torniquete, cuchara, cura.

Preguntas para encuesta semestral referidas a los cambios de las conductas de riesgo:

	Sexo:
2.	Meses participando en la intervención: meses.
3.	¿Utilizó una jeringa nueva en la última inyección?: SI NO
4.	¿Durante el último mes compartió elementos en la inyección? SI NO
	¿Cuál o cuales? :
5.	¿Durante el último mes ha reutilizado jeringas?. SI NO
6.	¿Cocinó* la droga en la última inyección ? SI NO
7.	¿Filtró** la droga en la última inyección ? SI NO Formula: Número de
	respuestas afirmativas / total de personas encuestadas.
8.	¿En el último día realizó rotación de venas*** de acuerdo a las recomendaciones
	dadas? SI NO
9.	¿Ha presentado infecciones en las zonas de inyección en el último mes? SI
	NO
10.	¿Durante los últimos tres meses tuvo episodios de sobredosis por heroína?
	ŠINO

99

^{*} Se define como el calentamiento de la preparación de la droga hasta la ebullición durante el último episodio de inyección.

^{**} Se define como la utilización de filtro de algodón para envasar la droga en la jeringa durante el último episodio de inyección.

*** Se define como la utilización de diferentes zonas del cuerpo para la inyección de acuerdo a recomendaciones de los profesionales.





Anexo 9. Indicadores de seguimiento

La información para el desarrollo de los indicadores serán obtenidos de los registros de los anexos 6 y 7 (Formulario para desarrollar informe de actividades.) y 8 (Encuesta semestral a usuarios de la "intervención integral de reducción de riesgos y daños en usuarios de drogas por vía inyectada".).

FICHA TÉCNIO	CA DE INDICADORES
Nombre del	Cobertura de usuarios de drogas por vía inyectada atendidos por el
indicador	programa
Tipo de	Cobertura.
indicador	
Definición	Es el contacto con el PID, al menos en 1 oportunidad al mes con entrega de material para la inyección.
Periodicidad	Mensual
Propósito	Identificar la Población alcanzada y realizar seguimiento a comportamientos de riesgos asociados.
Definición	Numerador: Número de usuarios de drogas por vía inyectada
operacional	atendidos por el programa
	Denominador: Total de usuarios de drogas por vía inyectada
	identificados
Coeficiente	Por 100 (%)
de	
multiplicación	
Fuente de	Registros de identificación y seguimiento del programa
información Interpretación	La cobertura del programa en el último mes fue de: %
del resultado	La cobertura dei programa en ei ditimo mes ide de %
Nivel	Municipal
TVIVCI	Mulliopai
FICHA TÉCNIO	CA DE INDICADORES
Nombre del	Porcentaje de retorno de jeringas en usuarios de drogas por vía
indicador	inyectada atendidos por el programa.
Tipo de	Proceso
indicador	
Definición	Es el porcentaje de jeringas que regresan los PID en la
	participación del programa
	Mensual
Periodicidad	
Periodicidad Propósito	Disminuir la cantidad de jeringas en la comunidad y disminuir





operacional	por vía inyectada
'	Denominador: Número total de jeringas entregadas a usuarios de
	drogas por vía inyectada
Coeficiente	Por 100 (%)
de	
multiplicación	
Fuente de	Registros de identificación y seguimiento del programa
información	
Interpretación	El porcentaje de retorno de jeringas en el último mes fue de: %
del resultado	
Nivel	Municipal
FICHA TÉCNIA	CA DE INDICADODES
	CA DE INDICADORES
Nombre del	Porcentaje de canalización a servicios de tratamiento en
indicador Tipo de	drogodependencias de usuarios de drogas por vía inyectada. Proceso
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Es el porcentaje de usuarios a los cuales se les realiza una
Delinicion	valoración y referencia para acceder a tratamientos en
	drogodependencia.
Periodicidad	Mensual
Propósito	Registrar la referencia servicios de tratamiento en
Tropodito	drogodependencias, resultante de la intervención orientada a
	mejorar calidad de vida .
Definición	Numerador: Número de canalizaciones que se realizan a servicios
operacional	de drogodependencias
	Denominador: Número total de usuarios de drogas por vía
	inyectada identificados
Coeficiente	Por 100 (%)
de	
multiplicación	
Fuente de	Registros de identificación y seguimiento del programa
información	
Interpretación	El porcentaje de usuarios canalizados a servicios de tratamiento en
del resultado	drogodependencias en el último mes fue de: %
Nivel	Municipal
	CA DE INDICADORES
Nombre del	Porcentaje de canalización a otros servicios.
indicador	December
Tipo de	Proceso





indicador	
Definición	Es el porcentaje de usuarios a los cuales se les realiza una valoración y referencia para acceder a tratamientos o servicios de
	salud.
Periodicidad	Mensual
Propósito	Registrar la referencia servicios de tratamiento en
·	drogodependencias, resultante de la intervención orientada a
	mejorar calidad de vida .
Definición	Numerador: Número de canalizaciones que se realizan a otros
operacional	servicios
	Denominador: Número total de usuarios de drogas por vía inyectada identificados
Coeficiente	Por 100 (%)
de	1 61 100 (70)
multiplicación	
Fuente de	Registros de identificación y seguimiento del programa
información	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
Interpretación	El porcentaje de usuarios canalizados a servicios de tratamiento en
del resultado	salud en el último mes fue de: %
Nivel	Municipal
FICHA TÉCNIO	CA DE INDICADORES
Nombre del	Promedio de días en el programa
indicador	
Tipo de	Intensidad de uso
indicador	
Definición	Es el promedio de días de uso del programa por los usuarios durante el mes.
Periodicidad	Mensual
Propósito	Registrar la cantidad de usuarios que hacen mayor uso del
	programa, lo cual indica el promedio de disponibilidad de jeringas
	en los usuarios.
Definición	Numerador: Sumatoria de días de uso de la intervención de todos
operacional	los usuarios que acuden en el mes
	Denominador: Número total de usuarios de drogas por vía
0	inyectada que acudieron en el mes
Coeficiente	No aplica
de	
multiplicación Fuente de	Pogistros do identificación y soguimiente del programa
Fuente de información	Registros de identificación y seguimiento del programa
iiiioiiiiacioii	





Interpretación	El promedio de días de uso del programa en el mes es de días.
del resultado	.
Nivel	Municipal
	CA DE INDICADORES
Nombre del indicador	uso de jeringa nueva en la última inyección.
Tipo de indicador	Impacto
Definición	se define como la utilización de una jeringa nueva en la inyección más reciente.
Periodicidad	Semestral
Propósito	Registrar e identificar los cambios en el patrón de uso de la vía inyectada hacia usos de menos riesgos posterior a las intervenciones.
Definición operacional	Numerador: sumatoria de respuestas afirmativas de la pregunta 3 de la encuesta
·	Denominador: Número total de personas encuestadas.
Coeficiente	Por 100 (%)
de	
multiplicación	
Fuente de	Encuentra semestral referida a cambios en las conductas de riesgo
información	en la población usuaria del programa
Interpretación	El porcentaje de usuarios que utilizaron una jeringa nueva en el
del resultado	último mes fue el %
Nivel	Municipal
FICHA TÉCNIC	CA DE INDICADORES
Nombre del indicador	Material utilizado en la inyección compartido durante el último mes.
Tipo de	Impacto
indicador	
Definición	Se define como la utilización del material por al menos dos
	personas durante la inyección. Este indicador se debe discriminar por cada uno de los elementos compartidos
Periodicidad	Semestral
Propósito	Registrar e identificar los cambios en el patrón de uso de la vía inyectada hacia usos de menos riesgos posterior a las intervenciones.
Definición	Numerador: sumatoria de respuestas afirmativas de la pregunta 4
operacional	de la encuesta





	Denominador: Número total de personas encuestadas.
Coeficiente	Por 100 (%)
de	
multiplicación	
Fuente de	Encuentra semestral referida a cambios en las conductas de riesgo
información	en la población usuaria del programa
Interpretación	El porcentaje de usuarios que compartieron material en el último
del resultado	mes fue el %
Nivel	Municipal
	CA DE INDICADORES
Nombre del indicador	Reutilización de jeringas en el último mes.
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Se define como la reutilización de jeringas para la inyección durante el último mes.
Periodicidad	Semestral
Propósito	Registrar e identificar los cambios en el patrón de uso de la vía inyectada hacia usos de menos riesgos posterior a las intervenciones del programa.
Definición operacional	Numerador: Sumatoria de respuestas afirmativas de la pregunta 5 de la encuesta
•	Denominador: Número total de personas encuestadas.
Coeficiente	Por 100 (%)
de	
multiplicación	
Fuente de	Encuentra semestral referida a cambios en las conductas de riesgo
información	en la población usuaria del programa
Interpretación	El porcentaje de usuarios que reutilizaron jeringas en el último mes
del resultado Nivel	fue el % Municipal
INIVCI	Ινιαιτιοιραι
FICHA TÉCNIO	CA DE INDICADORES
Nombre del	Cocción de la droga en la última inyección.
indicador	
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Se define como el calentamiento de la preparación de la droga hasta la ebullición durante el último episodio de inyección.
Periodicidad	Semestral





Propósito	Registrar e identificar los cambios en el patrón de uso de la vía inyectada hacia usos de menos riesgos posterior a las intervenciones del programa.
Definición operacional	Numerador: Sumatoria de respuestas afirmativas de la pregunta 6 de la encuesta
Onefining	Denominador: Número total de personas encuestadas.
Coeficiente	Por 100 (%)
de multiplicación	
Fuente de	Encuentra semestral referida a cambios en las conductas de riesgo
información	en la población usuaria del programa
Interpretación	El porcentaje de usuarios que cocinaron la droga en la l última
del resultado	inyección fue el %
Nivel	Municipal
	CA DE INDICADORES
Nombre del	Filtrado de la droga en la última inyección.
indicador	
Tipo de	Impacto
indicador	On define an all (II and a de file de all all and a de all all all all all all all all all al
Definición	Se define como la utilización de filtro de algodón para envasar la droga en la jeringa durante el último episodio de inyección.
Periodicidad	Semestral
Propósito	Registrar e identificar los cambios en el patrón de uso de la vía inyectada hacia usos de menos riesgos posterior a las intervenciones del programa.
Definición	Numerador: Sumatoria de respuestas afirmativas de la pregunta 7
operacional	de la encuesta
0	Denominador: Número total de personas encuestadas.
Coeficiente	Por 100 (%)
de multiplicación	
Fuente de	Encuentra semestral referida a cambios en las conductas de riesgo
información	en la población usuaria del programa
Interpretación	El porcentaje de usuarios que filtraron la droga en la l última
del resultado	inyección fue el %
Nivel	Municipal
FICHA TÉCNIO	CA DE INDICADORES
Nombre del	Rotación de venas durante el último día.
indicador	





Tipo de	Impacto
indicador	
Definición	Se define como la utilización de diferentes zonas del cuerpo para la
	inyección de acuerdo a recomendaciones de los profesionales.
Periodicidad	Semestral
Propósito	Registrar e identificar los cambios en el patrón de uso de la vía
	inyectada hacia usos de menos riesgos posterior a las
	intervenciones del programa.
Definición	Numerador: Sumatoria de respuestas afirmativas de la pregunta 8
operacional	de la encuesta
0 6 1	Denominador: Número total de personas encuestadas.
Coeficiente	Por 100 (%)
de	
multiplicación	Enguentro competral referido e combigo en los condustos de ricars
Fuente de información	Encuentra semestral referida a cambios en las conductas de riesgo en la población usuaria del programa
Interpretación	El porcentaje de usuarios que reportan rotación de venas durante el
del resultado	último episodio de inyección es el %
Nivel	Municipal
141701	Mariopar
FICHA TÉCNIO	CA DE INDICADORES
Nombre del	infecciones en zona de venopunción.
indicador	
Tipo de	Impacto
indicador	
Definición	Se define como la presencia de síntomas como rubor, calor,
	tumefacción, secreción purulenta o ulceración en zonas de
D : 1: : 1	venopunción.
Periodicidad	Semestral
Propósito	Registrar e identificar los cambios en el patrón de uso de la vía
	inyectada hacia usos de menos riesgos posterior a las
Definición	intervenciones del programa.
Definición operacional	Numerador: Sumatoria de respuestas afirmativas de la pregunta 9 de la encuesta
operacional	Denominador: Número total de personas encuestadas.
Coeficiente	Por 100 (%)
de	1 31 133 (70)
Fuente de	Encuentra semestral referida a cambios en las conductas de riesgo
información	
Interpretación	El porcentaje de usuarios que reportaron episodios de infecciones
información	Encuentra semestral referida a cambios en las conductas de riesgo en la población usuaria del programa El porcentaje de usuarios que reportaron episodios de infecciones





del resultado	cutáneas en zonas de venopunción el último trimestre fue el %
Nivel	Municipal
FICHA TÉCNIO	CA DE INDICADORES
Nombre del	Auto reportes de sobredosis por heroína en el último trimestre
indicador	
Tipo de	Impacto
indicador	
Definición	Se define como la pérdida de la conciencia y no respuesta al
	llamado o a estímulos dolorosos posterior al uso de heroína.
Periodicidad	Semestral
Propósito	Registrar e identificar los cambios en el patrón de uso de la vía
	inyectada hacia usos de menos riesgos posterior a las
	intervenciones del programa.
Definición	Numerador: Sumatoria de respuestas afirmativas de la pregunta 10
operacional	de la encuesta
	Denominador: Número total de personas encuestadas.
Coeficiente	Por 100 (%)
de	
multiplicación	
Fuente de	Encuentra semestral referida a cambios en las conductas de riesgo
información	en la población usuaria del programa
Interpretación	El porcentaje de usuarios que reportaron episodios de sobredosis
del resultado	por heroína en el último trimestre fue el %
Nivel	Municipal





Anexo 10. Cuestionario APGAR Familiar

El APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN Es un instrumento de auto aplicación, diseñado para obtener una evaluación rápida y sencilla de la capacidad funcional de la familia, reflejada en el grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar. El instrumento fue diseñado por Smilkstein (1978) y funciona como un cuestionario auto administrado que consta de cinco preguntas cerradas.

Indica una valoración global de satisfacción con la vida familiar. Útil como prueba de tamizaje. Puntaje mínimo: 0 Puntaje máximo: 10 A mayor puntaje mayor satisfacción. Las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en cada una de las áreas ofrecen una indicación de la función que se encuentra alterada en la familia del entrevistado.

COMPONENTES DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR MEDIDOS.

Afectividad: Es la relación de cariño o amor que existe entre los miembros de la familia y la capacidad de demostrárselo.

Adaptabilidad: Es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares (comunitarios) para resolver problemas familiares en situaciones de estrés familiar o en período de crisis.

Gradiente de crecimiento a desarrollo: Es la maduración física y emocional y la autorrealización que alcanzan los componentes de una familia, gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo a través del ciclo vital familiar.

Participación o cooperación: Es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.

Capacidad resolutiva: Es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros familiares





Nombre:			
---------	--	--	--

Instrucciones: Responda de acuerdo a su apreciación personal las siguientes preguntas marcando con una cruz la respuesta que más se acomode a su vivencia personal en su familia.

	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
	0	1	2
¿Está satisfecho (a) con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema			
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en su casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en su casa?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?			
¿Siente que su familia lo (a) quiere?			

Análisis:		
Puntaje Total:		
Ver mayor información en:		

Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. Aten Primaria. 1996.

Citado en: Forero Ariza Laura Marcela, Avendaño Durán Mónica Cristina, Duarte Cubillos Zuly Janeth, Campo-Arias Adalberto. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria.

Available http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci arttext&pid=S0034from: 74502006000100003&Ing=en





Anexo 11. Recomendaciones para la manipulación y la eliminación sin riesgos

Extraídas de la Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas de la OMS.

Eliminación de agujas y jeringas y recipientes para objetos afilados.

- Los objetos afilados deben eliminarse en un recipiente rígido que pueda soportar el peso de los desechos biomédicos sin desgarrarse, agrietarse ni romperse.
- Cuando los usuarios intercambien aquias, procurar que haya recipientes para objetos afilados.
- Cuando no hava recipientes para objetos afilados, exhorte a los usuarios a poner el material de invección usado dentro de un recipiente rígido de plástico con tapón de rosca, como por ejemplo una botella de lejía.
- Exhorte a los usuarios a devolver al programa los recipientes para objetos afilados cuando se hayan llenado hasta dos tercios de su capacidad.
- A ser posible, recoja los recipientes para objetos afilados de la casa de los usuarios o de los lugares donde acuden a inyectarse y almacene el material usado.

Recomendaciones para los usuarios del programa sobre cómo manipular los objetos afilados

- Localice los recipientes para objetos afilados cercanos a la zona de uso.
- Elimine el material inmediatamente.
- Nunca vuelva a cubrir una aquia.
- Cuando intercambie agujas con otras personas, pídales que vuelvan a
- cubrir sus agujas o encaje la punta de estas en un corcho.
- No doble ni rompa las agujas.

Recomendaciones para los empleados del programa sobre cómo manipular los objetos afilados

- Tenga presente que los usuarios que intercambian agujas pueden llevar otras agujas ocultas.
- No toque las agujas devueltas.
- Los usuarios del programa deben eliminar sus propias agujas.
- Si hay que contar el número de agujas, solo calcule (es decir, sin tocarlas).
- · Cuando invecte una vacuna o practique una prueba que requiera invección, localice los recipientes para objetos afilados cercanos.
- Deseche la aquia de inmediato.





Cuando recoja agujas descartadas en la comunidad:

- Póngase guantes gruesos a prueba de pinchazos.
- Lleve consigo un recipiente para objetos afilados y deposite inmediatamente las agujas en él.

Después de recoger material de inyección usado:

- Reúnalo en un punto central (por ejemplo, el local de un programa de agujas y jeringas).
- Procure que el sitio de almacenamiento esté protegido hasta que el material se pueda desechar sin riesgo.
- Si es posible, utilice un incinerador de desechos de temperatura elevada para destruir el material usado. Muchos hospitales tienen incineradores de este tipo.
- Cuando resulte imposible la incineración a gran temperatura, utilice los medios más seguros a su alcance, por ejemplo, un horno industrial, un incinerador pequeño o (como última opción) entierre el material.





Anexo 12. Directrices para la atención de pinchazos de aguja accidentales.

Se recomienda que en caso de accidente de trabajo se comunique con la línea de asistencia de la Administradora de Riesgos Laborales, donde serán direccionados al punto de atención en salud más cercano al lugar del suceso. A continuación se expone recomendaciones extraídas de la Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas de la OMS en caso de pinchazo accidental con agujas.

Primeros auxilios

- Deje que la herida sangre libremente.
- Limpie a fondo la herida con agua y jabón
- Si la lesión o la sangre entran en contacto con mucosas (por ejemplo, de los ojos, la nariz o la boca), enjuague bien con agua.
- Aplique a la herida un vendaje estéril e impermeable.

Atención médica y profilaxis después de la exposición.

Busque enseguida (en cuestión de horas) atención médica en una sala de urgencias, clínica o consultorio. Allí evaluarán el pinchazo. Puede ser que le recomienden las pruebas confidenciales de VIH, hepatitis B y hepatitis C. Puede recomendarse también la profilaxis posterior a la exposición (por ejemplo, administración de inmunoglobulinas o tratamiento contra los virus de la hepatitis B y la C o el VIH). Muchos hospitales cuentan con normas y procedimientos para tratar la exposición por pinchazos de aguja; pero hay variaciones regionales. La demora o la ausencia de atención médica pueden reducir la eficacia del tratamiento posterior a la exposición.

Orientación y evaluación posteriores.

Se recomienda practicar pruebas periódicas para determinar anticuerpos contra el virus de la hepatitis C y el VIH, así como las enzimas hepáticas. Se recomienda una orientación sico-emocional para tratar el estrés que acompaña a la lesión y la posibilidad de infectarse. Se recomienda asimismo la orientación para prevenir la transmisión de infecciones por las relaciones sexuales o por la donación de sangre y órganos.

Documentación y vigilancia.

Informe al director del programa de cualquier pinchazo de aguja que ocurra. Lleve un diario donde se anoten todas las lesiones y pinchazos de aguja. Incluya detalles como la fecha, el material involucrado, una descripción de la lesión y una explicación de cómo se produjo el incidente. Esta información ayudará a los programas a crear nuevas estrategias para prevenir los pinchazos de aguja.

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono:(57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 - www.minsalud.gov.co





Anexo 13. Instrucciones para el consumo de menos riesgo en Usuarios de Drogas por vía inyectada.

Uno de los aspectos más importantes es la vinculación de hábitos de higiene para reducir riesgos asociados con el uso de drogas por vía inyectada y evitar la transmisión de VIH/SIDA y de otras infecciones como las hepatitis; se debe procurar las mejores condiciones de higiene para hacer preparación y uso de drogas por vía inyectada.

Paralelo a los procesos de suministro de material higiénico, diagnóstico, motivación a la adherencia al dispositivo de reducción de daños y como parte de la psicoeducación, el equipo interdisciplinario promueve entre las PID asistentes al servicio la introyección de hábitos y cambios de la conducta relacionados con la utilización de jeringas, teniendo como principio el concepto de inyección segura definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una inyección que no perjudica al receptor, que no expone al proveedor a cualquier riesgo evitable y que no produce ningún desecho que pueda ser peligroso para otras personas o la comunidad.

Para el uso de sustancias psicoactivas se sugiere cambiar el uso de inyección segura por el de "inyección de menos riesgos", esta involucra varios aspectos que engloban el tiempo, lugar, espacio y técnica.

Por tiempo se refiere a la "planificación" del consumo, estableciendo un "horario" acorde a la experiencia del usuario quien puede hacer una aproximación desde los tiempos de aparición del síndrome de abstinencia como de las actividades cotidianas que realiza durante el día que le permita disponer del tiempo suficiente para realizar el consumo de manera tranquila, "sin afanes" lo que evita decisiones y técnicas inadecuadas asociados a la premura, síndrome de abstinencia o temor de ser aprehendido.

Por lugar se refiere a escoger un sitio que permita una técnica adecuada de la inyección por lo cual se debe evitar escoger espacios públicos o al aire libre que no cuenta con los mínimos de "higiene, tranquilidad o insumos para el consumo" se considera adecuado un lugar "acondicionado y acordado" para el consumo, que sea cálido, tranquilo, con iluminación suficiente para permitir ver los elementos utilizados en la inyección y el sitio de inyección, que cuente con un lugar limpio donde poner los elementos utilizados así como agua limpia en caso de no contar con agua estéril para la inyección. Las puertas no deben tener seguro o sistemas de bloqueo, ni deben abrirse hacia adentro.





En cuanto al espacio se contemplan múltiples aspectos como el disponer de una superficie limpia o lo más limpia posible para preparar la inyección y manejar los utensilios. Se recomienda limpiar la superficie con agua, jabón y desinfectante; en caso de no disponer un área estéril o limpia otra alternativa, menos segura es poner un periódico limpio (hojas interiores) en el lugar donde prepara la inyección ya que es posible que el sitio utilizado como "mesa", pueda tener rastros de sangre contaminada con VIH u otros virus o bacterias.

Durante la preparación de la inyección se debe tener en cuenta que muchas drogas vienen en polvo y deben diluirse para poderlas inyectar, en lo posible disponer de agua estéril, si esto no es posible disponer de agua limpia. La mezcla de agua y droga se debe calentar hasta su punto de ebullición, "hasta hervir" esto elimina bacterias en la preparación y logra disolver totalmente la droga lo que disminuye la probabilidad de presentar infecciones o que partículas no disueltas dañen órganos vitales; sin embargo es importante dejar enfriarla solución antes de inyectarla.

El calor del cuerpo facilita que las venas sean más visibles en la piel, por lo cual se recomienda inyectarse en lugares calientes y utilizar chaquetas o ropa abrigada durante la preparación de la inyección.

El usuario no debe compartir equipo de inyección y siempre utilizar material nuevo. Tanto la jeringa como cuchara y otras partes de los utensilios usados en la inyección como tapas, agua, filtros, contenedores de agua, pueden contener el virus de VIH o Hepatitis.

Para el consumo de drogas se puede seguir los siguientes pasos de manera habitual:

- Planificar el consumo esto implica tiempo, lugar, y disponibilidad de todos los elementos utilizados para una inyección de menos riesgo).
- Lavado de manos antes de preparar e inyectar la droga.
- Preparar la droga con la mejor técnica posible, lo que implica agua estéril y llevarla a punto de ebullición, luego dejarla enfriar.
- Limpiar los puntos del cuerpo dónde se va a inyectar con un algodón con alcohol
 y haciendo movimientos circulares desde el centro de la zona, punto de
 inyección, hacia afuera.
- Colocar torniquete para mejorar visibilidad de la vena.
- Canalizar la vena.
- Liberar torniquete.
- Inyectar la droga, lentamente.
- Retirar la jeringa.
- Cubrir la zona de venopunción con una cura.





Desechar el material utilizado de manera segura en un guardián.

Se recomienda usar la aguja más pequeña posible para limitar los daños en las venas y piel, idealmente el usuario desechará todo el equipo de inyección en contenedores especiales para material contaminado. Si no es posible debe lavar todo con agua, jabón y cloro para cuando lo vuelva a usar.

Sitios de Inyección

Para evitar que el uso frecuente de la vía endovenosa ocasione lesiones en las venas se recomienda la rotación de los puntos de inyección teniendo en cuenta que una vena tarda por lo menos, dos días para sanar posterior a una venopunción.

Se recomienda que la aguja entre en la vena a un ángulo de entre 35 – 45 grados y que se asegure que la aguja está en la vena tirando un poco del émbolo antes de inyectar y verificando mediante la observación de sangre (rojo oscuro) para luego inyectar lentamente; si por el contrario la sangre parece espumosa y el color es un rojo vivo, además también es una inyección dolorosa indica que es sangre arterial y no debe inyectar la droga. A continuación se indican los sitios de inyección y su nivel de riesgo:

- Brazos: son los puntos más frecuentes de inyección, da más fácil acceso y los de menor riesgo.
- Las Piernas: es más peligroso que en los brazos debido a una circulación sanguínea más lenta y la presencia de más válvulas venosas.
- Abdomen: se utiliza Inyecciones subcutáneas, en la capa de tejido graso inmediatamente por debajo del a piel y son relativamente seguras.
- Los Pies: tienen venas delicadas y adema presentan circulación aún más lenta, además el riesgo de infección por falta de higiene es mayor. Por eso es poco recomendable esta zona.
- La Ingle: esta zonas es atractiva para los PID por su posibilidad de permanecer oculto pero es muy peligroso por riesgo de trombosis, proximidad a la arteria y el nervio femoral hay un riesgo de causarles daño por error. Además tiene un riesgo muy alto de provocar úlceras. Por eso no es recomendable esta zona.
- Cuello: La inyección en esta zona puede ser fatal. No hay consejo para reducir el riesgo. No es recomendado.





Anexo 14. Mensajes educativos para la prevención de la sobredosis

Extraídas de la Guía para comenzar y gestionar programas de intercambio de agujas y jeringas de la OMS.

Fundamento	Recomendaciones
El riesgo de sobredosis puede aumentar si se combinan drogas con efectos parecidos.	Evite mezclar drogas que produzcan efectos parecidos.
El riesgo de sobredosis puede aumentar también cuando disminuye la tolerancia	Cuando la tolerancia es poca (por ejemplo, después de un tratamiento de deshabituación o al salir de la cárcel): Use una cantidad de droga menor que antes. Fume o inhale substancia en vez de inyectársela, de esta manera disminuye el ritmo de absorción por el organismo. Use la droga en presencia de otros o pídale a alguien que lo vigile
Consumir drogas de potencia desconocida puede aumentar el riesgo de sobredosis	Tenga cuidado cuando use drogas de procedencia nueva o desconocida: Inyéctese una cantidad menor para conocer la potencia. Pregunte a otros acerca de la potencia.
La intervención inmediata en caso de sobredosis puede disminuir las	Aprenda a reconocer los síntomas de sobredosis en usted y en otros Aprenda qué hacer y qué evitar si usted u otra persona muestra síntomas de sobredosis Pida ayuda si usted u otra persona muestra síntomas de
probabilidades de que la persona muera	sobredosis No deje sola a la persona que muestra síntomas de sobredosis





Anexo 15. Lavado de jeringa.

Es importante aclarar que la recomendación para usuarios activos y por vía inyectada es siempre utilizar material nuevo y estéril para cada inyección, es una realidad que esta práctica no siempre es posible, estas son las recomendaciones basadas en la evidencia para la limpieza de jeringas en situación de emergencia que pueden ser explicadas a los PID, se adoptan los lineamientos del Centro de Control de Enfermedades, Atlanta, Estados Unidos:

Si el recipiente, cuchara, tapón u otro, está usado, es necesario limpiarlo con agua y jabón o pásale una toallita de alcohol, además utilizar cloro.

Si el usuario se inyecta con una jeringa usada por otra persona, debe emplear hipoclorito de sodio (cloro). Recuérdele que no es un método seguro y que sólo debe utilizarse en caso de emergencia. Frente a esta práctica y su riesgo indique paso por paso, las siguientes instrucciones y tenga en cuenta que si se emplea el cloro durante menos tiempo, o no se enjuaga bien con agua, el método de limpieza podría no servir para nada. Es conveniente que la jeringa que se vaya a limpiar esté recién usada para que sea más fácil eliminar los restos que quedan en ella. Promueva el uso de cloro casero sin diluir, tal como viene en la botella:

El proceso de lavado de la jeringa, implica motivar al usuario a seguir con rigor los siguientes pasos:

- 1. Llene la jeringa, por la aguja, con agua fría.
- 2. Expulse el agua.
- Repita la operación al menos dos veces más, cuantas más veces haga esta operación mejor, este procedimiento expulsa material contaminado y virus de la jeringa. Límpiela bien, tenga en cuenta que si deja sangre dentro, se reduce la efectividad del cloro.
- 4. Llene la jeringa, por la aguja, con cloro y Espere por lo menos 30 segundos, luego expulse el agua
- 5. Repita la operación dos veces más.
- 6. Llene la jeringa, por la aguja, con agua fría.
- 7. Lave la jeringa. expulse el agua en varias ocasiones.

Recuerde:

- Disponga de tiempo suficiente para buscar un sitio limpio y adecuado realizar un correcto lavado, por ejemplo, en una cocina o en un baño.
- No reutilice el agua para limpiar la jeringa, se considera que ya está contaminada.





- Utilizar directamente el cloro que se compra en el supermercado. Antes de hacer esta recomendación en un determinada región debe tenerse en cuenta que la concentración de cloro activo no debe ser menor de 5,25%.
- Por último, RECUERDE: 3 agua, 3 x cloro, 3 x agua.



Grafica tomado de Bravo, María J.(2004). Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y sus parejas en las Américas: manual para profesionales de la salud. Agencia Española de Cooperación Internacional Ministerio de Sanidad y Consumo de España Organización Panamericana de la Salud.