



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

**PLAN NACIONAL DE RESPUESTA AL CONSUMO EMERGENTE
DE HEROÍNA Y OTRAS DROGAS POR VÍA INYECTADA**

VERSIÓN 2.

DOCUMENTO PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

Documento desarrollado por MAYU OF NEW ENGLAND

En el marco del convenio 464-12 suscrito entre el MSPS y la OIM

Preparó:

Inés Elvira Mejía Motta

Revisó: Gerardo González, Mauricio Romero, Liliana Andrade

Bogotá, Marzo de 2013

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social.

2

Fernando Ruiz Gómez

Viceministro de Salud Pública y prestación de Servicios

Gerardo Burgos

Secretario General

Dirección de Promoción y Prevención

Lennis Uriquijo

Director de Promoción y Prevención.

Fernando Ramírez Campos

Subdirección de Enfermedades Crónicas.

Aldemar Parra Espitia

Coordinador Grupo de Salud Mental.

Claudia Fabiola Rey Sarmiento

Asesora Grupo Salud Mental.

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES

Beatriz Elena Gutiérrez Rueda

Coordinadora salud, genero y migraciones.

3

MAYU OF NEW ENGLAND

Mauricio Romero González

Presidente de la Junta y CEO

Gerardo González Haddad

Director Científico

Yenny Gómez Parrado

Directora Ejecutiva Regional-Colombia

Ines Elvira Mejia Motta

Coordinador-Grupo Desarrollador

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 464 de 2012 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y entre OIM y Mapiripana-Yurupari of New England – Regional Colombia mediante contrato No. 1729 de 2012.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos ni reproducidos sin el consentimiento previo expreso de las mismas

Otros profesionales que constituyen el Grupo Desarrollador:

Liliana Andrade Forero MD

Medicina Tropical y Salud pública Internacional . Universidad de Barcelona

Consultora VIH Ministerio de Salud y Protección Social.

Gerardo Gonzalez Haddad, MD.

Profesor Asociado, Jefe Division de Psiquiatria de las Adicciones. Departamento de Psiquiatria. University of Massashusetts Medical School. Wocester, Massachusetts.

Mauricio Romero-Gonzalez MD, MPH.

Profesor Asistente, Division de Psiquiatria de las Adicciones. Director de Iniciativas Internacionales. Departamento de Psiquiatria. University of Massashusetts Medical School. Wocester, Massachusetts.

AGRADECIMIENTOS

Sinceros reconocimientos a los doctores María Inés Bohórquez, Rodrigo Lopera Isaza, Marcela Galeano, Diana Alcira Lozano, Oscar Alejandro Marín quienes amablemente colaboraron suministrando sus experiencias y conocimientos para el desarrollo del presente documento.

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

TABLA DE CONTENIDO

1. Antecedentes e Introducción.....	8
2. La respuesta antecedente	12
3. Como se construyo el Plan	15
4. Estructura del Plan	16

PLAN NACIONAL DE RESPUESTA AL CONSUMO DE HEROÍNA Y OTRAS DROGAS POR VÍA INYECTADA

PARTE A: GENERALIDADES DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1. LÍNEA ESTRATÉGICA, Prevención:.....	19
2. LÍNEA ESTRATÉGICA, Mitigación del impacto:.....	20
3. LÍNEA ESTRATÉGICA, fortalecimiento de la atención y el tratamiento:	23
4. LÍNEA ESTRATÉGICA, gestión y fortalecimiento de capacidades:	24
5. Referencias	69

PARA REVISIÓN Y DECUSION

Lista de siglas

- APS . Atención primaria en salud
- APV . Asesoría y prueba voluntaria
- CAD . Centro de Atención en Drogadicción
- CAMAD . Centro de Atención Médica al Consumidor de Drogas
- CCC . Comunicación para el cambio de comportamiento
- CODAR . Consumidor de alto riesgo
- CRIC . Plan de formación para el mejoramiento de la capacidad institucional y comunitaria
- EPS . Empresa promotora de salud
- HCV . Virus de hepatitis C
- ITS . Infecciones de trasmisión sexual
- PFMC . CHF . Proyecto del Fondo Mundial en Colombia, operado por CHF internacional
- PUA . Prevalencia del último año
- PUM . Prevalencia del último mes
- RS . Relaciones sexuales
- SPA . Sustancia psicoactiva
- SSAAJJ . Servicios amigables para adolescentes y jóvenes
- SUI CAD . Sistema único de indicadores en Centros de Atención al Consumidor
- SUI SPA . Sistema único de indicadores en consumo de SPA
- TBC - Tuberculosis

TREATNET . Programa de fortalecimiento del tratamiento UNODC

UDI . Uso o usuario de drogas por vía inyectada

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

1. Antecedentes e Introducción

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito en su informe mundial 2012, el consumo anual de derivados del opio se conserva estable en el mundo, por debajo del 1% (entre el 0,6 y el 0,8%) y la producción se ha estabilizado de nuevo, luego de una reducción importante en 2009. No obstante, esto coexiste también con la idea de que se trata de un mercado altamente flexible que viene penetrando regiones diferentes a las asiáticas y europeas, como es el caso de África, México y Colombia. El número de incautaciones en las costas africanas muestran un incremento importante, sin que organismo alguno tenga claridad en torno a las razones, se presume que puede tratarse de diversificación de rutas o de incremento en el consumo de heroína (UNODC, 2012).

En Colombia, el consumo de heroína reflejado los estudios epidemiológicos de alcance nacional, ha permanecido con cierta estabilidad y con cifras marginales, aún lejos del 1% de prevalencia, al igual que en el resto del mundo. Sin embargo, el consumo de heroína ha sido explorado en algunos estudios de corte cualitativo y de naturaleza etnográfica y local, tras el aparente incremento de demanda de servicios en zonas específicas del País, tales como: Risaralda, Quindío, Antioquia, Valle del Cauca, Cauca, Norte de Santander y Bogotá.

Los estudios realizados muestran que el consumo de heroína se ha instalado en algunos grupos de poli-consumidores de todo tipo de condiciones socio-demográficas. Las características del consumo de heroína son variables dependiendo de la zona del País de la que se trate, así el uso endovenoso suele ser más característico de las zonas urbanas y semi-urbanas tales como Medellín, Cali, Bogotá, Pereira, Armenia y Cúcuta, este sin embargo, aún permanece por debajo del 40%, siendo el patrón de inhalación de vapores por aluminio %alazo+, %ata+ o %hino+ lo más común. Este último modo de administración es el más

prevalente en municipios como Santander de Quilichao (ver por ejemplo, Abadía et al, 2009; Nuevos Rumbos, 2011; CES, 2011; ATS, 2012).

El último Estudio Nacional de Consumo de SPA realizado en 2008, estimó que alrededor de 38.000 personas han entrado en contacto con la heroína al menos una vez en su vida y entre 3.000 (PUM) y 4.000 (PUA) lo han hecho en períodos más recientes, lo que podría sugerir un consumo actual o continuado (Ministerio de Protección Social y Dirección Nacional de Estupeficientes, 2009).

El consumo de heroína se instala como parte de una carrera de experimentación y uso de multiplicidad de sustancias por lo que el patrón más usual es el policonsumo y la mezcla con otras sustancias, principalmente de marihuana, alcohol, basuco y cocaína (a manera de speedball, como patrón más reciente). Antes de pedir ayuda, los consumidores de heroína en Colombia suelen tener carreras de uso de entre cinco y seis años, con una edad media entre los 18 y 26 años y con excepciones por debajo del los 18 años que se concentran de nuevo en municipios como Santander de Quilichao (Ver por ejemplo, Abadía et al, 2009; Pérez, 2010; Nuevos Rumbos, 2011; ATS, 2012).

La mayor parte de los consumidores de heroína son hombres, solteros, que están desocupados, son de clase media, transitando a baja, con niveles de escolaridad medios y algunos universitarios, desertores en su mayoría. Por este motivo, algunos de los estudios realizados mostraron un vínculo importante entre el uso de esta sustancia y el microtráfico de la misma, en un intento por subsidiar las dosis (Pérez, 2010; Nuevos Rumbos, 2011; CES, 2011; ATS, 2012).

Los estudios realizados por Nuevos Rumbos (2011), Universidad CES (2011) y ATS (2012) que han explorado los patrones de uso y los riesgos asociados al VIH y a otras infecciones de transmisión sanguínea, muestran patrones de uso de alto riesgo y prevalencias de VIH que superan ampliamente la tasas de prevalencia de población general, confirmando también que en Colombia el grupo de usuarios de drogas por vía inyectada - UDI (principalmente heroína) se cuenta dentro de los grupos de mayor vulnerabilidad al VIH. Las prevalencias en general se encuentran

aún por debajo del 5% (Medellín 3,8% [IC 95%:0,8%-7,1%]; Pereira 1,9% [IC 95%: 0,5% - 3,7%]) (CES, 2011), lo cual constituye lo que se ha llamado una ventana de oportunidad+por cuanto es posible controlar más fácilmente la expansión; sin embargo, y aún cuando aún se están realizando en proceso algunos cálculos adicionales, la prevalencia de VIH entre UDI habitantes de calle en Cúcuta se aproxima fue de 9,2% (ATS, 2012).

Consumo de heroína emergente e instalándose ya desde hace algunos años en diversas zonas del País, patrones de uso de alto riesgo, tendencia a la transición a consumo intravenoso, VIH y VHC presentes en las redes de UDIs, patrones de riesgo sexual, asentamiento del mercado de heroína y diversificación de concentraciones y calidades de sustancia en calle, limitada oferta de servicios de tratamiento especializados, limitada capacidad de respuesta técnica e institucional en el marco del sistema de salud en todos los niveles de complejidad, empezando por urgencias, limitada capacidad de respuesta comunitaria, fuerte estigma y discriminación de los usuarios, son entre otros, aspectos que es necesario entrar a intervenir de manera integral¹ y oportuna con el fin de evitar una crisis de salud pública asociada, como se ha documentado en diversas partes del mundo por cuenta de las epidemias explosivas de VIH y HCV, las muertes por sobredosis, las altas tasas de trabajo sexual y delito, entre otras muchas consecuencias adversas comúnmente asociadas a estos patrones de consumo.

En congruencia con esta realidad descrita, y dado el incremento de cultivo de amapola en México y Colombia la Organización de Estados Americanos en 2012 durante su quincuagésimo período ordinario de sesiones abrió espacios para explorar la prevención de la diseminación del consumo de heroína en las américas. Colombia en consecuencia, determinó la necesidad de avanzar en la revisión y ajuste de las acciones que viene promoviendo desde 2009 en el área

¹ Por integral en este documento se entenderá la intervención psicosocial y la atención en salud y bienestar para atender las afectaciones en la salud mental, la salud física, la salud familiar y las áreas de bienestar que comúnmente se comprometen tras carreras de consumo extensas y crónicas.

con el diseño de un Plan Nacional de Respuesta al Consumo Emergente de Heroína y otras drogas por vía inyectada con una vigencia de 5 años.

La construcción de este Plan estuvo a cargo de MAYU of New England, entidad que en Convenio con la Organización Internacional para las Migraciones, presentará a consideración del Ministerio de Salud y Protección Social una propuesta de acción integral enmarcada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y congruente con la estrategia de APS.

El Plan Nacional es una propuesta alineada a los objetivos estratégicos, a los enfoques y a las líneas de acción de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas; fue construido a partir de un proceso de consultas de carácter regional y nacional, espacios en los que los actores profesionales, institucionales, comunitarios y territoriales compartieron los desarrollos que el País viene completando en el área y revisaron los hitos, los retos, las lecciones aprendidas y las brechas de la respuesta que se ha venido dando frente al fenómeno durante los últimos cuatro años.

En tal sentido, el Plan es el resultado de la revisión del camino recorrido en el cual se parte de una serie de supuestos sobre los mínimos de acción ante un fenómeno de alto impacto y se proyectan acciones que buscan una gestión más eficaz de los procesos.

En otras palabras, las consultas realizadas se fundamentaron en la necesidad de construir un actuar *resolutivo*, que parte de reconocer que hay una serie de debilidades y amenazas, algunas de ellas estructurales, por lo cual es necesario determinar lo que en realidad se puede hacer con lo que se cuenta, potenciando el alcance de los recursos existentes en los territorios, en las instituciones y en las comunidades.

Este documento presenta los resultados de tal ejercicio. Se trata de un documento para revisión y discusión. Presenta las líneas de acción generales y orientadoras de un plan de acción más detallado que será necesario desarrollar, una vez los

contenidos del Plan Nacional surtan todos los procesos de revisión, consulta y validación.

2. La respuesta antecedente

El País le apostó a una respuesta temprana principalmente con el ánimo de mejorar la capacidad técnica y resolutive de los equipos locales e institucionales, las acciones llevadas a cabo durante los últimos cuatro años, tuvieron como propósito:

- 1) Mejorar el conocimiento de la realidad en torno al consumo de heroína en las zonas en las que se venía reportando un supuesto incremento, para ello se desarrollaron una serie de estudios con metodologías mixtas, unos centrados en el consumo de heroína y en su tráfico, otros con mayor énfasis en temas de salud y uso de drogas por vía inyectada, siendo la heroína, la sustancia inyectable por excelencia en nuestro medio.
- 2) Mejorar la capacidad técnica de los equipos de salud, de instituciones especializadas (CAD) y comunitarios. Para ello se desarrollaron dos eventos de formación con expertos internacionales (2009 y 2010), un convenio de intercambio y cooperación con Cáritas Internacional a través del cual fue posible llevar equipos locales y nacionales a conocer programas en Alemania e Italia y traer expertos para el intercambio de saberes y protocolos de atención con los operadores de servicios locales.
- 3) Fortalecer la oferta de servicios en primer y segundo nivel de atención. Para ello se movilizaron recursos del Banco de Proyectos de la Dirección General de Salud Pública, así como del Proyecto Treatnet II para fortalecer la formación y consolidación de programas de desintoxicación y de mantenimiento con metadona en las zonas del País en las que ello era requerido. En particular se apoyaron los programas de Quindío (Hospital Mental de Filandia. Clínica del Prado, CAD La Primavera); Santander de Quilichao (Hospital Francisco de Paula Santander y Quilisalud); Antioquia

(Carisma); Norte de Santander (Hospital Mental Rudesindo Soto); Risaralda (CADRI Hospital Mental de Risaralda y Dosquebradas).

- 4) Establecer criterios de atención y tratamiento al consumidor de heroína, para ello se desarrolló la guía clínica con aplicación en la atención primaria.
- 5) Fortalecer la capacidad institucional y comunitaria para el desarrollo de estrategias de base comunitaria tipo centros y zonas de escucha en las zonas de consumo de heroína. El Ministerio de Salud y PS como parte del impulso de las acciones del eje de mitigación desarrolló una serie de estrategias formativas (Planes de formación CRIC I, II y III), escuela de pasantías, asistencia técnica y apoyo financiero a proyectos de construcción de dispositivos comunitarios en ámbitos barriales de alta vulnerabilidad, escuelas y universidades.
- 6) Intervenir con estrategias comunicativas para el cambio de comportamiento con foco y pertinencia local, con el propósito de prevenir las transiciones entre consumos, reducir los riesgos y mitigar los daños asociados a ciertas prácticas de consumo, en particular el uso intravenoso y la sobredosis.

El desarrollo de todas estas estrategias ha permitido avanzar de forma importante en la construcción de capacidad de respuesta frente al problema; sin embargo, es necesario escalar el alcance de estas iniciativas, institucionalizar los programas, asegurar su sostenibilidad y la continuidad de las acciones y de los equipos que las operan, minimizar la pérdida de capital técnico, humano y social, formalizar la existencia y el uso de herramientas orientadoras de acción que ya existen en el País, avanzar en ajustar la atención a la demanda y a las necesidades en torno a la co-morbilidad, integrar los servicios a todos los niveles de atención y complejidad con el fin de reducir la pérdida de oportunidades de identificación, enganche y remisión oportuna de casos de alto riesgo, articular funcional y operativamente las agendas y procedimientos en la atención al consumo y en la atención al VIH en lo local, desarrollar rutas de atención verdaderamente resolutivas, monitorear y evaluar

los resultados de las acciones, gestionar la información y hacer vigilancia para que las acciones se informen, entre otros aspectos.

Así mismo, el País ha entendido el reto de integrar y articular agendas que tradicionalmente han estado divorciadas aún cuando la salud pública las atraviese. Los riesgos asociados al VIH por la inyección de drogas y por el riesgo sexual comunes ambos en los consumidores de SPA, obliga a mirar el fenómeno desde una perspectiva integral², y plantea lugares de intersección obligados con los que es claro que cualquier estrategia, proyecto, programa, plan o política tendiente a contrarrestar el impacto del consumo de drogas que, como la heroína, son típicamente inyectables, debe involucrar la mirada del VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea, pues el eje del mayor impacto en salud pública lo constituye precisamente esta asociación, ampliamente documentada.

El Plan que aquí se presenta afronta grandes retos, por lo que esperamos que los equipos e instancias que lo revisarán y discutirán establezcan especialmente su ajuste a la realidad y su viabilidad, pues de ello depende que el País dé un segundo paso para consolidar los avances que lleva hasta la fecha y para reducir las brechas que aún persisten en la respuesta ante el problema.

² Por integral acá se entiende la mirada desde el consumo y desde el VIH.

3. Como se construyo el Plan

Como se ha señalado, el Plan Nacional que acá se presenta, es el resultado de revisar y ajustar una serie de acciones que han hecho parte de la respuesta nacional y regional frente al tema en los últimos cuatro años.

El equipo de MAYU llevó a cabo tres consultas regionales y una consulta nacional. En estas se contó con la participación de los actores que en lo local, han liderado la respuesta en diversos ámbitos institucionales y comunitarios, así como actores que han sido fundamentales en el nivel nacional para desarrollar estándares de tratamiento y atención, gestión de medicamentos, desarrollo de respuesta territorial y comunitaria, dinamización de estrategias comunicativas y de educación en salud con consumidores en entornos naturales de encuentro y consumo, entre otros.

Las consultas regionales tuvieron énfasis en balance de gestión sugiriendo que aún cuando el País ha avanzado en el construcción de capacidad de respuesta para el tema, el alcance de las acciones es aún muy limitado. Las acciones se han apalancado con recursos de flujo coyuntural basados en proyectos que amenazan la sostenibilidad de los mismos y sólo en pocos casos, las experiencias piloto se han incorporado e institucionalizado en los territorios. De esta forma, se trabaja en torno a los retos, debilidades y amenazas que se han ido identificando en el camino y se plantea la necesidad de definir un Plan orientador de carácter no sólo programático, sino también resolutivo que instale verdadera capacidad y que se incorpore en el marco del Sistema de Salud y de la estrategias de APS.

La Consulta Nacional por su parte, giró en torno a temas de importancia derivados de los resultados de las consultas regionales, estos fueron: el tema de tratamiento y gestión de medicamentos, el tema de intervenciones de base comunitaria, el tema de gestión territorial, el tema de vigilancia, monitoreo y evaluación y el tema de VIH y la reducción de daños. Para cada uno de los temas se emitieron recomendaciones y acciones concretas que han sido incluidas en esta primera

versión del Plan Nacional y que como se ha reiterado, se trata de una propuesta en borrador sujeta a revisión, discusión y validación.

4. Estructura del Plan

El Plan Nacional para dar respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada, se ha construido siguiendo la metodología de marco lógico. Presenta entonces una finalidad general a la cual éste y otros planes y programas podrán contribuir³, un propósito específico que refleja exactamente lo que se busca lograr una vez se desarrollen todas las acciones del Plan, unos objetivos específicos para cada línea estratégica, redactados a manera de productos tangibles y medibles y unas estrategias o líneas de acción que llevarán al logro de los productos, y estos a su vez al logro del propósito.

Igualmente presenta un marco de referencia poblacional y geográfico, con el fin de acotar en alguna medida el alcance de las acciones previstas.

El Plan determina además unas metas o indicadores medibles, unos responsables, unas fuentes de financiamiento y un cronograma tentativo que deberá ser ajustado, una vez se determinen las fechas de inicio de las acciones.

Para contribuir a:

Reducir la incidencia de nuevos consumos, mitigar su impacto para la salud pública y mejorar la accesibilidad a servicios de prevención, atención socio-sanitaria y tratamiento integral, se propone un Plan de carácter estratégico y de alcance nacional, enmarcado en la normatividad vigente, con el fin de viabilizar

³ Esta finalidad está alineada a los objetivos estratégicos y propósito de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA.

acciones que permitan reforzar los avances que llevan los territorios prioritarios, ampliar su alcance, añadir nuevas intervenciones a la respuesta, reforzar su escalamiento y dinamizar su institucionalización para asegurar su plena funcionalidad y sostenibilidad.

El Plan define una serie de líneas estratégicas que se ajustan a las ya propuestas por la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA (prevención, mitigación, tratamiento y capacidad de respuesta). Cada línea estratégica cuenta con su respectiva definición (a manera de objetivo) y se desglosa en términos de estrategias o líneas de acción. A cada una de ellas se les define, el grupo o grupos diana a los que se dirige, instancias responsables, así como unos tiempos tentativos de desarrollo, algunos de los cuales corresponderán a fases específicas, de acuerdo con la disponibilidad y el flujo de recursos. El Plan propone líneas de acción o estrategias específicas (con las que se llega directamente a las poblaciones afectadas), algunas de éstas son de carácter resolutivo que corresponden al campo de la gestión político-administrativa.

Este Plan se fundamenta además en los principios y criterios de gestión propios de la Política Nacional para el tema en lo que respecta a la territorialidad, horizontalidad, integralidad, sostenibilidad y equidad. Así mismo, busca fomentar de forma explícita y activa la protección y ejercicio de los derechos humanos de los grupos afectados por esta problemática, en particular el derecho a la salud y a la dignidad.

De manera transversal será posible ver que cada territorio de los prioritarios para esta problemática, por haber sido detectados en situación de mayor vulnerabilidad, deberá aterrizar a su realidad local, perfil epidemiológico, institucional y comunitario, los lineamientos generales que se proponen en este Plan, a manera de planes de acción específicos.

En la misma línea, el Plan se fundamenta en una lógica participativa y de co-responsabilidad en la que se reconoce que el consumidor de sustancias psicoactivas y en particular el consumidor de heroína y el usuario de drogas por

vía inyectada (UDI) son sujetos de derechos y también de deberes, que aún cuando pueden o no haber sido diagnosticados con un trastorno de dependencia, son responsables de su bienestar y el de quienes le rodean, que cuentan con las capacidades para transformar su realidad, y que demandan sólo los medios, los espacios y los escenarios para que ello sea factible. Así mismo, se reconoce que el consumidor de estas sustancias tiene una serie de necesidades, además de las que se derivan del hecho mismo de consumir, por tanto, la mirada integral es aquella que permitirá un abordaje **%centrado+** en la persona y no sólo en una parte de un **%problema+**.

Las acciones previstas serán movilizadas en distintos ámbitos de actuación y quizás uno de los más esenciales es el comunitario, aquel que permitirá tener un verdadero **%puente+** con la realidad local y con el consumidor, pues sin él, el acceso, la confianza, la pertinencia de las intervenciones y sus mensajes, la transformación de las prácticas será una conquista por poco, imposible.

Por tanto, serán los entornos naturales y comunes a los consumidores, el mayor eje de actuación; los consumidores y sus pares, los principales proveedores de las intervenciones; los actores locales los más indicados para facilitar los desarrollos y gestionar su institucionalización y escalamiento. El ámbito nacional estará a cargo de dar lineamientos y desarrollar las herramientas que facilitarán y cualificarán el trabajo en lo local.

Por último, todas y cada una de las acciones que se proponen como parte de este Plan están en correspondencia con los lineamientos que para la materia, ha hecho la Organización Mundial de la Salud a través de sus guías técnicas basadas en la evidencia (OMS, 2005; OMS, 2009⁴; WHO & UNODC, 2009), así como el Sistema de las Naciones Unidas (ONUDD, 2004) y su programa de acción conjunta ONUSIDA (WHO, UNODC, UNAIDS, 2012).

⁴ Guía en la cual se ha basado el ejercicio de construcción de la Guía de Atención y Manejo de la dependencia a la heroína en Colombia, desarrollada por CARISMA para el Ministerio de Salud y Protección Social, en proceso de validación.

**PLAN NACIONAL DE RESPUESTA AL CONSUMO DE HEROÍNA Y OTRAS
DROGAS POR VÍA INYECTADA
PARTE A: GENERALIDADES DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS**

1. LÍNEA ESTRATÉGICA, Prevención:

19

La Política Nacional ha definido la prevención a partir de las acciones con las que se busca reducir la vulnerabilidad al consumo de SPA a través de intervenciones de carácter integral, en diferentes niveles y ámbitos. Dado que a la vulnerabilidad frente al consumo y en este caso también frente al VIH y otros riesgos y daños, contribuyen diversos factores más allá de las prácticas o conductas individuales, las acciones en prevención han de proponerse la intervención en aspectos de las políticas, programas, dinámicas sociales y culturales, entornos de consumo, representaciones e imaginarios frente al consumo, entre otros aspectos.

Esta línea estratégica en el marco de un Plan de respuesta particular para este tipo de consumos buscará primordialmente *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*
- *riesgo de adquirir el VIH u otra infección de transmisión sanguínea a través de una práctica sexual de riesgo o de una práctica de consumo de riesgo*

- *riesgo de transmitir 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 co-morbilidad psíquica y/o física empeore por no se detectada y/o tratada a tiempo*

Como se verá en adelante algunas de las acciones que se proponen para minimizar los riesgos enunciados serán también de utilidad para minimizar los daños en el ámbito de la asistencia, e incluso del tratamiento.

2. LÍNEA ESTRATÉGICA, Mitigación del impacto:

Esta línea estratégica busca intervenir para reducir la vulnerabilidad a correr riesgos y daños asociados a patrones de consumo ya instalados. La evidencia en torno a los riesgos y daños vinculados a patrones de uso de alto impacto indica que son en su mayoría prevenibles y evitables con acciones que aún cuando requieran de ajustes a las lógicas locales, son altamente efectivas para la reducción de indicadores en salud pública, en calidad de vida y en seguridad.

Dado que la línea estratégica de prevención se centra en los *riesgos* como parte de las acciones de prevención primaria y secundaria, esta se centra en la *reducción de daños* a través de la asistencia, la atención integral y la provisión de medios e insumos que permitan a los consumidores y sus redes no sólo prevenir los riesgos sino reducir los daños cuando ya se han instalado consumos con comprobado impacto para la salud y el bienestar.

Es importante señalar que estas acciones se dirigen únicamente a quienes ya ha desarrollado un trastorno de dependencia a la heroína o han experimentado con la inyección como vía alternativa o principal de uso de las sustancias. En el mismo

sentido, se trata de acciones completamente focalizadas, no masivas, con metodologías que permiten la acción *uno a uno*, personalizada o como máximo en pequeños grupos o redes de consumidores previamente identificados como tales. Estas acciones por tanto, involucran de manera muy activa a líderes naturales, a los consumidores y a sus pares y requieren de metodologías de corte más etnográfico.

Las comunidades en las que se implementen este tipo de estrategias deberán sensibilizarse y educarse, de manera que el terreno en el que se vayan a implementar estrategias potencialmente *controversiales* sea lo suficientemente favorable y que estas respuestas tengan algún *eco* cultural en términos de aceptación. Si las comunidades no comprenden el por qué o el para qué se están desarrollando ciertas acciones, es muy posible que las bloqueen, limitando por completo su alcance y amenazando incluso su viabilidad y sostenibilidad. Por ello, resulta fundamental *preparar* el territorio y a la comunidad antes de entrar a actuar y construir un terreno y un proceso que sirva de *soporte* o *sostén* de las acciones aún cuando la controversia llegue a ser inevitable.

En esta línea también es fundamental el papel de los equipos de la Atención Primaria, así como de la red de urgencias, las autoridades locales que *patrullan* los entornos en los que suelen encontrarse los consumidores, las farmacias, los servicios comunitarios, centros o zonas de escucha, entre otros.

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 (aspecto que se desglosa en la línea estratégica de gestión y fortalecimiento de capacidades).

Los *daños* a reducir son:

- *daño asociado a la venopunción constante en condiciones pocas 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*
- *daño por no continuidad en el tratamiento asistido por fármacos*
- *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

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

3. LÍNEA ESTRATÉGICA, fortalecimiento de la atención y el tratamiento:

Esta línea estratégica corresponde a las acciones de superación de la Política Nacional, salvo que en ella se busca intervenir para cualificar la oferta de servicios con el ánimo de reducir el riesgo de recaída o reincidencia producto de una atención deficitaria.

En el marco de este Plan, la línea estratégica busca ampliar la oferta de servicios, generar alternativas de detección y atención en todos los niveles de complejidad, minimizar las barreras de acceso, integrar y escalar la atención mejorando la capacidad del Sistema de Salud y de la red pública y privada de prestadores y de la Atención Primaria para identificar y tratar estos patrones de uso en cualquier nivel de complejidad, de acuerdo con el perfil del consumidor, con un enfoque de salud pública y de derechos humanos.

Así mismo, busca mejorar la capacidad de los servicios especializados (tipo CAD, servicios de atención al consumidor de SPA o unidades de salud mental) para que integren el tratamiento asistido con medicamentos con el fin de mejorar la adherencia y la eficacia en el tratamiento. Los tratamientos asistidos con opiáceos deberán incluirse como parte de la atención a consumidores dependientes de la heroína, estos tratamientos para que sean concebidos como tales, deberán conservar la constante de una atención psicosocial integral que no sólo se limitará a la prescripción de medicamentos. Para ello se propone también el desarrollo de un registro unificado de personas en tratamiento (alineado al SUI CAD y con el apoyo de las EPS) que permitirá hacer seguimiento y evitar la duplicidad de acciones y la desviación de medicamentos que hoy en día contribuyen también al mercado negro.

Esta línea busca también mejorar la capacidad de respuesta y de trabajo en red, integrando actores fundamentales para minimizar las barreras de acceso a medicamentos tan esenciales como la metadona. Este es el caso de las unidades de atención básica, unidades móviles (tipo CAMAD), farmacias, servicios

comunitarios (p.ej. tipo A en el marco del PFMC . CHF) (previo cumplimiento de los requisitos de distribución de medicamentos de control especial).

Así mismo, como parte de las acciones de esta línea, está la gestión de medicamentos y otros insumos, aspecto esencial para ampliar las alternativas terapéuticas, reducir los riesgos de desabastecimiento, de desviación de medicamentos con el consecuente desarrollo de %mercado negro+, así como los riesgos de sobredosis accidentales, entre otros.

El País avanzará 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. Entre tanto ya se cuenta con guías basadas en la evidencia que aún cuando todavía no cursan el proceso de validación por la metodología prevista por el Ministerio de Salud y Protección Social, han surtido la revisión de expertos y la revisión de las guías que la OMS ha emitido para tal fin.

4. LÍNEA ESTRATÉGICA, gestión y fortalecimiento de capacidades:

La Política Nacional lleva algunos años señalándole al País el camino de la construcción y mejoramiento de la capacidad de respuesta en el ámbito territorial, institucional y comunitario.

Las acciones se han centrado en un mayor conocimiento y entendimiento de la realidad; impulsando el desarrollo de estudios en series periódicas de corte epidemiológico; estudios con metodologías mixtas de corte etnográfico; el desarrollo de un sistema de indicadores para caracterizar el fenómeno, hacer seguimiento a su impacto y a la respuesta que se da desde lo local (SUI SPA); y el despliegue de una serie de programas formativos altamente estratégicos (CRIC y TREATNET); así como de eventos formativos y de intercambio de expertos en los temas que corresponden a este Plan de respuesta en particular (Seminario internacional de Drogas y VIH y el Seminario de Formación en el tratamiento al consumo de heroína).

Este Plan propone hacer un énfasis importante 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. Se propone que cada persona en el Sistema que entre en contacto con algún consumidor de heroína o UDI sepa cómo identificar el riesgo, cómo abordarlo, que indagar, a dónde y cómo remitir. Minimizar el número de oportunidades perdidas para la atención oportuna, idónea e integral de patrones de consumo de alto impacto sanitario, derivarán en una reducción importante de los riesgos, los daños y los costos sociales y de salud derivados.

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 transmisión sanguínea comúnmente vinculadas a ellos y a otras consecuencias adversas para la salud.



PARTE B: DESCRIPCIÓN GLOBAL DE LAS LÍNEAS DE ACCIÓN

La línea estratégica de **prevención** se propone:

Reducir la incidencia de consumos de alto impacto para la salud pública y minimizar los riesgos para la salud física, mental y social asociados a estos consumos.

Responsables: Servicios comunitarios, profesionales de la salud de atención primaria, urgencias y SSAAJJ; servicios especializados tipo CAD y grupos de autoayuda; entidades operadoras PFMC –CHF (servicios de salud y servicios comunitarios tipos A y B)

Líneas de acción	Grupos diana	Contextos de actuación	Hitos
1.1 Detección e intervención precoz y temprana de casos de alto riesgo (incluye la promoción de la	No consumidor de SPA habitando o socializando en escenarios de consumo ⁵	Comunidad Atención Primaria	Acción permanente

⁵ Siempre que se haga referencia en este Plan de Respuesta a ~~consumo~~+o ~~consumos~~+se tratará de los consumos específicos que son objeto focal, es decir uso de heroína por cualquier vía y uso de drogas por vía inyectada para fines no terapéuticos.

demanda de servicios de APV)		Urgencias SSAAJJ	
	Consumidor de otras SPA habitando o socializando en escenarios de consumo	Comunidad CAD Atención Primaria Urgencias SSAAJJ	
	Experimentador o consumidor de heroína por vía distinta a la inyección	Comunidad CAD Atención Primaria Urgencias SSAAJJ	

Líneas de acción	Grupos diana	Contextos de actuación	Hitos
1.1 Detección precoz y temprana de casos de alto riesgo (cont ...)	No consumidor, experimentador, consumidor de SPA, de heroína o UDI con actividad sexual	Comunidad CAD Atención Primaria	Acción permanente

		Urgencias SSAAJJ	
	Usuario de drogas por vía inyectada UDI	Comunidad CAD Atención Primaria Urgencias SSAAJJ	
	Persona viviendo con VIH o sida consumidora de heroína o UDI	Atención Primaria Urgencias SSAAJJ Servicios especializados e institucionales Servicios comunitarios Tipo A y B	
1.2 Educación en salud	No consumidores. Consumidores y UDIs	Comunidad	Estrategias de educación en salud diseñadas, validadas y en desarrollo
	Operadores pares	Entornos de consumo	
	Pares consumidores	Atención Primaria	
	Operadores de servicios comunitarios (énfasis)	Urgencias	

	en bioseguridad)	Instituciones educativas Entornos laborales Centros penitenciarios	
1.3 Disponibilidad de medios preventivos (condones y kits de higiene) y promoción de vacunación contra HBV (esquema rápido 1/7/20 d)	Consumidores de heroína, UDIs y sus parejas sexuales	Entornos de consumo Atención Primaria Centros penitenciarios	(#)* de condones y kits por distribuir
1.4 Educación de derechos sociales y en salud	No consumidores. Consumidores, UDIs, familiares	Comunidad Entornos de consumo Atención Primaria	Estrategias de educación en derechos diseñadas, validadas y en desarrollo
	Operadores pares	Urgencias	
	Pares consumidores	Instituciones educativas	
	Operadores de servicios comunitarios (énfasis en bioseguridad)	Entornos laborales	
	Comunidades afectadas	Asociaciones, iniciativas civiles	

Líneas de acción	Grupos diana	Contextos de actuación	Hitos
1.5 Educación y movilización social y comunitaria	Comunidades afectadas y comunidad en	Comunidad	Acciones de sensibilización y

(sensibilización frente al tema, reducción de estigma y preparación para las acciones de asistencia y atención)	general		reducción de estigma y de en desarrollo
---	---------	--	---

La línea estratégica de **mitigación del impacto** se propone:

Reducir la incidencia y prevalencia de daños prevenibles asociados al uso intravenoso de drogas y al consumo de heroína y mejorar la accesibilidad a su detección, diagnóstico y tratamiento

Responsables: Servicios comunitarios, profesionales de la salud de atención primaria, urgencias y SSAAJJ; servicios especializados tipo CAD y grupos de autoayuda; entidades operadoras PFMC –CHF (servicios de salud y servicios comunitarios tipos A y B)

Líneas de acción	Grupos diana	Contextos de actuación	Hitos
2.1 Distribución e intercambio de jeringas ⁶ y otros insumos para asegurar una práctica higiénica	Consumidor de heroína inyectada Usuario de drogas por vía inyectada	Zonas y entornos de consumo de heroína y UDI detectados Atención Primaria Centros penitenciarios	Programas de intercambio de jeringas y distribución de insumos operando en red y en programa
2.2 Distribución de condones	Consumidores de heroína y UDIs Parejas sexuales de los consumidores	Zonas y entornos de consumo de heroína y UDI detectados Atención Primaria Centros penitenciarios	
2.3 Detección, diagnóstico y tratamiento antiretroviral, hepatitis virales, de otras ITS y TBC	Consumidores de heroína y UDIs Parejas sexuales de los consumidores	Atención Primaria SSAAJJ Urgencias CAD y otro servicios para	Desarrollo de detección rutinaria de VIH y otras ITS

⁶ Es recomendable que las jeringas que se distribuyan cumplan con el requisito de ser low dead space syringes+es decir, de una sola pieza y de poco espacio vacío para que acumulen la menor cantidad de sangre posible.

consumidores de SPA
Centros penitenciarios

Líneas de acción	Grupos diana	Contextos de actuación	Hitos
<p>2.4 Estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento (enfoque CCC) y de educación en salud focalizada enmarcando las intervenciones y la entrega de insumos (condones, kits y vacunas) así como la prevención manejo de sobredosis</p>	<p>Consumidores de heroína y UDIs Parejas sexuales de los consumidores</p>	<p>Comunidad Zonas y entornos de consumo de heroína y UDI detectados Urgencias SSAAJJ CAD y otro servicios para consumidores de SPA Centros penitenciarios</p>	<p>Desarrollo permanente de acciones de CCC enmarcando acercamiento a calle</p>
<p>2.5 Detección, diagnóstico y derivación para tratamiento de co-morbididades en salud mental</p>	<p>Consumidores de heroína y UDIs</p>	<p>Atención Primaria CAD y otros servicios SSAAJJ Unidades de salud mental</p>	<p>Detección rutinaria de co-morbilidad en salud mental</p>

		Grupos de auto-ayuda Centros penitenciarios	
2.6 Atención en red de necesidades psicosociales (sociales, jurídicas, educativas, laborales, entre otras)	Consumidores de heroína y UDIs Familiares	Comunidad / Integra SPA Atención Primaria CAD y otros servicios SSAAJJ Unidades de salud mental Grupos de auto-ayuda	Redes de servicios integradas y funcionales en los territorios en los que viven y consumen los usuarios

La línea estratégica de **fortalecimiento de la atención y el tratamiento** se propone:

Mejorar la accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad del tratamiento de la dependencia a la heroína

4

Responsables: Actores del SGSSS, profesionales de la salud de atención primaria; servicios especializados tipo CAD; sistema de gestión de caso; Ministerio de Salud y Protección Social, DTS

Líneas de acción	Grupos diana	Contextos de actuación	Hitos
3.1 Socialización de las guías de práctica clínica ya validadas por expertos y avance sobre su implementación en el marco del SGSSS	Actores del SGSSS, prestadores, aseguradores Atención Primaria	IPS CAD y otros servicios Atención Primaria Urgencias	Guía de práctica clínica socializada, validada e incorporada por norma
3.2 Desarrollo de un Modelo de Gestión Programático en UDI para Colombia	Actores del SGSSS, prestadores, aseguradores Atención Primaria Comunidad	Central y territorial	Modelo de Gestión Programático en UDI desarrollado y validado
3.3 Gestión de medicamentos e insumos para ampliación de alternativas terapéuticas con mayor regulación	N/A	Central y territorial	Ampliación de alternativas de farmacoterapia a las ya incluidas en el POS

3.4 Desarrollo de un sistema de gestión de casos que permita la evaluación y seguimiento integral de las necesidades de los consumidores	Consumidores de heroína y UDIs Familiares Atendidos por el Sistema	Comunidad - Gestor de caso Atención Primaria - Gestor de caso CAD y otros servicios – Gestor de caso Unidades de salud mental – Gestor de caso	Sistemas de gestión de caso operando plenamente y sistema de información centralizado
--	---	---	---

Líneas de acción	Grupos diana	Contextos de actuación	Hitos
3.5 Accesibilidad a desintoxicación asistida con medicamentos (preferentemente con agonistas opiáceos)	Consumidores de heroína y UDIs	Actores del SGSS, prestadores incluidos CAD y otros servicios Atención Primaria Unidades de salud mental Centros penitenciarios	Sistema de desintoxicación, atención y tratamiento integral asistido con medicamentos operando en los territorios prioritarios
3.6 Accesibilidad a mantenimiento de mediano y largo plazo asistido con medicamentos	Consumidores de heroína y UDIs	Actores del SGSS, prestadores incluidos CAD y otros servicios	

		Atención Primaria Unidades de salud mental Centros penitenciarios	
3.7 Atención psicosocial integrada al PMM con miras al mantenimiento o desintoxicación y abstinencia según caso	Consumidores de heroína y UDIs Familiares	Comunidad Actores del SGSS, prestadores incluidos CAD y otros servicios Atención Primaria Unidades de salud mental Centros penitenciarios	

La línea estratégica de **gestión y fortalecimiento de capacidades** se propone:

Fortalecer la capacidad de respuesta territorial, institucional y comunitaria frente al consumo de heroína y otras drogas por vía inyectada

Responsables: Servicios comunitarios, profesionales de la salud de atención primaria, urgencias y SSAAJJ; servicios especializados tipo CAD y grupos de autoayuda; entidades operadoras PFMC –CHF (servicios de salud y servicios comunitarios tipos A y B)

Líneas de acción	Grupos diana	Contextos de actuación	Hitos
4.1 Formación en normatividad y derechos	Actores locales, salud, comunitarios, operadores pares, funcionarios	N/A	Programas formativos y de desarrollo de habilidades específicas operando
4.2 Formación en herramientas de tamizaje, intervención breve, entrevista motivacional y derivación	Atención Primaria Urgencias Prestadores de servicios incluye CAD	N/A	
4.3 Formación en APV y tratamiento para VIH/sida con enfoque diferencial	Servicios comunitarios tipo A y B PFMC-CHF Servicios especializados	N/A	
4.4 Formación y sensibilización a los medios de comunicación	Medios de comunicación	N/A	
4.5 Desarrollo de un sistema de vigilancia en VIH con herramientas de segunda generación y grupos	N/A	Central y territorial	

centinela			operando
4.6 Desarrollo de un sistema de alertas tempranas de consumos de alto riesgo y de eventos de salud y mortalidad asociada	N/A	Central y territorial Comunidad (epidemiología comunitaria)	Sistema de alertas tempranas diseñado y operando

Líneas de acción	Grupos diana	Contextos de actuación	Hitos
4.7 Desarrollo de un sistema de registro, monitoreo y seguimiento de casos (integrado a SUI CAD)	N/A	Central y territorial CAD, Atención Primaria, SSAAJJ y otros servicios	Sistema de registro, monitoreo y seguimiento de casos operando
4.8 Desarrollo de un sistema de monitoreo y seguimiento de acciones del Plan Nacional	N/A	Central y territorial	Sistema de Monitoreo y evaluación del Plan operando
4.9 Creación de comités ⁷ de gestión territorial y de acción integrada VIH / SPA-SM (coordinación y seguimiento de planes locales)	N/A	Territorial y local	Comités inter-áreas operando y coordinando las acciones colaborativas de los planes locales
4.10 Desarrollo de un estudio que permita estimar el número de UDIs en Colombia	N/A	Territorial y local	Estimación de número de UDIs en Colombia

⁷ Podrán ser también sub-comités de las mesas intersectoriales ya existentes y operando en los territorios



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

PARTE C: GUÍAS ESPECÍFICAS PARA PROYECTOS Y PLANES OPERATIVOS (NACIONAL Y LOCAL)

La parte C contiene el plan de acción con el desarrollo específico de cada una de las líneas estratégicas propuestas, a manera de sub-actividades, tiempos y costos aproximados. Este insumo permitirá aterrizar las acciones en proyectos específicos a nivel nacional y local. Los insumos que acá se presentan deberán ser ajustados a las metodologías y formatos que demandan las fuentes de financiamiento que se elijan.

Inicialmente estaba previsto presentar el Plan como de proyecto a ser presentado al FOSYGA para su financiamiento. Durante el desarrollo de esta propuesta, el Ministerio de Salud y Protección Social ha anunciado la presentación de un proyecto de ley que reforma el Sistema de Salud de manera estructural y funcional y entre otros aspectos se ha anticipado la desaparición del FOSYGA. A la fecha el Ministerio no ha indicado un nuevo procedimiento por lo que se ha resuelto la entrega de esta parte del producto como insumo que será susceptible de ser adaptado a cualquier metodología para ser propuesto para financiamiento en el corto y mediano plazo.

Es en todo caso recomendable que los territorios se apropien de estos lineamientos y avancen en el aterrizaje y definición de acciones prioritarias y concretas, de acuerdo con las necesidades locales, para dar inicio a la gestión de recursos en lo local, con lo cual, se podrá también ir abonando terreno para la institucionalización de los programas y acciones con miras a una mejor sostenibilidad de los mismos.

El costeo se presenta a manera de orientación general para la operación de acciones anuales para un total de \$4.594 millones de pesos, gran parte de los cuales implica la operación de programas de prevención, educación en salud y prestación de servicios que ya se encuentran financiados por recursos del sistema de salud. Por ello es importante que se realice el aterrizaje de las acciones en lo local y que el nivel nacional incluya de forma progresiva en sus planes de acción y de compras las responsabilidades que

asegurarán el desarrollo de herramientas fundamentales para la mejora de la capacidad de respuesta.

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

PARTE C: PLAN DE ACCIÓN E GUÍA DE PLANES OPERATIVOS EN PREVENCIÓN

Reducir la incidencia de consumos de alto impacto para la salud pública y minimizar los riesgos para la salud física, mental y social asociados a estos consumos.

Responsables: Servicios comunitarios, profesionales de la salud de atención primaria, urgencias y SSAAJJ; servicios especializados tipo CAD y grupos de autoayuda; entidades operadoras PFMC –CHF (servicios de salud y servicios comunitarios tipos A y B)

Costo tentativo de la línea: 2.844 millones de pesos

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
1.1 Detección e intervención precoz y temprana de casos de alto riesgo (incluye la promoción de la demanda de servicios de APV)	1.1.1 Ajuste diferencial a las poblaciones de las herramientas de detección, intervención temprana y APV en servicios de distintos niveles de complejidad	1.1.1 4 meses 1.1.2 4 meses 1.1.3 2 meses 1.1.4 2 meses 1.1.5 2 meses	Resultados % de servicios con equipos formados según mapeo local Número de servicios / personas formadas en el uso de las herramientas	Al menos el 50% de los servicios mapeados se integran al programa: [1.000 personas capacitadas en 8 territorios priorizados/ 2 talleres por territorio]	Programa formativo \$640 millones
	1.1.2 Mapeo local de servicios (institucionales en distintos niveles de complejidad, APS y comunitarios) que usarán las herramientas				Mapeo de servicios en 8 territorios
	1.1.3 Diseño y desarrollo de un sistema				\$160 millones

	<p>de seguimiento y gestión de casos integrado al la ruta de atención y servicios local (ver 2.6)</p> <p>1.1.4 Formación a personal de los servicios en el uso de las herramientas, en APV para consumidores de heroína y UDI y en el sistema de seguimiento y gestión de casos</p>		<p>Número y % de servicios en los que se ofrece el programa de intervención temprana incluyendo APV</p>	<p>El 100% de los consumidores de alto riesgo que llegan a los servicios involucrados, se detectan y se intervienen</p>	<p>Diseño de las rutas en 8 territorios</p> <p>\$120 millones</p>
--	---	--	---	---	---

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
------------------	-----------------	------------	-------------	---------------	--------

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

<p>1.1 Detección e intervención precoz y temprana de casos de alto riesgo (incluye la promoción de la demanda de servicios de APV) (cont.)</p>	<p>1.1.5 Desarrollo de indicadores de monitoreo y seguimiento de servicios prestados</p>		<p>Cobertura</p> <p>Número de personas detectadas e intervenidas tempranamente (x grupo)</p> <p>Número de personas que ingresan a la ruta y tienen seguimiento</p> <p>Número de personas que recibieron asesoría y número de personas que se realizaron la prueba de VIH</p>		
--	--	--	---	--	--

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
1.2 Educación en salud	<p>1.2.1 Sistematización de los resultados de los estudios realizados en heroína y UDI en términos de prácticas de riesgo</p> <p>1.2.2 Análisis de factores que favorecen o no la transición entre SPA y modos de administración</p> <p>1.2.3 Validación, actualización y sistematización de las prácticas de riesgo en lo local: grupos focales y observación “in situ” en lugares de encuentro y consumo</p> <p>1.2.4 Identificación, involucramiento y formación de líderes y operadores pares y equipos de APS para implementar las estrategias</p>	<p>1.2.1 1 mes</p> <p>1.2.2 2 meses</p> <p>1.2.3 3 meses</p> <p>1.2.4 1 mes</p> <p>1.2.5 2 meses</p> <p>1.2.6 Pilotos 10 meses – luego anual durante la vigencia del Plan</p>	<p>Cobertura</p> <p>Número de personas alcanzadas por las estrategias de educación en salud (prácticas de consumo y sexuales de riesgo, VIH, hep. Virales, otras ITS, promoción de APV, transiciones entre consumos)</p> <p>Resultados</p> <p>Numero de operadores pares involucrados en las acciones</p>	<p>Una estrategia de educación en salud en curso en cada territorio</p> <p>Al menos el 50% de los consumidores detectados en los territorios se benefician de la estrategia y se comprometen a multiplicar la información recibida</p> <p>El 100% de los operadores de servicios en</p>	<p>8 estrategias de educación en salud</p> <p>\$1.560.000 / año</p>

				contacto directo con consumidores adoptan medidas de bioseguridad	
1.2 Educación en salud (cont..)	<p>1.2.5 Diseño de estrategias de educación en salud con enfoque de comunicación para el cambio de comportamiento y para la prevención de transiciones</p> <p>1.2.5 Validación y prueba de estrategias de educación en salud con los grupos diana</p> <p>1.2.6 Producción de materiales e insumos de soporte e implementación de las estrategias de educación en salud</p> <p>1.2.6 Diseño de indicadores de monitoreo y evaluación de las estrategias de educación en salud</p>		<p>Efectos</p> <p>% de consumidores de heroína y UDI que adoptan prácticas de menor riesgo (uso de condón en última RS, uso de jeringa nueva en último episodio de consumo p. ej)</p> <p>% de consumidores que hacen transición a SPA o modos de uso de menos riesgo</p> <p>% de consumidores que identifican adecuadamente las</p>		

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

			<p>prácticas para prevenir la infección/trasmisión de VIH/HCV</p> <p>% de operadores locales que adoptan sistemáticamente prácticas de bioseguridad</p>		
--	--	--	---	--	--

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
<p>1.3 Disponibilidad de medios preventivos (condones, kits de higiene, pruebas rápidas) y promoción de vacunación contra HBV (esquema rápido 1/7/20 d)</p>	<p>1.3.1 Adquisición de insumos: condones, kits de higiene e inyección, pruebas rápidas)</p> <p>1.3.2 Diseño de un programa de entrega enmarcado en las actividades de educación en salud (ver 1.2)</p> <p>1.3.3 Entrega y seguimiento al uso apropiado de insumos y medios preventivos</p> <p>1.3.4 Diseño de indicadores de monitoreo y evaluación</p>	<p>Duración de pilotos y anualmente</p>	<p>Resultados</p> <p>Número de condones y kits de higiene entregados</p> <p>Número de personas a las que se les hizo asesoría</p> <p>Efectos</p> <p>Número y % de personas que accedieron a hacerse la prueba de VIH/HCV después de la asesoría</p>	<p>Se entregan al menos 2 condones y 2 kits de higiene por semana por consumidor en el programa (1.600 usuarios aproximadamente)</p> <p>Al menos el 90% de los consumidores en el programa acceden a recibir asesoría</p> <p>Al menos el 70% de quienes reciben asesoría acceden a realizarse la prueba de VIH/HCV</p>	<p>154 millones (condones y kits * año)</p> <p>Pruebas Elisas y confirmatorias (Prev 5%)</p> <p>24 millones</p> <p>10 millones</p> <p>Vacunas HBV</p> <p>70 millones</p>

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
------------------	-----------------	------------	-------------	---------------	--------

<p>1.4 Educación de derechos sociales y en salud</p>	<p>1.4.1 Diagnóstico y mapeo de vulneración de derechos sociales y en salud de los grupos diana</p> <p>1.4.2 Diseño de una ruta y estrategia de pedagogía en derechos</p> <p>1.4.3 Validación de la estrategia pedagógica</p> <p>1.4.4 Entrenamiento a los equipos locales en la estrategia para su multiplicación</p> <p>1.4.5 Implementación de la estrategia pedagógica</p> <p>1.4.6 Diseño de indicadores de monitoreo y evaluación</p>	<p>1.4.1 2 meses</p> <p>1.4.2 y 1.4.3</p> <p>3 meses</p> <p>1.4.4 Desarrollo permanente</p>	<p>Cobertura</p> <p>Número de personas alcanzadas por la estrategia pedagógica</p> <p>Efectos</p> <p>Número de personas que han hecho uso de algunas de las herramientas para ejercer sus derechos</p>	<p>El 100% de quienes reciben educación en salud, reciben pedagogía y educación en derechos sociales y en salud</p>	<p>260 millones (160 millones dx local y 100 millones diseño, validación y entrenamiento)</p>
--	---	---	--	---	---

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
1.5 Educación y movilización social y comunitaria (sensibilización frente al tema, reducción de estigma y preparación para las acciones de asistencia y atención)	<p>1.5.1 Identificación, reconocimiento de los territorios, comunidades locales y entornos en los que se mueven y reúnen los consumidores</p> <p>1.5.2 Identificación y acercamiento a líderes de opinión y líderes naturales</p> <p>1.5.3 Diagnóstico de representaciones y significados sociales y culturales frente al consumo y los consumidores</p> <p>1.5.4 Diálogo con los actores en torno a estas representaciones y significados sociales y culturales</p> <p>1.5.5 Diseño conjunto de una estrategia para reducir el estigma y la discriminación en torno a los consumidores</p> <p>1.5.6 Implementación de una estrategia de reducción de estigma y discriminación</p>	<p>1.5.1; 1.5.2 y 1.5.3</p> <p>4 meses</p> <p>1.5.4 y 1.4.5</p> <p>2 meses</p> <p>1.5.6 Desarrollo permanente</p>	<p>Cobertura</p> <p>% de comunidades locales involucradas en actividades de reducción de estigma y discriminación, preparadas para la acción</p> <p>Efectos</p> <p>Número de consumidores que registran haber vivido</p>	El 100% de las comunidades en las que se llevan a cabo acciones de educación en salud se desarrollan acciones de reducción de estigma y discriminación	Costos de 1.2 y 1.4

desde la comunidad

1.5.7 Diseño de indicadores de monitoreo y evaluación

acciones de inclusión social por parte de su comunidad local

% de comunidades en las que se involucran activamente miembros en el desarrollo de las acciones de educación en salud

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN

PLAN DE ACCIÓN E GUÍA DE PLANES OPERATIVOS EN MITIGACIÓN

Reducir la incidencia y prevalencia de daños prevenibles asociados al uso intravenoso de drogas y al consumo de heroína y mejorar la accesibilidad a su detección, diagnóstico y tratamiento

Responsables: Servicios comunitarios, profesionales de la salud de atención primaria, urgencias y SSAAJJ; servicios especializados tipo CAD y grupos de autoayuda; entidades operadoras PFMC –CHF (servicios de salud y servicios comunitarios tipos A y B)

Costo total de la línea: 540 millones de pesos

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
2.1 Distribución e intercambio de jeringas y otros insumos para asegurar una práctica higiénica	<p>2.1.1 Desarrollo de lineamientos para el desarrollo de programas de intercambio de jeringas en Colombia</p> <p>2.1.2 Diseño y validación de kits para la entrega con usuarios</p> <p>2.1.3 Diseño de una ruta y protocolos de entrega, retorno y recogida de equipos de inyección</p> <p>2.1.4 Implementación de programas de intercambio de jeringas</p> <p>2.1.5 Diseño de indicadores de monitoreo y evaluación</p>	<p>2.1.1 y 2.1.2 2 meses</p> <p>2.1.3 1 mes</p> <p>2.1.4 Desarrollo permanente</p>	<p>Resultados</p> <p>Número de kits entregados</p> <p>Número de jeringas retornadas al programa</p> <p>Número y % de personas inscritas en los programas de intercambio</p>	<p>Al menos el 80% de los UDI identificados como activos en el territorio, están inscritos en el programa de intercambio de jeringas</p> <p>El 100% de quienes están activos en el programa reciben al menos dos kits de</p>	<p>Ya incluido en 1.2</p> <p>Discriminado así:</p> <p>120 millones/año</p> <p>(1000 usuarios*8 kits al mes*12 meses)</p>

			Efectos % de consumidores que han usado jeringa nueva y del programa en el último episodio de UDI	higiene por semana	
--	--	--	---	--------------------	--

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
2.2 Distribución de condones	2.2.1 Adquisición de condones para su inclusión en los kits de higiene 2.2.2 Capacitación a operadores pares en el uso correcto del condón para su multiplicación con otros usuarios	2.2.1 2 meses	Resultados Número de condones distribuidos en kit o sin kit	El 100% de quienes están activos en el programa reciben al menos dos condones por semana	Ver 1.3

			<p>Efectos</p> <p>% de consumidores que usaron condón en su última relación sexual con pareja no habitual</p> <p>% de consumidores que usan condón regularmente con distintas parejas sexuales</p>		
2.3 Detección, diagnóstico y tratamiento antiretroviral, hepatitis virales, de otras ITS y TBC	<p>2.3.1 Desarrollo del anexo de guía de APV para consumidores de SPA y UDI</p> <p>2.3.2 Divulgación y capacitación en el manejo de la guía de APV</p> <p>2.3.3 Gestión de insumos, reactivos y pruebas</p> <p>2.3.4 Canalización a servicios y asesoría de acceso a los mismos a través del SGSSS según afiliación</p> <p>2.3.5 Aplicación del esquema de APV y detección</p> <p>2.3.6 Seguimiento de casos y apoyo al</p>	<p>2.3.1 4 meses</p> <p>2.3.2 2 meses</p> <p>2.3.3 – 2.3.6</p> <p>Desarrollo permanente</p>	<p>Cobertura</p> <p>Número y % de personas a las que se les practican pruebas de detección de VIH/HCV/ITS/TBC</p> <p>Efectos</p> <p>% de personas con</p>	Ver 1.3	100 millones

	proceso de adherencia a tratamiento 2.3.7 Diseño de indicadores de monitoreo y evaluación		adherencia al tratamiento (según diagnóstico) después de 6 meses de su inicio		
--	--	--	---	--	--

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
2.4 Estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento (enfoque CCC) y de educación en salud focalizada enmarcando las intervenciones y la entrega de insumos (condones, kits y vacunas) así como la prevención manejo de sobredosis	<p>2.4.1 Observación y sistematización de las prácticas de consumo para determinar prácticas de riesgo y daños asociados (complemento a 1.2.1)</p> <p>2.4.2 Análisis de factores que favorecen los riesgos y los daños asociados</p> <p>2.4.3 Diseño de estrategias de educación en salud focalizadas con enfoque de comunicación para el cambio de comportamiento (involucrando líderes de 1.2.3 y 1.2.4)</p> <p>2.4.4 Validación y prueba de estrategias de educación en salud con los grupos diana</p> <p>2.4.5 Formación de personal de urgencias, servicios de atención, autoridades de policía, familiares, operadores pares y grupos de</p>	Ver 1.2	<p>Cobertura</p> <p>Número de personas alcanzadas por las estrategias de educación en salud focalizadas</p> <p>Resultados</p> <p>Número y caracterización de personas entrenadas en manejo de sobredosis</p> <p>Efectos</p> <p>% de consumidores de heroína y UDI que adoptan prácticas de</p>	Ver 1.2	Ver 1.2

	<p>consumidores en prevención, identificación y manejo de sobredosis</p> <p>2.4.6 Implementación de las estrategias de educación en salud</p> <p>2.4.7 Diseño de indicadores de monitoreo y evaluación de las estrategias de educación en salud</p>		<p>menor riesgo (uso de condón en última RS, uso de jeringa nueva en último episodio de consumo p. ej)</p> <p>% de consumidores que hacen transición a SPA o modos de uso de menos riesgo</p> <p>% de consumidores que identifican adecuadamente las prácticas para prevenir la infección/trasmisión de VIH/HCV</p>		
--	---	--	---	--	--

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
2.5 Detección, diagnóstico y derivación para tratamiento de co-morbilidades en salud mental	<p>2.5.1 Definición de pruebas de tamizaje y diagnóstico en salud mental a aplicar a la población</p> <p>2.5.2 Definición local de instancias a cargo de hacer las evaluaciones y la</p>	<p>2.5.1-2.5.2 1 mes</p> <p>2.5.3 – 2.5.4</p> <p>8 meses</p>	<p>Cobertura</p> <p>% de personas que han recibido evaluación en</p>	<p>El 80% de quienes se integran al programa de atención reciben evaluación en salud</p>	<p>200 millones</p>

	<p>atención de co-morbilidades en salud mental</p> <p>2.5.3 Capacitación y entrenamiento en aplicación de pruebas a equipos locales</p> <p>2.5.4 Reforzamiento de la capacidad técnica de los equipos locales para la atención (capacitación, telemedicina, grupos de apoyo, supervisión)</p> <p>2.5.5 Diseño de indicadores de monitoreo y evaluación</p>		<p>salud mental</p> <p>Número de personas remitidas a servicios de segundo y tercer nivel de complejidad / atendidas en primer nivel y/o servicios comunitarios para manejo de co-morbilidad (en salud mental y física)</p>	<p>mental</p>	
<p>2.6 Atención en red de necesidades psicosociales (sociales, jurídicas, educativas, laborales, entre otras)</p>	<p>2.6.1 Mapeo de recursos institucionales y comunitarios en lo local para cada territorio</p> <p>2.6.2 Definición de mecanismos y arreglos institucionales para la atención en red</p> <p>2.6.3 Establecimiento del trabajo en red y gestor del trabajo en red</p> <p>2.6.4 Definición, validación, ajuste y divulgación de la ruta de atención y servicios psicosociales, en salud mental, en consumo de SPA y en temas de bienestar y protección social (incluye referencia y contrarreferencia)</p>	<p>2.6.1 2 meses</p> <p>2.6.2 6 meses</p>	<p>Efectos</p> <p>% de personas cuyo caso se ha atendido en más de dos puntos de la red y en cada punto ha habido resolución y referencia al siguiente</p>	<p>Al menos una ruta de servicios en red definida, difundida y funcional en cada territorio</p>	<p>240 millones</p>

PLAN DE ACCIÓN Æ GUÍA DE PLANES OPERATIVOS EN FORTALECIMIENTO DE LA ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

Mejorar la accesibilidad, calidad, oportunidad e integralidad del tratamiento de la dependencia a la heroína

Responsables: Actores del SGSSS, profesionales de la salud de atención primaria; servicios especializados tipo CAD; sistema de gestión de caso; Ministerio de Salud y Protección Social, DTS

Costo total de la línea: 400 millones

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
3.1 Socialización de las guías de práctica clínica ya validadas por expertos y avance sobre su implementación en el marco del SGSSS	3.1.1 Socialización de las guías de práctica clínica a los prestadores de servicios 3.1.2 Desarrollo del proceso de validación e implementación de las guías para ser integradas al SGSSS	3.1.1 2 meses 3.1.2 12 meses 3.1.3 – 3.1.4 4 meses	No aplica	Guía de práctica clínica para el manejo de la dependencia a opiáceos implementada	150 millones

	3.1.3 Publicación y divulgación de las guías 3.1.4 Capacitación en el manejo de las guías				
3.2 Desarrollo de un Modelo de Gestión Programático en UDI para Colombia	3.2.1 Convocatoria para el desarrollo del Modelo de Gestión 3.2.2 Consultas pre-modelo de gestión 3.2.3 Desarrollo y validación del modelo de gestión 3.2.5 Publicación del modelo de gestión 3.2.6 Capacitación en el manejo del modelo de gestión	3.2.1-3.2.2 2 meses 3.2.3 6 meses 3.2.5-3.2.6 4 meses	No aplica	Modelo de Gestión Programático en UDI para Colombia implementado	150 millones

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
3.3 Gestión de medicamentos e insumos para ampliación de alternativas terapéuticas con	3.3.1 Conversatorios con Fondo Nacional de Estupefacientes, Asociaciones para el manejo del dolor crónico, laboratorios para la gestión de medicamentos y	3.3.1 – 3.3.6 6 meses	No aplica	No aplica	50 millones (consultoría)

mayor regulación	<p>nuevas alternativas</p> <p>3.3.2 Exploración y consulta de evidencia en torno a alternativas de medicamentos para asistir en el tratamiento</p> <p>3.3.3 Levantamiento de base de pacientes para proyección de necesidades en Colombia y análisis de brechas</p> <p>3.3.4 Gestión ante Ministerio de Hacienda para ampliación de cupo financiero si aplica</p> <p>3.3.5 Gestión exploratoria para incluir como medicamentos prioritarios en salud pública o fuentes alternativas de adquisición</p> <p>3.3.6 Gestión para el desarrollo de procedimientos que se acuerden en conversatorios y consultas</p>				
3.4 Desarrollo de un sistema de gestión de casos que permita la evaluación y seguimiento integral de las necesidades de los	<p>3.4.1 Levantamiento de modelos de gestión de casos en temas de prioridad en salud pública</p> <p>3.4.2 Consulta, discusión y definición del mejor modelo de gestión de casos</p>	<p>3.4.1 – 3.4.2 1 mes</p> <p>3.4.3 – 3.4.6</p> <p>6 meses</p>	No aplica	Sistema de gestión de casos y de información operando articulado a los servicios en red en cada	50 millones (consultoría)

<p>consumidores</p>	<p>3.4.3 Desarrollo de un protocolo para asegurar la confidencialidad y reserva de la información y su uso exclusivo para temas de salud pública</p> <p>3.4.4 Socialización y discusión local de la aplicación del sistema de gestión de casos</p> <p>3.4.5 Definición de un sistema de gestión de información que permita monitorear y regular el uso de medicamentos y controlar la desviación y duplicidad en la formulación</p> <p>3.4.6 Puesta en marcha del sistema de gestión de casos y de información junto con los servicios en red (ver 2.6)</p>			<p>territorio</p>	
<p>3.5 Accesibilidad a desintoxicación asistida con medicamentos (preferentemente con agonistas opiáceos)</p>	<p>3.5.1 Luego de 3.3 y en línea con 3.1 y 3.2 se gestiona con las EPS (o con la instancia que las reemplace) en lo local el acceso al esquema de tratamiento y medicamentos que apliquen</p> <p>3.5.2 Gestión local para asegurar acceso a tratamiento en todos los niveles de complejidad (según resultados en 2.3 y 2.5 y descarte o no de co-morbilidades) y con seguimiento por equipos de APS y de base comunitaria (cuando estén</p>	<p>3.5.1 – 3-5-2</p> <p>6 meses</p> <p>3.5.3 Desarrollo permanente</p>	<p>Resultados</p> <p>%, número y caracterización de personas que reciben desintoxicación asistida con medicamentos en los niveles en los que se implemente en lo local</p>	<p>Existe al menos una alternativa de desintoxicación asistida con medicamentos operando en lo local</p>	<p>Gestión local</p>

	disponibles) 3.5.3 Monitoreo, documentación y sistematización de gestión de medicamentos, flujo e incidentes asociados.		Efectos Monitoreo de desempeño en al menos 4 áreas de vida de cada persona en tratamiento (salud, justicia, vocacional, relacional)		
--	--	--	---	--	--

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
3.6 Accesibilidad a mantenimiento de mediano y largo plazo asistido con medicamentos	Ver 3.5 Desarrollo simultáneo	Ver 3.5 Desarrollo simultáneo	Resultados %, número y caracterización de	Existe al menos una alternativa de mantenimiento de mediano y largo plazo asistido con medicamentos	Gestión local

			<p>personas que reciben mantenimiento de mediano y largo plazo asistido con medicamentos</p> <p>Efectos</p> <p>Monitoreo de desempeño en al menos 4 áreas de vida de cada persona en tratamiento (salud, justicia, vocacional, relacional)</p>	operando en lo local	
3.7 Atención psicosocial integrada al tratamiento asistido con medicamentos con miras al mantenimiento o desintoxicación y abstinencia según caso	En línea con 2.6 y luego de desarrollado se gestiona la integración del trabajo en red	Tiempos de 2.6 y al menos 2 meses más (para la integración y el ajuste)	Aplican indicadores 3.6	Aplica meta 2.6	Gestión local

PLAN DE ACCIÓN E GUÍA DE PLANES OPERATIVOS EN GESTIÓN Y FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES

Fortalecer la capacidad de respuesta territorial, institucional y comunitaria frente al consumo de heroína y otras drogas por vía inyectada

Responsables: Servicios comunitarios, profesionales de la salud de atención primaria, urgencias y SSAAJJ; servicios especializados tipo CAD y grupos de autoayuda; entidades operadoras PFMC –CHF (servicios de salud y servicios comunitarios tipos A y B)

Costo total de la línea: 810 millones

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
4.1 Formación en normatividad y derechos	Ver 1.4 y 1.5	Ver 1.4 y 1.5	Ver 1.4 y 1.5	Ver 1.4 y 1.5	Ver 1.4 y 1.5
4.2 Formación en herramientas de tamizaje, intervención breve, entrevista	Ver 1.1	Ver 1.1	Ver 1.1	Ver 1.1	Ver 1.1

motivacional y derivación					
4.3 Formación en APV y tratamiento para VIH/sida con enfoque diferencial	Ver 2.3, 3.1 y 3.2	Ver 2.3, 3.1 y 3.2	Ver 2.3, 3.1 y 3.2	Ver 2.3, 3.1 y 3.2	Ver 2.3, 3.1 y 3.2
4.4 Formación y sensibilización a los medios de comunicación	<p>4.4.1 Definición de contenidos y metodología de la formación y sensibilización a los medios</p> <p>4.4.2 Convocatoria a los medios</p> <p>4.4.3 Desarrollo de la formación y sensibilización</p> <p>4.4.4 Definición de un “pool” de profesionales de los medios “amigos del tema”</p>	<p>4.4.1-4.4.4</p> <p>4 meses</p>	<p>Resultados</p> <p>Número de personas de medios y medios sensibilizados y formados en el tema</p>	Al menos un medio de comunicación local se ha involucrado en el programa de formación y sensibilización en el tema	60 millones

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
4.5 Desarrollo de un sistema de vigilancia en VIH con herramientas de segunda generación y grupos centinela	<p>4.5.1 Desarrollo de las fichas de notificación y del sistema de vigilancia para el evento</p> <p>4.5.2 Revisión de instrumentos desarrollados como CODAR (OPS 2004)</p>	<p>4.5.1 – 4.5.5</p> <p>10 meses</p>	No aplica	Se cuenta con un sistema de vigilancia de 2ª generación con reportes locales y consolidación	70 millones (consultoría - desplazamientos)

	<p>y otros para determinar herramientas de vigilancia de segunda generación en lo local</p> <p>4.5.3 Propuesta de un sistema de vigilancia para UDI</p> <p>4.5.4 Consulta y ajuste del sistema de vigilancia para UDI</p> <p>4.5.5 Divulgación, formación y puesta en marcha del sistema de vigilancia en UDI (local y nacional)</p>			nacional	
4.6 Desarrollo de un sistema de alertas tempranas de consumos de alto riesgo y de eventos de salud y mortalidad asociada	<p>En articulación con 4.5</p> <p>4.6 Integración del evento a los desarrollos del Sistema de Alertas Tempranas (Minjusticia Observatorio de Drogas de Colombia)</p>	Ver 4.5 Desarrollo Simultáneo	No aplica	Se cuenta con un sistema de alertas tempranas que integra el evento del UDI	Ver 4.5
4.7 Desarrollo de un sistema de registro, monitoreo y seguimiento de casos (integrado a SUI CAD)	Ver 3.4	Ver 3.4	Ver 3.4	Ver 3.4	Ver 3.4

Líneas de acción	Sub-actividades	Cronograma	Indicadores	Metas mínimas	Costos
4.8 Desarrollo de un sistema de monitoreo y seguimiento de acciones del Plan Nacional	<p>4.8.1 Revisión, ajuste y diseño de los indicadores y metas para el monitoreo y evaluación de las acciones del Plan Nacional</p> <p>4.8.2 Definición de las fuentes de datos y mediciones para cada indicador</p> <p>4.8.3 Desarrollo de una guía de monitoreo y evaluación para el nivel nacional y local</p> <p>4.8.4 Divulgación y formación en la guía de monitoreo y evaluación</p> <p>4.8.5 Definición de una instancia que administre el sistema, reciba y gestione la información del sistema de monitoreo y evaluación</p>	4.8.1 – 4.8.4 4 meses	No aplica		80 millones /año (consultoría + desplazamientos)

4.9 Creación de comités ⁸ de gestión territorial y de acción integrada VIH / SPA-SM (coordinación y seguimiento de planes locales)	Gestión local	Gestión local	No aplica	Se cuenta con un comité o subcomité de trabajo inter-áreas	Gestión local
4.10 Desarrollo de un estudio que permita estimar el número de UDIs en Colombia	<p>4.10.1 Análisis y elección de la mejor metodología para hacer la estimación</p> <p>4.10.2 Selección de las ciudades en las que se realizará la medición</p> <p>4.10.3 Diseño del protocolo de los estudios</p> <p>4.10.4 Definición y capacitación de los equipos locales</p> <p>4.10.5 Implementación del estudio: trabajo de campo, análisis, informe</p> <p>4.10.6 Divulgación de los resultados</p>	4.10.1 – 4.10.6 10 meses	<p>Resultados</p> <p>Se cuenta con una estimación del número de UDIs en Colombia</p>	Se cuenta con el número estimado de UDIs en Colombia y se ajustan las metas y costos del Plan a partir de ello	600 millones (120 millones * 5 ciudades)

⁸ Podrán ser también sub-comités de las mesas intersectoriales ya existentes y operando en los territorios

5. Referencias

Abadía, C.; Góngora, A; Fiesco, J y Niño, L. (2009). *Evaluación rápida de la situación de consumo de heroína en el municipio de Santander de Quilichao, Cauca*. Universidad Nacional de Colombia, Ministerio de Protección Social, UNODC. Informe sin publicar.

Arriagada, I., & Hopenhayn, M. (2000). *Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC.

ATS (2012). *El consumo de heroína en Cúcuta y Pamplona: Una realidad visible, Evaluación Rápida de Situación del Consumo de Heroína y Seroprevalencia de VIH en los municipios de Cúcuta y Pamplona para el desarrollo del Plan de Respuesta Rápido en Heroína del departamento de Norte de Santander*. Ministerio de Protección Social y UNODC. Informe sin publicar.

CES (2012). *Estudio de prevalencia de VIH y comportamiento de riesgo asociados en usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira*. Ministerio de Protección Social y UNODC. Imprenta Nacional de Colombia.

Castaño, A. (2002). Consumo de heroína en Colombia. *Adicciones*, 14 (1), 87-90.

DROSICAN. (2009). *Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas sintéticas en la población universitaria. Informe Colombia, 2009*. Lima: DROSICAN.

Executive Office of the President of the United States (2008). *What works: effective public health responses to drug use*. National Drug Control Strategy.

Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacentes. (2009). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, 2008*. Bogotá DC.: Editora Guadalupe.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*.

Morales, D. C. (2006). *Caracterización de la población consumidora de heroína en el Departamento del Quindío*. Armenia: Instituto Seccional de Salud del Quindío.

NHS & Department of Health (2007). *Reducing Drug-related Harm: An Action Plan*.

Nuevos Rumbos (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*. UNFPA, Ministerio de Salud y Protección Social. Legis.

OMS (2005). *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users*. En: http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependence_final.pdf

OMS (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. En: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547543_eng.pdf

ONUDD (2004). *Prevención del VIH entre jóvenes que se inyectan drogas*. En: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/handbook_hiv_spanish.pdf

Pérez, A. (2007). *Transiciones en el consumo de drogas en Colombia*. Bogotá DC.: Dirección Nacional de Estupeficientes. Scoppetta, O. (2011). *Consumo de drogas en Colombia. Características y tendencias*. Bogotá DC.: Guadalupe S.A.

Pérez, A (2010). *Heroína, consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín*. Ministerio de Protección Social y UNODC. Imprenta Nacional.

Tokatlián, J. G. (1993). El desafío de la amapola en las relaciones entre Colombia y Estados Unidos. *Colombia Internacional* 21 , 3-10.

UNODC; OEA-CICAD. (2006). *Primer estudio comparativo sobre uso de drogas en población escolar secundaria en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay*. Lima: UNODC.

UNODC (2012). *Informe mundial sobre las drogas, resumen ejecutivo*. En: HYPERLINK "http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf" http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/Executive_summary_spanish.pdf

WHO & UNODC (2009). *Guidance on testing and counselling for HIV in settings attended by people who inject drugs: improving access to treatment, care and prevention*. En:

PARA REVISIÓN Y DISCUSIÓN