



Umbral Científico

ISSN: 1692-3375

umbralcientifico@umb.edu.co

Universidad Manuela Beltrán

Colombia

Guerra Guerra, Juan Clemente  
EL ABUSO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN GESTANTES.  
Umbral Científico, núm. 18, junio, 2011, pp. 69-85  
Universidad Manuela Beltrán  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421523010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## EL ABUSO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN GESTANTES.

Juan Clemente Guerra Guerra\*

Fecha de recepción: 30 de noviembre 2010

Fecha de aceptación: 20 de mayo 2011

**RESUMEN:** Este artículo comienza presentando los efectos del abuso en el consumo de algunas de las sustancias psicoactivas ilegales en mujeres gestantes, enseguida se pretende establecer una relación entre los Objetivos para el Desarrollo del Milenio y la importancia de atender el abuso en el Consumo de Sustancias Psicoactivas en gestantes. Continúa pretendiendo a partir de una revisión temática de los informes mundiales presentados por la Organización Mundial de la Salud y las Naciones Unidas a nivel internacional y de entidades gubernamentales en Colombia, conocer la manera en que estas organizaciones abordan el abuso en el Consumo de Sustancias Psicoactivas, en esta misma población.

**PALABRAS CLAVE:** Sustancias psicoactivas, gestantes, Organización Mundial de la Salud, Naciones Unidas.

**ABSTRACT:** This article begins by presenting the effects of abuse in the use of some of the illegal psychoactive substances in pregnant women, and then tries to establish a relationship between the Millennium Development Goals and the importance of addressing abuse in the consumption of psychoactive substances in pregnant women. Continued from claiming a thematic review of world reports submitted by the World Health Organization and United Nations international and government agencies in Colombia, to know how these organizations deal with abuse in the Psychoactive Substance Use on this population.

**KEYWORDS:** *Psychoactive substances (drugs), pregnant woman, World Health Organization, United Nations.*

### 1. INTRODUCCIÓN

La importancia de conocer que hacen las organizaciones nacionales e internacionales con el fin de atender el abuso en el consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) por parte de las mujeres gestantes, es el fundamento del presente artículo.

Las investigaciones sobre los efectos de las SPA o Drogas <sup>[1]</sup> en las gestantes y en sus hijos, están documentadas en algunos textos de farmacología. En este trabajo se utilizó como fuente para describir algunos de los más importantes efectos de estas sustancias en gestantes, el National Institute on Drug Abuse (NIDA).

Las estadísticas utilizadas por las diferentes organizaciones nacionales e internacionales que reportan el problema de las drogas en los diferentes niveles, no incluyen específicamente a las gestantes, y tampoco hacen un análisis de lo que el consumo de SPA, representa para la misma gestante y para la sociedad.

Este artículo pretende abrir un pequeño apartado en la idea de hacer visible a las gestantes adictas a las SPA, y la imperiosa

necesidad de buscar alternativas para la atención oportuna de estas mujeres.

Inicialmente se presenta una clasificación de las SPA, tomando como base datos de la National Institute on Drug Abuse (NIDA), del estudio auspiciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS): Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas y del estudio Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos Durante el Embarazo: Revisión Cualitativa de la Literatura (Osorio, 2009). Luego, se pretende relacionar la atención del consumo de SPA, con los Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM), enseguida, se indaga acerca de la manera en que el consumo de SPA en gestantes es abordado por los Informes Sobre la Salud en el Mundo (ISM). Enseguida se incluye el Informe: Estadísticas Sanitarias Mundiales (ESM) 2010, y otros informes como lo son: El Informe Mundial Sobre las Drogas 2010, El Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud 2003, El Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), correspondiente a 2009 y por último se abordan los principales informes presentados por

<sup>[1]</sup> El término drogas hace referencia a sustancias psicoactivas o SPA de carácter lícito (alcohol, tabaco, medicamentos de control especial, inhalables) e ilícito. Se utilizan los términos de manera indiferenciada. Tomado de: Plan nacional de reducción del consumo de drogas 2009-2010. Ministerio de Relaciones Exteriores. República de Colombia.

organizaciones gubernamentales Colombianas. Luego de la presentación de cada uno de estos informes el autor presenta su punto de vista, opiniones que son responsabilidad única y exclusiva del mismo.

## 2. MATERIALES Y METODOS

Para la elaboración de este artículo, se hizo una revisión temática acerca de lo que diferentes organizaciones nacionales e internacionales están haciendo con relación al problema de las drogas y particularmente sobre el consumo de SPA en gestantes. Inicialmente se hizo una búsqueda en las siguientes bases de datos: COCHRANE, MEDLINE, EBSCO, PROQUEST. Se utilizaron las siguientes combinaciones de palabras como booleanas: sustancias psicoactivas y gestación; sustancias psicoactivas y embarazo; drogas y gestación, drogas y embarazo, psychoactive substances and pregnancy, pregnancy and drugs.

Los hallazgos específicos para investigaciones sobre el consumo o el abuso en el consumo de sustancias psicoactivas en gestantes no arrojaron los resultados esperados en la búsqueda así que se decidió aplicar la utilización de estos booleanos al buscador de Google, y fue refinada en las páginas de la OMS, OPS, Naciones Unidas (NU), NIDA; al igual que en instituciones gubernamentales de Colombia, como el Ministerio de la Protección Social, el Ministerio del Interior y de Justicia, y El Ministerio de Relaciones Exteriores; haciéndose énfasis en Políticas, Planes y Programas. Se indagó en las páginas citadas y se decidió utilizar los informes más recientes citados en el presente artículo, en la idea de lograr un acercamiento a las propuestas que las organizaciones internacionales que lideran las propuestas de salud tienen con relación a la problemática del consumo de SPA en gestantes.

Se decidió incluir específicamente para este artículo los informes mundiales de la OMS y las Naciones Unidas y los informes de organismos de la República de Colombia. Excluyendo algunos informes de las Naciones Unidas como la SAMHSA, debido a que no hubo el suficiente tiempo para hacer la revisión adecuada de estos informes y a que pueden ser utilizados en un análisis posterior.

Se pretendió encontrar alguna relación entre el abuso del consumo de SPA en gestantes y los Objetivos para el Desarrollo del Milenio.

Además, se revisaron algunos de los más importantes informes presentados por la OMS, y las NU, además de una consulta al NIDA, a nivel internacional.

En este orden de ideas, se indagó a nivel nacional, recurriendo a el Estudio Nacional de Consumo de SPA 2008, a la Política Nacional para la Reducción del Consumo de SPA en Colombia 2007 y al Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010.

***La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales***<sup>[1]</sup>.

## 3. RESULTADOS

Antes de abordar los hallazgos particulares de esta indagación para el inicio de este artículo, se considera pertinente enunciar algunos de los efectos de las sustancias psicoactivas en las gestantes.

### 3.1 Clasificación de las SPA y algunos efectos en las mujeres gestantes.

Las sustancias psicoactivas más comunes pueden clasificarse de la siguiente manera<sup>[2]</sup>:

- Depresores: el alcohol, los sedantes/hipnóticos y los disolventes volátiles
- Estimulantes: la nicotina, la cocaína, las anfetaminas y el éxtasis
- Opioides: la morfina y la heroína
- Alucinógenos: la fenciclidina (PCP), la dietilamida del ácido lisérgico (LSD) y el cannabis.

**Las sustancias o drogas psicoactivas (SPA) se clasifican según el National Institute on Drug Abuse (“NIDA”)**<sup>[3]</sup> en:

- *Alucinógenos y drogas disociativas (drogas club)*: en esta clasificación se encuentran drogas tales como: LSD (Ácido lisérgico), peyote, psilocibina, fenciclidina (PCP). Además entre las drogas club se incluyen: la MDMA (éxtasis), el GHB, la GBL, la ketamina, el fentanil, el rohipnol, las anfetaminas y la metanfetamina. Existe por lo menos un informe que asocia a la mezcalina, el principio activo del peyote, con anomalías fetales. (Gilmore, 2001)<sup>[5]</sup>
- *Cocaína*: No es fácil determinar las consecuencias del uso de esta droga en gestantes, además es muy complejo especificar que tan peligrosa es una droga determinada sobre el feto. “Hay muchos factores, como la cantidad y el número total de drogas que abusó la madre, los cuidados prenatales recibidos, la posible negligencia o abuso del niño, la exposición a la violencia, las condiciones socioeconómicas, el estado de nutrición materna, la posibilidad de que la madre haya sido expuesta a enfermedades de transmisión sexual, y otros problemas de salud, que pueden contribuir a la dificultad para determinar el impacto directo, tanto maternal como infantil, del uso de la cocaína durante el periodo de gestación”.<sup>[6]</sup>
- *Esteroides (anabólicos)*: El uso de esteroides anabólicos en las mujeres embarazadas puede llevar al feto al pseudohermafroditismo o al retraso del crecimiento del feto.
- *Heroína*: La abstinencia a la heroína nunca es fatal para adultos saludables, pero puede ser mortal al feto de una adicta embarazada.<sup>[7]</sup> El abuso de heroína durante el embarazo, conjuntamente con los muchos factores ambientales asociados (por ejemplo, la falta de cuidados prenatales), ha sido vinculado a complicaciones adversas, incluyendo un bajo peso del bebé al nacer, lo que constituye un factor de riesgo importante para retrasos futuros en su desarrollo.<sup>[8]</sup>

- *Inhalantes*: “El abuso de los inhalantes durante el embarazo puede aumentar el riesgo de que el bebé sufra algún impedimento en su desarrollo... Algunos informes de casos muestran anomalías en los recién nacidos cuyas madres abusaron habitualmente de disolventes y hay evidencia de un deterioro en el desarrollo subsiguiente en algunos de estos niños... Sin embargo, no se han llevado a cabo estudios prospectivos bien controlados sobre los efectos de la exposición prenatal a inhalantes en humanos, por lo tanto, no es posible vincular trastornos en el desarrollo o defectos de nacimiento específicos con la exposición prenatal a un inhalante específico”.<sup>[9]</sup>
- *Marihuana*: Las investigaciones han demostrado que algunos bebés cuyas madres usaron marihuana durante el embarazo muestran respuestas alteradas a los estímulos visuales, un trémulo acrecentado, y un llanto agudo que puede indicar problemas con el desarrollo neurológico. En comparación con los niños que no han sido expuestos a la marihuana, se ha observado que durante los años preescolares, los niños expuestos a la marihuana tienen un desempeño inferior en tareas que requieren de una atención sostenida y de la memoria. Mientras tanto, en los años escolares, es más probable que estos niños exhiban deficiencias en su capacidad para resolver problemas, en la memoria, y en su habilidad para permanecer atentos. (Fried y Smith, 2001)<sup>[10]</sup>
- *Nicotina*: Se calcula que en los Estados Unidos, el 16 por ciento de las mujeres embarazadas fuman. El monóxido de carbono y la nicotina del humo de tabaco pueden interferir con el suministro de oxígeno al feto. Además, la nicotina cruza fácilmente la placenta y las concentraciones de nicotina en el feto pueden ser hasta 15 por ciento más altas que los niveles maternos. La nicotina se concentra en la sangre fetal, en el líquido amniótico y en la leche materna. La combinación de estos factores puede tener consecuencias graves en los fetos y en los bebés de las madres fumadoras. Entre 1997 y el 2001, el tabaquismo durante el embarazo fue la causa de alrededor de unas 910 muertes de bebés al año y se calcula que los costos de cuidados neonatales relacionados con el tabaquismo ascienden a más de \$350 millones por año.<sup>[11]</sup>

Los efectos adversos del hábito de fumar durante el embarazo incluyen retraso en el crecimiento fetal y bajo peso al nacer. La disminución en el peso al nacer que se ve en los bebés de madres fumadoras está relacionada con la dosis: mientras más fume la mujer durante el embarazo, mayor es la disminución en el peso natal infantil. El recién nacido también muestra señales de estrés y síntomas del síndrome de abstinencia consistentes con lo que se ha reportado en bebés expuestos a otras drogas. En algunos casos, el fumar durante el embarazo también puede estar asociado con abortos espontáneos y el síndrome de muerte súbita del lactante (SIDS, por sus siglas en inglés), así como con problemas de aprendizaje y de comportamiento en los niños, además de un riesgo mayor de

que sean obesos. Al mismo tiempo, si la madre fuma más de un paquete al día durante el embarazo, casi duplica el riesgo de que el niño afectado se vuelva adicto al tabaco si comienza a fumar.<sup>[12]</sup>

Además de los datos obtenidos en la página web de la ‘NIDA’, Se incluyen a continuación algunos de las referencias utilizadas por Osorio, 2009 en: Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos durante el Embarazo.

- *Opiáceos*: Las consecuencias reportadas para el consumo de opiáceos durante el embarazo son fundamentalmente aborto, *abruptio* de placenta, ruptura prematura de membranas y/o parto prematuro, restricción en el crecimiento intrauterino, bajo peso al nacer, preeclampsia, muerte intrauterina, hemorragias posparto, síndrome de distrés respiratorio, síndrome de abstinencia neonatal, mortalidad neonatal, y anomalías cognitivas. (Hulse, Milne, English, y Holman, 1998)<sup>[13]</sup>

Además de referenciar los efectos de algunas de las SPA durante el embarazo, es importante destacar los efectos en el neonato del consumo de opiáceos por parte de la madre, como lo referencia Osorio (2009): “El Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) por opiáceos, se caracteriza por alteraciones en el sistema nervioso y autónomo, el tracto gastrointestinal y el sistema respiratorio (Johnson, Jones, Jasinski., Sviki, Haug, Jansson, et al. 2001)<sup>[14]</sup> – (Blinick, Wallach y Jerez, 1969.),<sup>[15]</sup> manifestándose por hiperexcitabilidad, llanto incesante, temblor, diarrea, taquipnea, intolerancia a los alimentos y, en algunos casos, convulsiones (Barr y Jones, 1994)<sup>[16]</sup>– ( Suresh y Anand, 2001)<sup>[17]</sup>. Del mismo modo, se ha reportado un incremento en la aparición del síndrome de muerte súbita del lactante en niños expuestos a los opiáceos.<sup>[18]</sup> Todo esto se debe a que el sistema opioide del recién nacido humano y, presumiblemente el de la rata, es estructuralmente y funcionalmente diferente al sistema del adulto, pudiéndose presentar cambios significativos en éste antes y después del nacimiento. (Marsh, Hatch and Fitzgerald, 1997)<sup>[19]</sup> Por lo tanto, y tal y como ha sido demostrado mediante la experimentación en biomodelos, la abstinencia a los opiáceos difiere entre neonatos y adultos.<sup>[20]</sup>

En este mismo apartado, Osorio (2009) concluye: “El consumo de opiáceos durante el embarazo constituye un factor de riesgo para la madre y el niño con relación a las posibles complicaciones durante la gestación y a la presentación de síndromes de abstinencia y muerte súbita neonatal. Los tratamientos con metadona y buprenorfina disminuyen el riesgo pero deben controlarse rigurosamente con el fin de evitar posibles problemas relacionados con su uso”.<sup>[21]</sup>

“Es claro que los niños y los adolescentes son mucho más vulnerables al peligro de la adicción que los adultos” (Nutt, Robbins, and Stimson, 2007.)<sup>[22]</sup>

Pero: ¿cuales son los criterios diagnósticos de la dependencia del consumo de SPA?

### Cuadro 1

***Criterios diagnósticos de la dependencia del consumo de sustancias en la CIE-10***

Para establecer el diagnóstico es necesario que durante el año anterior hayan estado presentes en algún momento tres o más de los siguientes criterios:

- 1) Deseo intenso o compulsivo de consumir la sustancia.
- 2) Dificultades para controlar el consumo de la sustancia, sea con respecto a su inicio, a su finalización o a su magnitud.
- 3) Estado fisiológico de abstinencia al detener o reducir el consumo de la sustancia, puesto de manifiesto por el síndrome de abstinencia característico de esa sustancia o por el consumo de la misma sustancia (u otra muy parecida), con la intención de evitar o aliviar los síntomas de abstinencia.
- 4) Presencia de tolerancia, que hace que sean necesarias mayores dosis de la sustancia psicoactiva para lograr los efectos producidos originalmente por dosis menores.
- 5) Abandono progresivo de otras fuentes de placer y de diversión a causa del consumo de la sustancia psicoactiva y aumento del tiempo necesario para obtener o tomar la sustancia, o para recuperarse de sus efectos.
- 6) Persistencia en el consumo de la sustancia, pese a la existencia de pruebas evidentes de sus consecuencias manifiestamente perjudiciales, como los daños hepáticos causados por el consumo excesivo de alcohol, los estados de ánimo depresivos consecutivos al gran consumo de una sustancia o el deterioro de la función cognitiva relacionado con el consumo de una sustancia. Debe investigarse si el consumidor es o podría llegar a ser consciente de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

Fuente: traducido de la referencia. Tomado textualmente de la cita.

Luego de presentar algunos de los efectos del consumo de SPA ilegales en gestantes y de conocer cuales son los criterios que facilitan un diagnóstico de la dependencia del consumo de SPA, en este artículo se establece una relación de los ODM, con la importancia de abordar el abuso en el consumo de SPA en gestantes. Las opiniones presentadas sobre esta relación a nivel general, en el punto 3.2 o a nivel específico en cada uno de los ODM, son presentadas desde la óptica del autor del presente artículo y no comprometen ninguna otra entidad o persona.

### 3.2 Objetivos para el Desarrollo del Milenio (ODM) <sup>[24],[25]</sup>

Los ODM, no referencian particularmente el consumo de SPA en gestantes y no proponen alternativas de acción diferenciadas para las gestantes y otros grupos de personas que vivencian el abuso de estas sustancias.

El abuso en el consumo de SPA en general y particularmente en gestantes, iría en contravía de los siguientes ODM. <sup>[26]:</sup>

Los objetivos que se considera tienen relación más cercana con el abuso en el consumo de SPA en gestantes son los siguientes:

Objetivo 1 Erradicar la pobreza y el hambre

Objetivo 3 Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

Objetivo 4 Reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Objetivo 5 Mejorar la salud materna y

Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

En lo referente al primer ODM, la gestante y su hijo son las bases de la familia y por ende de la sociedad. La prevención, el tratamiento y el cuidado para el mantenimiento de la salud de estos pilares son fundamentales en la erradicación de la pobreza y el hambre.

El consumo de SPA, es la piedra angular sobre la cual se basa el narcotráfico y la corrupción; la corrupción genera costos en las economías de los países y estos costos pueden verse reflejados como lo presentó el Senador Roy Cullen 2007, <sup>[27]</sup> de la siguiente manera:

- Socava la confianza de la población y la confianza en las entidades públicas.
- La distribución no equitativa de la riqueza y de los ingresos nacionales puede fomentar la inestabilidad política.
- Reduce la inversión extranjera directa (costo adicional e incertidumbre).
- Disminuye la transparencia de la toma de decisiones políticas.
- Introduce ineficiencias en los mercados.
- Puede poner en peligro el logro de los objetivos de desarrollo sostenible.
- Aumenta los riesgos contra la salud y la seguridad de la ciudadanía.

En adición a lo anterior, en la mira del tercer ODM, la equidad de género no puede ser abordada desde una perspectiva de igual abuso en el consumo de SPA en hombres y en mujeres; la violencia en todas sus manifestaciones, la trata de personas, la globalización y niveles diferentes de oportunidades para hombres y mujeres atentan contra la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer, principalmente si ella está gestando una nueva vida.

Previo al abordaje del cuarto ODM, en este artículo se considera pertinente hacer una relación con el quinto ODM, si bien es cierto, la propuesta tendiente a mejorar la salud materna se centra en mejorar la cobertura y la prestación de servicios por personal calificado, la prevención y el tratamiento oportuno del consumo y adicción a SPA en mujeres en edad fértil y en gestantes contribuiría directamente al logro de este objetivo y de igual manera, se contribuiría a disminuir la mortalidad neonatal y en consecuencia la mortalidad en niños menores de 5 años.

Hay que resaltar el hecho de que las mujeres que consumen SPA, tienen mucho más riesgo de adquirir el VIH/SIDA, que las que no lo hacen, y de contagiar a su hijo, principalmente las gestantes que consumen SPA inyectables y más aún quienes comparten jeringas y agujas en este proceso. Por esta razón, la prevención y tratamiento oportuno de las mujeres en edad fértil y las gestantes adictas a SPA, disminuiría la incidencia del contagio de la gestante y de la transmisión

del VIH/SIDA a su hijo. De esta manera se contribuiría en el logro del objetivo 6 para el desarrollo del milenio. En este artículo, no se aborda ni el paludismo ni otras enfermedades.

La prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación de las mujeres adolescentes y adultas en edad fértil adictas al consumo de SPA contribuiría al logro de los ODM, previamente enunciados. Los costos de cada una de las actividades tendientes a alcanzar estas metas, son la limitación que más grandes retos le propone a los diferentes sistemas de salud, en cada una de las regiones del hemisferio. La voluntad política y la sostenibilidad de las acciones, son el reto que debería proponerse desde la OMS, para cada una de las políticas planes y programas que contribuyan a prevenir el consumo de SPA, prevenir el abuso en el consumo de SPA, promover el desarrollo de la persona y la familia, contribuir en la disminución de los factores que inciden en la violencia en sus diferentes manifestaciones, resaltando la importancia de la mujer como el eje sobre el cual se construye la familia y el pilar de la sociedad que fundamenta.

Si bien es cierto los ODM, son muy importantes en la construcción de políticas, planes, programas y decisiones tendientes a mejorar la salud de las personas y los colectivos; y aunque los informes para la salud en el mundo empezaron a ser visibles desde el año 1995, desde cada uno de esos informes se debería observar la coherencia, viabilidad y consistencia dirigidas a contribuir en el alcance de las metas propuestas para el 2015. ¿Cómo es abordado el abuso en el consumo de SPA en gestantes por cada uno de los informes sobre la salud en el mundo?

### 3.3 Informes sobre la salud en el mundo (ISSM) – algunos planteamientos

Las referencias que presentan los diferentes informes sobre la salud en el mundo enuncian la importancia de prevenir el consumo de alcohol y de tabaco, y en algunos de ellos se esboza el abuso en el consumo de SPA. No se hace referencia concreta al abuso en el consumo de SPA en gestantes. A pesar de este hecho, los diferentes ISSM que se han presentado hasta ahora terminan por insistir en la importancia de la prevención como pilar de la acción en cualquiera de los campos relacionados con el cuidado de la salud, lo cual no escapa al cuidado de las gestantes adictas a SPA.

Es importante resaltar que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva aceptada o no socialmente, entrafna en si mismo, el riesgo del abuso en su consumo y de la adicción como consecuencia de este abuso y es allí donde se pondría en riesgo la salud de las personas que consumen, y particularmente, de acuerdo al tema que se propone en este artículo, de las gestantes y su hijo por nacer.

Reducir las desigualdades fue el primer Informe Sobre la Salud en el mundo (ISSM) publicado en 1995 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque enuncia el hecho de que “...algunos de los riesgos que enfrentan los

adolescentes para su salud son: el alcohol, el tabaco y las drogas...”<sup>[28]</sup> y cada 6 minutos moría una persona a causa del hábito de fumar, y que “las gestantes adolescentes entre los 15 los 19 años tenían el doble de riesgo de morir que las gestantes entre los 20 y 24 años y el doble de riesgo de complicaciones a largo plazo...”<sup>[29]</sup> Este riesgo no se asoció específicamente al consumo o adicción a SPA.

Luego de este primer informe, **Combatir las enfermedades, promover el desarrollo**<sup>[30]</sup>, se constituyó en el segundo ISSM publicado por la OMS en 1996; Aunque en el mismo, se parte de la premisa de la promoción del desarrollo, el tema del abuso en el consumo de SPA en gestantes, no se tiene en cuenta ni se especifica.

Para el año 1997 la OMS propuso: **Vencer el Sufrimiento, Enriquecer a la Humanidad**<sup>[31]</sup>, como su tercer ISSM; aunque tampoco se hace una referencia específica al abuso en el consumo de SPA en gestantes, estima en su apartado sobre la salud mental, que 28 millones de personas en el mundo ponen en riesgo su salud por el consumo de SPA como alcohol, cigarrillo e inhalantes.

En el año 1998, **La Vida en el Siglo XXI: Una Perspectiva para Todos**<sup>[32]</sup>, fue el cuarto ISSM presentado por la OMS. En el capítulo 5, plantea la necesidad de lograr la salud para todos, sin hacer un énfasis particular en el consumo o adicción a SPA y mucho menos en gestantes.

Constituyéndose en un acercamiento a la situación social, la OMS propuso en el año 1999, **Cambiar la Situación**<sup>[33]</sup>, como lema para su quinto ISSM: en este informe se plantea la necesidad de invertir más para reducir la mortalidad materna y hallar la manera de mejorar la situación de la madre y el niño. Aunque hace referencia a la necesidad de conjurar las amenazas que pesan sobre la salud como consecuencia de la crisis económica, de entornos poco saludables o de comportamientos de riesgo, considerando al tabaquismo, como uno de los problemas de salud más inquietantes.<sup>[34]</sup> no hace alusión específica al abuso en el consumo de SPA en gestantes.

Para el año 2000, la OMS propuso como lema de su sexto ISSM: **Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud**<sup>[35]</sup>, presenta dentro de los ejemplos de intervenciones con un gran impacto potencial en los resultados sanitarios: la salud materna y maternidad sin riesgo, el control del tabaquismo, la planificación familiar y la prevención de la infección por VIH/SIDA, además de la planificación familiar.

Además de enunciar estos ejemplos de intervenciones, este informe se centra en la manera como los sistemas de salud pueden mejorar su desempeño, y la necesidad de encontrar los mecanismos necesarios para financiarlos, no profundiza sobre el abuso en el consumo de SPA y mucho menos lo especifica en gestantes.

El lema de la OMS para su séptimo ISSM para el año 2001 fue: **Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas**

<sup>[36]</sup>, hace referencia al alcoholismo y a la drogodependencia, y a la importancia de analizar la relación costo beneficio en el tratamiento de las dependencias a las drogas, pero no hace referencia específica al consumo de SPA en gestantes. En uno de sus apartados cita:

*“El tratamiento de la drogodependencia es costo eficaz en lo referente a reducir el uso de drogas (40%–60%) y las consecuencias sanitarias y sociales que lleva aparejadas, por ejemplo la infección por el VIH y la actividad delictiva. La efectividad de dicho tratamiento es comparable a las tasas de éxito del tratamiento de otras enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y el asma (NIDA 2000). Se ha comprobado que dar tratamiento es menos costoso que otras alternativas, tales como no tratar a los dependientes o simplemente encarcelarlos. En los Estados Unidos, por ejemplo, el costo en promedio de un año de terapia de mantenimiento con metadona asciende aproximadamente a US\$ 4700 por paciente, mientras que un año de reclusión penitenciaria cuesta alrededor de US\$ 18400 por persona”.*<sup>[37]</sup>

Es muy importante referenciar el uso y el abuso en el consumo de SPA, y aunque en este informe se esboza la importancia de tener en cuenta el costo beneficio en el tratamiento de la drogodependencia, no hay propuestas concretas para abordarlos de una manera en la cual los diferentes entes gubernamentales puedan hacerlos viables y sostenibles.

En su octavo ISSM, para el año 2002, la OMS propuso como lema: **Reducir los riesgos y promover una vida sana**<sup>[38]</sup>.

En este informe, se entiende por intervención: *“toda acción sanitaria – actividad de promoción, prevención, curación o rehabilitación – cuyo propósito principal es mejorar la salud”.*<sup>[39]</sup>

Propone como objetivos fundamentales de la evaluación de riesgos en el mundo<sup>[40]</sup>, los siguientes:

- Comparaciones estandarizadas y medidas comunes de los resultados
- Evaluación de los factores de protección además de los factores de peligro
- Inclusión de las causas inmediatas y lejanas
- Evaluación de los riesgos que afectan a toda la población y a los individuos muy expuestos
- Inclusión de los riesgos que contribuyen conjuntamente a la morbilidad
- Uso de la mejor evidencia disponible en la evaluación de riesgos para la salud ciertos y probables
- Evaluación de la carga evitable y de la carga atribuible sinopsis de los métodos de evaluación de riesgos
- Elección y definición de los riesgos para la salud

**Según este informe, cerca del 1% de las enfermedades en el mundo se pueden deber al uso de drogas; en los países desarrollados el dato es 2,3%.**

Aunque en este informe tampoco se aborda específicamente

a la gestante adicta o quien abusa del consumo de SPA; el cuidado de este grupo de mujeres, requiere de acciones que permitan mejorar tanto su salud como la de su hijo por nacer, las cuales tendrían la posibilidad de fundamentarse en los objetivos de la evaluación de riesgos propuestos en el mismo.

El noveno ISSM 2003: **Forjemos el Futuro**<sup>[41]</sup>, hace referencia a que el consumo de cigarrillos y otros productos de tabaco y la exposición al humo ajeno constituyen la principal causa mundial de defunción prevenible y son responsables de unos cinco millones de muertes al año, que se concentran principalmente en los países pobres y en las poblaciones más desfavorecidas. Según revelan las últimas estimaciones, de los cerca de cuatro millones de hombres y un millón de mujeres que fallecieron, más de dos millones de hombres y 380000 mujeres pertenecían a países en desarrollo (Ezzati y Lopez 2003)<sup>[42]</sup>. Plantea que: el número de víctimas se duplicará en los próximos 20 años si no se generaliza la adopción de intervenciones eficaces que ya están disponibles<sup>[43]</sup>.

Además de lo anterior este informe propone: Mejorar la calidad: trabajadores y sistemas y cita:

*“Todos los sistemas de salud necesitan crear un entorno que favorezca un aprendizaje de equipo eficaz para mejorar la calidad. Aunque la calidad de la asistencia depende en parte de las características individuales de los trabajadores sanitarios, los niveles de desempeño están determinados en mucha mayor medida por la organización del sistema de atención sanitaria en el que trabajan. Muchas organizaciones de atención sanitaria están sustituyendo la práctica de responsabilizar de cualquier deficiencia a trabajadores sanitarios concretos por una cultura de aprendizaje en equipo y mejora compartida de la calidad”.*<sup>[44]</sup>

Además se plantea que la Información sanitaria a mejorado pero aún no es lo suficientemente buena<sup>[45]</sup>, y propone:

Mejorar los sistemas de información<sup>[46]</sup>

La Red de Sanimetría<sup>[47]</sup>

Financiación de los sistemas de salud: para lo cual refiere:

*“Muchas de las funciones de los sistemas de atención sanitaria están condicionadas al logro previo de una financiación suficiente. Si no se ponen en marcha mecanismos de financiación sostenibles, las ideas innovadoras orientadas a fortalecer la base de atención primaria de los sistemas de atención sanitaria no generarán resultado alguno”*<sup>[48]</sup>.

Hay todavía muchas deficiencias en la adquisición y el manejo de la información relacionada con el consumo de SPA en gestantes; en el informe: “Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública” (2009)<sup>[49]</sup>, se hacen varias recomendaciones para mejorar la calidad de los datos sobre el uso de drogas, y aunque estas recomendaciones, continúan siendo pertinentes, este informe tampoco se hace una referencia específica al abuso en el consumo de SPA en gestantes.

Se requiere personal capacitado específicamente en el cuidado y la atención a las gestantes con problemas de adicción a SPA. En este informe se resalta la limitación que tienen los diferentes sistemas de atención sanitaria para garantizar la sostenibilidad financiera de los programas.

El décimo ISSM, propuesto para el año 2004: **Cambiamos el rumbo de la historia** <sup>[50]</sup>. **VIH/SIDA**, hace referencia en el capítulo 1 al SIDA como una emergencia mundial que requiere una respuesta combinada, y acerca del consumo de SPA, plantea la utilización de jeringas estériles como estrategia para mitigar el daño entre los consumidores de drogas por vía parenteral.

Pretendiendo establecer una relación con el quinto ODM, desde el punto de vista del autor, se debería tener en cuenta que encontrando los mecanismos para atender a las gestantes que abusan del consumo de SPA y particularmente a las gestantes que consumen SPA inyectables, se podría contribuir a mejorar la salud materna y a disminuir la incidencia del VIH, así como, contribuir en el cambio en el rumbo de la historia.

Entre los muchos aspectos que son presentados en su contenido, el onceavo ISSM 2005 cuyo lema **Cada madre y cada niño contarán** <sup>[51]</sup> debería continuar siendo vigente; resalta a la violencia contra la mujer como uno de los focos de morbilidad y mortalidad materna. Sería muy importante que este análisis se hiciera desde la óptica del informe mundial sobre la violencia y la salud 2003, el cual será referenciado más adelante en este artículo, y en este sentido, se tuviera en cuenta, entre otros aspectos: la trata de personas, la prostitución y la relación de estos aspectos con el abuso en el consumo de SPA, particularmente en gestantes.

**Colaboremos por la Salud** <sup>[52]</sup>, se constituyó para el año 2006, en el doceavo ISSM. Las cuatro dimensiones del desempeño del personal sanitario que fundamentan este informe: *Disponibilidad, competencia, sensibilidad a las necesidades y productividad*, deberían ser analizadas también desde la perspectiva de los trabajadores de la salud y de todos los factores que pueden contribuir a la sensibilización y el empoderamiento de la importancia de cada una de ellas, partiendo de una remuneración justa y condiciones laborales que favorezcan la estabilidad y satisfacción laboral. En este orden de ideas, el apoyo de las organizaciones oficiales y privadas es fundamental. Al abordar el abuso en el consumo de SPA en gestantes, sería muy importante garantizar la capacitación adecuada a los trabajadores de la salud y los recursos que permitan ofrecer a las gestantes el tratamiento y cuidado requerido por ellas teniendo como base cada una de estas dimensiones.

En el treceavo ISSM, para el año 2007: **Un Porvenir más Seguro Protección de la salud pública mundial en el siglo XXI**, la Doctora Margareth Chan, esboza en su mensaje, que algunos de los cambios más importantes relacionados con la salud pública han sido dados por la relación que ha tenido

la humanidad con el planeta. Este tipo de análisis es muy importante al momento de abordar las grandes epidemias y enfermedades que azotan a la humanidad y con las que la humanidad azota al planeta. Una cita muy particular de este mensaje cita:

*“Un planteamiento revolucionario, debe darse desde la búsqueda de la armonía del ser humano con los demás seres que habitan el planeta que compartimos y con todos los recursos de los cuales la humanidad usa y abusa”.*

Desde el punto de vista del autor del presente artículo, las SPA, son parte de esos recursos que deben ser utilizados de acuerdo a su esencia, para lo cual se debe tener en cuenta la experiencia de las culturas indígenas como sustancias visionarias y la utilidad médica, por ejemplo: en anestesiología y el manejo del dolor y no simplemente la utilización que se hace de ellas de una manera recreativa (P. Smith), o como un recurso para evadir problemas que por el contrario, se hacen mucho más grandes y requieren un análisis más profundo desde la óptica de la salud pública y el problema social y ambiental que pueden generar. Por lo tanto; cuidar de las gestantes y sus hijos por nacer es parte de la construcción del futuro a partir de esa relación armónica que deben tener los seres humanos con su entorno.

El último de los ISSM, considerados en este artículo fue presentado por la OMS para el año 2008: **La Atención Primaria en Salud: Más Necesaria que Nunca**, <sup>[53]</sup> Entre otros aspectos, exhorta acerca de la necesidad de promover una serie de reformas:

Reformas en pro de la cobertura universal

Reformas de la prestación de servicios

Reformas de las políticas públicas

Reformas del liderazgo

En este sentido, plantea la necesidad de alcanzar “Una atención que dé prioridad a las personas”. Y cita textualmente:

*“Evidentemente las personas desean contar con una atención sanitaria eficaz cuando caen enfermas o sufren un traumatismo. Y desean que esa atención la presten proveedores íntegros que actúen de la forma más conveniente para ellas, con equidad y honradez, y que posean las aptitudes y los conocimientos necesarios. La exigencia de preparación no es algo superfluo, pues impulsa la economía sanitaria con una demanda de atención profesional en constante aumento (médicos, personal de enfermería y otros profesionales sanitarios que desempeñan una función cada vez más importante tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo) (Mullan and Frehywot, 2007) <sup>[54]</sup>*

Teniendo en cuenta los planteamientos propuestos por cada uno de los informes sobre la salud en el mundo, debe haber congruencia, constancia y hacerse un gran esfuerzo en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad,



garantizando acciones, viables y sostenibles que vayan dirigidas particularmente en la pubertad y la adolescencia sobre la prevención del consumo de SPA. Aunque el abuso en el consumo de SPA, es abordado en algunos de estos informes, sería de suma importancia encontrar los mecanismos que permitan hacerlo visible no solo en adolescentes, y no simplemente hacer una diferenciación por géneros y por edades en las diferentes encuestas; sería muy importante establecer los mecanismos que permitan hacer visible el abuso en el consumo de SPA en las gestantes.

Los esfuerzos que realizan las entidades internacionales así como los realizados por cada uno de los diferentes gobiernos pueden resultar estériles, si no se continúa buscando la coherencia y sostenibilidad de las acciones elaborando propuestas que contribuyan a cambiar la actitud de violencia por la de construcción de las condiciones sociales que favorezcan el desarrollo de la persona, la familia y la sociedad.

### 1.3. Otros informes:

Las estadísticas son muy importantes en el análisis de cada uno de los fenómenos que atañen la salud de las personas.

Además de los informes sobre la salud en el mundo, es importante tener en cuenta otros informes producidos por organizaciones internacionales como: Las Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010, El informe Mundial sobre las Drogas 2010, El informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud 2003, *Presentados por* las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud y las propuestas hechas al interior del país como: El estudio Nacional de **Consumo de SPA en Colombia 2008, La política Nacional para la Reducción de SPA en Colombia y el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010.**

Algunos de los datos más importantes consignados en el informe: **Estadísticas sanitarias mundiales 2010**, relacionados con las SPA son los siguientes:

*“La prevalencia actual del consumo de tabaco es un factor importante de predicción de la carga de morbilidad de las enfermedades relacionadas con el tabaco en el futuro. En 36 países, más del 25% de los jóvenes fuma”.*<sup>[55]</sup>

*“El uso nocivo del alcohol puede causar dependencia crónica, cirrosis hepática, cáncer y traumatismo agudo. De los 20 países con el mayor consumo de alcohol por habitante, 18 son europeos. Entre los factores que influyen en la fiabilidad de este indicador se incluyen los siguientes: producción indeterminada en el sector informal, consumo por turistas, almacenamiento, desecho y vertido, contrabando, ventas libres de impuestos y variaciones en la graduación de las bebidas alcohólicas”*<sup>[56]</sup>. *“La prevalencia del consumo de tabaco fumado es otro factor predictivo importante de la futura carga de morbilidad relacionada con el tabaquismo. El consumo nocivo de alcohol puede causar dependencia, cirrosis hepática, cáncer y traumatismos”*<sup>[57]</sup>.

*“La distribución de los Años de Vida Perdidos (AVP)*

*por causas difiere significativamente entre los grupos de ingresos nacionales: en los países de ingresos bajos, más de las dos terceras partes de los AVP por 1000 habitantes se deben a enfermedades transmisibles, afecciones maternas y perinatales, y carencias nutricionales. En cambio, estas causas son responsables de alrededor de la cuarta parte de los AVP por 1000 habitantes en los países de ingresos medios y de menos del 10% de ellos en los de ingresos altos”.*<sup>[58]</sup>

*“En Colombia la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 75 entre los años de 2000 a 2009, en el año 2005 fue de 130 [38–370]”*<sup>[59]</sup>, no hay datos que relacionen esta “razón”, con el consumo de SPA.

*“El mundo tiene un marco para tratar con las drogas a nivel internacional, en la forma de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (modificado por el Protocolo de 1972), el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971, la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1988, la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional de 2000 (y sus protocolos) y la Convención contra la Corrupción. Gran parte de la exitosa colaboración se ha producido en virtud del presente marco, pero se podía hacer más”.*<sup>[60]</sup>

*“Con demasiada frecuencia, el trabajo bajo los convenios se ha limitado a hacer cumplir la ley, mientras que la delincuencia organizada transnacional no puede reducirse a un problema de justicia penal”.*<sup>[61]</sup>

*Los convenios proporcionan un soporte o una guía sobre la cual construir propuestas, pero no constituyen una estrategia global.*

*“Para abordar exhaustivamente con estos temas difíciles de tratar y vinculados entre sí, no puede haber ningún sustituto para la acción internacional coordinada”.*<sup>[62]</sup>

*“Las Naciones Unidas están en condiciones de seguir brindando la coordinación necesaria para abordar estos problemas globales en el nivel requerido”*<sup>[63]</sup>.

Aún en este informe, no hay datos específicos sobre el abuso en el consumo de SPA en gestantes, como había sido planteado en el informe “Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública” (2009), y como fue referenciado previamente en el informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro, “... hay que mejorar la calidad de los datos sobre el uso de las drogas...”.

En el **Informe Mundial sobre las Drogas 2010**<sup>[64]</sup>, se enfatiza sobre la escasez de instalaciones para el tratamiento de la adicción a las SPA: “...Si bien es cierto que las personas adineradas de los países ricos tienen medios para pagarse un tratamiento, los pobres y los países pobres se ven confrontados a gravísimas consecuencias sanitarias...” Según las estimaciones del Informe, en 2008, sólo una

quinta parte de los consumidores de drogas problemáticas del mundo habían recibido un tratamiento durante el año anterior, lo que significa que alrededor de 20 millones de drogodependientes no recibieron tratamiento. “Ha llegado el momento de que el acceso al tratamiento de la drogodependencia sea universal”.

#### **Informe mundial sobre la violencia y la salud 2003** <sup>[65]</sup>.

La OMS define a la violencia como: El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

En este informe se hace un análisis de los diferentes tipos de violencia a los cuales están sometidas las personas, y particularmente las mujeres.

Es muy posible que al actuar sobre las causas de la violencia se actúe directamente sobre muchas de las causas que llevan a las personas al abuso en el consumo y a la adicción a SPA.

*El Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). Correspondiente a 2009* <sup>[66]</sup>, es uno de los pocos informes en los cuales se plantea un análisis de cómo hacer la prevención primaria del uso indebido de las drogas, además la importancia de tener en cuenta a cada una de las edades del ciclo vital de las personas en las estrategias encaminadas a la prevención del consumo de SPA.

En el capítulo 1 de este informe se refiere el alcance y naturaleza de las drogas y la importancia de reconocer los factores que inciden en ese alcance, tales como: Factores personales, factores familiares, factores sociales, factores de género, factores educacionales, factores comunitarios y sociales y los grupos vulnerables.

Además, se referencia que en noviembre de 2008 el Gobierno de Colombia puso en marcha el Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010. En el plan se dispone, entre otras cosas, la aplicación al sistema de seguridad social de directrices de atención integral encaminadas a establecer normas clínicas para los servicios de tratamiento y rehabilitación. En enero de 2009 el Gobierno publicó el resumen del Estudio nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas 2008. Es el primer estudio de amplio alcance en la materia que se ha hecho en más de 10 años, si bien ahora el Gobierno está decidido a llevar a cabo esa clase de estudios cada dos años. <sup>[67]</sup>

*“Las actividades de fiscalización internacional de drogas no pueden tener éxito a largo plazo si no se hacen esfuerzos continuos por reducir la demanda de drogas ilícitas”* <sup>[68]</sup> Por esa razón, los redactores de los tratados de fiscalización internacional de drogas hicieron que la reducción de la demanda fuese una obligación para los gobiernos. Otro gran paso adelante en ese sentido fue la aprobación de la Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas, conjunto de normas mundialmente

aceptadas, en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado en 1998” <sup>[69]</sup>.

En el informe JIFE, se entiende por “drogas” a los estupefacientes y sustancias sicotrópicas enumerados en los tratados de fiscalización internacional de drogas: la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes enmendada por el Protocolo de 1972, el Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1973 y la Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas de 1984. La distribución de esos estupefacientes y sustancias sicotrópicas está permitida por ley únicamente si se hace por conductos médicos y farmacéuticos y para fines médicos y científicos. <sup>[70]</sup>

Igualmente en este informe se hace referencia las listas actualizadas de las sustancias sometidas a fiscalización internacional <sup>[71]</sup>, que comprenden estupefacientes <sup>[72]</sup>, sustancias sicotrópicas <sup>[73]</sup> y sustancias frecuentemente utilizadas para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas <sup>[74]</sup>, figuran en las ediciones más recientes de los anexos de los formularios estadísticos (“Lista Amarilla”, “Lista Verde” y “Lista Roja”), también publicados por la Junta.

*El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008* <sup>[75]</sup>, además de la edad o los tipos de sustancias, hace una diferenciación de género en lo relacionado al consumo de SPA, no especifica si la mujer está en gestación o si el hombre sufría adicción a SPA al momento de engendrar un hijo, en este informe por ejemplo se presenta la siguiente tabla:

Tabla 1. Indicadores de consumo de cualquier sustancia ilícita según

Sexo	Prevalencia		Incidencia		
	Vida*	Año**	Mes**	Año**	Mes**
Hombres	14.40	4.51	3.21	0.87	0.16
Mujeres	4.50	1.18	0.61	0.32	0.11
Total	9.13	2.74	1.83	0.57	0.13

\* Prevalencia de vida incluye las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, LSD, hongos, e inhalables.

\*\* Prevalencias e incidencias de último año y último mes incluyen las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, e inhalables.

Tomada de: *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 Informe final*. p.67.

Como se observa en la tabla, el 9.1% de las personas encuestadas declararon haber consumido alguna sustancia ilícita al menos vez en la vida. Las diferencias por sexo son

considerables. En efecto, 14 de cada 100 hombres declararon haber usado alguna de esas sustancias en la vida, mientras que en las mujeres la cifra se reduce a casi cinco de cada 100. [76]

**Tabla 2. Consumo reciente (prevalencia último año<sup>1</sup>) de cualquier sustancia ilícita según sexo.**

Sexo	%	Intervalo de confianza (%)	Número de consumidores	Intervalo de confianza (casos)
Hombres	4.51	3.79-5.23	416.975	350.226-483.724
Mujeres	1.18	0.91-1.45	124.045	95.811-152.279
Total	2.74	2.37-3.11	541.020	468.332-613.708

*1 Prevalencia e incidencia de último año y último mes incluyen las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, inhalables, heroína.*

*Tomada de: Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 Informe final. p.67*

*Se puede observar en la Tabla 2, que aproximadamente 540 mil personas en el país usaron al menos una vez en dicho periodo una o más de las siguientes sustancias: marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína o inhalables (intervalo de 95% de confianza: entre 468 mil y 614 mil personas). De las 540 mil personas, 420 mil son hombres y 120 mil mujeres, en otras palabras, de cada cinco personas que consumen sustancias ilícitas, cuatro son hombres y una es mujer.*

**La política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia [77]**

(PNRCSPA) en el aspecto teórico esta política alude tres enfoques que le sirven de fundamento:

El primero enmarca al sistema de protección social en Colombia, a través de la gestión de riesgos sociales.

El segundo enfoque es la Reducción de la Demanda.

El tercer y último enfoque es la Promoción de la Salud.

Teniendo como fundamento la definición holística de salud de la OMS que determina el logro de un estado completo de bienestar físico y social, la política adquiere un enfoque promocional. Promover salud significa desarrollar en las personas la capacidad de ejercer control e influir en su propia salud y en su calidad de vida a través de medios, habilidades y/o información. Esto promueve la autonomía y facilita la toma de decisiones para mejorar las condiciones de salud individuales y de la comunidad.

Esta política tiene como finalidad la de reducir la incidencia y prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia y mitigar el impacto negativo del consumo sobre

el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad.

**Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010. [78] (Cita textual)**

*“Con el fin de hacer frente al consumo de drogas<sup>1</sup>, el país viene haciendo esfuerzos desde el año 2004 para la construcción de una política pública en reducción de la demanda de tales sustancias. Colombia cuenta desde el año 2007 con una Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, aprobada por el Consejo Nacional de Estupefacientes, a partir de un proceso liderado por el Ministerio de la Protección Social con la participación de entidades públicas nacionales, departamentales y municipales, entidades académicas, científicas y comunitarias”.*

**I. Eje operativo Prevención del Consumo de SPA**

**Objetivo estratégico:**

Reducir la vulnerabilidad al consumo de SPA lícitas, ilícitas y de control especial interviniendo de manera integrada los factores macro sociales, micro sociales y personales más predictivos del consumo (Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, 2007).

Para poder dar cumplimiento a este objetivo, quedaron expuestas varias estrategias, entre las cuales resaltan:

**Estrategia de comunicación y movilización social universal y focalizada.**

**Estrategia de redes de apoyo** (en escenarios escolar, laboral y comunitario), de promoción y prevención del consumo de SPA a través de formación y trabajo de pares.

**II. Eje de mitigación de las consecuencias del consumo de alcohol y otras SPA**

**Objetivo estratégico:**

Mitigar el impacto del consumo reduciendo la vulnerabilidad de individuos, familias y comunidades a sufrir riesgos y daños continuos evitables y prevenibles (PNRCSPA, 2007, 2008).

Para poder dar cumplimiento a este objetivo, quedaron expuestas varias estrategias, entre las cuales resaltan:

**Estrategia de desarrollo de servicios y de trabajo en red** para asegurar la accesibilidad, detección temprana, referencia de casos de consumo problemático de alcohol y otras SPA en diferentes ámbitos (escolar, laboral y comunitario).

**Estrategia de control social y autorregulación** para minimizar la incidencia de consecuencias adversas asociadas

al consumo de alcohol y otras SPA.

### III. Eje Superación de la Dependencia

*Objetivo estratégico:*

Reducir el impacto del consumo ofreciendo medios (información, servicios, asistencia y apoyo) oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades (PNRCSPA, 2007).

Para poder dar cumplimiento a este objetivo, quedaron expuestas varias estrategias, entre las cuales resaltan:

***Estrategia de promoción, diversificación, fortalecimiento y ampliación de la oferta de servicios de tratamiento, rehabilitación e inclusión social.***

***Estrategia de movilización sensibilización social y de construcción de alianzas para la generación de oportunidades reales y sostenibles de inclusión social de consumidores en procesos de superación de la dependencia.***

### IV. Eje Construcción de capacidad de respuesta

*Objetivo estratégico:*

Crear capacidad para que el país y las entidades territoriales mejoren la calidad y oportunidad de su respuesta frente al consumo y sus consecuencias (PNRCSPA, 2007).

Para poder dar cumplimiento a este objetivo, quedaron expuestas varias estrategias, entre las cuales resaltan:

***Estrategia de potenciación y desarrollo de servicios en consumo de SPA para asegurar adaptabilidad, accesibilidad, oportunidad e integralidad.***

***Estrategia intercambio de información y mejora en la gestión articulada.***

***Estrategia de construcción de capacidad técnica territorial e institucional a partir de la gestión del conocimiento y la evaluación de las acciones.***

***En la publicación de las NACIONES UNIDAS. Abuso de drogas tratamiento y rehabilitación Guía práctica de planificación y aplicación*** <sup>[79]</sup>. Hay un apartado en el cual se hace referencia a las ***Personas con necesidades especiales de tratamiento***, además de los siguientes grupos:

Los jóvenes y los niños

Personas de edad

Personas con problemas de drogas y otros problemas psiquiátricos

Personas sin hogar

Personas pertenecientes a minorías raciales y étnicas

Personas seropositivas (VIH)

Personas a cargo del sistema de justicia penal

Se reconoce a las mujeres como uno de los grupos con necesidades especiales de tratamiento, y cita:

#### ***Las mujeres***

*“En la mayoría de los sistemas de tratamiento, el número de mujeres que recurre a los servicios de tratamiento es marcadamente inferior al de los hombres. Esto se debe en parte al número mayor de hombres con graves problemas de drogas en la población en general, pero también a la renuencia de las mujeres a acudir a los servicios de tratamiento”.*

*“Hay varias razones para que eso ocurra. Algunas mujeres pueden sentir o temer una fuerte estigmatización en su contra y resistirse por ello a solicitar ayuda. Debido a que es mayor el número de hombres que se atienden, algunos servicios pueden ser menos sensibles a las necesidades de las mujeres y menos capaces de atenderlas adecuadamente”.*

***“Las embarazadas que consumen drogas deberían ser objeto de especial atención por parte de los servicios desde el comienzo del embarazo”.*** Los niveles de apoyo a este grupo de mujeres varían mucho entre los servicios especializados en la mayoría de los países. Esta situación, sumada al miedo a las consecuencias si se descubriera su drogadicción, puede disuadir a muchas adictas embarazos de acudir a tiempo a los servicios de maternidad y tratamiento, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones obstétricas y neonatales. Como algunas de estas mujeres acuden al tratamiento precisamente por su embarazo, debería aprovecharse esa oportunidad importante de ofrecer tratamiento y apoyo. La importancia de atender a las necesidades de los jóvenes también se aplica al cuidado de los hijos. Por ejemplo, es probable que escaseen los servicios de guardería para las adictas que acuden a los servicios de tratamiento. Las instituciones de tratamiento deben responder a esa situación alentando a las embarazadas a que soliciten ayuda y se mantengan en contacto con instituciones de apoyo especializado y general.

No se proponen específicamente los mecanismos que garanticen los recursos económicos que contribuyan a disminuir el consumo de SPA en gestantes y/o al tratamiento que requiera cada una de ellas.

No se especifica la manera en que se van a obtener los recursos para garantizar la continuidad de la política y las actividades de cada uno de los actores que deben participar en el desarrollo y sostenimiento de la política.

No hay planteamientos claros sobre la rehabilitación de las personas que son adictas al consumo de drogas.

Analizar la política y el plan de reducción del Consumo de

drogas requiere tener en cuenta además de la voluntad política y la construcción de un soporte económico y educativo que le de sustento a las diferentes actividades que contribuyan en la reducción del consumo de SPA y a la rehabilitación de las personas adictas a estas sustancias, de los mecanismos que garanticen la voluntad política, la disposición de recursos y la manera como se pueda continuar disponiendo de esos recursos además de las herramientas para evaluar los mecanismos utilizados y la sostenibilidad de esas acciones.

#### 4. DISCUSIÓN

Uno de los pocos estudios que se han realizado para hacer visible el problema del consumo de SPA en mujeres la realizó El NCADI National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information, el documento “*Substance Abuse Among Women in the United States*” (*El Abuso de sustancias entre las mujeres de los Estados Unidos*), impreso en 1997 por la Oficina de Estudios Aplicados de la Administración de Abuso de Sustancias y Salud Mental, del cual no se pudo obtener su texto para la elaboración de este artículo.

La Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias SAMHSA, ha elaborado los protocolos para mejorar la prevención “Prevention enhancement protocols”,<sup>[80]</sup> además del informe sobre Las mujeres en tratamiento de abuso de sustancias, “Women in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS)”,<sup>[81]</sup> en los cuales se profundiza sobre las causas, prevención y tratamiento de las adicciones en las mujeres además de incluir este segundo informe un apartado exclusivo sobre el uso de sustancias durante el embarazo. Estos documentos no fueron analizados a profundidad para la elaboración de este artículo, pero pueden ser la base de un nuevo artículo sobre el cual se pueda hacer una mejor discusión del presente trabajo

En Colombia no hay estudios específicos sobre el uso y abuso de SPA, por parte de las gestantes, hay un inicio en las encuestas realizadas por la dirección nacional de estupefacientes, pero aún hace falta refinar las encuestas con el fin de tener mejores herramientas de análisis al momento de abordar el uso y el abuso de las SPA.

En este orden de ideas continúa sobre la mesa la necesidad refinar los instrumentos utilizados para de esta manera incluir en las estadísticas e informes datos específicos sobre el consumo de SPA en gestantes, con el fin de hacerlas visibles y de esta manera darle la importancia y la dimensión que realmente tiene el consumo de SPA en este grupo considerado con necesidades especiales de tratamiento.

Si bien es cierto, la legislación ha contribuido a que la publicidad de alcohol y tabaco vaya acompañada de la recomendación de que el consumo de esas sustancias es nocivo para la salud, los mismos medios de comunicación proponen demasiados programas relacionados con los carteles y el tráfico de drogas, sin hacer un análisis profundo acerca

de los contenidos de esa información que llega en masa a la comunidad y sin espacios de discernimiento sobre el tema.

Finalizando la primera década del tercer milenio, es mucho lo que hace falta indagar sobre este tema en especial.

El papel que pueden desempeñar las *Estadísticas Sanitarias Mundiales* y los informes como el *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*, el *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud*, o el *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes*, podrían ser el soporte a la creación de servicios dedicados a la atención de esto que además de ser un problema individual desde el punto de vista del consumidor, afecta a la familia en su esencia y como base de la sociedad, a consecuencia de lo cual se evidencia como un problema social, pero sin que deba dejarse de lado la necesidad de hacerlo visible y de esta manera comprometer a todos los actores involucrados, de abordarlo desde una perspectiva total, en la cual se tengan en cuenta otros aspectos complementarios y no solamente desde el enfoque legal y/o penal.

La base de la sociedad es la familia, y la familia se construye a partir de la unión de la pareja y la gestación de una nueva vida, razón por la cual el problema del consumo de SPA en gestantes debe hacerse visible en nuestro tiempo.

La violencia, en todas sus manifestaciones: La vivencia al interior de los grupos que actualmente se conocen como tribus urbanas, la discriminación, la violencia laboral, la violencia de pareja, la violencia sexual, la violencia autoinfligida, la violencia juvenil, el maltrato o el descuido de los menores por parte de sus padres o personas a cargo, la trata de personas, la inseguridad, la falta de oportunidades de educación, la falta de acceso a los servicios de salud, la falta de oportunidades laborales, la falta de motivación y empoderamiento sobre el cuidado de la propia salud, deben tenerse en cuenta al momento de analizar los factores que inciden en el consumo de SPA, particularmente en las gestantes.

#### 5. CONCLUSIONES

Se puede establecer una relación entre la atención que se le preste al uso, el abuso y la adicción a las SPA, con el logro de los ODM presentados en este artículo, aunque esta relación no haya sido planteada de una manera específica en cada uno de los ODM 2005 – 2015. Debido a que previniendo el uso, el abuso y la adicción a las SPA, se incide directamente en la disminución de diferentes tipos de violencia y se contribuye al logro de los ODM 1, 3, 4, 5 y 6, como fue planteado al comienzo de este artículo.

La OMS, las Naciones Unidas, el Gobierno Nacional y otras entidades e instituciones a nivel nacional e internacional, plantean estrategias y proponen alternativas de solución al uso, abuso y adicción a las SPA, pero no hay planteamientos o propuestas específicas para abordar el consumo de SPA en gestantes.

Son pocos los trabajos que sobre el consumo de SPA en gestantes se han realizado en Latinoamérica; algunos de estos trabajos son los siguientes:

La mujer embarazada con problemas de adicciones: consideraciones de género, investigación y tratamiento (Romero y Gómez 1997).

La Contribución de la Enfermería Frente al Fenómeno de las Drogas y la Violencia en América Latina: Un Proceso de Construcción. (Miotto 2002)

Maternidad, Infancia y Drogas: Implicaciones clínicas. (Calvo 2004)

La formación de enfermeras y el fenómeno de las drogas en Colombia: conocimientos, actitudes y creencias. (Vásquez y Pillón, 2005).

Consumo de sustancias psicoactivas y embarazo adolescente (Cardello, Cardello, Bauza, Cantini, Bozio, 2007)

Sustancias psicoactivas y embarazo: Estudio en una población hospitalaria de Uruguay (Magri et. al. 2007)  
Consumo de alcohol y otras drogas en embarazadas (Magri et. al. 2007)

Consumo de Sustancias Psicoactivas en una Población de Mujeres Embarazadas que Concurren al Control Prenatal en el Servicio de Obstetricia del Hospital General de Agudos Ramos Mejía (Alvarez, Meyrille y Copes 2008)

Consumo de sustancias psicoactivas en gestantes pertenecientes a la red de salud Centro Oriente, Bogotá (Trabajo para optar por el título de Enfermera Universidad Nacional de Colombia) (Gonzalez y Rois 2003)

La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres (Castaño y Martínez, 2009).

Sistema único de indicadores sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia (2009).

Si bien es cierto hay algunos trabajos específicos sobre el uso, abuso y adicción a SPA en gestantes, aún es mucho lo que hace falta por indagar sobre el tema y el contexto sobre el cual se debe abordar, además de la necesidad del compromiso multisectorial en aras de garantizar los recursos necesarios para prevenir, atender y rehabilitar a las gestantes quienes puedan tener esta vivencia.

Es muy poco lo que se puede encontrar en cada uno de los informes sobre el uso y abuso del consumo o la vivencia de la adicción a SPA en gestantes. A excepción del trabajo presentado por la SAMHSA “Women in Substance Abuse Treatment: Results from the Alcohol and Drug Services Study (ADSS) 2005,” ninguno de los informes encontrados es específico en el análisis sobre la necesidad de particularizar

y ofrecer herramientas que permitan brindar un cuidado especial a este grupo de gestantes.

Sería de suma importancia contar con los informes presentados por la SAMHSA y la NIDA, en versiones en español, y analizar la importancia de utilizar algunas de las herramientas utilizadas por ellos adaptándolas al contexto colombiano y latinoamericano, en la idea de refinar las encuestas y estadísticas y con el fin de hacer visible el consumo de SPA en gestantes y de esta manera abordar esta situación con el respeto y el empoderamiento que ella lo requiere.

Otra manera de abordar el uso y el abuso de las SPA en gestantes debe partir de hacer visible ese uso y abuso teniendo como fundamento la elaboración de mejores instrumentos y herramientas estadísticas, pero sin dejar de lado la importancia de los estudios cualitativos en la visibilidad de las necesidades específicas de cuidado de este grupo de gestantes.

Desde la enfermería se puede contribuir en la visibilidad de este grupo de gestantes y en la planificación de los cuidados que requiere una mujer:

En la identificación de los riesgos para cada una de las etapas de la vida de la mujer que la pueden llevar al uso, abuso y/o adicción a las SPA:

Analizando el riesgo que representa la permisibilidad social en el uso de SPA, como el alcohol y el cigarrillo

En la identificación de los diferentes niveles de apoyo que puede recibir la mujer en riesgo o en la vivencia del uso, abuso o adicción a SPA

A partir de estudios cualitativos con abordaje cultural, intercultural y/o transcultural, que permitan hacer visibles las necesidades de cuidado que tienen las mujeres en riesgo o en la vivencia del uso, abuso o la adicción a las SPA.

En el análisis de la influencia de los diferentes grupos sociales (tribus urbanas), en el uso abuso y/o adicción a SPA.

En el análisis de la vivencia de la violencia en todas sus manifestaciones como factor de riesgo para el uso, abuso y/o adicción a SPA.

En la construcción de herramientas estadísticas que faciliten identificación de las mujeres en riesgo y en la vivencia del uso, el abuso y la adicción a este tipo de sustancias.

Participando en estudios que evalúen la adherencia a las diferentes propuestas de prevención, tratamiento o rehabilitación.

En la construcción de propuestas que contribuyan al desarrollo personal y empoderamiento de género y como ser de humanidad de la mujer.

***“Yo no estoy en contra de las drogas, pueden ser instrumentos valiosos para el conocimiento del mundo y de nosotros mismos. Lo que no soporto es el uso recreativo de sustancias peligrosas: hemos perdido el respeto por sus poderes.***

*Las drogas son sacramentos y deben ser tomadas como parte de rituales sagrados, igual que en la antigüedad o en las tribus indias.* Patti Smith <sup>[82]</sup>

**Cesión de Derechos de Autor:**

Referencias de publicaciones periódicas:

(Endnotes)

1     □ NACIONES UNIDAS. Declaración Universal de Derechos Humanos. Artículo 25. 2. Asamblea General de las Naciones Unidas. Diciembre 10 de 1948. Abril 29 de 2010. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

2     □ OMS. Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas. Resumen. 2004. Ginebra. Suiza. ISBN 92 4 359124 X (Clasificación NLM: WM270) p.p. 16-17. Abril 27 de 2010. [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_S.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf)

3     □ NIDA. National Institute on Drug Abuse. Drogas de Abuso. Junio 21 de 2010. <http://www.drugabuse.gov/nidaespanol.html>

4     □ NIDA. National Institute on Drug Abuse. The Science of Drug Abuse & Adiction. Junio 21 de 2010. <http://www.drugabuse.gov/index.html>

5     □ H.T. Gilmore. Peyote use during pregnancy. S D J Med 54(1):27–29, 2001. Citado por: NIDA. National Institute on Drug Abuse. Drogas de Abuso. Junio 21 de 2010. <http://www.drugabuse.gov/nidaespanol.html>

6     □ NIDA. La Cocaína: Abuso y Adicción - Serie de Reportes de Investigación. ¿Cuáles son las consecuencias del uso de la cocaína en mujeres embarazadas? Junio 21 de 2010. <http://www.drugabuse.gov/researchreports/cocaina/Cocaina5.html>

7     □ NIDA. La Heroína Abuso y Adicción. 2005. ¿Cuáles son los efectos a largo plazo del uso de la heroína? Junio 21 de 2010. <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Heroina/heroina3.html>

8     □ Ibid. NIDA. La Heroína Abuso y Adicción. 2005.

9     □ NIDA. Abuso de Inhalantes. ¿Cuáles son las Consecuencias Médicas del Abuso de Inhalantes? 2001. Junio 22 de 2010. <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Inhalantes/Inhalantes4.html#Medical>

10    □ P.A. Fried; y A.M. Smith. A Literature Review of the Consequences of Prenatal Marijuana Exposure: An Emerging Theme of a Deficiency in Aspects of Executive Function. Neurotoxicology and Teratology 23(1): 1-11, 2001. Citado en: NIDA. Abuso de la Marihuana. ¿Puede Perjudicar al Bebé que la Madre Consuma Marihuana durante el embarazo? Junio 22 de 2010. <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Marihuana/marihuana4.html>

11    □ NIDA. Adicción al tabaco. 2002. ¿Cuáles son los

Riesgos de Fumar Durante el Embarazo? Junio 22 de 2010. <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/tabaco/tabaco3.html#001>

12    □ Ibid. NIDA. Adicción al tabaco 2002.

13    □ G.K. Hulse, E. Milne, D.R. English, y C.D. Holman. Assessing the Relationship Between Maternal Opiate use and Neonatal Mortality. Addiction 1998; 93: 1033-42. Citado por: OSORIO, José Henry. En: Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos durante el Embarazo. Revisión Cualitativa de la Literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 60 No. 4. 2009. p. 342. Marzo 6 de 2010. [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2009/v60n4a05.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No4_Octubre_Diciembre_2009/v60n4a05.pdf)

14    □ R.E. Johnson, H.E. Jones, D.R. Jasinski, D.S. Svikis, N.A. Haug, I. Jansson, et al. Buprenorphine Treatment of Pregnant Opioid-Dependent women: Maternal and Neonatal Outcomes. Drug Alcohol Depend 2001; 63:97-103. Citado por: J. H. Osorio En: Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos durante el Embarazo. Revisión Cualitativa de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 60 No. 4. 2009. p. 343. Marzo 6 de 2010. [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2009/v60n4a05.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No4_Octubre_Diciembre_2009/v60n4a05.pdf)

15    □ G. Blinick,; R.C. Wallach,; E. Jerez Pregnancy in Narcotics Addicts-Treated by Medical Withdrawal: the Methadone Detoxification Program. Am J Obstet Gynecol 1969; 105:997-103. Citado por: J. H. Osorio. En: Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos durante el Embarazo. Revisión Cualitativa de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 60 No. 4. 2009. p. 343. Marzo 6 de 2010. [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2009/v60n4a05.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No4_Octubre_Diciembre_2009/v60n4a05.pdf)

16    G.A. Barr and K. Jones. Opiate withdrawal in the infant. Neurotoxicol Teratol 1994;16:219-25. Citado por: J. H. Osorio. En: Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos durante el Embarazo. Revisión Cualitativa de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 60 No. 4. 2009. p. 343. Marzo 6 de 2010. [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2009/v60n4a05.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No4_Octubre_Diciembre_2009/v60n4a05.pdf)

17    Suresh S, Anand K. Opioid tolerance in neonates: a state-of-the-art review. Paediatr Anaesth 2001;11:511-21. Citado por: J. H. Osorio. En: Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos durante el Embarazo. Revisión Cualitativa de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 60 No. 4. 2009. p. 343. Marzo 6 de 2010. [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2009/v60n4a05.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No4_Octubre_Diciembre_2009/v60n4a05.pdf)

18    □ L.P. Finnegan. Perinatal Substance Abuse: Comments and Perspectives. Semin Perinatol 1991; 15:331-9. Citado por: J. H. Osorio. En: Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos durante el Embarazo. Revisión Cualitativa de la literatura. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 60 No. 4. 2009. p. 343. Marzo 6 de 2010. [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2009/v60n4a05.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No4_Octubre_Diciembre_2009/v60n4a05.pdf)

[Vol60No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2009/v60n4a05.pdf](#)

19 □ D.F. Marsh, D.J. Hatch, M. Fitzgerald. Opioid systems and the newborn. *Br J Anaesth* 1997;79:787-95.

20. Citado por: J. H. Osorio. En: Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos durante el Embarazo. Revisión Cualitativa de la literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 60 No. 4. 2009. p. 343. Marzo 6 de 2010. [http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2009/v60n4a05.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No4_Octubre_Diciembre_2009/v60n4a05.pdf)

20 □ J.H. Osorio. Op, cit. p. 344.

21 □ J. H. Osorio. Implicaciones Metabólicas del Consumo de Opiáceos Durante el Embarazo. Revisión Cualitativa de la Literatura. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. Vol. 60 No. 4. 2009. p. 344. Marzo 6 de 2010.

[http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No4\\_Octubre\\_Diciembre\\_2009/v60n4a05.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No4_Octubre_Diciembre_2009/v60n4a05.pdf)

22 □ D. Nutt; T. Robbins; and G. Stimson. *Drugs futures 2025*. En: *Drugs and the Future Brain Science, Addiction and Society* 2007. Chapter 1. Elsevier Inc. ISBN: 978-0-12-370624-9. Abril 21 de 2010.

23 □ WHO (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, World Health Organization. Citado por:

OMS. *Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas*. Resumen. 2004. Ginebra. Suiza. ISBN 92 4 359124 X (Clasificación NLM: WM270). p. 14. Abril 27 de 2010.

[http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience\\_S.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_S.pdf)

24 □ CONPES. Consejo Nacional de Política Económica y Social. Documento Conpes Social 91. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Versión aprobada 2005. Mayo 7 de 2010.

<http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/091.pdf>

25 □ NACIONES UNIDAS. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe 2010. Junio 30 de 2010.

[http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf)

26 □ NACIONES UNIDAS. *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Informe 2010. Junio 30 de 2010.

[http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG\\_Report\\_2010\\_SP.pdf](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf)

27 □ R. Cullen. *Alcance Mundial y Costo de la Corrupción y del Lavado de Dinero*. Ponencia presentada ante Malaspina University –College 15 de noviembre de 2007. Julio 12 de 2010.

[http://www.gopacnetwork.org/Docs/AML/Malaspina\\_College\\_November\\_15\\_2007\\_with\\_all\\_notes\\_SP.pdf](http://www.gopacnetwork.org/Docs/AML/Malaspina_College_November_15_2007_with_all_notes_SP.pdf)

28 □ WHO. *World Health Report 1995: Bridging the Gaps. Health of School-age Children and Adolescents*. Julio 13 de 2010.

[http://www.who.int/whr/1995/media\\_centre/executive\\_summary1/en/index2.html](http://www.who.int/whr/1995/media_centre/executive_summary1/en/index2.html)

29 □ OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 1995:*

*Reducir las Desigualdades. 50 Facts From the World Health Report 1995*. Julio 13 de 2010.

[http://www.who.int/whr/1995/media\\_centre/en/whr95\\_facts\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1995/media_centre/en/whr95_facts_en.pdf)

30 □ OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 1996: Combatir las Enfermedades, Promover el Desarrollo*. Julio 13 de 2010.

[http://www.who.int/whr/1996/media\\_centre/es/index.html](http://www.who.int/whr/1996/media_centre/es/index.html)

31 □ OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 1997: Vencer el Sufrimiento, Enriquecer a la Humanidad. 50 Facts From the Report*. Julio 13 de 2010.

[http://www.who.int/whr/1997/media\\_centre/50facts/en/index.html](http://www.who.int/whr/1997/media_centre/50facts/en/index.html)

32 □ OMS *El Informe Sobre la Salud en el Mundo 1998: La Vida en el Siglo XXI: Una Perspectiva para Todos*. Comunicado de Prensa. Publicado OMS, 11 de mayo de 1998. ISBN 92 4 356189 8. Julio 13 de 2010.

[http://www.who.int/whr/1998/media\\_centre/en/whr98\\_press\\_release\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/1998/media_centre/en/whr98_press_release_es.pdf)

33 □ OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 1999: Cambiar la Situación*. Carpeta de prensa. Julio 1 de 2010.

[http://www.who.int/whr/1999/media\\_centre/en/whr99\\_press\\_release\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/1999/media_centre/en/whr99_press_release_es.pdf)

34 □ *Ibíd.* OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 1999: Cambiar la Situación*. Julio 1 de 2010. p.6.

[http://www.who.int/whr/1999/en/whr99\\_dgmessage\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_dgmessage_es.pdf)

35 □ OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. CAPÍTULO 3 Servicios de Salud: ¿Se Seleccionan Adecuadamente y Están Bien Organizados?* p. 60. Julio 15 de 2010.

[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_ch3\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch3_es.pdf)

36 □ OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Julio 12 de 2010.

[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)

37 □ *Ibíd.* OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2001: Salud mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas*. p. 68.

38 □ OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los Riesgos y Promover una Vida Sana*. Julio 12 de 2010.

[http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf)

39 □ *Ibíd.* p.3.

40 □ *Ibíd.*

41 □ OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2003: Forjemos el futuro*. ISBN 92 4 356243 6 (Clasificación NLM: WA 540.1) ISSN 1020-6760. Julio 15 de 2010.

[http://www.who.int/whr/2003/en/whr03\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf)

42 □ M. Ezzati and A.D. Lopez. *Estimates of Global Mortality Attributable to Smoking in 2000*. *Lancet*, 2003, 362:847–852. Citado por: OMS. En: OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2003: Forjemos el Futuro*.

43 □ Op, cit. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2003*.

44 □ Op. cit. OMS. *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2003: Forjemos el futuro*.

45 □ *Ibíd.* OMS. *ISM 2003*. p. 129.

46 □ *Ibíd.* OMS. *ISM 2003*. p. 131.

47 □ *Ibíd.* OMS. *ISM 2003*. p. 132.



- 48     □ Op. cit. OMS. ISM 2003. p. 133.
- 49     □ Organización Panamericana de la Salud. OPS. “Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: un enfoque de salud pública” Washington, D. C.: OPS, © 2009 ISBN: 978-92-75-13058-2. p. 27.
- 50     □ OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2004: Cambiemos el Rumbo de la Historia. ISBN 92 4 356265 7 (Clasificación NLM: WA 540.1) ISSN 1020-6760. Julio 14 de 2010.  
[http://www.who.int/whr/2004/en/report04\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf)
- 51     □ OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2005: Cada Madre y cada Niño Contarán. ISBN 92 4 356290 8 (Clasificación NLM: WA 540.1) ISSN 1020-6760. Consultado: Disponible en:  
<http://www.who.int/whr/2005/es/index.html>
- 52     □ OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2006: Colaboremos por la Salud. ISBN 92 4 356317 3. (Clasificación NLM: WA 530.1). ISBN 978 92 4 356317 6. ISSN 1020-6760. Julio 14 de 2010.  
[http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf)
- 53     □ OMS. Informe Sobre la Salud en el Mundo 2008: La Atención Primaria en Salud: Más Necesaria que Nunca. Mensaje de la Directora General. p. 3. Junio 8 de 2010.  
[http://www.who.int/whr/2008/08\\_contents\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_contents_es.pdf)
- 54     □ F. Mullan, S. Frehywot. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. Lancet, 2007, 370:2158-2163. Citado por: OMS. En: Informe sobre la salud en el Mundo 2008. CAPÍTULO 1: Desafíos de un mundo en transformación. P.17. Julio 14 de 2010.  
[http://www.who.int/whr/2008/08\\_chap1\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_chap1_es.pdf)
- 55     □ OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009 p. 83. Julio 17 de 2010.  
[http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf)
- 56     □ Ibid. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2009 p. 83.
- 57     □ OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales (ESM) 2010. (Versión en Inglés) p. 99. Julio 17 de 2010.  
[http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf)
- 58     □ Ibid. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales (ESM) 2010. p. 61.
- 59     □ Ibid. ESM 2010 p. 62.
- 60     □ UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. (UNODC). World Drug Report 2010. Copyright © 2010, ISBN: 978-92-1-148256-0. United Nations Publication Sales No. E.10.XI.13. p.245. Junio 29 de 2010.  
<ftp://190.144.33.2/UNODC/WorldDrugReport2010.pdf>
- 61     □ Ibid. WDR 2010 p. 245.
- 62     □ Ibid. WDR 2010 p. 245.
- 63     □ Ibid. WDR 2010 p. 245.
- 64     □ NACIONES UNIDAS. Informe Mundial Sobre las Drogas 2010. p. 3. Julio 18 de 2010.  
[http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR\\_2010/WDR2010-PR-Spanish.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/WDR2010-PR-Spanish.pdf)
- 65     □ WHO Global Consultation on Violence and Health. *Violence: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento WHO/EHA/SPI. POA.2). Citado por: OPS – OMS Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud 2003. En: Capítulo 1. La Violencia: Un problema Mundial de Salud Pública. p. 5 Julio 9 de 2010.  
<http://www.pdfescape.com/open/?277734>
- 66     □ NACIONES UNIDAS. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes JIFE. Correspondiente a 2009. ISBN 978-92-1-348144-8. ISSN 0257-3733. Nueva York, 2010. Julio 9 de 2010. [http://www.incb.org/pdf/annual-report/2009/es/AR\\_09\\_Spanish.pdf](http://www.incb.org/pdf/annual-report/2009/es/AR_09_Spanish.pdf)
- 67     □ Ibid. p. 85.
- 68     □ Ibid. p.1.
- 69     □ Ibid. p.1.
- 70     □ Ibid. p.1.
- 71     □ Ibid. p.p. 16 a 34.
- 72     □ JIFE. Lista Amarilla. Anexo de los formularios A, B y C 46a edición, diciembre de 2004. Lista de estupefacientes sometidos a fiscalización internacional. Consultado: Julio 9 de 2010. Disponible en: <http://www.incb.org/pdf/s/list/amarilla.pdf>
- 73     □ JIFE. Lista Verde Anexo al Informe estadístico anual sobre sustancias sicotrópicas (Formulario P) Vigésima tercera edición, agosto de 2003. Consultado: Julio 9 de 2010. Disponible en:  
<http://www.incb.org/pdf/s/list/verde.pdf>
- 74     □ JIFE. Lista Roja. Anexo del Formulario D (“Lista Roja”) Undécima edición, enero de 2007. Lista de precursores y sustancias químicas utilizados frecuentemente en la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas sometidos a fiscalización internacional. Consultado: Noviembre 1 de 2010. Disponible en: <http://www.incb.org/pdf/s/list/roja.pdf>
- 75     □ Ministerio de la Protección Social. Ministerio Del Interior y de Justicia. Dirección Nacional de Estupefacientes. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 Informe final. ISBN 978-958-9463-37-6. Editora Guadalupe. Bogotá, Colombia. 2009. Marzo 6 de 2010. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20Nal%20Completo.pdf>
- 76     □ Op. cit. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008.
- 77     □ Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias psicoactivas y su Impacto Resumen Ejecutivo. Bogotá, D.C. Abril de 2007. Marzo 6 de 2010.  
<http://www.descentralizadrogas.gov.co/documentos/Resumen%20Ejecutivo%20PNRCSA.pdf>
- 78     □ Ministerio de Relaciones Exteriores. Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010. República de Colombia. Abril 15 de 2010.  
<http://www.cancilleria.gov.co/wps/wcm/connect/377379804e5e32d687d6df39e0cb7e23/PLAN+NACIONAL+DROGAS+ESPAÑOL.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=377379804e5e32d687d6df39e0cb7e23>
- 79     □ Naciones Unidas. Abuso de drogas tratamiento y rehabilitación Guía práctica de planificación y aplicación.

Anexo I. Personas con Necesidades Especiales de Tratamiento. New York, 2003. ISBN 92-1-348084-9. Junio 30 de 2010.

[http://www.unodc.org/pdf/report\\_2003-07-17\\_1\\_es.pdf](http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1_es.pdf)

80 □ SAMHSA/CSAP. Prevention Enhancement Protocols. Consultado: Octubre 16 de 2010.

Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hssamhsapep>

81 □ T. M. Brady, and O.S. Ashley, (Eds.). (2005). *Women in substance abuse treatment: Results from the*

*Alcohol and Drug Services Study (ADSS)*(DHHS Publication No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Consultado: Noviembre 1 de 2010.

Disponible en: <http://www.oas.samhsa.gov/WomenTX/WomenTX.htm#3.1.1>

82 □ Citado por: K. Malpica. En: Las Drogas tal cual. Presentación. Julio 9 de 2010. <http://www.mind-surf.net/drogas/index.html>