

**PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN
EN SALUD (RIAS) PARA ADOLESCENTES DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD
BOLIVAR EN BOGOTÁ CON TRASTORNOS MENTALES O DEL
COMPORTAMIENTO DEBIDO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y
ADICCIONES**

INTEGRANTES

Azyris Yolanda Ogliastri Burgos

Cyndy Paola Fulano Arévalo

William David Rodríguez Fonseca

Paola Andrea Tibaduiza Casas

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA

ESCUELA DE POSTGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

BOGOTÁ

2018

**PROPUESTA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN
EN SALUD (RIAS) PARA ADOLESCENTES DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD
BOLIVAR EN BOGOTÁ CON TRASTORNOS MENTALES O DEL
COMPORTAMIENTO DEBIDO A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y
ADICCIONES**

INTEGRANTES

Azyris Yolanda Ogliastri Burgos

Cyndy Paola Fulano Arévalo

William David Rodríguez Fonseca

Paola Andrea Tibaduiza Casas

**Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud**

Tutor Temático

Gina Paola Villate

Director de la Especialización

Dr. Fernando Forero Navarrete

UNIVERSIDAD SERGIO ARBOLEDA

ESCUELA DE POSTGRADOS

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD

BOGOTÁ

2018

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos alcanzar una etapa más de nuestra formación profesional, a nuestras familias quienes con su apoyo brindaron la seguridad para seguir adelante en este proceso.

A la Universidad Sergio Arboleda por su disposición frente al desarrollo de este trabajo de grado y a la profesional Gina Paola Villate por la asesoría profesional y el acompañamiento constante para culminar este trabajo de investigación.

Muchas gracias.

Azyris, Cyndy, Paola y David

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	3
TABLA DE CONTENIDO	4
ABREVIATURAS	5
INTRODUCCIÓN	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
2. TIPO DE ESTUDIO	7
3. OBJETIVOS	8
3.1. Objetivo General.....	8
3.1.1. Objetivos Específicos.....	8
4. JUSTIFICACIÓN	9
5. MARCO TEÓRICO	12
5.1. Antecedentes Normativos	12
5.1.1. Política de Atención Integral en Salud – PAIS- Resolución 429 de 2016	13
5.1.2. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS.....	14
5.1.3. Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS Resolución 3202 julio/16	14
5.1.4. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS.....	16
5.1.5. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS.....	18
5.2. Caracterización y geo-referenciación de la población.....	19
5.2.1. Ubicación y localización.....	19
5.2.2. Mapa 1. Ubicación de la localidad Ciudad Bolívar en el Distrito	20
5.2.3. Estrato socioeconómico	20
5.2.4. Accesibilidad geográfica	21
5.2.5. Nivel educativo	21
5.2.6. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social	22
5.2.7. Historia de la localidad	22
5.3. Salud mental.....	24
5.3.1. Trastornos mentales	25
5.3.2. Salud mental en Colombia.....	26
5.3.3. Drogas	31
5.3.4. Clasificación por acción	33
5.3.5. Política de atención integral en salud mental	37
5.3.1. Estadísticas	38
6. METODOLOGÍA.....	45
6.1. Implementación ruta.....	45
6.1.1. Análisis de intervenciones.....	45
6.1.2. Análisis de la oferta.....	49
7. PROPUESTA IMPLEMENTACION DE LA RUTA	52
8. CONCLUSIONES.....	53
9. ANEXOS	54
10. BIBLIOGRAFÍA	55

ABREVIATURAS

BZD: Benzodicepinas.

ENSM: Encuesta Nacional de Salud Mental

EPS: Entidades Prestadoras de Salud.

ESE: Empresa Social del Estado.

MIAS: Modelo de Atención Integral en Salud.

PAIS: Política Integral de Atención Integral en Salud.

REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud.

RIPS: Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.

RIPSS: Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud

SNC: Sistema Nervioso Central.

SPA: Sustancia psicoactiva.

TAB: Trastorno Afectivo Bipolar.

UNODC: Oficina de las Naciones contra la Droga y el Delito.

INTRODUCCIÓN

El incremento del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia afecta no sólo al individuo que la consume sino a la comunidad en general ya que se convierte en un problema de salud pública afectando a los diferentes niveles socio-económicos, políticos y de salud.

Teniendo en cuenta esta problemática y articulándonos con el marco operativo definido en la PAIS (Resolución 0429 de 2016 mediante el Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS el cual busca garantizar la prestación y el acceso a los servicios de salud a través de una red suficiente con principios de oportunidad, calidad, continuidad, resolutiveidad e integralidad a los usuarios de forma equitativa) y en aras de lograr mejores resultados de la gestión en salud y mitigación del riesgo; esta investigación propone la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para el grupo de riesgo con trastornos mentales o del comportamiento debido a sustancias psicoactivas y adicciones en la adolescencia (hombres y mujeres de 12 a 17 años de edad) en la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá D.C.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo diseñar la Ruta Integral de Atención en Salud para la población con riesgo de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, dirigida a los adolescentes de la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá D.C.?

2. TIPO DE ESTUDIO

Para darle respuesta al planteamiento del presente estudio se empleó como estrategia metodológica una investigación de tipo documental, retrospectiva, descriptiva y proyectiva en la que se analizaron diferentes artículos, estudios y bases de datos publicados por diferentes actores descritos en la bibliografía de este documento.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General

Proponer la implementación de la Ruta Integral de Atención en salud para la población con riesgo de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones, dirigida a los adolescentes de la localidad de Ciudad Bolívar en la ciudad de Bogotá D.C.

3.1.1. Objetivos Específicos

- 3.1.1.1. Revisar la resolución y manual metodológico para la elaboración e implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud - RIAS para los adolescentes con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones.
- 3.1.1.2. Caracterizar y geo-referenciar la población adolescente de la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá con mayor índice de consumo de sustancias psicoactivas y los principales trastornos que presentan.
- 3.1.1.3. Realizar el análisis de intervenciones, la evaluación de la oferta y las estrategias que se requieren para la implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud - RIAS para los adolescentes con trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones.
- 3.1.1.4. Realizar la propuesta de conformación de la Red Integral de Atención en Salud de la población adolescente con trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas y adicciones.

4. JUSTIFICACIÓN

Los estudios realizados entre 2008 y 2013 por el Observatorio de Drogas de Colombia, revela un incremento en el consumo de sustancias psicoactivas como marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis y heroína; siendo la marihuana la de mayor consumo en la población evaluada en ese período. Este mismo estudio revela que el consumo de estas sustancias es mayor en hombres de 18 a 24 años en zonas urbanas con una mayor dependencia en los estratos 1, 2 y 3. . (Estudio de Consumo_UNODC, 2014)

El Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social en pro de disminuir el consumo y el riesgo de salud pública que representa el consumo de sustancias psicoactivas, desarrolló el “Plan Nacional para la Promoción de la Salud, Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014 - 2021”(…) con el cual se proponen cinco componentes estratégicos: el fortalecimiento institucional, la Promoción de la convivencia y la salud mental, la prevención, la reducción de riesgos y daños y el tratamiento. (Reporte drogas Colombia, 2016)

Teniendo en cuenta que los adolescentes son la población más afectada, definiremos la adolescencia como el curso de vida de hombres y mujeres entre los 12 y 17 años, que se caracterizan por presentar “*profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales; muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivas. No es solamente un período de adaptación a cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social*” (Pineda & Aliño, 2002). Si bien es cierto que es una etapa de grandes cambios, también es cierto que actualmente la sociedad y el ritmo tan acelerado en el que vamos, hace que muchos adolescentes en su afán de explorar, sentir nuevas experiencias, ser aceptados entre ellos mismos o simplemente por escapar de la realidad, cedan al consumo de sustancias psicoactivas o de bebidas alcohólicas.

Estudios realizados por el Gobierno Nacional de la República de Colombia, el Ministerio de Justicia y del Derecho, el Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas

contra la Droga y el Delito – UNODC; dicen que aproximadamente el 62% de los consumidores de marihuana son personas que tienen entre 12 y 24 años y a estos resultados se suma el consumo de bebidas alcohólicas en la población con edades entre 12 y 17 años en un 20%, siendo que está prohibida la venta de alcohol a menores de edad y que el consumo de alcohol en esta población es particularmente riesgoso. Los resultados sugieren la necesidad de reforzar la conciencia social en torno al acceso al alcohol de los menores de edad, no sólo en el comercio, sino en los mismos hogares. (Estudio de Consumo_UNODC, 2014)

Para la población consumidora de sustancias psicoactivas, el trastorno de personalidad es más frecuente, seguido de enfermedad mental con un 45% y esquizofrenia con un 50%, especialmente para consumidores de cocaína. En los adolescentes en general se presentan trastornos depresivos, sin embargo, los consumidores de marihuana se caracterizan por presentar trastornos esquizofreniformes (delirio y alucinaciones).

En Colombia existen centros de atención que ofrecen programas de desintoxicación, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social y laboral concentrados principalmente en los departamentos de Cundinamarca, Antioquia, Valle del Cauca y Risaralda; no obstante, estos programas deben ser evaluados y ajustados para la adecuada atención de cada una de las patologías. (Dirección General de Calidad de Servicios - Ministerio de la Protección Social 2004)

De allí nace la necesidad de entrar en contacto con el individuo, desde una proyección social para responder a las diversas demandas sociales que surgen a partir de este fenómeno; y de este modo poder interpretar y conocer los rasgos que caracterizan a los adolescentes consumidores y dar otras categorías de análisis frente a una población que es determinada con unos modos o condiciones particulares, pues en Colombia la tasa de posibilidad de que un joven que haya sido catalogado como consumidor, migre fácilmente a la comisión de un delito es muy alta. De este modo, lo que se busca es interpretar la normatividad vigente que enmarca la Atención Integral en Salud, bajo la Ley 1751 del 2015, con la cual se establece un conjunto de herramientas técnicas que facilita la

prestación de los servicios de manera efectiva a través de las Rutas de Atención Integral en Salud, establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social, para grupos de riesgo específicos entre ellos el de trastornos mentales y del comportamiento manifiesto debido al uso de Sustancias Psicoactivas y Adicciones - SPA, tema en el cual vamos a profundizar, debido al incremento del consumo en adolescentes.

Mediante la implementación de la ruta se generarán herramientas que aporten en la gestión de los diferentes actores que formen parte del Sistema de Salud Colombiano de manera integral, faciliten los tratamientos en salud mental y permita el goce efectivo del derecho a la salud de la población.

Los afiliados podrán conocer la RIAS para acceder a la prestación de los servicios, ganar tiempo en la atención y recibir de manera oportuna los tratamientos.

Las Entidades Prestadoras de Salud - EPS podrán estructurar su Red mediante la definición de la Ruta en busca de la habilitación para la operación en los territorios donde cuenten con población afiliada.

El grupo investigador, en el rol de futuros gerentes, contará con conocimientos técnicos que enriquecerán la gestión estratégica en las organizaciones a las que pertenecerán para el logro de resultados en salud efectivos, optimización de recursos y toma de decisiones que impacten de forma positiva la prestación de los servicios.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. Antecedentes Normativos

El Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido por la Ley 100 de 1993, ha tenido varios cambios, mediante normas y resoluciones que lo llevaron a convertirse en la Ley estatutaria de la salud (Ley 1751 de 2015) que en su artículo 2 garantiza el derecho a la salud y reforma el concepto del sistema de salud para establecerlo como un derecho fundamental.

Ley 100 de 1993	Resolución 260 del 2004	Ley 1122 de 2007
El Sistema de Seguridad Social Integral es el conjunto armónico de normas y procedimientos de entidades públicas y privadas, conformado por regímenes generales establecidos para: Sistema General de Pensiones, Sistema General de Riesgos Profesionales y Sistema General de Seguridad Social en Salud	Se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación y equilibrio entre los actores del sistema.
Decreto 4747 de 2007	Ley 1438 del 2011	Ley 1751 Ley estatutaria en salud de 2015
Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.	Busca el fortalecimiento del SGSSS a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las IPS y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad.	La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.
Resolución 1141 de 2016	Resolución 429 2016 PAIS	Resolución 3202 de 2016

<p>Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones</p>	<p>Adopta la Política de Atención Integral en Salud.</p>	<p>Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se dictan otras disposiciones</p>
---	--	---

La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) hizo un giro esencial, para garantizar, regular y establecer la salud como derecho fundamental; paralelamente, la Ley 1753 - Plan de Desarrollo 2014 – 2018 en el Artículo 65 faculta al Ministerio de Salud y Protección Social para definir la Política de Atención Integral en Salud PAIS, desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional (MIAS) que van a permitir la acción coordinada de las normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, a efectos de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población y el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, al interrelacionar los elementos esenciales que lo configuran mediante cuatro estrategias centrales: 1. La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. el cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

5.1.1. Política de Atención Integral en Salud – PAIS- Resolución 429 de 2016

El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el *“acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”* para así garantizar el derecho fundamental a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

5.1.2. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS

El propósito del MIAS es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales.

El modelo cuenta con diez componentes operacionales:

- Caracterización poblacional
- Regulación de rutas integradas de atención en salud
- Implementación de la gestión integral del riesgo
- Delimitación territorial
- Redes integrales de prestadores de servicios de salud
- Redefinición del rol asegurador
- Redefinición del sistema de incentivos
- Requerimientos y procesos del sistema de información
- Fortalecimiento del recurso humano
- Fortalecimiento de la investigación

Siendo motivo de profundización para esta revisión las rutas integradas de atención en salud y las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

5.1.3. Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS Resolución 3202 julio/16

5.1.3.1. Objetivo

Las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, tienen como objetivo garantizar la atención integral en salud a las personas, familias y comunidades a partir de intervenciones de valoración integral, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, integrando los agentes del Sistema de Salud (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

5.1.3.2. *Propósito*

El propósito de las RIAS es contribuir al desarrollo de modelos más accesibles, equitativos, eficientes de mejor calidad técnica y que satisfagan las necesidades de los clientes, con alianzas entre instituciones públicas y privadas que permitan complementar sus servicios. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

5.1.3.3. *Características*

Las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS se caracterizan por:

- Describen explícitamente los elementos clave de la atención basada en la evidencia, las mejores prácticas y las expectativas de los usuarios.
- Permiten la integración organizada, mediante la secuenciación de las acciones multidisciplinarias de índole poblacional, colectiva e individual y las funciones de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.
- Fortalecen la comunicación entre los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud, en el marco de sus competencias y funciones.
- Facilitan la identificación apropiado de los recursos humanos, de infraestructura y financieros.
- Precisan las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS y de las demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud.
- Especifican resultados esperados de las intervenciones colectivas e individuales, dentro del proceso integral de la atención en salud.

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

5.1.3.4. **Tipos de Rutas**

Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud: acciones para el cuidado de la salud, la detección temprana, la protección específica y educación para la salud.

Ruta integral de atención en salud para grupos de riesgo: acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, cuidado de la salud y educación para la salud.

Ruta integral de atención en salud para eventos específicos: acciones para el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

1.1.3

2.1.3

5.1.4. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS

Los dieciséis grupos de riesgo priorizados por el MSPS para la elaboración de rutas integrales de atención en salud son los siguientes:

1. Población con riesgo o alteraciones cardio–cerebro–vascular y metabólicas manifiestas.
2. Población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas.
3. Población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales.
4. Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.
5. Población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento.
6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal.
7. Población con riesgo o presencia de cáncer.
8. Población materno –perinatal.
9. Población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas.
10. Población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales.
11. Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales.
12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas.
13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes.
14. Población con riesgo o enfermedades huérfanas.
15. Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos.

16. RIAS para población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.

Pasos para la elaboración:

1. Planeación para la elaboración de las RIAS: Se requiere convocar a un equipo interdisciplinario, profesionales de la salud y personal administrativo idóneo. Identificar los grupos de riesgos o evento en el cual se va a trabajar,
2. Mapeo de las acciones: debe identificar las intervenciones propias de cada grupo de riesgo, cada una debe ser caracterizada con las siguientes variables: i) definición de la intervención/acción, ii) descripción de la intervención/acción, iii) identificación de los resultados esperados y iv) preselección de intervenciones/acciones.
3. Revisión de la práctica actual: El equipo desarrollador debe identificar cuales intervenciones o acciones se consideran como de buena o mala práctica, bajo el juicio de expertos. Los criterios que deben tenerse en cuenta son los siguientes: Eficiencia en la prestación de servicios de salud, efectividad de la intervención y seguridad de la atención.
4. Revisión de la evidencia científica: revisión de literatura.
5. Diagrama preliminar: Posterior a la identificación, caracterización y búsqueda de evidencia científica para una determinada RIAS, se debe realizar la selección de las acciones de gestión de la salud pública y las intervenciones individuales y colectivas que harán parte de la RIAS. Para con cuatro criterios: Evidencia y calidad de la evidencia, balance de riesgo, costo y equidad.
6. Identificación y caracterización de hitos: Deber ser susceptibles a ser medidos, mediante indicadores de estructura, proceso y resultado.
7. Construcción de matriz: resultado de los pasos anteriores.
8. Construcción de la grafica
9. Validación
10. Implementación

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Figura 1. Pasos para la construcción de la RIAS



FUENTE: (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

5.1.5. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud –RIPSS

Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y uno complementario, bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna e integral.

Las RIPSS se clasifican en: componente primario, que como su nombre lo indica, son las que prestan servicios definidos para atender eventos primarios; y componente complementario que son las que cuentan con amplia tecnología para atender eventos de mediana y alta complejidad. Las RIPSS necesitan de una constancia de habilitación para iniciar sus operaciones, emitido por la entidad departamental o distrital de salud donde opera la EPS. Al cabo de cinco años, se requiere un certificado de renovación de la habilitación, el cual es expedido por la Superintendencia Nacional de Salud, que permita la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

Para poder contar con una red prestadora de salud habilitada según la resolución vigente se requiere de tres estándares:

1. Conformación y organización: análisis de la demanda de la oferta y la capacidad instalada.
2. Operación: mecanismos e instrumentos implementados por la EPS para gestionar las RIPSS.
3. Seguimiento y evaluación: monitoreo y mejoramiento de las RIPSS.

Se debe contar con criterios de entrada indispensables para habilitar la red inicialmente, los cuales son verificados por la entidad departamental y distrital de salud. Los criterios de permanencias son esenciales para la renovación de la habilitación y son verificados por la Superintendencia Nacional de Salud. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

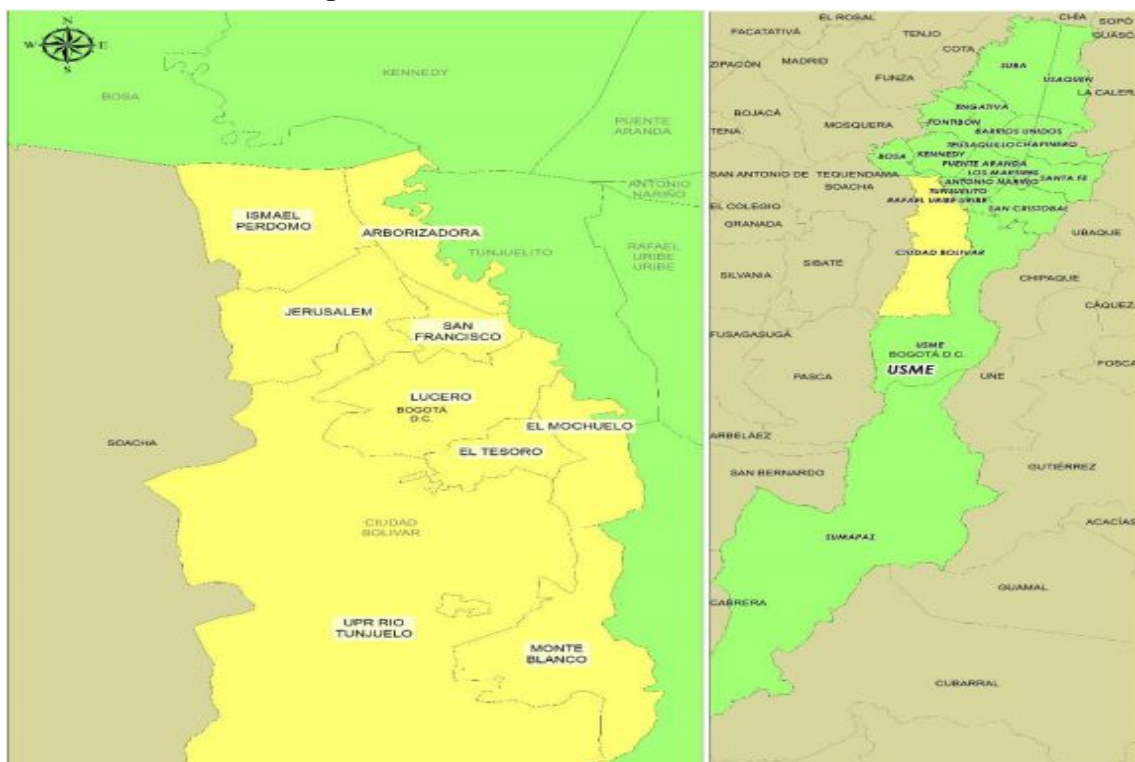
5.2. Caracterización y geo-referenciación de la población

5.2.1. Ubicación y localización

Ciudad Bolívar es la localidad número 19 ubicada al sur de Bogotá, limita al norte con la localidad de Bosa; al sur con la localidad de Usme; al oriente con la localidad de Tunjuelito y Usme; y al occidente, con el municipio de Soacha. La localidad de Ciudad Bolívar ocupa el cuarto lugar en cuanto a concentración de personas, pues contiene el 8,57% de la población del Distrito Capital con 639.937 habitantes. (Con, Enrique, & Rojas, 2016)

Tiene una extensión total de 12.999 hectáreas, cuenta con el 26,1 % de suelo urbano y el 73,9% corresponden al suelo rural. Ciudad Bolívar está clasificada como la localidad más extensa, como la tercera localidad con mayor superficie rural y como la quinta localidad con mayor cantidad de área urbana. Se divide en 8 Unidades de planeación zonal - UPZ, El mochuelo, Monteblanco, Arborizadora, San Francisco, Lucero, El Tesoro, Ismael Perdomo, Jerusalén y en una Unidad de planeación rural - UPR el río Tunjuelo. (Con et al., 2016)

5.2.2. Mapa 1. Ubicación de la localidad Ciudad Bolívar en el Distrito



Fuente: Infraestructura de datos espaciales para el distrito capital- IDECA, 2014

Su población está concentrada en estratos uno (1) y dos (2), con 370.900 personas (57,96%) y 236.356 (36,93%) respectivamente. La población del estrato uno (1) está localizada en las UPZ Lucero (36,15%), Jerusalén (24,74%), Ismael Perdomo (22,17%) y El Tesoro (12,28%); la de estrato dos (2) se ubica en las UPZ Ismael Perdomo con el 34,37%, San Francisco (28,43%), Arborizadora (17,97%) y Lucero (14,00%). (El, 2011)

5.2.3. Estrato socioeconómico

Población por estrato socioeconómico según UPZ.

UPZ	ESTRATOS							Total
	Sin estrato*	1. Bajo-Bajo	2. Bajo	3. Medio-Bajo	4. Medio	5. Medio-Alto	6. Alto	
El Mochuelo	-	1.609	-	-	-	-	-	1.609
Monteblanco	29	5.974	-	-	-	-	-	6.003
Arborizadora	138	-	42.475	19.237	-	-	-	61.850
San Francisco	25	9.596	67.193	-	-	-	-	76.814
Lucero	540	134.077	33.081	-	-	-	-	167.698
El Tesoro	203	45.539	3.606	-	-	-	-	49.348
Ismael Perdomo	3.356	82.231	81.225	5.329	-	-	-	172.141
Jerusalén	3.814	91.754	8.737	-	-	-	-	104.305
UPR Ciudad Bolívar	-	120	39	6	2	1	1	169
Total general	8.105	370.900	236.356	24.572	2	1	1	639.937

- Sin población por estrato en esa localidad.

Fuente: DANE - SDP. DICE: Proyecciones de población de Bogotá por localidades 2006-2015

Cálculos: Dirección de Estudios Macro y Dirección de Estratificación.

Decretos 544 de 2009 (zona urbana) y 304 de 2008 (zona rural).

5.2.4. Accesibilidad geográfica

Ciudad Bolívar se localiza en un punto estratégico por el paso de vías tan importantes para la ciudad como la Autopista Sur y la Avenida Ciudad de Villavicencio, además de las avenidas Boyacá y Jorge Gaitán Cortés. Estas vías cumplen un papel fundamental en el transporte de personas y mercancía en el sector, por lo que la UPZ tiene unas condiciones privilegiadas para localizar usos comerciales, industrias y servicios a la comunidad en torno a éstas. (Con et al., 2016)

5.2.5. Nivel educativo

La Población en Edad Escolar, corresponde a las niñas, niños y adolescentes entre 3 y 16 años a quienes les asiste el derecho de acceder a la educación. En el año 2015, esta población fue de 185.170 niños y niñas en la localidad. El gráfico 1, presenta el desagregado según género y rango de edad correspondiente a cada nivel educativo. (Multiprop, 2011)

Gráfico 1. Población en Edad Escolar de 3 a 16



Fuente: Proyecciones de población. DANE - SDP.

5.2.6. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social

En cuanto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el 88,2% de las personas en la localidad de Ciudad Bolívar están afiliadas, el 11,2% de la población no se encuentra afiliada y un 0,6% de las personas no saben si están o no afiliadas. (Multiprop, 2011). Del total de la población afiliada al sistema de seguridad social, el 40% pertenece a la EPS referente a este estudio, del cual se evidencia que el 16% del total de la población adolescente a consultado por abuso al consumo de sustancias psicoactivas.

5.2.7. Historia de la localidad

En la actualidad, si bien han mejorado sustancialmente las condiciones sociales y económicas con las que surge Ciudad Bolívar y se han mejorado los procesos de planeación de la ciudad, siguen estando caracterizadas algunas zonas por falta de planeación, específicamente en las zonas altas, las cuales suelen ser pobladas por diversas personas que

migran de otras partes del país, producto del desplazamiento de la violencia del conflicto armado y/o de la falta de oportunidades económicas en sus lugares de origen. Incluso al interior del Distrito Capital surge el fenómeno de la migración debido a que ciudad Bolívar les ofrece otras posibilidades para el desarrollo de su vida. (Con et al., 2016)

La población de Ciudad Bolívar a primera vista se caracteriza por estar marcada por estigmatizaciones sociales de diversa índole. Un alto porcentaje de los barrios que conforman este territorio han surgido como consecuencia de la instalación de miles de personas que han migrado hacia Bogotá desde los años cuarenta, por lo general, en búsqueda de una mejor oportunidad para su vida o, en el peor de los casos, escapando de la guerra rural contemporánea. Hoy, Ciudad Bolívar está marcada por altos índices de pobreza, marginalidad, exclusión e inseguridad, bajo la presencia en sectores específicos de la localidad de células armadas que serían rostro urbano del conflicto social y político colombiano. Es considerada como la localidad más problemática de Bogotá. En ella se concentran todas las dificultades sociales y económicas. Es la zona de la capital con mayor cantidad de población desplazada (26% del total). Aunque la mayoría de los habitantes están clasificados en estratos socio-económicos 1 y 2, el 17% se sitúa por debajo de la línea de miseria. (Con et al., 2016)

En general, las viviendas son de invasión y fabricadas artesanalmente, los niños tienen pocos espacios recreativos que resultan peligrosos debido a la existencia de pandillas y bandas criminales. Además, la localidad está situada entre las colinas que limitan con el extremo sur de la ciudad y compuesta por áreas no urbanizadas y con alto riesgo de deslizamiento. Esta zona incluye una buena porción del área rural de Bogotá y muchos de sus habitantes son campesinos. Debido a este aspecto semiurbano, grupos guerrilleros y paramilitares poseen áreas de control difíciles de detectar. La violencia es una de las características primordiales y es la localidad con mayor tasa de mortalidad y menor cobertura médica. (Magalis, & Bayona, 2011)

Por otro lado, la cobertura escolar es una de las más bajas del Distrito Capital, con un porcentaje importante de niños sin posibilidades de asistir a clases por falta de cupos en los colegios distritales y los pocos colegios privados son inaccesibles por falta de recursos. Por

este motivo, muchos niños se quedan solos en sus casas y tienen un pobre contacto con los padres, quienes, por lo general, trabajan extensas jornadas.

En la localidad se presentan una serie de problemáticas que están afectando de manera directa e indirecta la salud de la población residencial del territorio. Problemas como el deterioro de los recursos ambientales principalmente en zonas aledañas al parque minero y al relleno sanitario, la ocupación irregular de áreas para la satisfacción de necesidades habitacionales, la precariedad de asentamientos en sectores de población desplazada en la localidad, la segregación social, las barreras de acceso a los servicios sociales, entre otros, evidencian una clara necesidad de acción por parte del sector salud con propuestas encaminadas hacia la promoción y prevención en salud; el mejoramiento de la calidad de vida, la generación de condiciones óptimas para el desarrollo integral y social de la localidad.

5.3. Salud mental

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS, la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. La dimensión positiva de la salud mental ha sido subrayada en la definición de salud de la OMS, tal cual consta en la constitución misma: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, 2001)

La salud mental es una representación usada para describir el nivel de deterioro cognitivo o emocional. La salud mental incluye la capacidad de un sujeto para valorar la vida y buscar el equilibrio entre las actividades cotidianas y su capacidad de resiliencia psicológica, es un estado de bienestar emocional y psicológico, mediante el cual el individuo es competente para hacer uso de sus destrezas emocionales y cognitivas, ocupaciones sociales y obligaciones ordinarias de la salud en la vida cotidiana.

Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definido como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades. Salud

mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos (OMS, 2001)

5.3.1. Trastornos mentales

Los trastornos mentales son cambios generados en el funcionamiento de la mente, que afectan el desempeño del individuo perjudicando la vida familiar, social, personal, laboral, académica entre otras; dificultando la habilidad de autocrítica, produciendo baja tolerancia a los problemas e imposibilitando la concepción de una vida placentera.

Los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, los trastornos afectivos, la farmacodependencia, la demencia senil, la esquizofrenia y la drogodependencia, afectan la conducta de los individuos en cualquier período de su vida.(Calleja, 2012)

5.3.1.1. Tratamiento

El tratamiento es un conjunto de actividades, conductas y comportamientos utilizados con el fin de aliviar o curar una enfermedad, el concepto es habitual y natural en el ámbito de la medicina.

Para la salud mental, el concepto de “tratamiento” es utilizado como sinónimo de terapia psicosocial. Puede relacionarse como un conjunto de medios de tipo clínico como los quirúrgicos, farmacológicos, fisiológicos, psicológicos etc. Con el objetivo de mitigar o curar los síntomas detectados con anterioridad a través de un diagnóstico.(Calleja, 2012)

5.3.1.2. Rehabilitación

La rehabilitación es un conjunto de diversos procedimientos que tienen como objetivo ayudar al paciente a lograr el más completo potencial mental y físico atado a las posibles insuficiencias anatómicas o fisiológicas junto con las limitaciones ambientales. Estos tratamientos se desarrollan con el propósito de rehabilitar la salud del individuo. Ejemplos: "El drogodependiente será sometido a un tratamiento de rehabilitación para poder superar su dependencia a las drogas".(Ministerio Nacional de Salud, n.d.)

5.3.1.3. Atención psicosocial

La atención psicosocial se desarrolla a partir de un compuesto de acciones o servicios brindados individualmente y en grupos a individuos con la necesidad del servicio, buscando así la promoción y prevención de la salud mental y el bienestar psicosocial; mejorando el proceso de enseñanza y aprendizaje en varios aspectos: cognitivo, emocional y social. En este proceso se involucran áreas de Pedagogía, Servicio Social, Psiquiatría, terapia ocupacional, medicina familiar y psicología entre otros.(Ministerio Nacional de Salud, n.d.)

5.3.1.4. Uso nocivo para la salud

Modo de consumo de una droga o sustancias perjudiciales para la salud. Sus contraindicaciones pueden ser físicas como la obtención de patologías (por ejemplo, la hepatitis producida por la manipulación de material corto punzante) o psíquicas (como episodios depresivos secundarios por el consumo de alcohol).(Ministerio Nacional de Salud, n.d.)

5.3.1.5. Resiliencia

La Resiliencia es la capacidad del individuo de volver a su estado natural, principalmente después de haber vivido una situación crítica o fuera de lo común. Es un término atado a la rehabilitación de los individuos que se encuentran en un tratamiento psicosocial.(Ministerio Nacional de Salud, n.d.)

5.3.2. Salud mental en Colombia

La Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM, se orienta a la identificación de los problemas y trastornos, así como a los factores que predisponen su desarrollo. De otra parte investiga los que favorecen la salud en general, en particular la salud mental, desde la óptica de los determinantes sociales, para apoyar el desarrollo de políticas públicas e intervenciones en salud pública que permitan la promoción de la salud, la prevención de los problemas y trastornos mentales, el tratamiento de estas condiciones y la inclusión social.(Justicia y del derecho, 2013)

5.3.2.6. Patologías asociadas al consumo

Según la ENSM se relacionan las siguientes patologías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas.

➤ **Intoxicación aguda**

Producida por el uso y abuso de una sustancia psicoactiva con síntomas como perturbaciones de la conciencia, en las facultades cognitivas como la percepción, el comportamiento y las respuestas psicofisiológicas. Los trastornos están relacionados directamente con los efectos farmacológicos agudos de la droga consumida, los cuales desaparecen con el tiempo a partir de un tratamiento.(Calleja, 2012)

Se evidencian: traumatismos, vómito, delirium, convulsiones y otras complicaciones médicas. Estas complicaciones están directamente relacionadas con la categoría farmacológica de la sustancia consumida así como con su modo de administración.

➤ **Síndrome de dependencia**

Conjunto de fenómenos conductuales, cognitivos y fisiológicos que se desarrollan después del consumo de una sustancia psicoactiva, tradicionalmente asociado al deseo incontrolable de consumir la droga, dificultando el autocontrol en el consumo, la utilización repetida sin pensar en las contraindicaciones ni en sus consecuencias, prioridad al consumo de la sustancia a cambio de sus actividades y obligaciones diarias, aumento de la tolerancia a la droga y por consiguiente a la cantidad. La dependencia y el nivel de adicción obedecen a la sustancia consumida, en algunas ocasiones con dependencia psicológica o fisiológica.

Sus síntomas se agrupan de diferentes maneras en donde sus efectos nocivos son variables, se desatan a partir de abstinencia absoluta o relativa de una droga consumida de manera prolongada. La iniciación y la evolución del síndrome de abstinencia son limitadas por el tiempo y la categoría de la sustancia así como de la dosis inmediatamente anterior a la abstinencia total o parcial del consumo. Dentro de los síntomas se pueden presentar complicaciones físicas como las convulsiones.(Calleja, 2012)

➤ **Delirium tremens**

Ocurre cuando el síndrome de abstinencia se complica por la aparición de delirium en donde se presenta un estado de confusión mental, con alteraciones de la conciencia, la

atención, la sensopercepción y la memoria. Pueden presentarse convulsiones.(Calleja, 2012)

➤ **Trastorno psicótico**

Número de fenómenos psicóticos con ocurrencia durante o siguiente al consumo de una sustancia psicoactiva, el estado se identifica por la presencia de alucinaciones auditivas, o visuales con síntomas de distorsión de la percepción, y la aperción de ideas delirantes tipo paranoide o persecutorias; alteraciones psicomotoras (hiperventilación o aturdimiento), produciendo cambios en el estado de ánimo pudiendo ir de un miedo penetrante al éxtasis. La sensopercepción no está normalmente comprometida, pero existe un cierto grado de perturbación de la conciencia aunque generalmente está presente la confusión pero ésta no es grave.(Calleja, 2012)

➤ **Síndrome amnésico**

Se presenta como cambios crónicos importantes en la memoria a corto y largo plazo. La memoria inmediata esta naturalmente preservada mientras que la memoria remota se afecta más.

Normalmente existen alteraciones manifiestas en la orientación tempo espacial y en la sucesión de acontecimientos, asimismo suceden dificultades en el aprendizaje de nueva información. El síndrome puede presentar pensamientos de conspiración con recuerdos aislados e imaginaciones.(Calleja, 2012)

➤ **Trastorno psicótico residual o de instalación tardía**

Trastorno anormal, en el cual las alteraciones producidas por el consumo de alcohol origina variaciones en la cognición, el afecto y la personalidad con comportamientos persistentes más allá del período de duración de la droga.(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

➤ **Efectos psíquicos**

Los efectos pueden ser descritos, en varios casos, como una sensación de bienestar calma, relajación, menos fatiga y regocijo, mientras que en otros casos pueden ser definidos como angustia, perturbación, ansiedad y miedo acompañados de temblores y sudoración.

El uso continuo entorpece la capacidad de aprendizaje y memorización, induciendo al individuo a un estado de baja motivación, generando que la persona no sienta voluntad de realizar sus actividades.

5.3.2.7. Diagnóstico

Un diagnóstico de dependencia debe aplicar solamente si se presentan tres o más de los siguientes síntomas experimentados o exhibidos en algún momento por el usuario.

- Deseo incontrolable por el consumo la sustancia.
- Dificultades en el auto control por el consumo de la sustancia en términos de su inicio, término y niveles de consumo.
- Estado de abstinencia psicológica y fisiológica esta última cuando el uso de la sustancia ha finalizado o ha sido reducida.
- Evidencia de tolerancia a la sustancia consumida, por lo que se requiere aumento en la dosis de la droga para alcanzar el efecto esperado.
- Apatía progresiva de actividades e intereses producidos por la elección del uso de la sustancia psicoactiva.
- Aumento de la cantidad de tiempo necesario para recuperarse de los efectos producidos.
- Persistencia en el uso de la sustancia, pese a los efectos nocivos.

Es importante, establecer un diagnóstico adecuado, ya que éste puede ser decisivo para el paciente. Se deben recoger datos del consumidor para la organización de su proceso, investigar quejas o alteraciones del estado de salud del individuo e investigar su condición social y económica.(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

5.3.2.8. Exámenes de laboratorio

No existen exámenes bioquímicos concretos para el tratamiento de complicaciones orgánicas procedentes del consumo de alcohol y otras drogas. Los niveles de las enzimas

hepáticas pueden ayudar con el diagnóstico de las alteraciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

5.3.2.9. Tratamiento

El tratamiento de personas drogodependientes que no involucren urgencias médicas, se centra en un régimen de atención básica o ambulatoria. En caso de necesidad, el médico deberá establecer un tratamiento farmacológico, según los protocolos ajustados al tipo de dependencia. En la mayoría de los casos de dependencia se realiza terapia psicológica en técnicas de motivación, de asesoramiento y de orientación.

La rehabilitación comienza con la evaluación preliminar, siendo el diagnóstico de la drogodependencia el punto de partida para producir motivación como un factor prevalente en el proceso de cambio del comportamiento del usuario.

La combinación de psicoterapia y terapia farmacológica puede ser más efectiva dependiendo de la gravedad del síndrome de abstinencia; la farmacoterapia debe ser suministrada, principalmente, en los casos positivos de síndrome de abstinencia dependiendo de la sustancia consumida. Como alternativa se deben realizar terapia contando con el apoyo de la familia del paciente la cual debe recibir orientación y sensibilización del tratamiento. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

El tratamiento se puede también encaminar a grupos de autoayuda para la resolución de la dependencia.

Asimismo se crea la necesidad de intervenciones especializadas, el individuo puede ser dirigido a un centro de atención complementaria para la institucionalización y atención en diversas áreas de la salud como la psicología, la psiquiatría, la terapia ocupacional y la medicina entre otras.(Ministerio Nacional de Salud, n.d.)

En situaciones de urgencias médicas (como convulsiones, problemas cardíacos, traumatismos graves, síndromes de abstinencia, etc.), se debe trasladar al usuario a un servicio de urgencias hospitalario para su atención clínica.(Ministerio Nacional de Salud, n.d.)

5.3.3. Drogas

La droga, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), hace referencia a cualquier sustancia no producida dentro del organismo que tiene la propiedad de actuar sobre uno o más sistemas biológicos, produciendo cambios en su sistema operacional.

5.3.3.10. Clasificación y efectos en el organismo

Una droga no es en sí buena o mala, existen sustancias que se utilizan con el fin de generar efectos benéficos en el cuerpo humano como el tratamiento de enfermedades. Pero también existen sustancias que provocan daños a la salud como las sustancias psicoactivas; se considera sustancia psicoactiva, cualquier sustancia que suministrada por cualquier vía de administración, altere el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral, pudiendo ser legalmente usadas por prescripción médica o de forma ilegal. Sin embargo, no existe una delimitación clara entre lo que es un simple uso de drogas (médicas), un abuso o incluso una dependencia severa, pues todo esto se desarrolla en diferentes tipos de individuos. (Babor, Campbell, Room, & Saunders, 1994)

El uso desmedido de estas sustancias se ha convertido en uno de los principales problemas en la salud pública. Prácticamente toda la población de jóvenes en Colombia ya han tenido algún tipo de contacto con cafeína o nicotina (cigarrillos) y la gran mayoría ya experimentó el consumo del alcohol. Es importante mencionar, que algunas veces, el inicio de uso de sustancias psicoactivas se da en el hogar, con sustancias lícitas, contando con aprobación implícita o explícita de los padres que en entornos de celebraciones familiares suelen generar especialmente el uso de tabaco y alcohol.

Se considera abuso de sustancias psicoactivas cuando el uso sobrepasa el estándar social o médico aceptado para el consumo de esta sustancia lo que causa perjuicios en la vida del usuario en aspectos fisiológicos y sociales. La dependencia implica una necesidad por el consumo de la droga, sea de naturaleza psicológica o física. En este último caso, el organismo de la persona se adaptó y naturalizó la droga (síndrome de tolerancia) y presenta síntomas cuando ésta no es consumida. (Babor et al., 1994)

En la actualidad se encuentra un número muy grande de sustancias psicoactivas de uso corriente que se pueden clasificar de diferentes maneras. A continuación encontramos sólo información sobre las drogas de mayor significado por la frecuencia y diseminación de uso.

Las sustancias enumeradas en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión (CID-10), en su Capítulo V (Trastornos Mentales y de Comportamiento) incluyen:

- Alcohol
- Opioides.
- Cannabinoides.
- Sedantes o hipnóticos.
- Cocaína
- Otros estimulantes (como anfetaminas y sustancias relacionadas con la cafeína).
- Alucinógenos.
- Tabaco.
- Disolventes volátiles.

5.3.3.1. Clasificación de las drogas

Desde el punto de vista legal las drogas pueden ser clasificadas como drogas lícitas e ilícitas.

Drogas lícitas: son las que se comercializan libremente y están sometidas a ciertas restricciones legales como por ejemplo las bebidas alcohólicas y el tabaco. Por otro lado se encuentran los medicamentos cuya finalidad es el tratamiento a enfermedades, los cuales deben ser expedidos por medio de una prescripción médica.(Babor et al., 1994)

Drogas ilícitas: las que están prohibidas por la legislación colombiana que en su mayoría están sujetas a la generación de daños importantes en la biología del cuerpo humano y a los comportamientos socio-culturales de la población.

5.3.4. Clasificación por acción

De acuerdo con las acciones de las drogas sobre el sistema nervioso central (SNC), y con las modificaciones observables en la actividad mental o en el comportamiento de la persona que utiliza la sustancia, las drogas pueden ser clasificadas en:

- Drogas depresoras de la actividad mental
- Drogas estimulantes de la actividad mental
- Drogas perturbadoras de la actividad mental

5.3.4.2. Drogas depresoras de la actividad mental

Esta categoría incluye una gran diversidad de sustancias psicoactivas que difieren notablemente en sus propiedades físicas y químicas, pero que despliegan características comunes que causan una disminución de la actividad global cerebral o de ciertos sistemas específicos del sistema nervioso central. (Babor et al., 1994)

Como consecuencia de esta acción, hay una tendencia a disminuir la actividad de la reactividad al dolor y a la ansiedad siendo común un efecto euforizante inicial y, consecutivamente, un acrecentamiento de somnolencia.

Alcohol

El alcohol etílico es un producto de la fermentación de carbohidratos (azúcares) presentes en vegetales.

Sus características euforizantes son conocidas desde tiempos prehistóricos y prácticamente todas las culturas han tenido alguna experiencia con su uso. Es seguramente la droga psicotrópica de uso y abuso más ampliamente diseminada en gran número y diversidad de países en la actualidad.

En dosis bajas, se utiliza sobre todo debido a su acción euforizante y a la capacidad de minimizar las inhibiciones lo cual facilita la interacción social.

El alcohol induce tolerancia (necesidad de cantidades progresivamente mayores de la sustancia para producirse el mismo efecto deseado o la intoxicación) y el síndrome de abstinencia (síntomas desagradables que ocurren con la reducción o con la interrupción del consumo de la sustancia).(Babor et al., 1994)

Barbitúricos

Los barbitúricos son sustancias sintetizadas artificialmente a partir de comienzo del siglo XX, que poseen varias propiedades en común con el alcohol y otros tranquilizantes (Benzodiacepinas). Su uso inicial fue dirigido al tratamiento de los trastornos del sueño, por lo que la dosis para causar los efectos terapéuticos deseables no es tan lejana de la dosis tóxica o letal.

Como consecuencia de su principal acción farmacológica, se observan los principales efectos: disminución de la capacidad de raciocinio y concentración, sensación de calma, somnolencia, reflejos más lentos, surgimiento de señales de falta de coordinación motora, entre otros.(Babor et al., 1994)

Benzodiacepinas

Este grupo de sustancias comenzó a ser usado en la medicina en 1960 a nivel mundial y tiene similitudes significativas con los barbitúricos en métodos de trabajos farmacológicos, con la primacía de brindar un mayor margen de seguridad. Actúa potencializando las acciones de los principales neurotransmisores inhibidores del SNC.

Las benzodiacepinas producen disminución de la ansiedad, inducción del sueño, relajación muscular y disminución del estado de alerta. Esta sustancia dificulta los procesos mentales de aprendizaje y memoria, alterando las funciones motoras y perjudicando actividades viso-motoras.(Babor et al., 1994)

Opioides

Tipo de droga derivada de la amapola del oriente. Son drogas sintéticas y semi-sintéticas, obtenidas a partir de modificaciones químicas en sustancias y utilizadas en la medicina mundial. Las más conocidas de este grupo son la morfina, la heroína y la codeína; además de diversas sustancias que son sintetizadas en laboratorios.

Este tipo de droga copia el funcionamiento de diversas sustancias creadas en el organismo, como las endorfinas y encefalinas. La encefalina es un neurotransmisor creado por el organismo generado por la actividad física y produce sensación de bienestar y euforia, mientras que la encefalina se encuentra asociada a la sensación de alivio al dolor.

En líneas generales los opioides son drogas depresoras de la actividad mental, y causan los siguientes efectos: contracción pupilar importante, disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal, efecto sedante que perjudica la capacidad de concentración, somnolencia, efectos de la abstinencia, náuseas, cólicos intestinales, vómitos y diarrea entre otros. (Babor et al., 1994)

Solventes o inhalantes

Este grupo de sustancias, se encuentra dentro de las drogas depresoras y no posee ningún uso clínico. El efecto de esta droga comienza bastante rápido después de la inhalación y puede durar unos segundos o unos minutos, y debido a su corta duración predispone al sujeto a realizar inhalaciones repetidas, lo que aumenta sus efectos nocivos.(Babor et al., 1994)

Efectos observados

Después del consumo se produce euforia y disminución de la inhibición comportamental. En su segunda fase se produce un predominio de la depresión del sistema nervioso central y el individuo se vuelve confuso y desorientado; también pueden presentarse alucinaciones auditivas y visuales. En la tercera fase la depresión se profundiza, con una disminución pronunciada del estado de alerta, falta de coordinación viso-motora y finalmente depresión total.(Babor et al., 1994)

5.3.4.3. Drogas estimulantes de la actividad mental

Se encuentran en este grupo, las drogas capaces de incrementar la actividad de determinados sistemas neuronales, lo que acarrea secuelas tales como un estado de alerta continuo, insomnio y aceleración de los procesos psicológicos.

Anfetaminas

Son sustancias sintéticas cuyo mecanismo de acción es incrementar la liberación y prolongación del tiempo de actuación de algunos neurotransmisores liberados por el cerebro, como la noradrenalina y la dopamina.

Los efectos del uso de anfetaminas se evidencian en comportamientos como la disminución del sueño y del apetito, rapidez en el habla, dilatación de la pupila, taquicardia, elevación de la presión arterial y sensaciones de energía corporal, y disminución de

cansancio incluso cuando se desarrollan actividades de gran esfuerzo, lo que podría ser perjudicial para salud.

En dosis tóxicas, se acentúan los efectos anteriores y la persona tiende a ser más agresiva e irritable, y en algunos casos se considera víctima de persecuciones inexistentes (delirios persecutorios), acompañadas de alucinaciones y convulsiones.(Babor et al., 1994)

Cocaína

Es una sustancia extraída de la planta *Erythroxylon coca*, popularmente conocida como coca. Puede ser consumida por la aspiración del polvo, disuelta en agua para luego ser inyectada en el torrente sanguíneo, o bajo la forma de base que es fumada.

Su mecanismo de acción en el SNC es muy similar al producido por las anfetaminas, pero la cocaína actúa aún sobre la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, neurotransmisores del cuerpo humano.

Sus efectos tienen inicio rápido y duración breve en donde se resaltan la sensación de euforia, la hiperactividad, el insomnio, y la falta de apetito entre otros. Sin embargo, la intensidad de la sensación depende de la vía de uso.

En dosis tóxicas, se observan otros efectos como irritabilidad, agresividad, delirios y alucinaciones, que caracterizan un estado psicótico. Se observa igualmente el aumento de la temperatura, convulsiones, dilatación pupilar, elevación de la presión arterial y taquicardia.(Babor et al., 1994)

5.3.4.4. Drogas perturbadoras de la actividad mental

En este grupo de drogas son clasificadas diversas sustancias cuyo efecto principal es generar alteraciones en el funcionamiento neuronal, lo cual desencadena diversos fenómenos psíquicos anormales, entre los que se destacan delirios y alucinaciones. Este tipo de fenómenos ocurren de forma espontánea en ciertas enfermedades mentales como la psicosis.(Babor et al., 1994)

Marihuana

Es el nombre dado a la *Cannabis sativa*. Sus hojas secas pueden ser fumadas o ingeridas. También existen derivaciones como el *creepy* en donde se encuentran mayores

concentraciones de THC (tetra-hidrocanabinol), una de las sustancias producidas por la planta, la cual es principal responsable de efectos psíquicos.(Babor et al., 1994)

5.3.5. Política de atención integral en salud mental

En el campo de la política de atención integral en salud mental con énfasis en problemáticas de alcohol y otras drogas en Colombia se observa que el tema ha sido abordado de modo puntual, contando con el acompañamiento de sectores preocupados por el aumento exponencial del problema del uso de sustancias psicoactivas.

Es importante, mencionar que el Ministerio de Salud por medio de su legislación asume de modo integral y articulado la prevención, tratamiento y rehabilitación de los usuarios de sustancias alcohólicas y psicoactivas como un problema de salud pública. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Esta decisión atiende las demandas requeridas por el incremento de consumidores en el territorio nacional, la cual exige al gobierno nacional comprometerse con la formulación, ejecución y evaluación de una política pública de atención a este tipo de población, generando la ruptura de una lógica popular que se basa en la asociación de drogas con el comportamiento antisocial o criminal. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Frente a este objetivo, se trazan estrategias de abordaje para su obtención:

1. Reducción de la oferta y reducción de la demanda. Para la primera estrategia, se cuenta con la acción de la justicia, la seguridad y la defensa.
2. la operación de rehabilitación se ha dado a través de tratamientos de institucionalización, con la expulsión del usuario del agente incitador.

Sin dejar de considerar la existencia de estos métodos, en los que todavía hay que debatir, debemos indicar que, cuando se trata de un tema tan complejo, son claras las implicaciones sociales, psicológicas, económicas y políticas, por lo que tratar de trazar una política basada en un único objetivo es trabajar en salud con un modo estrecho de entendimiento.

El objetivo de la atención a esta problemática social, iniciaría con rescatar el sentido de salud colectiva lo cual implica el tener en cuenta la diversidad y especificidad de los grupos de población incluyendo sus individualidades con sus modos propios de enfrentar tal patología. En el ejercicio de la salud el compromiso ético, es el de la defensa de la vida, donde cada vida se expresa de una manera singular, pero también donde cada ser humano es una expresión de un colectivo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

La abstinencia no puede ser el único objetivo a ser alcanzado por los entes prestadores de salud y por otra parte, cuando se trata de cuidar las vidas humanas, necesariamente debemos lidiar con las particularidades y sus diferentes posibilidades y opciones. Las prácticas de salud, en cualquier nivel de ocurrencia, deben estar supeditadas a esta diversidad. Deben amparar, sin juicio y en cada situación lo que el usuario está demandado y determinar según estos parámetros lo que puede ser ofertado para así estimular su participación y su compromiso.

Así este enfoque de atención a los consumidores de drogas ofrece un camino prometedor. Porque reconoce a cada usuario en sus singularidades, trazando estrategias que estén orientadas no sólo a la abstinencia como único objetivo si no a la defensa de su vida. Por lo tanto el tratamiento ofrece como un método que está vinculado a la dirección del tratamiento aumentando el grado de libertad y de corresponsabilidad de aquella persona que se encuentre en tratamiento. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

5.3.1. Estadísticas

La encuesta del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica, un trabajo integrado de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Harvard University, University of Michigan y 38 países, que usaron métodos y procedimientos uniformes para seguir las mismas reglas de análisis, genera información que es una fuente invaluable para los tomadores de decisiones y todos los interesados, tanto de los dominios de la salud pública como de la salud mental, y Colombia aporta datos e información para este gran esfuerzo conjunto a nivel internacional.

Las proyecciones estadísticas muestran que las condiciones psiquiátricas y neurológicas en el mundo se incrementarán de 10,5 % del total de la carga de la enfermedad a 15 % en el

año 2020, lo cual equivale a un incremento proporcional mayor que para las enfermedades cardiovasculares. Estos cálculos muestran que en Colombia la depresión unipolar será la primera causa general de consulta en el año 2015. Según el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003, el 40,1 % de la población colombiana entre 18 y 65 años ha sufrido o sufrirá alguna vez en la vida un trastorno psiquiátrico diagnosticado. De estos, se detecta el 16 % en el último año y el 7,4 %, en el último mes.

Los trastornos de ansiedad encabezan la lista (19,5 %); luego siguen los trastornos del estado de ánimo (13,3 %), los trastornos por control de impulsos (9,3 %) y los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (9,4 %) (Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social, 2005).

Al comparar la prevalencia de los trastornos mentales en Colombia con otros 14 estudios homólogos de otros países desarrollados y en desarrollo, se encuentra que Colombia ocupa los cinco primeros puestos en algunas enfermedades mentales: segundo puesto en el trastorno por control de impulsos, cuarto puesto en los trastornos de ansiedad y en los relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas como en cualquier otro trastorno (trastorno de ansiedad de separación en la infancia, trastorno por déficit de atención, trastorno de conducta, trastorno negativista desafiante, trastorno de ansiedad de separación del adulto y bulimia nerviosa) y el quinto puesto en los trastornos del estado de ánimo.

Los trastornos mentales en Colombia afectan especialmente a niños, adolescentes y adultos jóvenes, situación que empeora en gran medida el pronóstico, la productividad académica y económica de la población y, en últimas, el capital global, que incluye los factores personales, simbólicos, culturales y relacionales. Estos trastornos se inician entre los 9 y los 23 años.

La mediana en la edad para las primeras manifestaciones de los trastornos afectivos, como el episodio depresivo mayor, se sitúa en los 24 años, para la manía, en los 20 años, y para la hipomanía, en los 27 años. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad se encuentra entre los 7 y los 28 años, con un promedio a los 17 años, y la de los trastornos por uso de sustancias, entre los 20 y los 27 años, con un promedio a los 22 años. La edad de inicio de otros trastornos, como el de ansiedad de separación en la infancia, el de déficit de atención, el de conducta, el negativista desafiante, el de ansiedad de separación del adulto y

la bulimia nerviosa, se encuentra entre los 8 y 20 años, con un promedio a los 11 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

El Gobierno nacional, a través del Observatorio de Drogas de Colombia del Ministerio de Justicia y del Derecho, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social y con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD-OEA y la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito – UNODC, realizó en el año 2013 el segundo estudio nacional sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población general, con el propósito de actualizar el conocimiento sobre la magnitud del consumo y abuso de sustancias psicoactivas en el país, el patrón de uso en relación al sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel de urbanización y desagregaciones por departamentos (Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Los principales resultados de este estudio son:

- En relación con el uso de sustancias ilícitas, los datos del estudio indican que el 13.0% de las personas encuestadas ha usado alguna droga ilícita al menos una vez en su vida, un 19.9% de los hombres y el 6.5% de las mujeres.
- El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%.
- Entre los grupos de edad, el mayor consumo de marihuana se observa en los jóvenes de 18 a 24 años, con un 8.2% de prevalencia, seguido por los grupos de adolescentes (4.3%) y jóvenes de 25 a 34 años (3.8%). Aproximadamente el 62% de los consumidores de marihuana son personas que tienen entre 12 a 24.
- La tasa más alta de consumo de cocaína se encuentra entre los jóvenes de 18 a 24 años, con casi el 2% de prevalencia de último año, estimando unos 78 mil jóvenes en este consumo.
- De cada 100 personas que consumieron cocaína en el último año, 60 de ellas muestran signos de abuso o dependencia de dicha sustancia, lo cual representa un poco más de 98 mil personas en el país y de éstas, casi el 80% tiene entre 18 a 34 años. El porcentaje

de mujeres con signos de abuso o dependencia es más bajo que en los hombres: 41.7% y 64%, respectivamente.

- Los indicadores sobre consumo de bazuco en el país indican que el 1.2% de las personas encuestadas reportó haberlo consumido alguna vez en su vida, con clara diferencia entre hombres y mujeres. Durante el último año anterior a la encuesta, usó bazuco el 0.21% de la población de 12 a 65 años y la brecha entre sexos se amplía
- Otra sustancia ilícita considerada en el estudio es el éxtasis. Las prevalencias indican un porcentaje del 0.7% para alguna vez en la vida (0.3% varones y 0.1% mujeres). En tanto que la proporción de personas que han consumido en el último año se reduce al 0.2% y se mantiene la distancia entre los sexos. Los usuarios del último año tienen fundamentalmente de 18 a 24 años, unos 28 mil jóvenes.
- El estudio arrojó las siguientes cifras sobre heroína: 0.14% de los encuestados dijo haber consumido esta sustancia alguna vez en la vida, lo que equivale a 31.852 personas en el país; 0.03% de las personas de la muestra reportaron consumo de heroína en el último año y un porcentaje similar lo hicieron en el último mes. Las estimaciones indican que en el país hay un poco más de 7.000 consumidores de heroína en el último año, de los cuales la gran mayoría son hombres
- En cuanto al consumo de sustancias inhalables, el estudio indica que 0.7% de las personas de la muestra ha consumido estas sustancias alguna vez en la vida; de ellas, 0.2% lo hizo en el último año y 0.1% en el último mes. La preponderancia del consumo de varones es clara y entre los adolescentes y jóvenes de 18 a 24 años. Por otra parte el 1.2% declaró haber usado Popper alguna vez en la vida y 0.5% usó Dick en dicho período.

Si se afirma que la abstinencia es una estrategia, es porque entendemos que, debe ser operada en interacciones, promoviendo el aumento de la red de atención, creando puntos de referencia, viabilizando el acceso y la acogida, adscribiendo y calificando la demanda para multiplicar las posibilidades de enfrentar el problema de la dependencia en el uso del alcohol y otras drogas.(Justicia y del derecho, 2013)

En este punto, el enfoque de rehabilitación se afirma como clínico-social, pues, para que no quede sólo como "Cambio conductual", la atención debe darse como una acción en el contexto, interviniendo en la cimentación de redes de soporte social, con pretensiones de instituir otros movimientos posibles en la ciudad, buscando avanzar en grados de autonomía de los usuarios y sus familiares, para combatir con flagelos como la auto-violencia que en varias ocasiones son derivadas del uso excesivo de sustancias psicoactivas, usando recursos que no sean represivos, pero que ofrezcan ser inclusivos y comprometidos con la defensa de la vida. (Justicia y del derecho, 2013)

En este sentido, el modo de acción puede ser encaminado a los diferentes lugares por donde circulan los usuarios de alcohol y drogas, como equipos de salud flexibles, articulados con otros puntos de la red de salud y también en escenarios educativos, laborales, de promoción social, etc., mecanismos en los que la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación sean continuos y se den de forma agrupada.

La red de atención debe estar con formada por profesionales, familiares, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para crear una interacción constante, cada institución con su núcleo específico pero apoyándose solidariamente, alimentándose como red, que crea, acoge, encamina, previene, trata, reconstruye, alternativas de combate para las problemática del consumo de drogas. Proporcionando tratamiento en la atención primaria, garantizando así el acceso a medicamentos, la atención a la comunidad, la educación en salud para la población e involucrándose con a las comunidades, familias y usuarios para crear vínculos con otros sectores, monitoreando la salud mental en la comunidad generando más apoyo a la investigación y estableciendo programas específicos y prácticas que deben ser obligatoriamente contempladas por la Política de Atención en salud mental de usuarios de sustancias psicoactivas, en una perspectiva ampliada de salud pública.

La exclusión social y la ausencia de cuidados han alcanzado de forma histórica y continua, a las personas que padecen trastornos mentales, apuntando a la necesidad de la reinvención de modelos asistenciales que contemplen las actuales necesidades de una población. Esto es una demanda nacional, respaldada por evidencias de la Organización Mundial De La Salud. Los datos proporcionados por este estudio conducido por la

Universidad Javeriana indican que, de las diez enfermedades más incapacitantes en todo el mundo, cinco son de origen psiquiátrico: depresión, trastorno afectivo bipolar, alcoholismo, esquizofrenia y trastorno obsesivo-compulsivo. (Ramírez, 2008)

Tabla 23. Veinte primeras causas según AVISAS (* 1000 personas) en ambos sexos de 15-29 años, Carga de Enfermedad Colombia 2005

Orden	Causa	AVISAS Totales	AVISAS Discapacidad	AVISAS Mortalidad
1	Depresión mayor unipolar	147,879	147,879	-
2	Cardiopatía hipertensiva	104,509	104,391	0,118
3	Agresiones	33,116	0,114	33,002
4	Caries dental	29,116	29,116	-
5	Asma	10,922	10,812	0,110
6	Trastornos Bipolares	7,638	7,638	-
7	Accidentes de tránsito	6,137	0,086	6,051
8	Esquizofrenia	6,120	6,120	-
9	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol	3,953	3,953	-
10	Lesiones autoinfligidas intencionalmente	3,762	0,107	3,655
11	Epilepsia	2,698	2,156	0,542
12	Otras lesiones no intencionales	2,142	-	2,142
13	Cisticercosis	2,031	2,031	-
14	VIH SIDA	1,679	0,042	1,637
15	Guerra	1,568	0,000	1,568
16	Artritis reumatoide	1,245	1,234	0,012
17	Ahogamiento y sumersión accidentales	1,208	0,001	1,207
18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de drogas	1,121	1,113	0,008
19	Infecciones de vías respiratorias inferiores	1,099	0,435	0,664
20	Leucemia	1,052	0,066	0,986

Tabla 23. Veinte primeras causas según AVISAS (* 1000 PERSONAS) EN AMBOS SEXOS DE 15 – 29 AÑOS, CARGA DE ENFERMEDAD COLOMBIA 2005.

De acuerdo con la propia Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), cerca del 10% de las poblaciones de los centros urbanos de todo el mundo, consumen sustancias psicoactivas independientemente de la edad, el sexo, el nivel de instrucción y el poder adquisitivo. A pesar del uso de sustancias psicoactivas de carácter ilícito, y considerando cualquier grupo de edad, el uso indebido de alcohol y el tabaco tiene la mayor prevalencia global, trayendo también las más graves consecuencias para la salud pública mundial. (Ramírez, 2008)

Corroborando tales afirmaciones, un estudio conducido por la Universidad de Harvard y las instituciones colaboradoras sobre la carga global de enfermedades trajeron la estimación

de que el alcohol sería responsable de alrededor del 3,9% de todas las AVISAS en Colombia, así como el 3,9% del total de años vividos ajustados para la incapacidad. Según el mismo estudio, esta patología incluye trastornos físicos (cirrosis hepática, miocardiopatía alcohólica, etc.) y lesiones derivadas de accidentes automovilísticos influenciados por el uso indebido de alcohol, el cual crece de forma preocupante en el país. (Ramírez, 2008)

El uso del alcohol es cultural, siendo permitido en casi todas las sociedades del mundo. Información sobre "Saber beber con responsabilidad y las consecuencias del uso inadecuado de alcohol", todavía son insuficientes y no contemplan a la población de mayor riesgo para el consumo, que son los adolescentes y los adultos jóvenes.

Los trastornos mentales y de comportamiento tienen ocurrencia relativamente común durante la infancia y adolescencia (OMS, 2001). A menudo, no se detectan, incluso porque existe un cierto imaginario popular sobre su inexistencia y por el rótulo que genera a la persona. A pesar de eso, traen un gran costo para la sociedad como un todo, especialmente en los aspectos social y financiero. Constituyen un grave problema de salud pública, lo que se agrava por el hecho de que muchos de los trastornos ocurridos en estos ciclos de vida del desarrollo humano pueden continuar presentándose durante la edad adulta.

Hay una tendencia mundial que apunta al uso cada vez más precoz de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, siendo éste el que más se consume entre jóvenes. En Colombia, un estudio realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho sobre el consumo de sustancias psicoactivas y el uso indebido de drogas por jóvenes, reveló un porcentaje altísimo de adolescentes que ya habían hecho uso de alcohol en vida: 49,2%. En cuanto a uso frecuente, como consecuencia, tenemos índices de abandono escolar, así como el desavenencia de otros vínculos sociales que refuerzan la percepción pública de este uso como un agente dañino para la población. (Justicia y del derecho, 2013)

En comparación con estudios similares realizados con anterioridad, con el mismo rigor metodológico (lo que permite algún nivel comparativo, ya que se refieren a centros más urbanizados, como Bogotá, Medellín, Cali y Yumbo, Barranquilla y Soledad), las prevalencias de consumo en el último mes alcanzan al 38% y 39% de la población. Estudios como éste encuentran que el uso de drogas, incluyendo alcohol y tabaco, tiene

relación directa e indirecta con una serie de agravios a en la salud de los adolescentes y jóvenes, entre los que destacan los accidentes de tránsito, las agresiones, depresiones clínicas y cambios de comportamiento y conductas, al lado de comportamiento de riesgo en el ámbito sexual por la transmisión del VIH en el uso de drogas inyectables y de otros problemas de salud derivados de los componentes de la sustancia ingerida, y de las vías de administración.

6. METODOLOGÍA

6.1. Implementación ruta

Para la elaboración de la propuesta de la implementación de la Ruta iniciamos identificando los factores de riesgo de la población y las zonas con mayores porcentajes de consumo de sustancias psicoactivas. Durante este proceso, identificamos que la localidad de Ciudad Bolívar en Bogotá, debido a sus condiciones socio-económicas y culturales, tiene uno de los índices más altos de consumo de sustancias psicoactivas.

La población objeto para este estudio serán hombres y mujeres entre 12 y 17 años, asociados a trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones.

Para la implementación de esta Ruta Integral de Atención en Salud es indispensable analizar las actividades propuestas por el Ministerio de protección social, con el fin de identificar los servicios que deben estar habilitados por las IPS para la atención adecuada de la población en estudio.

Se debe tener en cuenta que desde el nivel primario y complementario de la red de atención del usuario, se identifica el tratamiento que se debe seguir previo a estudios diagnósticos; dicho tratamiento puede ser ambulatorio, parcial-hospitalario y hospitalario dependiendo del grado de adicción del usuario.

6.1.1. Análisis de intervenciones

A continuación se pueden observar las actividades dispuestas para la ruta, las cuales se encuentran agrupadas dentro de los servicios habilitados por las IPS:

INTERVENCIÓN	SERVICIOS REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES EN SALUD
ACCIONES COMUNITARIAS	328-MEDICINA GENERAL 312-ENFERMERÍA 344-PSICOLOGÍA
VALORACIÓN DE RIESGO EN LA POBLACIÓN USUARIA DE SPA	328-MEDICINA GENERAL 312-ENFERMERÍA 344-PSICOLOGÍA
CLASIFICACIÓN DEL RIESGO	328-MEDICINA GENERAL 312-ENFERMERÍA 344-PSICOLOGÍA
OFRECER INFORMACIÓN GENERAL SOBRE CONSUMO DE SPA	328-MEDICINA GENERAL 312-ENFERMERÍA 344-PSICOLOGÍA
CANALIZAR A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	328-MEDICINA GENERAL 312-ENFERMERÍA 344-PSICOLOGÍA
REALIZAR ENTREVISTA MOTIVACIONAL	328-MEDICINA GENERAL 312-ENFERMERÍA 344-PSICOLOGÍA
CANALIZAR AL USUARIO A LOS SERVICIOS DE SALUD	328-MEDICINA GENERAL 312-ENFERMERÍA 344-PSICOLOGÍA
DEMANDA ESPONTÁNEA O INDUCIDA DE SALUD	328-MEDICINA GENERAL 312-ENFERMERÍA 344-PSICOLOGÍA
VALORACIÓN, DIAGNOSTICO INTEGRAL EN SALUD Y CLASIFICACIÓN DE LA SEVERIDAD	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
REQUIERE TRAMIENTO POR CONSUMO DE SPA	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
DEFINIR PLAN DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
IDENTIFICAR NECESIDAD DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN SOCIAL	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
USUARIO TIENE HIJOS	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO INTEGRAL A HIJOS	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
REQUIERE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SPA	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
DEFINIR PLAN DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
DEFINIR PLAN DE MANEJO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE SPA LÍCITAS E ILÍCITAS ACORDE A LA SEVERIDAD	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
MODALIDAD DE ATENCIÓN	345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL
ATENCIÓN AMBULATORIA EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	POR 345-PSIQUIATRÍA 328-MEDICINA GENERAL 312-ENFERMERÍA 344-PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN	SERVICIOS REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES EN SALUD
ATENCIÓN EN INTERNACIÓN PARCIAL	128-INTERNACIÓN PARCIAL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS345-PSIQUIATRÍA328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
ATENCIÓN EN INTERNACIÓN NO HOSPITALARIA	820-ATENCIÓN INSTITUCIONAL NO HOSPITALARIA AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS345-PSIQUIATRÍA328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA706-LABORATORIO CLÍNICO
ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	127-INTERNACIÓN HOSPITALARIA CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVA 103-PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL118-CUIDADO INTERMEDIO EN SALUD MENTAL O PSIQUIATRÍA124-INTERNACIÓN PARCIAL EN HOSPITAL126-HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL S128-INTERNACIÓN PARCIAL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS345-PSIQUIATRÍA328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA706-LABORATORIO CLÍNICO
EVALUAR, AJUSTAR LA MODALIDAD DE TRATAMIENTO Y HACER SEGUIMIENTO	345-PSIQUIATRÍA328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
REQUIERE CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO	345-PSIQUIATRÍA328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
DEFINIR PLAN DE SEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO	345-PSIQUIATRÍA328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
DEMANDA ESPONTÁNEA O INDUCIDA DE ATENCIÓN EN REDUCCIÓN DE DAÑOS POR CONSUMO DE SPA	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
REALIZAR ACCIONES DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
USUARIO SOLICITA ATENCIÓN	328-MEDICINA GENERAL312-

INTERVENCIÓN	SERVICIOS REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES EN SALUD
MÉDICA RESOLUTIVA	ENFERMERÍA
REMITIR AL SERVICIO CORRESPONDIENTE Y SEGUIMIENTO EN LA RUTA ESPECÍFICA	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA
USUARIO SOLICITA TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SPA	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA
DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES, DE AUTOREGULACIÓN Y DE AFRONTAMIENTO EN ÁMBITO EDUCATIVO PARA EL ABORDAJE DE SITUACIONES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS E ILÍCITAS	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
PROMOCIÓN DE ESTILOS Y CONDICIONES DE VIDA SALUDABLES A TRAVÉS ENTORNOS SALUDABLES	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
FORTALECIMIENTO DEL INVOLUCRAMIENTO FAMILIAR	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
PROMOCIÓN DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTAS Y ACTITUDES EN TORNO AL CONSUMO DE ALCOHOL	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES COMUNITARIAS PARA LA PREVENCIÓN, TAMIZAJE Y CANALIZACIÓN MEDIANTE IMPLEMENTACIÓN DE CENTROS DE ESCUCHA, ZONAS DE ORIENTACIÓN ESCOLAR Y ZONAS DE ORIENTACIÓN UNIVERSITARIA.	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
PROMOCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA EN EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS LÍCITAS E ILÍCITAS, ASÍ COMO PARA LA EXIGIBILIDAD DE DERECHOS AL SGSSS	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
INDUCCIÓN A LA DEMANDA POR LOS AGENTES DE SALUD PARA EL ACCESO DE LOS INDIVIDUOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS	328-MEDICINA GENERAL312-ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA

INTERVENCIÓN	SERVICIOS REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES EN SALUD
PSICOACTIVAS LÍCITAS E ILÍCITAS, Y SUS FAMILIAS HACIA LOS SERVICIOS DE SALUD.	
APLICACIÓN DE PRUEBAS DE TAMIZAJE A LA POBLACIÓN USUARIA DE SPA.	328-MEDICINA GENERAL312- ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA
PROVISIÓN DE INSUMOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO EN USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES.	328-MEDICINA GENERAL312- ENFERMERÍA344-PSICOLOGÍA

Estas actividades deben ser contratadas teniendo en cuenta la ubicación del usuario, la integralidad de los servicios y la capacidad resolutive de las IPS; en este proceso es esencial fortalecer la relación entre las IPS y las EAPB especialmente en el nivel primario, con el fin de generar estrategias para la gestión del riesgo y disminuir la remisión a IPS de mayor complejidad, además es necesario desarrollar un sistema de información compartido que facilite la identificación de los usuarios y el seguimiento y tratamiento de su patología.

El incremento en la oferta de servicios de salud no se ha dado de forma integral, ya que los profesionales se están independizando, lo que provoca que las instituciones oferten un portafolio de servicios muy limitado que afecta directamente la oportunidad e integralidad del servicio.

6.1.2. Análisis de la oferta

Se debe tener en cuenta que la clasificación por componente se realiza dependiendo la zona donde se vaya a implementar la ruta, para la ciudad de Bogotá la consulta por psicología y la atención integral ambulatoria hacen parte del componente primario.

AGRUPADOR	CÓDIGO DEL SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO	COMPONENTE RESOLUCIÓN 1441/2016
INTERNACIÓN	101	General Adultos	Primario
	102	General Pediátrica	Primario
CONSULTAS Y/O	312	Enfermería	Primario

PROCEDIMIENTOS DE BAJA COMPLEJIDAD	325	Medicina Familiar	Primario
	328	Medicina General	Primario
	344	Psicología	Primario
	359	Consulta Prioritaria	Primario
URGENCIAS	501	Servicio De Urgencias	Primario
APOYO DIAGNOSTICO	706	Laboratorio Clínico	Primario
	712	Toma de Muestras de Laboratorio Clínico	Primario
	714	Servicio Farmacéutico	Primario
OTROS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	819	Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas	Primario
	820	Atención no Hospitalaria al Consumidor de Sustancias Psicoactivas	Primario
INTERNACIÓN	103	Psiquiatría o Unidad de Salud Mental	Complementario
	117	Cuidado Agudo en Salud Mental o Psiquiatría	Complementario
	118	Cuidado Intermedio en Salud Mental o Psiquiatría	Complementario
	123	Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas Paciente Agudo	Complementario
	126	Hospitalización en Unidad de Salud Mental	Complementario
	127	Internación Hospitalaria Consumidor de Sustancias Psicoactivas	Complementario
	128	Internación Parcial Consumidor de Sustancias Psicoactivas	Complementario

CONSULTAS Y/O PROCEDIMIENTOS DE BAJA COMPLEJIDAD	345	Psiquiatría	Complementario
	354	Toxicología	Complementario

La atención inicial que se brinda al paciente, comienza desde su IPS Primaria o complementaria y su seguimiento y tratamiento depende del nivel de adicción; por tal motivo se divide de la siguiente manera:

Ambulatoria

El paciente ingresa por consulta médica general o el servicio de urgencias, se inicia el apoyo diagnóstico y se identifica su nivel de adicción, se remite al especialista (psicólogo y/o psiquiatra) quien decide si se puede realizar tratamiento desde la IPS primaria o complementaria.

Parcial – Hospitalaria

De acuerdo al apoyo diagnóstico se sugiere enviar a una institución especializada en el tratamiento de la adicción donde se decide si es necesario internar al paciente; si el paciente no es internado se ingresa a un programa que le brinde las herramientas necesarias para tratar su adicción donde puede permanecer durante todo el día. Los servicios que debe tener habilitados la institución son los siguientes:

128	Internación Parcial Consumidor de Sustancias Psicoactivas
819	Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas
820	Atención Institucional no Hospitalaria al Consumidor de Sustancias Psicoactivas

Hospitalaria

Según los análisis hechos al paciente se toma la decisión de internarlo en el centro especializado hasta que supere su adicción y se pueda reintegrar a la sociedad. Los servicios con los que debe contar la IPS son los siguientes:

123	Atención al Consumidor de Sustancias Psicoactivas Paciente Agudo
127	Internación Hospitalaria Consumidor de Sustancias Psicoactivas

7. PROPUESTA IMPLEMENTACION DE LA RUTA

Una vez analizadas las intervenciones, la oferta y el detalle de los servicios, se encontró que la Red para consumidores de SPA es insuficiente; por lo anterior, se propone generar relaciones contractuales entre las EAPB y las fundaciones especializadas en estos tratamientos, de tal forma que no sólo cubran servicios de internación si no que puedan adquirir la habilitación que permita apoyar el tratamiento ambulatorio con un equipo interdisciplinario y que sirvan como red complementaria especializada.

Las relaciones contractuales deben ser bajo una modalidad de paquete el cual nos permitiría contemplar agrupadores de servicios de acuerdo a las necesidades de la población ya sean hospitalarias o ambulatorias, impactando en el costo ya que los usuarios contarían con una atención integral y continua en sus tratamientos que permitirían un adecuado manejo del riesgo.

Las EAPB deben centrar sus estrategias en la identificación de riesgos para establecer un esquema de intervención acorde a las mismas, a través de la atención a cargo de la red de prestadores primarios y complementarios, de tal manera que se garantizará resolver el 90% de necesidades a nivel ambulatorio y tan solo un 10% pasará al nivel complementario especializado, donde se buscará que el manejo sea por internación parcial hospitalaria (hospitalización día); sólo en casos de comportamientos y conductas que pongan en riesgo su vida o a la comunidad en general, se realizará una institucionalización con el fin de reintegrarlo a la sociedad.

Con base en lo anterior la Red Integrada para la Prestación de Servicios de Salud – RIPSS quedaría conformada de la siguiente manera:

Nombre De La Prestadora	Componente
IPS Olaya	Primario
Centro Médico Familiar Av 1 De Mayo	Primario
Centro Médico Familiar Av 1 De Mayo Sede II	Primario
Centro Médico Familiar Venecia	Primario
CMF Soacha	Primario
Unidad de Servicios de Salud El Tunal	Complementario
Unidad de Servicios de Salud Meissen	Complementario

Nombre De La Prestadora	Componente
Clínica de Nuestra Señora de la Paz	Complementario Especializado
IPS Especializada II	Complementario Especializado

8. CONCLUSIONES

- Articular los programas de salud pública para la prevención y tratamientos de sustancias psicoactivas involucrando a la alcaldía de la localidad, las EAPB y las IPS, con el fin de fortalecer la red y brindar una atención integral con enfoque comunitario y familiarista.
- Se evidenció que la Red de prestadores en el nivel complementario y complementario especializado es insuficiente, ya que son pocas las IPS que cuentan con los servicios y programas para el manejo de las patologías derivadas del consumo de sustancias psicoactivas; por tal motivo, proponemos crear alianzas con fundaciones especializadas que permitan ampliar la cobertura de los servicios y la red de prestadores.
- El consumo de SPA (un problema de salud pública), necesita un tratamiento integrado que considere las individualidades del sujeto y su comorbilidad. Los centros de tratamiento disponibles en el país son insuficientes para satisfacer la demanda. Un gran número de ellos carecen de los elementos mínimos para garantizar una atención adecuada, así como la identificación de patología dual.
- Se evidenció que los profesionales, en más de la mitad de los casos, no tenían formación posgraduada en el área del fenómeno de las drogas; esto evidencia la necesidad de trabajar en la actualización del recurso humano que atiende a las personas con adicción en nuestro país, como una estrategia para construir capacidad de respuesta, dentro de la Política de Reducción del Consumo. (Ministerio del interior y justicia. Dirección Nacional de estupefacientes, 2008)
- Como iniciativa de negocio proponemos la creación de una IPS especializada en la atención de salud mental para consumidores de sustancias psicoactivas, ofertando paquetes de atención integral, compuestos por equipos multidisciplinarios de especialistas en salud para trabajar en conjunto con las EAPB y los entes gubernamentales.

10. BIBLIOGRAFÍA

- Babor, T., Campbell, R., Room, R., & Saunders, J. (1994). Glosario de Términos de Alcohol y Drogas. *World Health*, 66. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Calleja, P. C. (2012). Trastornos Y Problemas Relacionados Con Salud Mental: Alcoholismo y drogodependencias. *Enfermería* 21, 290–304.
- Chacón González, Y. H. (2009). *Atención integral en salud para la población en situación de desplazamiento. Mirada integral para la construcción de la ruta nacional de acceso a los servicios de salud para la población en situación de desplazamiento de Colombia - PSD*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.
- Consultor Salud. (15 de 10 de 2017). *Manual para elaborar Rutas Integrales de Atención RIAS*. Obtenido de <http://www.consultorsalud.com/manual-para-elaborar-rutas-integrales-de-atencion-rias>
- Justicia y del derecho, M. de. (2013). ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA - 2013, 1, 181.
- Ministerio Nacional de Salud. (n.d.). ¿Qué son las drogas, sustancias psicotrópicas, sustancias psicoactivas o SPA?
- Medina, A. V., & Afanador, C. C. (2017). *Tesis de Grado: Diseño de una ruta de atención primaria en salud del servicio farmacéutico para infección respiratoria aguda en primera infancia en la red sur de Bogotá*. Bogotá D.C.: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD “Un sistema de salud al servicio de la gente,” 1, 97.
- Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia y el Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá D.C.: ALVI Impresores S.A.S.
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia*. Cali: C&C Gráficas Ltda.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS*. Bogotá D.C.: Minsalud.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (18 de 10 de 2017). *Minsalud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (16 de 10 de 2017). *Resolución No. 429 de 2016*.
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2016). *Ruta de Atención Integral en Salud y de Rehabilitación Funcional para Víctimas de MAP/MUSE*. Bogotá: DÍgitos y Diseños.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Berna: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2001). *INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2001*, 1, 169.
- Patiño Hurtado, L. M., & Zuluaga Rodríguez, O. L. (2015). *Tesis de Grado: Diseño de modelo de prestación de servicios de salud basado en ruta de atención integral para la población materna afiliada al régimen subsidiado del hospital San Vicente de Paul de Santa Rosa de Cabal - Risaralda*. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira.
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 3-4.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD "Un sistema de salud al servicio de la gente,"* 1, 97.
- Ramírez, N. A. (2008). *Documento Técnico ASS / 1502-08 Bogotá, octubre de 2008 Proyecto Desarrollar el Plan de Análisis y la elaboración de Coordinador Jesús Rodríguez García Autores*.