

**ESTUDIO DE EVALUACIÓN
Y DIAGNÓSTICO SITUACIONAL
DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO
AL CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
EN COLOMBIA - 2016**



MINSALUD



Estudio de Evaluación y Diagnóstico Situacional de los Servicios de Tratamiento al Consumidor de Sustancias Psicoactivas en Colombia.

Documento elaborado en el marco del contrato N° 431 de 2016 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Unión temporal SIGMA DOS – BIOESTADÍSTICA.

Dirección de Promoción y Prevención
Grupo de Convivencia Social y Ciudadanía
Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá D. C., Colombia, 2016

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios (e)

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

ELKIN DE JESÚS OSARIO SALDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

ANA MARÍA PEÑUELA POVEDA
Coordinadora Convivencia Social y Ciudadanía

Coordinación Técnica

Ministerio de Salud y Protección Social

Freddy Becerra Rozo

Gloria Isabel Puerta Hoyos

Catalina Duarte Posso

Unión Temporal SIGMA DOS - BIOESTADÍSTICA

Álvaro Suarez Rivera

Gloria Gallego Luján

Nubia Suárez Sanabria

Alfredo Ramos Vargas

Carlos Arturo Carvajal García

Patricia Martínez Barragán

Erika María Vargas

CONTENIDO

RESUMEN.....	Página 10
INTRODUCCIÓN.....	14

Primera parte:

ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL E INSTITUCIONAL

1. Panorama del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.....	17
1.1 Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013.....	17
1.2 Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - 2011.....	18
1.3 Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria– Informe Colombia, 2012.....	19
1.4 Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia - 2009.....	21
1.5 Encuesta nacional de salud mental - 2015.....	22
1.6 Correlatos del consumo nocivo de alcohol en Colombia (2012).....	23
1.7 La Heroína en Colombia: Producción, uso e impacto en la salud pública. Análisis de la evidencia y recomendaciones de política – 2015.....	26
2. Marco político sobre consumo de sustancias psicoactivas y problemas relacionados...	29
2.1 Marco internacional: Principios rectores de la reducción de la demanda de drogas.....	29
2.2 Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto.....	30
3. Marco conceptual sobre tratamiento de problemas relacionados con el consumo de SPA..	32
3.1 Generalidades: conceptos relacionados con el tratamiento.....	32
3.2 Tipos de tratamiento.....	33
3.3 Principios del tratamiento.....	35
3.4 Estándares de calidad en los programas de tratamiento.....	36
3.5 Evaluación de programas de tratamiento.....	41

4. Marco legal e institucional sobre atención y tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas.....	42
4.1 Plan decenal de salud pública 2012 - 2021.....	42
4.2 Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención al consumo de sustancias psicoactivas, 2014 - 2021.....	43
4.3 Ley 1566 de 2012, por la cual se garantiza la atención integral a los consumidores de sustancias psicoactivas.....	45
4.4 Ley 1616 de 2013, con la cual se garantiza el derecho a la salud mental en Colombia....	46
4.5 Resolución 429 de 2016, por la cual se adopta la política de atención integral en salud...	47
4.6 Resolución 3202 de 2016, por la cual se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS.....	49
4.7 Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud.....	50
5. Diagnóstico situacional de instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia – 2004.....	62

Segunda parte:

MARCO METODOLÓGICO

1. Objetivos del estudio de evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de SPA.....	67
1.1 Objetivo general.....	67
1.2 Objetivos específicos.....	67
2. Estrategia metodológica: descripción general.....	67
3. Instrumentos de recolección de información.....	68
4. Procedimiento.....	72
4.1 Preoperativo.....	72
4.2 Operativo.....	72
5. Aplicativo de captura y proceso de sistematización.....	73
6. Análisis de la información.....	74
6.1 Procesamiento de los datos.....	74
6.2 Análisis de resultados.....	75
7. Control de sesgos.....	75

Tercera parte:

INFORME DE RESULTADOS

I. CENSO INSTITUCIONAL DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO AL CONSUMIDOR DE SPA EN COLOMBIA - 2016.....	78
1. Definición y delimitación del universo.....	79
2. Insumos del censo institucional.....	80
3. Construcción del censo: descripción del proceso.....	81
4. Descripción del universo.....	84
5. Dificultades y limitaciones.....	86
6. El censo en perspectiva.....	87
7. El censo en retrospectiva: una mirada comparada con el censo institucional de 2004.....	88
II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO AL CONSUMIDOR DE SPA EN COLOMBIA – 2016.....	90
1. CARACTERIZACIÓN DE LAS ISACSPA.....	90
1.0 Alcance del estudio evaluativo.....	91
1.1 Distribución geográfica de las ISACSPA.....	92
1.2 Naturaleza jurídica.....	95
1.3 Antigüedad.....	97
1.4 Composición del universo de servicios de tratamiento.....	98
1.5 Problemáticas específicas que atienden.....	100
1.6 Otras intervenciones ofrecidas por las ISACSPA.....	101
1.7 Atención a población consumidora de SPA con otras problemáticas sociales...	102
1.8 Otras actividades que realizan las ISACSPA.....	103
1.9 Usuarios atendidos en los dos últimos años.....	105
1.10 Percepción de aumento o disminución en la demanda de servicios de tratamiento.....	106
1.11 Capacidad instalada y ocupación por categorías de servicios.....	107
1.12 Medios a través de los cuales llegan los usuarios.....	108
1.13 Costo de los servicios de tratamiento.....	109
1.14 Aspectos contables, patrimoniales y financieros.....	110
1.14.1 Estados financieros y declaración de renta.....	110
1.14.2 Contabilidad.....	110
1.14.3 Suficiencia patrimonial y financiera.....	111

1.14.4 Fuentes de recursos.....	113
1.15 Protocolos administrativos.....	115
2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y PRINCIPAL SUSTANCIA MOTIVO DE CONSULTA.....	117
2.1 Descripción de la población atendida por las ISACSPA según variables sociodemográficas.....	118
2.2 Sustancias psicoactivas por las que más consultan los usuarios.....	120
3. CARACTERIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS.....	124
3.1 Enfoques o modelos de tratamiento.....	125
3.2 Fines del tratamiento.....	127
3.3 Evaluación inicial a los usuarios.....	129
3.4 Historia clínica de los usuarios.....	132
3.5 Actividades que ofrecen las ISACSPA a los usuarios.....	135
3.6 Planes de tratamiento estandarizados o individualizados.....	137
3.7 Procesos prioritarios.....	140
3.8 Duración del tratamiento.....	142
3.9 Percepción de logro en el tratamiento.....	144
3.10 Procedimientos ante la reincidencia o la recaída de los usuarios.....	146
3.11 Libertad de los usuarios para abandonar el tratamiento.....	147
3.12 Convenios o alianzas con entidades que brindan otros servicios.....	148
3.13 Utilización del VESPA y reporte al SUI SPA/SUICAD.....	149
3.14 Indicadores de deserción/ abandono, recaída, reingreso y ‘expulsión’.....	150
4. CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO.....	151
4.1 Personal administrativo.....	152
4.2 Personal asistencial.....	153
4.3 Actividades del personal asistencial relacionadas con la calidad de los servicios.....	155
4.4 Actividades de desarrollo organizacional.....	156
5. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN.....	158
5.1 Área de localización/entorno.....	159
5.2 Disponibilidad de espacios.....	160
5.3 Dotación de las áreas de atención.....	162
5.4 Dormitorios en ISACSPA con internación residencial.....	163

5.5	Manejo de medicamentos en ISACSPA que ofrecen terapia farmacológica u otras medicinas a los usuarios.....	164
5.6	Dotación específica en las ISACSPA que ofrecen servicios de desintoxicación médica o manejo de urgencias.....	165
5.7	Condiciones de mantenimiento de las instalaciones.....	166
5.8	Servicio de vigilancia.....	167
6.	USUARIOS EN TRATAMIENTO Y EX USUARIOS.....	168
6.1	Distribución de los usuarios por servicios.....	169
6.2	Antecedentes de tratamiento.....	171
6.3	Cómo se enteraron de la existencia de la institución.....	173
6.4	Quién les sugirió ingresar a tratamiento.....	175
6.5	Por qué decidieron ingresar al tratamiento escogido y no a otro.....	177
6.6	Tiempo transcurrido de los usuarios en el tratamiento actual.....	179
6.7	Tiempo de permanencia en tratamiento de los ex usuarios.....	180
6.8	Información previa a los usuarios sobre el tratamiento.....	182
6.9	Sustancias que han consumido en los últimos 6 meses	183
6.10	Sobredosis de alcohol u otras sustancias psicoactivas.....	185
6.11	Prevalencia de uso de drogas inyectables.....	187
6.12	Estado de salud de los usuarios.....	188
6.13	Problemas psicológicos o emocionales.....	189
6.14	Cómo califican los ex usuarios sus condiciones personales y su calidad de vida actual.....	191
7.	DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	192
	REFERENCIAS.....	213

RESUMEN

Antecedentes y justificación

En 2004, el Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social) hizo la actualización del mapa de la oferta de servicios de tratamiento para consumidores de sustancias psicoactivas (SPA), a través del “Diagnóstico situacional de las instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia”¹. En el estudio fueron censados 358 programas, correspondientes a 283 instituciones u organizaciones, distribuidos en 23 departamentos y el Distrito Capital. Con la información recolectada se obtuvo un panorama del funcionamiento y los servicios de cada institución, que sirvió como marco de referencia para elaborar las normas sobre estándares de habilitación de los centros de atención al consumidor de SPA y la política nacional de reducción del consumo de sustancias psicoactivas.

A partir de los avances técnicos y normativos que se han producido en los últimos años, el Ministerio de Salud y Protección Social decidió actualizar la información recolectada en 2004 y acopiar nuevos datos que permitieran apreciar la evidencia fáctica de los avances generados en este campo durante el periodo 2004-2016.

Objetivos del estudio

El objeto del estudio se condensa en dos fines principales: realizar un censo y una evaluación diagnóstica de instituciones y servicios de tratamiento al consumidor de SPA. Estos fines se traducen en los siguientes objetivos específicos (i) elaborar el estado del arte de la política, los desarrollos conceptuales, científicos y técnicos, y el marco legal sobre el tema en Colombia; (ii) realizar un censo de las instituciones de atención y tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en Colombia; (iii) elaborar un diagnóstico situacional que permita conocer las características de las instituciones, los servicios ofrecidos, y la situación de los usuarios en tratamiento y los ex usuarios; (iv) analizar la oferta de servicios respecto al cumplimiento de las exigencias de habilitación estipuladas en la normatividad vigente, y (v) comparar las características de prestación de servicios con respecto a la línea de base establecida con el estudio realizado en 2004.

1 República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social). *Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia*. Bogotá D.C., diciembre de 2004.

Marco conceptual y metodológico

Previamente al desarrollo operativo del estudio, se dio cumplimiento al primer objetivo específico, la actualización del marco conceptual, político, legal e institucional en la materia. Esta fase inicial comprendió una revisión de los estudios nacionales sobre consumo de SPA realizados en el país en los últimos años, un examen del marco político internacional sobre atención del consumo problemático de SPA y una síntesis de la política nacional, con énfasis en los ejes de mitigación, superación y capacidad de respuesta.

Otro componente importante del marco conceptual y de antecedentes del estudio es una reseña analítica de novedades en la producción de conocimientos sobre modalidades, enfoques, estrategias, criterios y estándares de calidad de los tratamientos, con base en la evidencia científica, acopiada y expuesta en forma de recomendaciones y guías por los organismos internacionales.

Referente central del marco legal e institucional de este estudio es la Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen las condiciones de habilitación de servicios de salud, incluyendo un conjunto de disposiciones específicas sobre los prestadores y los servicios de tratamiento al consumidor de SPA.

El proceso de estudio comprendió dos fases y procesos separados, con sus respectivas estrategias metodológicas:

- o La construcción del censo nacional de ISACSPA, a partir de las bases de datos existentes y sucesivas etapas de consolidación, verificación y depuración.
- o La recolección de información en terreno, con sus fases de identificación, contacto, concertación de agenda y visita, aplicando una batería de herramientas y protocolos metodológicos.

La población estudiada fueron las *instituciones con servicios de atención y tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas (ISACSPA)*, definidas como toda aquella institución que ofrezca uno o más de los siguientes servicios al consumidor de SPA:

- Internación hospitalaria
- Internación parcial diurna ('hospital día') o nocturna ('hospital noche')
- Atención ambulatoria en baja o mediana complejidad
- Internación no hospitalaria (residencial)²

² República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución número 2003 de 2014*. Bogotá D. C., mayo 28 de 2014.

Para la recolección de información en terreno, los instrumentos y procedimientos utilizados en 2004 fueron revisados y ajustados, según los desarrollos técnicos recientes y las especificaciones estipuladas en la normatividad.

Principales hallazgos

Efectuada la exploración y verificación uno por uno de todos los registros de la base consolidada inicial y luego de la base específica depurada, se llegó a un censo nacional de 181 entidades con servicios de tratamiento al consumidor de SPA, localizadas en 23 departamentos y el Distrito Capital.

- Dos terceras partes de las ISACSPA se localizan en Bogotá y cinco departamentos: Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Quindío y Cundinamarca.
- La gran mayoría de las ISACSPA son organizaciones de derecho privado; dos terceras partes de estas registradas como entidades sin ánimo de lucro; en particular, fundaciones y en proporciones menores asociaciones, corporaciones y organizaciones canónicas.
- El censo institucional arrojó un inventario de 384 servicios de tratamiento, en las seis modalidades estudiadas.
- Casi dos terceras partes de las ISACSPA ofrecen internación residencial (65%), un poco más de la mitad ofrecen atención ambulatoria en baja complejidad (55%), una tercera parte ofrece internación hospitalaria (31%), una proporción ligeramente mayor ofrece internación parcial diurna (34%), cerca de una quinta parte ofrece internación parcial nocturna (19%) y algo más de una tercera parte ofrece atención ambulatoria de mediana complejidad (36%).
- Considerando las cifras de 2016 en perspectiva respecto al panorama reportado en el estudio de 2004, se observa ahora un menú más amplio y diversificado por parte de las ISACSPA que en los anteriores CAD, con incrementos notables en la oferta de intervenciones como grupos de auto-apoyo, terapias de sustitución, desintoxicación farmacológica y no farmacológica, y educación preventiva en reducción de riesgos y daños por uso de SPA.
- La población en tratamiento en las 171 ISACSPA abordadas ascendía a 8.688 personas en el momento del estudio: 55% adultos y 45% menores de edad; 71% hombres, 26% mujeres y 2% personas LGBTI.
- Según informaron los/las directores(as), la población total de usuarios atendidos en 2015 alcanzó la cifra de 43.982 personas, mientras que en el año 2016 ascendió a 51.736, lo cual representa un incremento de 17,6% en la demanda.

- Considerando las cifras en perspectiva frente a la situación reportada en 2004³, es evidente un avance en materia de formalización, organización interna y sistematización de procesos y mecanismos de gestión.
- La generalidad de las ISACSPA cuentan con un modelo de atención documentado y la mayoría de ellas cumple los estándares de habilitación que son comunes para todas las categorías de servicios.
- Las menores tasas de cumplimiento de criterios de habilitación en materia de procesos prioritarios se observan en las áreas de interdependencia.
- Es notorio el incremento y el aparente predominio actual de perspectivas de abordaje clínico psicológico, en particular cognitivo conductual.
- El modelo de 12 pasos y el modelo de comunidad terapéutica siguen en orden de prevalencia en la oferta de servicios de tratamiento al usuario de SPA.
- El modelo o enfoque psiquiátrico con énfasis en salud mental solo fue reportado en 30% de las entidades visitadas.
- La información recolectada permitió identificar factores internos y externos asociados a la cobertura y la demanda efectiva de servicios de tratamiento y que inciden en la atracción y la adherencia de los usuarios.
- Las cifras sobre consumo problemático de alcohol y otras SPA sugieren la existencia de una alta demanda potencial de servicios de atención y tratamiento, lo cual conlleva el reto de mejorar la accesibilidad de los servicios para un mayor número de usuarios.
- El análisis abarca distintos aspectos del funcionamiento y el relacionamiento de las ISACSPA con los usuarios y con el entorno, tales como la personalidad e imagen que proyectan las entidades, los fines propuestos y la duración media de los tratamientos, los modelos o enfoques adoptados, el manejo de incidentes 'críticos', la personalización o estandarización del tratamiento, y las estrategias motivacionales para el cambio en los usuarios. Así mismo, los medios de visibilización, promoción y mercadeo social de las entidades.

³ MPS 2004, p. 71.

INTRODUCCIÓN

A partir de los avances técnicos y normativos que se han producido en los últimos años, el Ministerio de Salud y Protección Social decidió actualizar la información recolectada en el diagnóstico situacional de las instituciones de tratamiento a consumidores de SPA realizado en 2004 y acopiar evidencia fáctica de los avances y cambios generados en este campo durante el periodo 2004-2016. Consecuentemente, el presente estudio evaluó las instituciones prestadoras de servicios de tratamiento al consumidor de SPA en Colombia y sus condiciones de habilitación en el marco de la normatividad vigente (Resolución 2003 de 2014).

Como un primer avance en la actualización propuesta, el capítulo de antecedentes y marco conceptual e institucional comprende una revisión de los estudios sobre consumo de SPA realizados en el país en la última década, así como una síntesis detallada de los principales desarrollos de naturaleza política, normativa y de ordenamiento institucional para la atención de personas afectadas por problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Adicionalmente, incluye una reseña analítica de las principales novedades en la producción de conocimientos sobre modalidades, enfoques y criterios de calidad de los tratamientos, con base en la evidencia científica y contando para ello con los aportes conceptuales y técnicos de los organismos internacionales más reconocidos en estas materias.

Como corolario de esta primera parte y preámbulo a su vez del trabajo investigativo en terreno se enuncian los objetivos general y específicos de la evaluación diagnóstica de los servicios de tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en Colombia – 2016.

En la segunda parte se describe el marco metodológico adoptado para el abordaje del objeto de estudio, definiendo los procedimientos y los instrumentos de recolección de información, las funciones del personal de campo, el diseño y desarrollo del aplicativo de captura y sistematización, la prueba piloto y el plan de análisis de la información, entre otros aspectos.

La tercera y última parte de este trabajo es el informe de resultados, el cual comprende dos productos en capítulos separados: el censo institucional y el estudio evaluativo de las instituciones y los servicios de tratamiento al consumidor de SPA.

Así, el primer capítulo de la tercera parte está dedicado a describir los insumos, los pasos dados y los sucesivos sub-productos del censo institucional hasta llegar a la base final depurada de ISACSPA.

A su vez, los resultados del diagnóstico situacional se presentan organizados en seis secciones o bloques temáticos, así:

En la primera sección se describe el universo de las ISACSPA en Colombia según sus características más generales. Luego se presenta una caracterización de la población atendida en las ISACSPA, según variables socio-demográficas y principales sustancias psicoactivas por las que consultan los usuarios. La tercera sección contiene una caracterización de los tratamientos, considerando aspectos como el enfoque o modelo, los fines que persigue, el carácter estándar o individualizado del tratamiento, las actividades que comprende y el manejo de situaciones de reincidencia o recaída. Después se presenta una descripción general del recurso humano administrativo y asistencial de las ISACSPA, con énfasis en la formación profesional especializada de los operadores terapéuticos. En la quinta sección se exponen los resultados principales del estudio en materia de infraestructura y dotación de las ISACSPA, diferenciándolas por tipos de servicios. La sexta sección contiene una caracterización de los usuarios en servicio y los ex usuarios entrevistados, considerando aspectos como sus trayectorias de consumo de SPA, antecedentes del tratamiento, motivos de ingreso a tratamiento, estado de salud y percepción de resultados del tratamiento.

La última sección del informe está dedicada a una síntesis prospectiva de observaciones, conclusiones y recomendaciones, según las dimensiones de análisis antes expuestas y en particular los estándares de habilitación contemplados en la normatividad vigente.

Cabe aclarar que el informe de resultados no pretende exponer en forma exhaustiva todas las variables estudiadas, que en conjunto alcanzan una cifra de 330. Su alcance está limitado a las principales categorías de análisis y variables de relevancia especial para los fines del conocimiento aplicado, la difusión social y la política pública en este campo.

El producto terminal del estudio comprende un conjunto de materiales en formato digital: los (cinco) protocolos actualizados de recolección de información, la base de datos del estudio, las tablas estadísticas para todas las variables y los cruces de variables contemplados en el estudio, una serie de gráficas descriptivas del comportamiento de las principales variables analizadas y el listado de instituciones que conforman el universo estudiado.

Primera parte:
**ANTECEDENTES Y MARCO CONCEPTUAL
E INSTITUCIONAL**

1. Panorama del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia

1.1. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas - 2013

En el año 2013, el Gobierno nacional, a través del Ministerio de Justicia y del Derecho, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas CICAD-OEA y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito – UNODC, realizó el segundo estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas (SPA) en población general.⁴

En el estudio se aplicó una encuesta a hogares en población general de 12 a 65 años, residentes en más de 126 municipios del país. En total, se encuestaron 32.605 personas, utilizando la metodología del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Consumo de Drogas (SIDUC), que ha sido aplicada y validada en otros países.

A continuación, una síntesis de los principales hallazgos del estudio⁵:

- Había un poco más de 3 millones de fumadores de **tabaco/cigarrillo** en el país.
- Aproximadamente 8,3 millones de personas manifestaron haber consumido **alcohol** en los últimos 30 días.
- Las mayores tasas de consumo y uso perjudicial de alcohol se registraron entre los jóvenes de 18 a 24 años.
- La frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas es mayor en los estratos socioeconómicos altos. Sin embargo, en conjunto los indicadores de consumo problemático de alcohol son más elevados en los estratos socioeconómicos bajos.
- Alrededor de 2,5 millones de personas en Colombia presentaron un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas, de las cuales 1,9 millones eran hombres y 0,6 millones mujeres.
- El 13% de las personas encuestadas dijeron haber usado en algún momento de su vida alguna sustancia ilícita y de éstas 839 mil las usaron en el último año.
- Es evidente una mayor prevalencia en el uso de sustancias ilícitas por parte del grupo etario de 18 a 24 años.

⁴ República de Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2013*. Informe Final. Bogotá D.C.: ALVI Impresores S.A.S; junio de 2014.

⁵ *Ibíd*, pp. 13-20.

- La **marihuana** es la sustancia ilícita de mayor consumo en Colombia. 11,5% de los encuestados la habían probado al menos una vez en la vida y de ellos el 3,3% manifestó haberla usado al menos una vez durante el último año, lo que equivalía a un poco más de 762 mil personas.
- La **cocaína** es la segunda sustancia ilícita de mayor consumo en el país. Cerca de 162 mil personas reconocieron haberla consumido al menos una vez durante el último año.
- De cada 100 personas que consumieron cocaína en el último año, 60 muestran signos de abuso o dependencia, lo cual representa un poco más de 98 mil personas en el país.

Tabla 1. Indicadores de consumo de las principales sustancias psicoactivas en Colombia

Sustancias	Prevalencia		
	Vida	Año	Mes
Alcohol	87,1	58,8	35,8
Tabaco/Cigarrillo	42,1	16,2	12,9
Marihuana	11,5	3,3	2,2
Cocaína	3,2	0,7	0,4
Tranquilizantes sin prescripción	1,8	0,5	0,3
Basuco	1,2	0,2	0,2
Inhalables	0,7	0,2	0,1
Éxtasis	0,7	0,2	0,02
Dick	0,5	0,1	0,02
Estimulantes sin prescripción	0,2	0,04	0,01
Heroína	0,1	0,03	0,02

Fuente: Adaptado del informe final del Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2013⁶.

1.2. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - 2011⁷

Este estudio fue realizado por el Ministerio de Educación Nacional, el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Ministerio de Salud y Protección Social, con participación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y la CICAD/OEA.

⁶ *Ibid*, p. 102.

⁷ República de Colombia. Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social (2011). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - 2011*. Informe Final. Bogotá D.C.

El estudio cubrió una muestra efectiva de 92.929 estudiantes, pertenecientes a 1.134 establecimientos educativos en 161 municipios, que representan a una población de 3,5 millones de escolares de instituciones públicas y privadas en 27 dominios geográficos de Colombia.

El estudio advierte la necesidad de fortalecer las intervenciones en cuanto a prevención del consumo de drogas y sugiere al Gobierno Nacional desarrollar acciones que den respuesta a la problemática de consumo de SPA, particularmente, en la población escolar.

A continuación, una síntesis de sus principales resultados:⁸

- La prevalencia de vida de **tabaco/cigarrillo** es de 24,3%, mientras que la prevalencia mes es de 10%. El uso reciente de tabaco aumenta de acuerdo con el grado del estudiante, pasando de 4% en sexto grado a 15,4% en undécimo grado
- Dos de cada tres escolares declararon haber consumido **alguna bebida alcohólica** en su vida. La prevalencia en el último mes es de 40% y va aumentando de 19,4% en sexto grado a 60% en undécimo grado.
- Cerca de 300 mil escolares declararon haber consumido **alguna sustancia ilícita** en el último año, entre las cuales se destacan: marihuana, cocaína, éxtasis y alucinógenos.
- Cerca de 178 mil escolares declararon haber consumido **marihuana** en el último año, siendo esta la sustancia ilícita de mayor consumo en la población escolar.
- La **cocaína** es la segunda sustancia ilícita de mayor consumo entre los escolares, con una prevalencia de 1,9% en el último año y de 1% en el último mes. El uso de esta sustancia aumenta progresivamente de 0,6% en sexto grado a 3,4% en undécimo grado.
- Otras sustancias de menor uso son: pegantes y solventes, con una prevalencia de 1,8% en el último año; *dick* (cloruro de metileno), con 2,7%; *popper* (nitrito de alquilo), con 1,4%; y alucinógenos, con 1%.

1.3. Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria – Informe Colombia, 2012⁹

Este estudio fue realizado por la Secretaría Técnica de la Comunidad Andina de Naciones, en el marco del proyecto PRADICAN (Programa Antidrogas Ilícitas en la Comunidad Andina), auspiciado por la Unión Europea. El componente nacional del estudio contó con el liderazgo del Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (ODC).

⁸ *Ibid.*, pp. 19-22.

⁹ Comunidad Andina – Pradican - Unión Europea (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Colombia, 2012*. Lima – Perú: CAN. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/destacados/CO03542012-ii-estudio-epidemiologico-andino-sobre-consumo-drogas-poblacion-universitaria-informe-colombia-2012-.pdf>

El estudio se realizó con una muestra representativa de estudiantes universitarios del país, bajo un muestreo en dos etapas: primero se seleccionaron 12 universidades (públicas y privadas) y luego a estudiantes en cada institución, incluyéndose a 9.876 estudiantes de ambos sexos y de diferentes carreras. Se aplicó un cuestionario estandarizado y validado previamente, que fue contestado bajo una modalidad *on line* disponible en un servidor de la OEA/CICAD en Washington DC.¹⁰

El objetivo general del estudio fue estimar la magnitud del consumo de drogas lícitas e ilícitas en la población universitaria y sus principales factores asociados, además de comparar los resultados con los obtenidos en un primer estudio realizado en 2009.

A continuación, una síntesis de los principales hallazgos del estudio:

- 95,6% de los estudiantes declaran haber usado **alcohol** al menos una vez en la vida, cifra que baja a 84,8% en el último año y 61,1% en el último mes.
- Entre los consumidores del último año de alcohol, 30,9% presentan un consumo que se puede calificar de riesgoso o perjudicial, según parámetros de la OMS (AUDIT).
- Uno de cada tres estudiantes hombres (35,2%) que dicen haber consumido alcohol en el último año presentan un uso de riesgo o perjudicial. Entre las mujeres, esta situación se presenta en una de cada cuatro usuarias de alcohol.
- 14,1% de los estudiantes que declaran haber consumido alcohol en el último año pueden ser considerados con signos de dependencia, siendo mayor la tasa entre los hombres (17,6% versus 10,7% en las mujeres).
- Excluyendo al alcohol, el tabaco y los psicofármacos, 33,9% de los estudiantes universitarios colombianos declaran haber usado alguna sustancia ilícita o lícita de uso indebido (*e.gr.*, inhalables) alguna vez en la vida (41,9% de los hombres y 27% de las mujeres); esto es, uno de cada tres estudiantes.
- La sustancia ilícita de mayor uso entre los estudiantes universitarios del país es la **marihuana**. 31,2% declararon haberla usado alguna vez en la vida, es decir, uno de cada tres estudiantes, con clara diferencia entre hombres (39%) y mujeres (24,4%).
- 15% dijeron haber usado marihuana en el último año (19,9% de los hombres y 10,8% de las mujeres), y 7,1% lo hicieron en el último mes (10,3% entre los hombres y 4,4% entre las mujeres).
- El uso de marihuana aumenta desde 10,1% entre los estudiantes de 18 años o menos hasta 18,1% entre los de 23-24 años, y luego baja a 13,2% en el segmento de 25 años y más.

¹⁰ *Ibid*, p. 19.

- El **LSD** aparece como la segunda sustancia ilícita de mayor uso entre los estudiantes universitarios de Colombia. Casi 5% declaran haber usado esta sustancia alguna vez en la vida, y 3,1% dicen haberla usado en el último año.
- 7% declaran haber usado **cocaína** alguna vez en la vida; es decir, uno de cada 14 estudiantes. Las diferencias por sexo son notorias: 10,6% de los hombres y 3,9% de las mujeres. La prevalencia de uso de cocaína en el último año es 2,1% (3,3% en hombres y 1,1% en mujeres), y la de último mes es 0,9% (1,3% en hombres y 0,5% en mujeres).
- 8% de los estudiantes universitarios declara haber usado alguna vez en la vida sustancias **inhales**, con un mayor uso entre los hombres que en las mujeres: 10,6% vs. 5,7%. La sustancia más usada es el popper, con una prevalencia de vida de 5,5%.
- El consumo reciente (último año) de estimulantes anfetamínicos presenta una tasa global de 0,9%, teniendo el **éxtasis** la mayor prevalencia (0,8%), seguido de lejos por las anfetaminas (0,12%) y la metanfetamina (0,09%).

1.4. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia - 2009¹¹

Este estudio fue realizado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y la Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE), con el apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) y el soporte metodológico y técnico de la ICAD/OEA.

El propósito central del estudio fue establecer la magnitud y las características del consumo de sustancias psicoactivas, así como las relaciones entre ese fenómeno y las conductas delictivas por parte de los adolescentes infractores de la ley en Colombia.

El universo del estudio fueron los jóvenes infractores de ambos sexos vinculados al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes (SRPA) que cumplían sanción en centros de atención especializados de privación de libertad y en el programa de libertad vigilada o asistida en las ciudades de Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Itagüí, Manizales, Medellín, Neiva, Pasto, Piedecuesta (Santander) y Popayán. El estudio abarcó el 71% del universo, estimado en 1.686 jóvenes en el periodo octubre-noviembre de 2009, alcanzando una muestra efectiva de 1.189 adolescentes.

Los resultados confirmaron tasas de consumo de SPA notablemente más altas que las tasas promedio en la población general y en otros grupos poblacionales específicos.

¹¹ República de Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Dirección Nacional de Estupefacientes (DNE) (2010). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia – 2009*. Bogotá D.C.: Alvi impresores, octubre de 2010. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03262005-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-adolescentes-conflict-ley-colombia-.pdf>.

Con excepción del alcohol, que presenta prevalencias cercanas o apenas ligeramente mayores a las de la población general, en todas las demás sustancias estudiadas se observan prevalencias inusualmente elevadas frente a la población general. Esto se resume así en el informe del estudio: “El consumo de cocaína es 20 veces superior, el de marihuana y de basuco es 10 veces superior, el de tranquilizantes ocho veces, el de inhalables de siete a nueve veces, el de heroína seis veces, y el de éxtasis tres veces mayor.”¹²

1.5. Encuesta nacional de salud mental - 2015

Esta encuesta fue realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en alianza con Colciencias, con el objetivo de contar con información actualizada sobre temas de salud mental y acceso a los servicios de salud para este tipo de problemas, en población colombiana mayor de 7 años. Es un estudio observacional descriptivo de corte transversal, con representatividad regional y nacional, ejecutado a partir de una muestra probabilística que incluyó a 15.351 personas residentes en 13.200 hogares de áreas urbanas y rurales del país.¹³

En población infantil, se encontraron los siguientes factores de riesgo para el consumo de SPA: vulnerabilidad genética, entorno con familiares consumidores, falta de información acerca de los riesgos del consumo, maltrato (físico, psicológico y en particular abuso sexual), influencia de grupos cercanos, disponibilidad y fácil acceso a sustancias, trastornos psiquiátricos y alteraciones en el neurodesarrollo. También se encontró que la comunicación en el hogar, el apoyo parental positivo, el concepto personal positivo, el autocontrol y los logros académicos son factores de la salud mental que ayudan a prevenir el consumo¹⁴.

En **población adulta**, los principales hallazgos relacionados con consumo de SPA fueron:¹⁵

- Entre las personas que han consumido **cigarrillo** o algún derivado del tabaco en los últimos 12 meses, el 5,7% tienen problemas médicos y el 6,8% tienen problemas en el hogar.
- Sobre las personas que han consumido **alcohol** en los últimos 12 meses, se encontró que las situaciones problemáticas en distintas áreas de la vida están involucradas con el incremento del consumo. En esta medida, 2,8% de ellos tienen algún problema médico, 1,6% algún problema mental, 5,5% reportan problemas en el hogar, 2,6% problemas económicos y 1,6% tienen dificultades en el estudio o el trabajo.

¹² *Ibid*, p. 74.

¹³ República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud Mental - 2015*. Bogotá D. C.: Javegraf.

¹⁴ *Ibid*, p 133.

¹⁵ *Ibid*, pp 161-177.

1.6. Correlatos del consumo nocivo de alcohol en Colombia (2012)¹⁶

A mediados del año 2012, el Ministerio de Salud y Protección Social encargó a la Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Ciencias Humanas, la realización de una profundización sobre consumo de alcohol a partir de la base de datos del “Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008”. Esta se hizo en el marco del aprestamiento para la formulación de la “Estrategia nacional para la prevención y la reducción del consumo nocivo de alcohol”, iniciativa que a su vez tuvo como marco global la “Estrategia mundial de reducción del uso nocivo de alcohol”, formulada en 2008 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas con población general en Colombia, realizados en 2008 y 2013, proporcionaban un volumen considerable de información específica sobre alcohol, dado que el cuestionario utilizado en dichos estudios incorpora la batería de preguntas del AUDIT¹⁷, además de un conjunto de ítems sobre variables sociodemográficas y otros indicadores en aspectos de salud física y mental. Sin embargo, el procesamiento primario de datos y el contenido de los informes oficiales publicados hasta ahora siguen los lineamientos establecidos por la CICAD/OEA que, como se sabe, tiene un mandato centrado en las sustancias ilícitas, lo cual no permite dar la atención y el espacio debidos al consumo de sustancias legales y los problemas asociados.

Así, las **prevalencias** de consumo vida-año-mes, tan usuales y relevantes como indicadores de consumo de sustancias ilícitas, en el caso del alcohol resultan poco menos que insuficientes, por insustanciales, previsibles y aparentemente invariantes en el tiempo, a juzgar por su escasa o nula diferencia con las prevalencias que se registraban en los estudios nacionales de 1992 y 1996, entre otros.

Sin embargo, tales indicadores llaman la atención cuando se leen en sentido inverso: la proporción de personas que dicen **no** haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, o en el último año, o en los últimos 30 días.

Vistas así las prevalencias, se tiene que en Colombia, en un mes típico (exceptuando diciembre), 65% de las personas entre 12 y 65 años de edad, es decir, dos terceras partes de los colombianos en ese rango de edades no toman bebidas alcohólicas; considerando todo un año (incluido diciembre), la proporción de personas que dice no haber tomado bebidas alcohólicas es casi 40%. Así, contrariamente al supuesto común de una afición mayoritaria al alcohol entre los colombianos (“aquí todo mundo toma”), la proporción de personas abstemias o casi abstemias es alta.

16 República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social – Universidad Nacional de Colombia: Facultad de Ciencias Humanas. *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008: Profundización sobre consumo de alcohol*. Bogotá D.C., agosto de 2012.

17 AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification Test*; en español: Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Herramienta avalada por la OMS para su aplicación con fines de tamizaje, evaluación e investigación sobre consumo de alcohol y problemas conexos.

No menos llamativa resulta la tasa de **dependencia de alcohol** (1,58% en 2008, que desciende a 1,19% en el estudio de 2013), especialmente en un país donde muchas personas asocian problemas de alcohol con “alcoholismo”, y además asumen que este fenómeno es casi una enfermedad nacional. Para quienes ven en la dependencia alcohólica el mayor o principal riesgo de consumir regularmente alcohol, la tasa de dependencia reportada en el estudio nacional es sin duda sorprendente y, al mismo tiempo sugerente, en el sentido de señalar de modo categórico que la dependencia no es el único ni el principal problema con la bebida entre los colombianos.

Más esclarecedoras y sugerentes resultan la tasa global de **consumo de riesgo o perjudicial** de alcohol y sus diferencias según variables sociodemográficas. En pocas palabras, la tercera parte de las personas que consumen bebidas alcohólicas en Colombia (34,9%), es decir, uno de cada tres consumidores de alcohol tiene problemas con la bebida.

Las tasas de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol entre personas de estratos socioeconómicos 1 y 2 (43,7% y 38,7% respectivamente) son dos veces más altas que en los estratos socioeconómicos 5 y 6 (19,9%); no obstante, las prevalencias de consumo son más altas en estos últimos estratos que en los sectores populares (prevalencia en estratos 5-6: 56,9% *vs.* 26,9% y 33,1% en estratos 1 y 2, respectivamente).

A partir de estos resultados, los principales hallazgos de la profundización fueron:

- En cuanto a la **frecuencia de consumo** de bebidas alcohólicas, los datos indican que un poco menos de 2% de la población colombiana presenta un consumo habitual o casi habitual de alcohol: 1,65% dicen tomar cuatro o más veces a la semana. En conjunto, menos de 5% de los usuarios de alcohol toman dos o más veces a la semana, mientras que casi la mitad de quienes beben (48%) lo hacen una o menos veces al mes.
- El contraste entre la baja tasa de dependencia y la alta tasa de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol se hace más inteligible cuando se observan los datos sobre **cantidad** de tragos o cervezas que toman los colombianos en un día de consumo normal. Resumiendo: 37% de quienes consumen alcohol solo toman entre uno y cuatro tragos/ cervezas por ocasión, 21% toman 5 o 6, y 42% toman más de 7; entre estos, 14% dicen tomar 7 a 9 tragos/ cervezas y 28% dicen tomar más de 10 en un día de consumo normal. En otras palabras, más de la mitad de los colombianos que consumen bebidas alcohólicas normalmente toman hasta la embriaguez -o más.
- En cifras globales, 18% de los colombianos que consumen alcohol toman hasta embriagarse con una frecuencia semanal o mayor.
- Entre las personas que califican su **estado de salud** como **malo** o **muy malo**, la tasa de **consumo de riesgo o perjudicial** de alcohol asciende a 45,2%, mayor que entre quienes califican su salud como buena o muy buena (33,9%).
- Entre las personas que califican su **estado de salud** como **malo** o **muy malo**, la tasa de **dependencia de alcohol** es 2,4%, mayor que la tasa global (1,6%).

- Entre las personas que dicen sentirse **deprimidas a menudo**, la tasa de **consumo de riesgo o perjudicial** de alcohol asciende a 40,2%, mientras que entre quienes respondieron no sentirse deprimidas a menudo, la tasa de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol (33%) es menor que la tasa promedio global.
- Entre las personas que dicen sentirse **deprimidas a menudo**, la tasa de **dependencia** de alcohol es 2,1%, frente a una tasa promedio global de dependencia de 1,6%. Más aún, entre las personas con dependencia de alcohol, el porcentaje de quienes dicen sentirse deprimidas a menudo (38,2%) es notoriamente mayor que entre las personas abstemias o con consumo moderado de alcohol (27,8%).
- Otro indicador importante de consumo nocivo de alcohol en Colombia es el porcentaje de quienes dicen haber resultado **heridos** en el último año por haber bebido: 1,75%. Este porcentaje, aparentemente bajo, equivalía a 120.248 personas en 2008. En términos llanos, esto significa que durante ese año más de 10.000 personas cada mes –en promedio– resultaron heridas como consecuencia de la bebida.
- Esta es la situación que se registra en el grupo etario de 18 a 24 años, segmento que en conjunto muestra las mayores tasas de consumo problemático de alcohol en Colombia:
 - El porcentaje más alto de personas que toman en un solo día 6 o más tragos o cervezas y el porcentaje más alto de consumidores que normalmente toman más de 7 tragos/ cervezas por ocasión.
 - El segundo porcentaje más alto de consumidores que frecuentemente experimentan dificultad para parar de tomar después de haber empezado y el porcentaje más bajo de quienes dicen no haber experimentado nunca esa dificultad.
 - El porcentaje más bajo de personas que dicen no haber dejado nunca de hacer lo que se esperaba por causa de la bebida y el porcentaje más bajo de quienes dicen no haber necesitado beber en ayunas.
 - El porcentaje más bajo de consumidores que dicen no haber tenido “lagunas” (vacíos de memoria) por haber estado bebiendo, el porcentaje más alto de personas que dicen haber sentido frecuentemente remordimiento o culpa después de haber bebido, el porcentaje más alto de personas que han resultado heridas por causa de la bebida y el porcentaje más alto de consumidores que reportan expresiones de preocupación por parte de familiares o amigos acerca de su conducta de beber.
- Como complemento de la anterior panorámica, cabe resumir la situación que se reporta en el grupo etario de 12 a 17 años:
 - La tercera parte de los consumidores de alcohol en este grupo de edad (12-17 años) presenta señales de consumo de riesgo o perjudicial (31,4%), según los parámetros de la OMS para población adulta (!).

- La tercera parte de los consumidores de alcohol con edades entre 12 y 17 años normalmente toman hasta embriagarse, y un poco más de la quinta parte dicen tomar 10 o más tragos o cervezas por ocasión.
- El segundo porcentaje más alto de personas que dicen haber resultado heridos por causa de la bebida corresponde a usuarios menores de edad.

El panorama antes expuesto subraya la necesidad de adoptar una estrategia metodológica de procesamiento y manejo de la información que no minimice o desestime el conjunto de hechos que permiten caracterizar y dimensionar el mayor problema de salud pública, seguridad y convivencia ciudadana en materia de abuso de sustancias psicoactivas; esto es, el consumo nocivo de alcohol.

1.7. La Heroína en Colombia: Producción, uso e impacto en la salud pública. Análisis de la evidencia y recomendaciones de política – 2015¹⁸

Este estudio fue realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), con el propósito de hacer una revisión crítica y consolidada de la evidencia existente, determinar el estado actual en el campo de la heroína y su uso en Colombia, y formular recomendaciones de política y acciones.

Los resultados señalan una situación compleja y acuciante de consumo de heroína por vía inyectada, con gran impacto en la salud y en la esfera social, que afecta principalmente a las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Pereira, Armenia, Cúcuta y el municipio de Santander de Quilichao (Cauca).

La **demandas de servicios** por eventos asociados al uso de esta sustancia y a la práctica de la inyección ha aumentado de manera exponencial en los últimos años y la proyección estimada de usuarios de heroína inyectada en Colombia es cercana a 15.000. La mayoría son hombres, solteros, con escolaridad media o alta y tendencia al empobrecimiento; muchos se encuentran en condiciones de vida precarias, viven de actividades informales y se involucran con frecuencia en micro-tráfico de esta sustancia y trabajo sexual.¹⁹

La mayoría de personas que usan heroína tienen una historia de experimentación previa con múltiples sustancias, aunque en algunos casos ésta es la SPA de inicio. El enganche con heroína generalmente no ocurre de inmediato, sino tras un periodo de uso ocasional o experimental que puede durar entre uno y tres años. Según el estudio, las carreras suelen durar seis años en promedio o más.²⁰

Una de cada dos personas con dependencia a la heroína ha pedido ayuda en algún momento, y una de cada dos de quienes han pedido ayuda ha abandonado el tratamiento y ha recaído.

18 República de Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2015). *La Heroína en Colombia: Producción, uso e impacto en la salud pública – Análisis de la evidencia y recomendaciones de política*. Bogotá D.C.: ODC. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03132015-la_heroina_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf

19 *Ibid*, p. 11.

20 *Ibid*, p. 12

Aunque se encontró que estas personas usan los servicios de salud con frecuencia, expresan una percepción negativa frente al trato, la cualificación y la capacidad de las instituciones y los equipos de salud para su atención.

La discriminación, el maltrato y la estigmatización fueron reportados ampliamente en los estudios cualitativos revisados, constituyendo las principales barreras de acceso a los servicios, así como la desconfianza en los enfoques o modelos de atención y el condicionamiento del derecho efectivo a la salud y a paliar el sufrimiento a la abstinencia forzada o el desmonte progresivo de los sustitutos opiáceos.

La ausencia de guías clínicas y de atención integral ha llevado a que las instituciones prestadoras de servicios y los profesionales responsables apliquen criterios que no necesariamente se ajustan a los estándares internacionales emitidos por la Organización Mundial de la Salud; de ello se derivan pobres resultados, baja adherencia y altas tasas de abandono/ deserción y fracaso en los tratamientos.

En lo relativo al **impacto sobre la salud pública**, el uso de heroína y otras sustancias por vía inyectada se relaciona con infecciones transmitidas por sangre como VIH y Hepatitis B y C, prácticas sexuales inseguras, sobredosis, e infecciones virales, por hongos, bacterias y parásitos, así como efectos sobre la salud mental y el funcionamiento social de los usuarios.

Las **prácticas de riesgo** que se han registrado en muchos otros países y regiones del mundo y que causan verdaderas crisis de salud pública, también se presentan en Colombia desde hace algún tiempo. El estudio mostró que 41% de quienes se inyectan lo hicieron con una jeringa previamente usada por otra persona al menos una vez en los últimos seis meses. Aunque un poco más de la mitad (53%) dijeron haber “limpiado” los implementos antes de inyectarse, sólo un 0,44% de quienes lo hicieron usaron un desinfectante; por ejemplo, hipoclorito.

Las **sobredosis** mostraron una tendencia marcada al aumento, siendo Medellín la ciudad en la que se presentan más reporte y junto con Bogotá y Cúcuta las ciudades en las que más se reportaron muertes tras un episodio de sobredosis. La mayoría de participantes en este y otros estudios revisados ha presenciado al menos un evento de sobredosis por heroína y ha tenido conocimiento de episodios que fueron letales.

En cuanto al riesgo sexual se encontró que las personas que se inyectan heroína u otras sustancias suelen tener actividad sexual e intercambio frecuente con personas de grupos de alta vulnerabilidad al VIH y alta prevalencia reconocida, como hombres que tienen sexo con hombres o personas que ejercen el trabajo sexual. El uso de condón es minoritario e inconstante o inconsistente. La mayoría de entrevistados dijeron haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos seis meses. Estos patrones de alto riesgo se han descrito ampliamente desde 2002, cuando se realizó el primer estudio sobre uso drogas inyectables en el país y se han seguido caracterizando en otros estudios desde el año 2009.

La ausencia de acciones consistentes, sistemáticas, continuas y en la escala requerida, además de la expansión de estas prácticas en redes cada vez más amplias, han llevado a un incremento notorio en la prevalencia de VIH y a cifras de escala epidémica para la hepatitis C en personas que se inyectan sustancias.

Para hacer frente a esta problemática, las personas que se inyectan heroína u otras SPA se han priorizado en los planes nacionales de respuesta al VIH/sida y a las hepatitis virales, y se cuenta también con un plan nacional de respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada.

Aunque es necesario implementar estrategias de **reducción de daños** en las seis ciudades que presentan esta problemática, en actualidad estas solo se llevan a cabo en Pereira y Bogotá, mientras que ciudades como Medellín, Cali y Cúcuta se han quedado relegadas en acciones de reducción de daños asociados a las prácticas corrientes de uso de heroína inyectada.

De acuerdo con el informe de la *Comisión Global de Políticas de Drogas* (2011)²¹, los países que llevan a cabo acciones permanentes y consistentes de reducción de daños pueden mantener la prevalencia de VIH por debajo de 4% en los usuarios de drogas inyectables, los países que actúan de manera tardía la pueden contener entre 10% y 15%, en tanto que los países que no incorporan acciones en reducción de daños enfrentan epidemias que oscilan entre 35% y 45%. Colombia, por su parte, como se concluye en el estudio del Ministerio de Justicia y del Derecho (ODC, 2015, p. 101), tiene mucho que aprender de esta realidad, comprometiendo acciones de política pública que se reflejen en indicadores de salud pública.

En lo referente a **comorbilidad en salud mental** entre los usuarios de heroína, se encontraron numerosas referencias en los estudios revisados por el ODC. Así, en las historias clínicas analizadas en Carisma (2009) se encontró que una tercera parte de los usuarios refería depresión, así como trastornos de personalidad sociopática (15%). En otros estudios se reporta una alta presencia de ideación suicida, psicopatía, esquizofrenia, hiperactividad y retardo mental.²²

El estigma y la discriminación son las principales **barreras de acceso** a los servicios de salud, y la desconfianza o el temor son los principales inhibidores de acceso a los servicios especializados de atención al consumo de sustancias psicoactivas.

Insistir en limitar el tratamiento a la desintoxicación y la cesación definitiva del consumo de SPA puede ser loable como intención, pero no como metas únicas del tratamiento, lo cual resulta poco atinado desde una perspectiva de derechos y de indicadores de salud pública. En este caso, condicionar el acceso y la permanencia de los usuarios en los servicios de tratamiento al logro de la abstinencia promueve riesgos que comúnmente devienen en recaídas, posibles sobredosis, infecciones y desistimiento en la búsqueda de ayuda profesional.²³

21 En: http://www.druglawreform.info/images/stories/documents/Global_Commission_Report_Spanish.pdf

22 *Ibid*, p. 86.

23 *Ibid*, p. 101.

2. Marco político sobre consumo de sustancias psicoactivas y problemas relacionados

2.1. Marco internacional: Principios rectores de la reducción de la demanda de drogas

El marco político internacional sobre consumo de SPA está plasmado en la “Declaración de principios rectores de la reducción de la demanda de drogas”,²⁴ aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1998. Esta declaración contiene acuerdos internacionales en la comprensión de la problemática asociada al consumo de SPA, el sentido y los propósitos de la intervención en esta materia, el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de desarrollo integral en el abordaje de la problemática y los lineamientos estratégicos para ser adoptados e implementados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas.

La declaración reconoce el problema de consumo de SPA como un fenómeno mundial sobre el que se deben adoptar estrategias con instrumentos tanto regionales y locales como internacionales. Además, asume un compromiso que involucra y debe ser tratado desde distintos frentes: político, social, sanitario y educativo. Contiene un compendio de fundamentos para crear políticas y programas de reducción de la demanda de SPA dirigidos a todos los sectores de la sociedad.

Se formula un trabajo con tres enfoques específicos: un abordaje global que abarque todas las formas de uso indebido de drogas, un marco equilibrado en lo concerniente al control de oferta y a la reducción de la demanda y, por último, un trabajo coordinado entre estamentos (gobierno–sociedad civil), sectores (educación, salud, bienestar, juventud, cultura, hábitat, seguridad, etc.) y disciplinas (medicina, psicología, antropología, sociología, etc.), es decir, un trabajo coordinado y basado en la aplicación adecuada del principio de responsabilidad compartida (co-responsabilidad).

Los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas involucran políticas orientadas hacia la prevención y la reducción del uso de SPA y sus consecuencias negativas, la participación activa de la comunidad y el mejoramiento del tejido social, teniendo presentes las especificidades de cada cultura y género y la contribución del desarrollo y el mantenimiento de un entorno social favorable.

Estas estrategias deben apoyarse en el conocimiento científico y la experiencia social, antes que en la emisión de mensajes genéricos a distancia –del tipo “campañas” en medios masivos de comunicación.

²⁴ Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Sesión Especial de la Asamblea General dedicada al problema mundial de las drogas. Declaración Política: Principios rectores de la reducción de la demanda de drogas*. Nueva York: UNGASS; junio 8-19 de 1998.

De acuerdo con la declaración, los programas de reducción de consumo de los distintos países deben incorporar estrategias que abarquen los siguientes componentes: prevención, servicios de información científica válida y confiable, educación sobre el tema, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, post tratamiento y reinserción social, previendo la pronta ayuda y el acceso a los servicios a quienes lo necesiten.

Mediante la declaración, los estados miembros de la ONU se comprometieron a actuar en conformidad con estos principios y asumieron la responsabilidad de invertir recursos y esfuerzos en programas de reducción de la demanda de drogas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida y la convivencia social.

2.2. Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto

Siguiendo los lineamientos establecidos por la declaración internacional de principios rectores de la reducción de la demanda de drogas y en el marco de la autonomía nacional y de las condiciones propias del país, Colombia cuenta con una política nacional de prevención y reducción del consumo de sustancias psicoactivas. Esta política es el producto de un proceso de construcción colectiva liderado durante varios años por el Ministerio de Salud y Protección Social, con participación de otros ministerios e instituciones nacionales, entidades territoriales (departamentales y municipales), junto con numerosas organizaciones no gubernamentales.²⁵

El objetivo de la política es reducir la incidencia y la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en Colombia, así como mitigar el impacto negativo del consumo sobre el individuo, la familia, la comunidad y la sociedad. Su propósito es ofrecer una respuesta integrada, participativa, co-responsable, efectiva y eficaz frente al consumo de sustancias psicoactivas y su impacto, a partir de un marco común de referencia ético, conceptual, operativo y de gestión.

Los propósitos estratégicos de la política son: **reducir la vulnerabilidad** interviniendo en la sociedad en distintas dimensiones, a nivel individual, micro y macro social; **reducir el impacto** del consumo ofreciendo medios (información, servicios, asistencia y apoyo) oportunos e integrales a individuos, familias y comunidades; por último, **generar capacidad de respuesta** técnica, institucional, financiera y de integración por parte de las entidades territoriales para reducir la incidencia, la prevalencia y el impacto del consumo de SPA.

²⁵ República de Colombia: Ministerio de la Protección Social. *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto – 2007*. Resumen ejecutivo. Bogotá D.C.; abril de 2007.

La política orienta las acciones en los ejes operativos de **prevención, mitigación y superación** de riesgos y daños asociados al uso y la dependencia a sustancias lícitas e ilícitas y uso indebido de medicamentos psicofármacos, psicotrópicos y químicos volátiles, particularmente en la población de niños, niñas y adolescentes, mujeres gestantes y lactantes. Si bien estos ejes están relacionados entre sí, hay un cuarto eje que hace referencia a la construcción de capacidad de respuesta. Con éste se busca movilizar esfuerzos para el logro de todos los objetivos estratégicos y en particular del tercero.

Los dos ejes operativos para reducir la prevalencia del consumo y disminuir su impacto negativo son la mitigación y superación, cuyas metas son evitar que quienes ya se han iniciado en el consumo vean afectada su salud física, mental, emocional, familiar y social o que pongan en riesgo a terceros.

La mitigación busca reducir los efectos negativos de los riesgos (antes de que se materialicen o cuando ya lo han hecho y se han convertido en daños) y prioriza la detección oportuna de casos, las redes de soporte socio-afectivo y la inclusión social.

El eje de superación ofrece los medios que permiten afrontar adecuadamente la situación de consumo y transitar hacia la búsqueda de una salida o “superación”. Las estrategias de superación hacen referencia al tratamiento, la rehabilitación y la inclusión social. En el marco del Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS) la **superación** consiste en: mejorar el acceso a los servicios, mejorar la calidad de la atención (acceso, equidad, idoneidad profesional, adhesión y satisfacción del usuario), y generar eficiencia en la prestación de servicios.

Para el tratamiento al consumidor se propone ajustar la oferta a la demanda y diversificar la oferta por zonas geográficas, estratos socioeconómicos, géneros, patrones de uso y condiciones de comorbilidad.

3. Marco conceptual sobre tratamiento de problemas relacionados con el consumo de SPA

3.1. Generalidades: Conceptos relacionados con el tratamiento²⁶

El concepto tratamiento ha sido definido como el conjunto de intervenciones que buscan remediar un problema identificado y asociado al consumo de sustancias, una condición física, psicológica o social que afecta el bienestar de un individuo. La estructura de un tratamiento para el consumo de SPA se basa en una serie de metas específicas de acuerdo a un plan determinado que es evaluado en cada paso. Algunas de estas metas son:

- Aprender a tener un estilo de vida libre de drogas.
- Controlar el consumo de SPA y mantener un patrón de consumo moderado.
- Desintoxicar y reducir cualquier malestar físico asociado a la dependencia.
- Rehabilitar y buscar la reincorporación social y laboral, la funcionalidad y la productividad.
- Aprender a llevar una vida satisfactoria libre del consumo de SPA.
- Reducir los daños y riesgos sanitarios y sociales asociados al consumo.
- Facilitar la modificación de conductas que entrañan daños para la salud por los patrones de consumo, por unas conductas menos lesivas y riesgosas.
- Asesorar a la familia del consumidor para que se ajuste y maneje mejor la realidad del consumo en un miembro de la familia.

El tratamiento se define por metas a corto, mediano o largo plazo y de acuerdo a su objeto, que puede ser el consumo mismo, el funcionamiento social, la productividad, la salud, la calidad de vida o el entorno social.

Se requiere un enfoque comprensivo que incluya la detección del problema, la asistencia, el cuidado de la salud y la integración social de las personas que presentan problemas asociados al consumo de SPA. El tratamiento supone un trato humano, respetuoso y la protección del derecho del consumidor a participar activamente en actividades educativas, sociales, culturales, recreativas, religiosas, productivas y políticas.

²⁶ República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social). *Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia*. Bogotá D.C.; diciembre de 2004, pp. 3-7.

3.2. Tipos de tratamiento

Los principales tipos de tratamiento por abuso o dependencia de SPA comprenden las siguientes intervenciones: desintoxicación, tratamiento farmacológico, tratamiento residencial (internamiento) y tratamiento externo o ambulatorio.

En la **desintoxicación** se tratan los síntomas de abstinencia o privación que sobrevienen cuando se suspende el consumo de SPA. Generalmente se brinda atención médica en situación de internamiento y, dependiendo de la gravedad de los síntomas, es seguida por una fase de atención externa.

En el **tratamiento farmacológico** se suministran medicamentos para reducir la severidad y los riesgos de los síntomas de abstinencia o privación y se brinda medicación para prevenir o reducir la recaída en el uso de SPA.

Los programas de **tratamiento residencial o internamiento** brindan atención 24 horas al día en contextos no hospitalarios.

El **tratamiento externo o ambulatorio** comprende toda la serie de intervenciones encaminadas a mantener la abstinencia del consumo.

Los tratamientos farmacológicos tratan el síndrome de abstinencia producto de la neuroadaptación y describen el proceso de estabilización de la sintomatología física y emocional. El éxito de la etapa de desintoxicación depende de que el usuario haya logrado cierta estabilidad física y emocional que le permita el ingreso a un tratamiento. La deshabitua- ción es la segunda etapa y consiste en el restablecimiento de la función normal del cerebro vía farmacológica, así como en la prevención de posibles recaídas y la disminución de los intensos deseos de consumir drogas.

En la actualidad se dispone de fármacos eficaces para la **desintoxicación**²⁷ y deshabitua- ción de la dependencia al alcohol, la nicotina, los opiáceos y la cocaína.

Los **tratamientos psicológicos**²⁸ buscan incrementar la motivación de los consumidores para que logren abandonar el uso de sustancias, así como ayudarlos a comprometerse con el proceso de tratamiento y mantenerse abstinentes. Se encuentran: entrevista y te- rapia motivacional, terapia conductual y cognitivo-conductual, terapia familiar, terapia conductual de pareja, entre otros.

²⁷ Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). *Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda - Tomo I*. Madrid, septiembre de 2013, p. 51.

²⁸ *Ibíd*, p. 62.

La **entrevista y terapia motivacional** es adecuada en usuarios con poca motivación antes de iniciar el tratamiento. En algunas ocasiones, la terapia motivacional logra potenciar otras intervenciones terapéuticas, mejorando la participación, la adherencia, la retención y la satisfacción en la fase inicial.

Las **terapias conductuales y cognitivo-conductuales** son eficaces para el tratamiento de las conductas adictivas. Por lo general son más efectivas que el tratamiento farmacológico y que otras modalidades de tratamiento psicológico. Los efectos de esta terapia persisten después de haber finalizado el tratamiento, pero pueden decaer con el tiempo, por lo que es importante hacer programas de seguimiento para consolidar los logros terapéuticos. Las terapias con mayor efectividad son: entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento; prevención de recaídas; y, manejo de contingencias (terapia de incentivo y programas de refuerzo comunitario).

Las **terapias familiares** están centradas en el núcleo familiar y muestran resultados en la intervención con adolescentes. Estas pueden especializarse en terapia familiar conductual, multidimensional, multisistémica y estratégica breve.

La **terapia conductual de pareja** se dirige a mejorar las relaciones de pareja y ha demostrado eficacia en el aumento de las tasas de abstinencia.

En la **terapia conductual y cognitivo-conductual de grupo** existe evidencia de efectividad en la prevención de recaídas.

El enfoque de las **comunidades terapéuticas** se caracteriza por utilizar como eje fundamental la vida en “comunidad”. En estas comunidades se estimula una dinámica de presión de grupo “positiva” en la que lo negativo se revisa permanentemente y se fortalece el “aprendizaje experiencial” basado en el ensayo y el error, con el objetivo de promover cambios duraderos en el estilo de vida.

Otro enfoque de tratamiento se basa en la filosofía de los **12 pasos y 12 tradiciones de alcohólicos anónimos y narcómanos anónimos**. Este enfoque se fundamenta en reuniones regulares para brindar apoyo mutuo en el logro y el mantenimiento de la abstinencia. Los grupos tienen una fundamentación espiritual, no confesional y manejan la premisa de admitir la condición de “alcohólico” o “adicto” y abolir por completo la posibilidad de un consumo moderado. En el modelo de 12 pasos, el consumo de drogas se define como una enfermedad crónica y sin cura posible, razón por la cual el tratamiento supone una recuperación, más no una cura.

La **teoterapia** es un enfoque de gran expansión en Colombia y otros países de América Latina. Este enfoque basa sus intervenciones en creencias religiosas, en la lectura de la biblia, en reflexiones grupales que se denominan “devocionales” y en cultos religiosos. La mayoría de las instituciones que ofrecen este enfoque, están vinculadas a iglesias y complementan la atención con lo que se ha denominado la “terapia de ventas”. Con esta buscan ofrecer una “terapia ocupacional” y una “reincorporación social” a consumidores de bajos recursos económicos.

Hay otro grupo de enfoques denominados **alternativos**, entre los cuales se incluye el uso de laxantes y eméticos naturales para la purga del cuerpo, la compensación con complementos nutricionales o con “sueroterapia”, el yoga, la meditación, las cámaras hiperbáricas, la homeopatía, la acupuntura, el uso de algas, el yagé en tomas “terapéuticas”, entre muchas otras aplicaciones terapéuticas.

Los componentes principales de un tratamiento eficiente, de acuerdo con las Naciones Unidas (OMS, UNODC) son los siguientes: oferta de incentivos y estímulos por asistencia y abstinencia, presencia de un consejero o terapeuta individual, servicios especializados para el manejo de problemas psiquiátricos, laborales y familiares; acceso a medicamentos que permitan aliviar las reacciones fisiológicas asociadas con la disminución del consumo, y, finalmente, participación en grupos de auto-ayuda después de la rehabilitación.

3.3. Principios del tratamiento

Los programas de tratamiento eficaces ayudan a los consumidores de SPA a mantener un estilo libre de drogas y un funcionamiento productivo en la sociedad. Por esta razón, deben incorporar diversos componentes y fundamentarse en principios que permitan llevar a cabo este objetivo.

Los principios del tratamiento por abuso o dependencia de SPA hacen parte de un esfuerzo por elaborar e implementar programas de tratamiento basados en evidencia, de acuerdo con las necesidades de la población consumidora y acordes con las condiciones sociales y culturales de los usuarios del tratamiento.

Esos principios, enunciados por Naciones Unidas a través de la OMS y UNODC,²⁹ son:

- Ningún tratamiento es apropiado para todas las personas. El tratamiento debe ser personalizado o específico para las características y necesidades de cada cual.
- El tratamiento debe estar disponible y ser accesible. El personal capacitado, las condiciones locativas apropiadas y la facilidad de acceso son factores determinantes del tratamiento.
- La identificación y evaluación de las conductas asociadas al consumo de SPA, los riesgos del consumo, las posibles alternativas para su modificación y su plena comprensión por parte del usuario son el punto de partida del tratamiento.
- Un tratamiento efectivo atiende a diversas necesidades que van más allá del abuso o dependencia de SPA. Debe tener en cuenta que los problemas emocionales, afectivos, vocacionales, de adaptación o de relaciones interpersonales hacen parte del tratamiento.

²⁹ United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) – World Health Organization (WHO). *Principios del tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas*. Marzo de 2008.

- El protagonista del tratamiento es el usuario y su motivación para el cambio es el componente principal de un tratamiento efectivo. El consejero o terapeuta es un facilitador, cuya orientación y apoyo son herramientas útiles para ese proceso de cambio, que depende del usuario.
- Aspectos como recuperar o fortalecer la comunicación y soporte afectivo brindado por la familia, amigos, pareja y otras relaciones significativas en la vida del usuario, favorecen su recuperación.
- El tratamiento debe comprender asesoría para ayudar a los usuarios a cambiar conductas de riesgos para sí mismos y para otras personas.
- El posible consumo de SPA durante el tratamiento y la eventual reincidencia en episodios de consumo excesivo o de riesgo son conductas que deben ser monitoreadas.
- El tratamiento debe comprender recomendaciones para que los usuarios se practiquen exámenes médicos (ej., VIH/SIDA y otras enfermedades infecciosas) y para que reciban atención médica, si es necesario.
- Es necesario evaluar y modificar constantemente el tratamiento, según se requiera, para atender las necesidades del usuario.
- La recuperación del consumo problemático de alcohol puede ser un proceso largo si hay consumo o dependencia de otras sustancias. Permanecer en tratamiento durante un período adecuado es crucial para su efectividad.
- La participación en grupos de auto-ayuda y la regulación mutua entre pares son estrategias complementarias de la consejería o la terapia psicológica.

3.4. Estándares de calidad en los programas de tratamiento

En septiembre de 2013 la Unión Europea publicó un documento³⁰ desarrollado en el marco del Programa de cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD) que buscaba hacerle frente al consumo de drogas y a la drogodependencia. Las respuestas políticas e institucionales se articularon en torno a dos paradigmas: la mejora en la calidad de los programas aplicados y la concertación de las políticas a nivel local, nacional e internacional. A continuación, se describirán los principales puntos para establecer estándares de calidad en políticas sobre sustancias psicoactivas.

³⁰ Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). *Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda - Tomo I*. Madrid; septiembre de 2013.

Algunos de los indicadores de calidad de los tratamientos son: ausencia de cualquier tipo de discriminación; brindar información adecuada sobre los programas existentes, así como de los beneficios, desventajas y riesgos de cada tratamiento; evidencia científica de los programas a implementar; firma del consentimiento informado; confidencialidad de los datos de cada participante, y garantías en los servicios de salud que van a recibir mientras llevan a cabo el tratamiento.³¹

Los derechos de los usuarios de los programas son: seguridad y respeto a la dignidad humana; salud física y psicológica; igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones; buen trato, confidencialidad de la información, y pleno conocimiento del programa que se les ofrece; derecho a la determinación del inicio y terminación de la participación en los programas, a exponer sus opiniones, sugerencias y quejas; a recibir la intervención más adecuada y científicamente comprobada; derecho a la participación social activa, en función de los intereses y potencialidades del usuario, y reconocimiento de la autonomía de cada participante.

La propuesta de estándares de calidad está detallada en las fases y contenidos del denominado Modelo Lógico de Planificación Estratégica. Sus objetivos generales son: definir necesidades, asegurar la viabilidad, seleccionar objetivos y modelo, definir plan de aplicación y definir plan de evaluación. Los estándares estructurales específicos para los tratamientos de reducción de consumo de SPA son:³²

- Requisitos legales: autorización otorgada por las autoridades competentes para operar como centro especializado en el tratamiento de las drogodependencias.
- Valores sociales y comunitarios: el programa o centro de tratamiento debe contar con la aceptación y respaldo de gran parte de la comunidad, las instituciones y organizaciones sociales presentes en el ámbito donde se implementa el programa.
- Garantizar que la permanencia en el tratamiento sea de carácter voluntario, sin posibilidad de retención por la fuerza.
- Garantizar que la intervención sea realizada por parte de personal calificado para prestar el servicio.
- El usuario tiene derecho a la firma de un contrato terapéutico que explicita el contenido y la justificación del tratamiento y a recibir un informe de alta, una vez finalizado el proceso asistencial.

³¹ *Ibid*, pp. 110-112.

³² *Ibid*.

El fin último de la definición de criterios de calidad es estandarizar criterios que han demostrado mejorar la efectividad y eficiencia de los programas. Los criterios tenidos en cuenta para seleccionar los estándares de calidad fueron: evidencia científica disponible, propuestas y recomendaciones realizadas por organismos internacionales y experiencia institucional en el desarrollo de estos programas.

A continuación, se exponen los estándares internacionales de calidad comunes a los programas de tratamiento:³³

- Compromiso de la organización en la protección y promoción de los derechos de todas las personas en situación de vulnerabilidad.
- Las condiciones de acceso y permanencia al servicio están disponibles para los potenciales participantes, asegurando que no se produzcan discriminaciones en función del sexo, edad, raza, opiniones políticas, estatus legal o social, religión, condiciones físicas o psicológicas u oportunidades socioeconómicas.
- El programa o servicio reconoce a sus usuarios o beneficiarios su derecho a:
 - La autonomía, incluyendo la capacidad para decidir participar o no.
 - La seguridad y respeto a la dignidad humana.
 - La salud, la integridad física, psicológica y moral.
 - La no discriminación.
 - La igualdad de oportunidades, derechos y obligaciones.
 - La protección contra tratos degradantes e inhumanos.
 - La confidencialidad y privacidad.
- Se oferta a los destinatarios del servicio la intervención más adaptada, adecuada y científicamente comprobada.
- Se informa a las partes interesadas de las posibles desventajas y riesgos para los participantes y se obtiene su consentimiento antes de la intervención.
- Los participantes menores de edad deben contar con la autorización previa de los padres o tutores.
- Los datos de los participantes son tratados confidencialmente.

33 *Ibíd.*

- Los programas y servicios incorporan la perspectiva de género, tanto en la evaluación como en las intervenciones y la evaluación de los resultados.
- El programa o servicio explicita el modelo teórico de referencia y establece una relación lógica acerca de cómo las intervenciones permitirán incidir de forma positiva en las variables o problemas sobre los que pretende intervenir.
- El programa presenta un enfoque integral, prestando atención a los determinantes sociales, económicos, psicológicos y sanitarios que convergen en torno a los consumos de drogas y las drogodependencias.
- El programa está basado en la mejor evidencia científica disponible, procedente de revisiones sistemáticas de investigaciones, ensayos clínicos, meta análisis, recomendaciones formuladas por organizaciones nacionales o internacionales o el consenso establecido por expertos.
- El programa/servicio cumple o respeta la legislación y la normativa aplicable en materia fiscal, laboral, de protección de datos y de igualdad de oportunidades.
- El programa dispone de las autorizaciones exigidas por la legislación para su puesta en marcha y actividad.
- La entidad promotora del programa o servicio dispone de recursos financieros y personales capaces de asegurar su sostenibilidad y continuidad a corto plazo.
- La contabilidad es clara, transparente y accesible a las partes interesadas y entidades que contribuyen a su financiación.
- Periódicamente se rinden cuentas a las instituciones y organizaciones que financian el programa y a todas las partes interesadas en su desarrollo.
- Se dispone de un número suficiente de personal técnico y/o de apoyo para asegurar la realización de las actividades previstas en el programa o servicio.
- El personal que integra el equipo responsable del programa o servicio dispone de las competencias profesionales necesarias (poseer los títulos y diplomas requeridos y contar con la experiencia profesional necesaria para desarrollar el programa).
- Se dispone de las instalaciones y el equipamiento adecuados para alcanzar las metas del programa, de acuerdo con las condiciones generales de desarrollo de la comunidad en la que se llevan a cabo.
- El programa o servicio contempla procedimientos de derivación para la atención de las necesidades (educativas, sociales, de salud, etc.) de sus beneficiarios a otros recursos o servicios comunitarios.

- La organización promotora del programa define su misión y visión.
- La organización dispone de una estructura definida y conocida por el conjunto de las partes interesadas en el diseño, ejecución y evaluación del programa.
- Se mantiene un registro de las personas beneficiarias del programa.
- Se dispone de mecanismos que garanticen el derecho a la privacidad y la custodia efectiva de los datos de carácter personal de los beneficiarios del programa.
- Los sistemas de información y registro del programa incorporan datos sobre variables que resultan claves para realizar una evaluación permanente de las necesidades de las personas que acceden al programa, así como de los cambios o efectos derivados de la participación en el programa.
- Se dispone de guías de procesos y procedimientos que permiten una implementación armonizada de las intervenciones que integran el programa.
- Se utilizan los materiales necesarios para la ejecución del programa (materiales didácticos, manuales de formación del personal, etc.).
- La organización ha diseñado un plan para evaluar el programa, en el que se establecen los siguientes elementos:
 - El contenido de la evaluación (evaluación de procesos, cobertura, resultados)
 - Procedimientos e instrumentos a utilizar en la evaluación.
 - Indicadores de evaluación.
 - El tipo de evaluación a realizar (interna, externa o mixta).
 - Usos previstos a dar a los resultados de la evaluación (continuidad del programa, reorientación o modificación del programa, etc.).
 - Vías y mecanismos para la difusión de los resultados y destinatarios de sus resultados.
- Se realizan mediciones o registros de la situación que la población beneficiaria del programa presenta de forma previa y posterior a su participación en el mismo, a fin de permitir la evaluación de sus resultados.
- La entidad responsable del desarrollo del programa o servicio contempla la evaluación de la satisfacción de sus usuarios, así como de los profesionales y otras partes interesadas (familiares, etc.).

3.5. Evaluación de programas de tratamiento

La evaluación de programas de tratamiento de abuso de sustancias psicoactivas está orientada a establecer una cultura saludable de evaluación al interior de los centros de tratamiento, con la misión de indagar continuamente y obtener información sobre la implementación, los componentes y los resultados de cada uno de sus programas.

Es importante hacer evaluación de programas, porque ayuda a mejorar la calidad de la atención y ahorra dinero y otros recursos para brindar servicios efectivos. El fin último es obtener evidencia confiable sobre la implementación del programa, los resultados del tratamiento y el costo-efectividad, que ayude a tomar decisiones para mejorar la calidad del servicio. Otras razones para evaluar el tratamiento son:

- Asegurar que los recursos no se gastan en programas o actividades ineficaces.
- Monitorear el progreso hacia las metas del programa.
- Determinar si los componentes del programa están produciendo los resultados deseados.
- Comparar grupos, por ejemplo, poblaciones con factores de riesgo inusualmente altos de abuso de sustancias y problemas asociados de salud.
- Justificar la necesidad de financiación adicional para su programa y movilizar recursos para el mismo.
- Encontrar nuevas oportunidades para mejorar el tratamiento.
- Establecer diferencias entre programas o servicios efectivos e ineficaces.³⁴

Las evaluaciones de los programas deben cumplir algunos estándares básicos, relacionados con aspectos éticos y metodológicos. Estos son:

- **Utilidad:** asegurar que la evaluación proporcionará información relevante de manera oportuna.
- **Viabilidad:** asegurar que las actividades de evaluación son realistas, según el tiempo, los recursos y la experiencia disponibles.
- **Rectitud:** asegurar que los derechos de las personas participantes están protegidos y que la evaluación recoge información de las personas involucradas en el programa.
- **Exactitud:** asegurar que los hallazgos son válidos y confiables.³⁵

³⁴ UNODC (2008). *International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres (TREATNET). Evaluation of substance use treatment. Training package, Vol. D, Topic 3.* Vienna: 2008, p. 2.

³⁵ *Ibid*, p. 3

4. Marco legal e institucional sobre atención y tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas

4.1. Plan decenal de salud pública 2012-2021

Este plan reconoce y garantiza la importancia de la salud como derecho fundamental, dimensión central del desarrollo humano e instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social con bienestar integral y calidad de vida.³⁶

Se pretende propiciar la generación de una cultura social e institucional en la cual la salud pública sea de todos y para todos, de ahí que este plan sea una apuesta política por lograr la equidad en lo concerniente a la salud. Esta equidad es entendida como la ausencia de diferencias en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables e injustas³⁷.

Para alcanzar esta equidad se proponen los siguientes objetivos: alcanzar mayor equidad en salud, lo que supone el desarrollo del potencial de vida y la posibilidad de alcanzar una sociedad más justa con oportunidades semejantes para todos, mejorar las condiciones de vida y salud de la población, cero tolerancia con la morbilidad, la mortalidad y la discapacidad evitables, fortalecer la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo y fortalecer la relación con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar y a una mayor calidad de vida.

Las estrategias de operación relacionadas con el consumo de SPA consisten en: participación social y comunitaria para la prevención, la atención y la mitigación de problemas conexos a dicho fenómeno; creación de grupos de apoyo y proyectos comunitarios; mejoramiento de la atención en salud a través de acciones orientadas a garantizar el acceso, la oportunidad, la calidad, la utilización y la satisfacción de los servicios de atención; asesoría, asistencia técnica y acompañamiento para garantizar la aplicación de la normatividad vigente y la implementación de lineamientos técnicos para la promoción, la diversificación y la ampliación de la oferta; y, fortalecimiento de la capacidad de respuesta por parte de los actores del Sistema de Protección Social Integral, que facilite el acceso a una atención integral e integrada.

Estas estrategias se agrupan en tres líneas de acción principales:

- Promoción de la salud: a través de acciones referidas a la formulación de políticas públicas y privadas, movilización social, creación y fortalecimiento de entornos saludables, generación de capacidades sociales e individuales, participación ciudadana y educación en salud.

³⁶ República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan decenal de salud pública: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá D.C.; marzo de 2013. p. 26

³⁷ *Ibíd*, p. 12.

- Gestión del riesgo en salud: incluye acciones como: análisis de riesgo de la población con enfoque diferencial, planeación de la atención según riesgo, vigilancia de la gestión del riesgo, gestión de la calidad de la atención y coordinación administrativa – técnica de los servicios y planes.
- Gestión de la salud pública: se llevarán a cabo acciones de sostenibilidad del financiamiento, garantía del aseguramiento, fiscalización, intervenciones colectivas y movilización de los otros sectores de la sociedad, de los territorios y de la ciudadanía.

4.2. Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención y la atención al consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021.³⁸

Este plan se origina del trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Justicia y del Derecho. Ambas instituciones han generado estudios periódicos sobre consumo de sustancias psicoactivas y han fortalecido el sistema de vigilancia de fenómenos relacionados.

En este plan se presenta un panorama situacional de la producción y el tráfico de sustancias en Colombia y se enfatiza en la necesidad de implementar medidas que mitiguen su impacto y disminuyan el consumo. Para lograr este objetivo se resalta la importancia de generar y fortalecer acciones en el ámbito de la salud pública; esto es, la importancia de garantizar la salud de la población a través de acciones individuales y colectivas, y de facilitar el acceso a información precisa que dé cuenta del estado actual del consumo de SPA y su impacto. Este enfoque en salud pública debe atender aspectos que vayan desde la promoción de la salud, hasta la oferta de tratamientos especializados.

Como se parte del hecho que la exposición a sustancias psicoactivas implica riesgos para la salud, este plan aboga por un esfuerzo coherente, sistemático y sostenido, dirigido a promocionar condiciones y estilos de vida saludables, a prevenir el consumo, a prestar la atención requerida tanto a personas como a comunidades afectadas por el consumo de SPA, y a fortalecer los sistemas de información y vigilancia en salud pública aplicados al consumo de dichas sustancias y su impacto. La aplicación del marco de salud pública incluye prevención y reducción del consumo, gestión de riesgos, reducción de daños y mejora del acceso a un tratamiento con calidad. A lo anterior se sumará un proceso promocional de la convivencia y la cohesión comunitaria para fortalecer capacidades sociales, entendiendo que las matrices comunitarias y familiares sirven como amplificadores de las oportunidades sociales, y como moduladores de los factores del entorno que tienen impacto negativo potencial.

Las metas del plan son:

- Mantener por debajo de 5,5% la prevalencia de último año de consumo de marihuana entre escolares (tomando como base la prevalencia medida en el estudio en población escolar del año 2011: 5,2%).

³⁸ República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021*. Bogotá D.C.; julio de 2014.

- Aumentar la edad promedio de inicio del consumo de sustancias ilegales, de 13,1 a 15,5 años.
- Posponer la edad de inicio del consumo alcohol, por encima de los 14 años.
- Aumentar a 50% la proporción de involucramiento parental en niños y adolescentes escolarizados.
- Reducir los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general a 3,4 por 1.000 habitantes.
- El 100% de departamentos y municipios del país desarrollan planes territoriales de reducción del consumo de sustancias psicoactivas, conforme a los lineamientos y desarrollos técnicos definidos por el MSPS.

Para el desarrollo del plan se articulan las tres líneas del plan decenal -gestión de la salud pública, promoción de la salud y gestión de riesgo- con los cinco componentes que propone el Plan Nacional, estos son: fortalecimiento interinstitucional, promoción de la salud, prevención, tratamiento y reducción de riesgos y daños.

El primer componente tiene como objetivo el fortalecimiento de las capacidades nacionales y territoriales para la reducción del consumo de SPA. Se busca el fortalecimiento del trabajo intersectorial. Las estrategias apuntan a desarrollar un modelo integrado para la gestión de servicios relacionados con el consumo de SPA, y aumentar el conocimiento nacional sobre este fenómeno.

El segundo componente busca fortalecer entornos que promuevan el desarrollo de habilidades, vínculos afectivos, redes de apoyo y capacidades que potencien la salud mental y la convivencia social en la población, con énfasis en niños, niñas y adolescentes. Para esto se implementarán políticas para la creación o recuperación de espacios públicos para el deporte, la convivencia, la cultura; se hará promoción sobre la salud mental y se implementarán planes para el desarrollo de habilidades y actitudes para la vida de la comunidad y del individuo.

El tercer componente del plan busca disminuir la prevalencia de consumo de SPA, el contacto temprano y las afectaciones al bienestar y el desarrollo, interviniendo de manera integral los factores más predictivos del consumo, mediante la creación y fortalecimiento de estilos de vida saludables. Para esto será necesario diseñar programas preventivos, programas de mitigación para reconocer y afrontar situaciones de consumo, y crear y fortalecer espacios de información, sensibilización, detección temprana e intervenciones del consumo de SPA.

El componente de tratamiento busca mejorar la oferta, el acceso, la oportunidad y la calidad de la prestación de servicios de atención a los consumidores de sustancias psicoactivas, mediante estrategias de fortalecimiento de los procesos para la prestación de servicios de tratamiento, como la construcción de lineamientos nacionales de atención y tratamiento al consumidor de SPA y el impulso de procesos de certificación para prestar este servicio. Comprende el acceso a una atención de calidad como garantía del derecho a la salud y la incorporación de sistemas de evaluación por parte de los usuarios y sus familias.

El quinto componente pretende reducir los riesgos y daños asociados al consumo de SPA, entendiendo por esto la prevención de afectaciones de los usuarios que no tienen la voluntad o la capacidad para dejar el consumo. Para desarrollar este componente se implementarán estrategias de fortalecimiento de los procesos para la prestación de servicios, en lo concerniente a la reducción del riesgo y los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

4.3. Ley 1566 de 2012, por la cual se garantiza la atención integral a los consumidores de sustancias psicoactivas³⁹

Esta ley determina normas para garantizar la atención integral a los consumidores de SPA. Su objetivo principal es proteger y garantizar los derechos de los consumidores para acceder a los beneficios del sistema de salud colombiano, y otorgar una atención integral e integrada que permita la plena rehabilitación psicosocial y la recuperación de la salud.

En la ley se reconoce el uso y el abuso de SPA como un asunto de salud pública que afecta tanto a la comunidad como a los individuos; por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado. En consecuencia, se consolida el derecho a la salud física y mental que tienen los consumidores y se permite fortalecer las estrategias de promoción, prevención y mitigación para la reducción del consumo.

La atención integral deberá ser prestada a personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo de sustancias psicoactivas tanto legales como ilícitas, dando mayor prioridad a menores de edad y a poblaciones que presenten mayor grado de vulnerabilidad. El usuario debe ser informado de la variedad de tratamientos disponibles, sus efectos, eficacia, duración, beneficios y riesgo, y demás información relevante para la persona, su familia o su red de apoyo. El usuario debe consentir el tratamiento y tiene el derecho de revocarlo en cualquier momento.

³⁹ República de Colombia: Congreso de Colombia (2012). *Ley 1566 del 31 de julio de 2012, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el Premio Nacional "Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas"*. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf

La ley busca promover un estilo de vida saludable, fomentando programas de prevención, control y tratamiento del consumo, y otorgando un premio a las mejores prácticas que ofrezcan procesos de innovación, creación y adaptación para un mejor desarrollo de las intervenciones y técnicas de prevención de la adicción.

El Ministerio de Salud y Protección Social será la instancia responsable de realizar el seguimiento y evaluación de impacto de la Política Pública de Salud Mental y la Política de Reducción del Consumo de sustancias psicoactivas y su impacto.

4.4 Ley 1616 de 2013, con la cual se garantiza el derecho a la salud mental en Colombia

Esta ley busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental, dando prioridad a niños, niñas y adolescentes. Para esto se implementarán estrategias de promoción de la salud, prevención de enfermedades mentales y atención integral en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social (SGSS), según el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia (garantía de acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud), y fundamentadas en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y los principios de la atención primaria en salud. Además se establecen los criterios para la formulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorio y población por etapa del ciclo vital.⁴⁰

El Estado, a través del SGSS, garantizará a la población colombiana, priorizando a los niños, niñas y adolescentes, la promoción en salud mental y prevención del trastorno mental, atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos.

Con referencia al consumo de SPA, se estipula que es necesario dirigir acciones de promoción sobre determinantes de la salud mental, así como sobre la prevención del consumo. Estas acciones involucran la inclusión social, la eliminación del estigma y la discriminación, el buen trato y la prevención de las violencias, las prácticas de hostigamiento, acoso o matoneo escolar, la prevención del suicidio, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, la participación social y la seguridad económica y alimentaria, entre otras.

El *Consejo Nacional de Salud Mental* es la instancia responsable de hacer la evaluación y el seguimiento de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y su impacto, así como de la política nacional de prevención y atención al consumidor de SPA.

La ley señala la necesidad de incorporar un área que se dedique exclusivamente al uso de SPA, la cual deberá organizar y generar información actualizada, válida, confiable y oportuna para la formulación de políticas y la orientación de intervenciones en el área de salud mental y consumo de SPA.

⁴⁰ República de Colombia: Congreso de la República. *Ley 1616 de 2013*. Bogotá D.C., 21 de enero de 2013.

4.5. Resolución 429 de 2016, por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud⁴¹

El 17 de febrero de 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) expidió esta resolución, que parte del concepto de la salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo, al tenor de la Ley 1751 de 2015. Dicha ley determinó que el acceso a los servicios de salud debe ser oportuno, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Además le asignó al Estado la responsabilidad en las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para toda la población.

Para el logro y realización del derecho fundamental a la salud, se obliga al Estado a organizar el sistema con principios, normas, políticas públicas, instituciones, competencias, facultades, obligaciones, derechos, deberes, recursos financieros, controles, información, procedimientos y evaluación para la garantía y materialización de éste derecho fundamental.

La Resolución 429 también busca dar cumplimiento a la Ley 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018), que plantea reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población.

El MSPS trazó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), desarrollando un marco estratégico y un modelo operacional que permiten la acción coordinada de normas, reglas, reglamentos, agentes y usuarios, con el fin de orientar la intervención de los diferentes integrantes hacia la generación de mejores condiciones para la salud de la población y el goce efectivo de este derecho fundamental.⁴²

El Marco Estratégico de la Política de Atención Integral en Salud se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS), orientada hacia la salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y un enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones.

El Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) es el modelo operacional dentro de la PAIS, que adopta las herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) para garantizar la oportunidad, la continuidad, la integralidad, la aceptabilidad y la calidad en la atención en salud a la población, bajo condiciones de equidad.

41 República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución número 429 de 2016*. Bogotá D. C., febrero de 2016.

42 República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución número 3202 de 2016*. Bogotá D. C., julio de 2016.

El MIAS tiene los siguientes diez componentes:

- **Caracterización de la población:** organización de las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que puedan afectar la salud de las personas. La planeación de los servicios que se prestarán a la población serán coherentes con las necesidades y metas del Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021.
- **Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS):** herramientas obligatorias que definen a los miembros del sector salud (y a otros sectores), las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de la población, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación.
- **Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS):** comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo.
- **Delimitación territorial del MIAS:** se reconocen tres ámbitos territoriales: urbanos, con alta ruralidad y dispersos. El modelo debe adaptarse a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto.
- **Redes integrales de prestadores de servicios de salud:** es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud públicos y privados que garantizan el acceso y la atención oportuna, continua, integral y resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención.
- **Redefinición del rol del asegurador:** las funciones del asegurador en cada territorio están referidas a la planeación, la ejecución y el seguimiento de los planes territoriales de salud y la coordinación de las acciones necesarias para la gestión del riesgo en salud.
- **Redefinición del esquema de incentivos:** el sistema de salud debe confluir en sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Es necesario desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica.
- **Requerimientos y procesos del sistema de información:** desarrollo del conjunto de datos, centrados en el ciudadano, la familia y la comunidad, que aseguran que la información esté disponible para los planificadores, gerentes en salud, directores y administradores, profesionales, pacientes, ciudadanos y demás entidades o personas responsables de acciones en salud, respetando la reserva de datos.

- **Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud (RHS):** implementación de acciones en los siguientes ejes:
 - Formación.
 - Armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de los servicios.
 - Fortalecimiento responsable de la planeación y gestión territorial en salud.
 - Mejoramiento de condiciones laborales.
- **Fortalecimiento de la investigación, la innovación y la apropiación del conocimiento.**

De acuerdo con estos desarrollos normativos y técnicos, el MSPS vio la necesidad de establecer un manual metodológico que brindara lineamientos a los integrantes del sistema de salud en el país para la elaboración, implementación, seguimiento y evaluación de las RIAS. Dichas especificaciones se encuentran contenidas en la resolución 3202 del 25 de julio de 2016.

4.6. Resolución 3202 de 2016, por la cual se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS⁴³

El 25 de julio de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió esta resolución que además del objeto indicado en el título, delimita las responsabilidades de los diferentes integrantes del SGSSS. Las disposiciones contenidas en esta resolución son de obligatorio cumplimiento para: entidades territoriales, entidades promotoras de salud, entidades obligadas a compensar, regímenes de excepción, regímenes especiales, instituciones prestadoras de servicios de salud y demás entidades responsables de las intervenciones relacionadas con la promoción, el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, y la paliación.

Esta resolución define los conceptos adoptados en la Resolución 429 de 2106 y desarrolla el manual que orienta conceptual y metodológicamente el diseño e implementación de las RIAS a través de cuatro ejes:

1. Definiciones conceptuales
2. Componentes de las rutas integrales de atención en salud
3. Marco metodológico para la elaboración de las rutas integrales de atención en salud
4. Seguimiento y evaluación a la implementación de las rutas integrales de atención en salud

⁴³ *Ibid.*

En el eje del marco metodológico, el MSPS junto con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, identificaron 10 pasos para el desarrollo de las RIAS, ofreciendo un modelo sistemático para esquematizar las actividades que garantizan la accesibilidad, la evaluación, la planificación y la prestación de servicios de salud.

El objetivo final del proceso de adaptación de una RIA es permitir la implementación en el territorio de intervenciones/acciones que han sido previamente evaluadas en relación a su efectividad y seguridad. Se recuerda que las Rutas Integrales de Atención, tienen como soporte la mejor evidencia científica disponible, ya sea porque proviene de guías de práctica clínica realizadas por el MSPS o posterior a la revisión de la literatura realizada por los grupos desarrolladores del MSPS.

4.7. Resolución 2003 de 2014, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud

El 28 de mayo de 2014, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió esta resolución, la cual aplica a todos los actores institucionales y particulares que operan en el campo de la salud.⁴⁴

La resolución define la estructura y organización de los servicios de salud según categorías, niveles y modalidades, y establece el **servicio** como la unidad básica *habilitable* del Sistema Único de Habilitación de Prestadores, y a la cual apuntan los criterios de los estándares de habilitación, de los que depende la autorización para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud.

En lo relativo a la **atención al consumidor de sustancias psicoactivas**, la Resolución 2003 identifica y define los siguientes servicios:

- **Internación hospitalaria:** es el servicio que presta atención a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, en sus fases de desintoxicación y deshabituación, bajo la modalidad de internación hospitalaria.
- **Internación parcial diurna (hospital día) o nocturna (hospital noche):** es el servicio que presta atención a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, en sus fases de deshabituación y resocialización, bajo la modalidad de internación parcial.
- **Atención ambulatoria en baja complejidad:** el servicio presta atención a pacientes con consumo de sustancias psicoactivas que ha tenido bajo impacto, o en una fase de su tratamiento que no requiere de internación, o que rechazan una internación, pero aceptan un tratamiento ambulatorio.

⁴⁴ República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución número 2003 de 2014*. Bogotá D. C., mayo 28 de 2014.

- **Atención ambulatoria en mediana complejidad:** para usuarios que requieren manejo psiquiátrico ambulatorio o manejo farmacológico con medicación diaria que se suministra en el servicio (como la metadona).
- **Internación no hospitalaria** para tratamiento y rehabilitación: es el servicio de internación en institución no hospitalaria (residencial), para tratamiento y rehabilitación a pacientes consumidores de sustancias psicoactivas, que incluye pernoctada del usuario.

Las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios de salud se agrupan en tres categorías principales:

- Capacidad técnico-administrativa
- Suficiencia patrimonial y financiera
- Capacidad tecnológica y científica.

Como condición básica inicial la resolución establece que todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. Seguidamente se detallan los procedimientos y condiciones para la inscripción y la habilitación de servicios.

El manual de inscripción y habilitación establecido en la Resolución 2003 de 2014 es el instrumento que contiene las condiciones para que los servicios de salud ofertados y prestados en Colombia cumplan con los requisitos mínimos para brindar seguridad a los usuarios en el proceso de atención en salud. Consecuentemente, el manual define:

- Los servicios de salud que pueden ofertar los prestadores
- Las condiciones de verificación para la habilitación
- Los criterios de habilitación de los servicios de salud

Dado que se busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y a las condiciones en que éstos se ofrecen, mediante el cumplimiento obligatorio de requisitos y especificaciones básicas en las tres áreas de capacidad y suficiencia antes mencionadas, la verificación de las condiciones de habilitación debe estar orientada hacia situaciones tangibles generadoras de riesgo, sin exceder los estándares planteados en el manual.

Las **condiciones de capacidad técnico-administrativa** están referidas al cumplimiento de los criterios que se ajustan a la normatividad vigente y a la clasificación de las entidades de acuerdo con la naturaleza jurídica.

Las estipulaciones que contempla la resolución en estos aspectos se relacionan esencialmente con: (a) el *certificado de existencia y representación legal* de la entidad, y (b) su *sistema contable*.

Las **condiciones de suficiencia patrimonial y financiera** se refieren a la estabilidad material/ económica de la entidad en el mediano plazo, su competitividad en el área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo. En estos aspectos se consideran tres indicadores básicos, documentados en los estados financieros de la entidad: (a) *patrimonio*, (b) *obligaciones mercantiles* y (c) *obligaciones laborales*.

Las **condiciones de capacidad tecnológica y científica** tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios, garantizando el cumplimiento de unas especificaciones esenciales para el funcionamiento de un prestador de servicios de salud, a partir de unos estándares de habilitación. La formulación de estos estándares está orientada por los siguientes principios:

- **Fiabilidad:** La aplicación y verificación de cada estándar es explícita, clara y permite una evaluación objetiva y homogénea.
- **Esencialidad:** Las condiciones de capacidad tecnológica y científica son indispensables, suficientes y necesarias para reducir los principales riesgos en la prestación del servicio.
- **Sencillez:** Los estándares y los procesos para su verificación son fáciles de entender, permiten la autoevaluación de los prestadores de servicios de salud y su verificación “por las autoridades competentes y en general por cualquier persona que esté interesada en conocerlos.”⁴⁵

Los **estándares de habilitación** son “las condiciones tecnológicas y científicas mínimas e indispensables para la prestación de servicios de salud, aplicables a cualquier prestador de servicios de salud, independientemente del servicio que éste ofrezca.”⁴⁶ La filosofía política que sustenta la formulación de los estándares de habilitación de los servicios de salud se expresa en el texto de la resolución:

⁴⁵ *Ibid.* pp. 20-21.

⁴⁶ *Ibid.* p. 21

“El enfoque de riesgo en la habilitación procura que el diseño de los estándares cumpla con ese principio básico y que éstos apunten a los riesgos principales. Los estándares son esenciales, es decir, no son exhaustivos, ni pretenden abarcar la totalidad de las condiciones para el funcionamiento de una institución o un servicio de salud; únicamente, incluyen aquellas que son indispensables para defender la vida, la salud del paciente y su dignidad, es decir, para los cuales hay evidencia que su ausencia implica la presencia de riesgos en la prestación del servicio y/o atenten contra su dignidad y no pueden ser sustituibles por otro requisito.”⁴⁷

La Resolución 2003 de 2014 define el significado y el alcance de estos siete estándares, estableciendo para cada tipo de servicio las especificaciones correspondientes y los criterios que este debe cumplir en cada estándar. Inicialmente, se presenta un conjunto de estándares básicos de habilitación que deben cumplir **todos los servicios**, y luego se relacionan para cada servicio en particular los estándares específicos que este debe cumplir.

Escapa a los fines y el alcance de esta reseña hacer una descripción detallada de los estándares de habilitación comunes a todos los servicios de salud; incluso de todos aquellos que son específicos de los distintos servicios de atención al consumidor de sustancias psicoactivas. Los primeros ocupan cerca de 15 páginas en el texto de la resolución y los específicos casi otras diez páginas.

No obstante, se considera pertinente con fines de ilustración presentar al menos una lista parcial de estándares y criterios de habilitación, tanto comunes para todos los servicios de salud, como específicos de los servicios de atención al consumidor de SPA.

⁴⁷ *Ibíd.* p. 21

Tabla 2. Estándares de habilitación de los servicios de salud

1. **Talento humano.** Son las condiciones de recurso humano requeridas en un servicio de salud.
2. **Infraestructura.** Son las condiciones y el mantenimiento de la infraestructura de las áreas asistenciales o características de ellas, que condicionen procesos críticos asistenciales.
3. **Dotación.** Son las condiciones, suficiencia y mantenimiento de los equipos médicos, que determinen procesos críticos institucionales.
4. **Medicamentos, dispositivos médicos e insumos.** Es la existencia de procesos para la gestión de medicamentos, homeopáticos, fitoterapéuticos, productos biológicos, componentes anatómicos, dispositivos médicos (incluidos los sobre medida), reactivos de diagnóstico in vitro, elementos de rayos X y de uso odontológico; así como de los demás insumos asistenciales que utilice la institución incluidos los que se encuentran en los depósitos o almacenes del prestador, cuyas condiciones de selección, adquisición, transporte, recepción, almacenamiento, conservación, control de fechas de vencimiento, control de cadena de frío, distribución, dispensación, uso, devolución, seguimiento al uso y disposición final, condicionen directamente riesgos en la prestación de los servicios.
5. **Procesos prioritarios.** Es la existencia, socialización y gestión del cumplimiento de los principales procesos asistenciales, que condicionan directamente la prestación con calidad y con el menor riesgo posible, en cada uno de los servicios de salud.
6. **Historia clínica y registros.** Es la existencia y cumplimiento de procesos que garanticen la historia clínica por paciente y las condiciones técnicas de su manejo y el de los registros de procesos clínicos diferentes a la historia clínica que se relacionan directamente con los principales riesgos propios de la prestación de servicios.
7. **Interdependencia.** Es la existencia o disponibilidad de servicios o productos, propios o contratados de apoyo asistencial o administrativo, necesarios para prestar en forma oportuna, segura e integral los servicios ofertados por un prestador.

En caso de ser contratado el servicio o producto, debe mediar una formalidad explícita y documentada entre el prestador y la institución que provee el servicio o producto de apoyo que soporta el servicio principal declarado y que contemple como mínimo, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los productos y quien declara el servicio.

Tomado de: MSPS. *Resolución 2003 de 2014*, p. 22.

La Resolución 2003 de 2014 define el significado y el alcance de estos siete estándares, estableciendo para cada tipo de servicio las especificaciones correspondientes y los criterios que este debe cumplir en cada estándar. Inicialmente, se presenta un conjunto de estándares básicos de habilitación que deben cumplir todos los servicios, y luego se relacionan para cada servicio en particular los estándares específicos que este debe cumplir.

Escapa a los fines y el alcance de esta reseña hacer una descripción detallada de los estándares de habilitación comunes a todos los servicios de salud; incluso de todos aquellos que son específicos de los distintos servicios de atención al consumidor de sustancias psicoactivas. Los primeros ocupan cerca de 15 páginas en el texto de la resolución y los específicos casi otras diez páginas.

No obstante, se considera pertinente con fines de ilustración presentar al menos una lista parcial de estándares y criterios de habilitación, tanto comunes para todos los servicios de salud, como específicos de los servicios de atención al consumidor de SPA.

Tabla 3. Estándares y criterios de habilitación de servicios de salud ⁴⁸

Estándar	Criterio
Talento Humano	El talento humano en salud cuenta con la autorización expedida por la autoridad competente, para ejercer la profesión u ocupación.
	Los prestadores de servicios de salud determinarán la cantidad necesaria de talento humano requerido para cada servicio ofertado, de acuerdo con la capacidad instalada, la relación entre oferta y demanda, la oportunidad en la prestación y el riesgo en la atención.
	Los prestadores demostrarán haber desarrollado acciones de formación continuada del talento humano en salud, en los procesos prioritarios asistenciales ofertados.
	Las instituciones que actúen como escenarios de práctica formativa deberán tener suscritos convenios docencia servicio o documento formal donde se definan los lineamientos de la relación docencia -servicio, según aplique (...).
	<p>En <u>internación hospitalaria para la atención al consumidor de sustancias psicoactivas</u>:</p> <p>Cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Médico general 2. Psicólogo con certificado de formación en atención clínica 3. Terapeuta ocupacional 4. Trabajador(a) social 5. Enfermera 6. Auxiliar de enfermería 7. Talento humano adicional según el modelo de atención
	<p>En <u>internación parcial para la atención al consumidor de SPA</u>:</p> <p>Cuenta con alguno de los siguientes profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicólogo o terapeuta ocupacional

⁴⁸ Selección corta de estándares y criterios de habilitación, tomados de la Resolución 2003 de 2014 con fines de ilustración, incluyendo unos que son comunes a todos los servicios de salud y otros específicos de servicios de atención al consumidor de SPA. Algunos criterios se describen en forma resumida, sin todas las especificaciones que contempla la norma.

Estándar	Criterio
Talento Humano	<p>- Talento humano adicional según el modelo de atención. Para atención ambulatoria al consumidor de SPA:</p> <p>En baja complejidad: Cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesional de la salud con certificado de formación para la atención y el tratamiento al consumidor de SPA y salud mental. 2. Psicólogo <p>En mediana complejidad: Adicional a lo anterior, cuando en la institución se administre metadona, disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Psiquiatra 2. Enfermera <p>En internación no hospitalaria: En horario diurno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Profesional de la salud con certificado de formación para la atención y el tratamiento al consumidor de SPA y salud mental. 2. Psicólogo 3. Trabajador social <p>Disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapeuta ocupacional 2. Talento humano en conformidad con el modelo de atención 3. Enfermera, si se atienden pacientes que requieran medicación. <p>En horario nocturno: Auxiliar de enfermería</p> <p>En todos los servicios de atención al consumidor de SPA:</p> <p>El talento humano asistencial cuenta con certificado de formación para la atención y el tratamiento del consumidor de SPA.</p>

Estándar	Criterio
Infraestructura	Las condiciones de orden, aseo, limpieza y desinfección son evidentes y responden a un proceso dinámico acorde a los servicios prestados.
	Las instalaciones eléctricas de todos los servicios deberán estar en buenas condiciones de presentación y mantenimiento.
	En instituciones prestadoras de servicios de salud que funcionen en edificaciones de hasta tres pisos existen ascensores o rampas. En edificaciones de cuatro o más pisos existen ascensores.
	Las áreas de circulación deben estar libres de obstáculos de manera que permitan la circulación y movilización de usuarios y personal asistencial.
	En los servicios de <u>atención ambulatoria e internación no hospitalaria para la atención al consumidor de SPA</u> : Salón para uso múltiple que permita albergar a todos los usuarios participantes en el desarrollo de las terapias e intervenciones individuales, grupales y familiares, según modelo de atención utilizado.
	Si la institución es mixta se garantizará la separación física por sexo de baños y dormitorios.
	Áreas para ocupación del tiempo libre.
	Disponibilidad de áreas para recreación.
	Área para la realización de terapia individual que garantice condiciones de privacidad.
	Concepto Sanitario de Alimentación.
Dotación	Utiliza equipos que cuenten con las condiciones técnicas de calidad y soporte técnico-científico.
	En las áreas de lavado de manos, se cuenta con jabón líquido de manos y sistema de secado.
	Cuenta con elementos de comunicación externa e interna.
	Cuando en la institución se administre <u>Metadona</u> , cuenta con carro de paro con equipo básico de reanimación.
	En <u>internación no hospitalaria para atención al consumidor de SPA</u> : Cuenta con:
	1. Los elementos necesarios para la utilización de tiempo libre, así como para actividades vocacionales y/o ocupacionales.

Estándar	Criterio
	<p>2. Muebles de comedor en número suficiente, de acuerdo a la organización de los horarios para la alimentación.</p> <p>3. Botiquín de primeros auxilios.</p> <p>4. Cama por cada usuario de la institución, con su dotación.</p> <p>5. Pruebas psicométricas, de acuerdo con el modelo de tratamiento.</p> <p>6. Closet, armarios, casilleros, lockers u otros, previstos de mecanismos de seguridad.</p>
<p>Medicamentos, dispositivos médicos e insumos</p>	<p>Todo prestador de servicios de salud deberá llevar registros de todos los medicamentos requeridos para la prestación de los servicios que ofrece; dichos registros deben incluir el principio activo, forma farmacéutica, concentración, lote, fecha de vencimiento, presentación comercial, unidad de medida y registro sanitario vigente expedido por el INVIMA.</p>
	<p>El prestador que realice algún tipo de actividad con medicamentos de control especial deberá contar con la resolución de autorización vigente por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes (...).</p> <p>En servicios de internación hospitalaria y parcial para atención al consumidor de SPA: Cuenta con kits de determinación de sustancias psicoactivas en orina.</p>
<p>Procesos prioritarios</p>	<p>En servicios de internación hospitalaria y parcial para atención al consumidor de SPA: Cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modelo de atención documentado y socializado 2. Protocolo para que todos los usuarios a su ingreso sean valorados por psiquiatra 3. Protocolo de reanimación cardiopulmonar 4. Protocolo de manejo y atención de usuarios con VIH/SIDA 5. Protocolo de manejo de crisis e intervención en crisis 6. Manual de procesos y procedimientos en salud mental 7. Minuta patrón elaborada por nutricionista 8. Guías, procedimientos y protocolos para el manejo de causa de internacional consumidor de SPA.

Estándar	Criterio
	<p>En <u>atención ambulatoria</u> e <u>internación no hospitalaria del consumidor de SPA</u>, además de algunos criterios anteriores: Procedimientos para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El control de ingreso de sustancias psicoactivas - Manejo de desórdenes internos, agresiones físicas y psicológicas y/o abusos de cualquier índole entre usuarios y hacia y desde el personal administrativo-asistencial. <p>Cuenta con un programa de seguridad del paciente que provea una adecuada caja de herramientas para la identificación y gestión de eventos adversos (...).</p>
Historia clínica y registros	<p>Toda atención de primera vez a un usuario debe incluir el proceso de apertura de historia clínica. Se tienen definidos procedimientos para utilizar una historia única institucional y para el registro de entrada y salida de historias del archivo (...).</p> <p>El uso de medios electrónicos para la gestión de las historias clínicas debe garantizar la confidencialidad y seguridad, así como el carácter permanente de registrar en ella y en otros registros asistenciales, sin que se puedan modificar los datos una vez se guarden los registros.</p> <p>Cuenta con un procedimiento de consentimiento informado, para que el paciente apruebe documentalmente el procedimiento e intervención a que va a ser sometido, previa información de los beneficios y riesgos (...).</p>
Interdependencia	<p>En <u>internación hospitalaria para la atención al consumidor de SPA</u>, disponibilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laboratorio clínico 2. Nutricionista 3. Toxicología 4. Neuropsicología <p>En <u>atención ambulatoria</u> e <u>internación no hospitalaria para la atención al consumidor de SPA</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de psiquiatra para valoración de ingreso. - Servicio farmacéutico, cuando administre metadona.

La Resolución 2003 de 2014 establece también los conceptos y definiciones para la verificación del cumplimiento de las condiciones de habilitación en cada uno de los estándares, al igual que los procedimientos que deben adoptar en dicha tarea las entidades departamentales o distritales de salud, así como el propio Ministerio de Salud y Protección Social.

A lo largo del texto de la resolución se encuentran numerosas definiciones conceptuales y operacionales de servicios, estándares y criterios de habilitación.

5. Diagnóstico situacional de instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia - 2004⁴⁹

El diagnóstico situacional de “centros de tratamiento en drogadicción” (CAD) se efectuó con el fin de actualizar el mapa de la oferta de servicios en el área, cuyo anterior inventario había tenido lugar en 1996 con el estudio realizado por la Dirección Nacional de Estupefacientes y la Fundación Universitaria Luis Amigó.

El estudio tenía como objetivos: realizar un censo institucional a escala nacional que permitiera confirmar la extensión de la oferta de servicios en 2004; llevar a cabo en las instituciones censadas un diagnóstico situacional que permitiera conocer las características de la oferta de servicios existente, así como sus necesidades; a partir del diagnóstico situacional, establecer si la oferta se regía por estándares de calidad congruentes con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y con las recomendaciones de entidades internacionales basadas en la evidencia y consideradas las “mejores prácticas”; establecer la manera como los servicios respondían a las necesidades y expectativas de los usuarios de tratamientos; por último, ofrecer un insumo basado en la evidencia para la formulación de las condiciones de habilitación y registro de estas entidades.

Se diseñaron cinco instrumentos para la recolección de la información, orientados a obtener un panorama completo de cada institución visitada, así: (i) una guía de entrevista al director o directora del CAD, (ii) una entrevista al miembro principal/ coordinador del equipo terapéutico, (iii) una entrevista a un usuario en tratamiento en la institución, (iv) una entrevista a un ex usuario de la entidad, y (v) una guía de observación de aspectos de infraestructura y dotación de las sedes.

Se visitaron en total 379 sedes de 358 programas identificados, correspondientes a 283 instituciones, y se entrevistaron 344 directores(as), 355 personas del área asistencial, 1.116 usuarios en tratamiento y 242 ex usuarios de los servicios.⁵⁰ De acuerdo con el tipo o modalidad de servicio, las sedes visitadas se distribuyeron así: 56% residenciales, 20% ambulatorias y 23% mixtas (ambulatorias + residenciales).

A continuación, una síntesis de los principales hallazgos de este estudio:

- En primer lugar, se observó un **incremento en la oferta** de servicios de tratamiento en el país en comparación con el inventario de 1996.
- Aunque se encontraron centros de tratamiento en 23 departamentos, se evidenciaron grandes disparidades territoriales, con una alta **concentración** en cinco territorios, en los que se localizó la mitad de los establecimientos: Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Risaralda y Valle del Cauca.

⁴⁹ República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social). *Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia*. Bogotá D.C., diciembre de 2004.

⁵⁰ *Ibid*, p. v.

- La mayoría de los centros de servicios (82%) correspondían a entidades privadas sin ánimo de lucro (fundaciones u otras ONG), mientras que la proporción de entidades públicas no alcanzaba el 15%, y las entidades mixtas solo 4%.⁵¹
- La mitad de los programas disponibles en el país se distribuyó en **comunidades terapéuticas** (31%) y tratamientos de **teoterapia** (21%). La otra mitad eran programas clínico-psicológicos, alternativos u otros, donde los programas psiquiátricos con énfasis en salud mental sólo representaban el 10%, seguidos por programas de 12 pasos, con el 6%.
- La modalidad **residencial** de tratamiento era la más común en el país (73.5%), seguida de la modalidad **ambulatoria** (44.2%), otras modalidades (hospital día, hospital noche, consulta externa y mixta) eran menos comunes en los CAD.⁵²
- Con respecto al inventario de 1996, se observó un incremento importante en programas de ‘teoterapia’ sin mayor estructura y soporte teórico-práctico, ocupando el segundo lugar de la oferta de servicios. También hubo incremento de modelos ‘alternativos’.
- Llamó la atención la **limitada oferta de servicios especializados** para manejo de sobredosis, ‘síndrome de abstinencia’/ privación de sustancias, desintoxicación farmacológica, mantenimiento con medicamentos, y reducción de daños y riesgos.
- Se reportaron **dificultades financieras** que en muchos casos comprometían la calidad de los servicios, lo cual se evidenció en el tipo de recurso humano disponible (no profesional en muchos casos y sin formación específica en una amplia proporción de entidades), la capacitación continuada, las condiciones laborales, la cobertura, la infraestructura, entre otros aspectos.
- La existencia de una mayor oferta de centros y modalidades de tratamiento que buscaban primordialmente la **abstinencia** -más de la mitad de los CAD-, mostraron que en Colombia las alternativas como la reducción paulatina del consumo, el consumo controlado o el mantenimiento con sustitutos farmacológicos eran limitadas.⁵³
- No obstante, llamó la atención que cerca del 30% de los CAD reconocían las dificultades de lograr la abstinencia total a través de los tratamientos (aspecto ampliamente revisado en el marco conceptual).
- Sólo 21% mencionaron como ‘otros’ objetivos reducir el consumo actual o mejorar la calidad de vida del consumidor. Los objetivos explícitos de mantenimiento y de sustitución fueron mencionados por menos del 2% de las entidades visitadas.⁵⁴

51 *Ibid*, p. 182.

52 *Ibid*, pp. 182-183.

53 *Ibid*, pp. 183-184.

54 *Ibid*.

- En el diagnóstico situacional de 2004 también se encontró que la **duración media** de los tratamientos superaba ampliamente los tiempos recomendados por estándares internacionales. Los tratamientos **residenciales** tenían una duración promedio de **41,8 semanas** y los tratamientos **ambulatorios** un promedio de **32,3 semanas**. Los tratamientos de mayor duración eran los de 12 pasos con modalidad mixta (hasta dos años y medio); los de más corta duración, alrededor de dos meses, eran los psiquiátricos con énfasis en salud mental.⁵⁵
- Los **sistemas de información** y de **evaluación de la gestión** mostraron que, aunque la mayoría de las entidades manejaban formatos de registro de actividades asistenciales, en menos de la mitad se sistematizaba esta información. Menos de la mitad manejaban sistemas de evaluación de impacto de su labor asistencial.
- Se encontró que 13% de los centros no contaban con un formato o guía para la evaluación inicial de los usuarios, 22% no tenían un formato de registro de evolución, y donde sí lo tenían, apenas el 30% sistematizaba la información en una base de datos.
- En cuanto al perfil de los miembros de los **equipos terapéuticos**, se encontró que 30% no contaban con ninguna formación profesional; entre los profesionales, 18% se habían formado en disciplinas distintas a medicina, psicología, trabajo social, enfermería o pedagogía. De otra parte, 21% tenían una experiencia menor a dos años y 26% nunca habían recibido formación específica en el área.
- En lo referente a la composición del personal asistencial, el estudio reportó que 80% de los centros contaban al menos con un psicólogo, mientras que apenas el 30% contaban con psiquiatra; 57% contaban con personal médico y 44% con personal de enfermería. Personal de terapia ocupacional se registró en una tercera parte de los CAD, al igual que personal de pedagogía reeducativa.⁵⁶
- Con respecto a la **evaluación de los usuarios**, el estudio señala que en 20% de los CAD no se hacía una evaluación psicológica, en 64% no se hacía evaluación psiquiátrica, en 40% no se hacía evaluación médica y en 54% no se hacían exámenes diagnósticos (VIH, hepatitis, etc.).⁵⁷
- Actividades básicas como la **terapia individual**, la **terapia grupal** y la **terapia familiar** no se realizaban en algunas entidades; la primera en el 6% de los CAD y las dos últimas en 16% y 17% respectivamente.

⁵⁵ *Ibid*, p. 187.

⁵⁶ *Ibid*, p. 191.

⁵⁷ *Ibid*, p. 195

- En casi 40% de las entidades no se realizaban actividades “fundamentales y puntuales” para la prevención de recaídas; en 27% no se hacían actividades para el manejo de emociones, ni para proyecto de vida; en 32% no se realizaban actividades educativas para promover estilos de vida saludables y reducir conductas de riesgo. El 17% no ofrecía terapia ocupacional o actividades vocacionales, y el 15% no ofrecía actividades físicas.
- En 32% de las sedes no se disponía de espacios adecuados para terapias o asesorías individuales y en más de la mitad de las sedes en las que sí existían consultorios se registraron dificultades con el aislamiento sonoro.
- El 85% de los usuarios opinaron que el tratamiento había sido útil principalmente en la búsqueda de soluciones a los problemas de consumo de SPA, el 67% en la comprensión y el manejo de sentimientos, el 60% en la resolución de problemas o conflictos en la dinámica familiar y el 54% en los problemas o conflictos relacionales.
- Los menores números de terminaciones exitosas del tratamiento se encontraron en los modelos o enfoques teoterapéuticos y psiquiátricos.⁵⁸

Gracias al esfuerzo investigativo realizado en 2004, el país pudo contar con información detallada sobre todos los aspectos relacionados con la oferta de servicios de atención y tratamiento para personas con problemas asociados al uso de sustancias psicoactivas y las condiciones de prestación de tales servicios.

Cabe resaltar la exhaustividad y el rigor analítico demostrados por el equipo investigador. El alcance y la solidez de la evidencia recolectada, reflejados en los resultados que aquí se han reseñado solo de manera sinóptica, aportaron los insumos fácticos esenciales para desarrollos subsiguientes en aspectos normativos y de política pública, así como en la planeación e implementación de diversas acciones en las áreas de asistencia técnica, capacitación/ actualización de personal asistencial, coordinación interinstitucional y seguimiento, entre otras.

Con estos antecedentes, el Ministerio de Salud y Protección Social formuló un nuevo proyecto de estudio evaluativo y diagnóstico situacional de los servicios de atención y tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas, que es el objeto central de este marco conceptual y de antecedentes. En lo operativo, el punto de partida fue la actualización del censo institucional de servicios en el país, el cual permitió dimensionar el cambio y avance en las políticas públicas que deben reflejarse en el abordaje de la atención, en los modelos de tratamiento, en la administración y gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud a personas con consumos de SPA. Esto hizo que se reorientaran algunas preguntas e introdujeran nuevas de acuerdo con las definiciones conceptuales en términos de derechos, salud pública y demás requerimientos que la reglamentación actual establece.

⁵⁸ *Ibid*, pp. 207-208.

Segunda parte:
MARCO METODOLÓGICO

1. Objetivos del estudio de evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas

El **objeto** del estudio -evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en Colombia- se condensa en dos propósitos particulares: realizar un **censo** y una **evaluación** de las instituciones de tratamiento al consumidor de SPA, considerando las definiciones contenidas en la normatividad vigente. Estos fines se traducen en los siguientes objetivos:

1.1. Objetivo general

Realizar la evaluación de las instituciones con servicios de atención al consumidor de sustancias psicoactivas (ISACSPA), antes llamadas centros de atención en drogadicción (CAD), con el fin de disponer de información válida, confiable y actualizada que les permita a las instituciones de salud tomar decisiones basadas en evidencia y mejorar la calidad de la atención prestada.

1.2. Objetivos específicos

- Elaborar el estado del arte de la política, los desarrollos conceptuales, científicos y técnicos, y el marco legal sobre el tema en Colombia.
- Realizar un censo de las instituciones de atención y tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en Colombia.
- Elaborar un diagnóstico situacional que permita conocer las características de las instituciones, los servicios ofrecidos, y la situación de los usuarios en tratamiento y los ex usuarios.
- Analizar la oferta de servicios respecto al cumplimiento de las exigencias de habilitación estipuladas en la normatividad vigente.
- Comparar las características de prestación de servicios con respecto a la línea de base establecida con el estudio realizado en 2004.

Previamente al desarrollo operativo del estudio, se dio cumplimiento al primer objetivo específico, consistente en la actualización del marco conceptual, político, legal e institucional en esta materia, expuesta en el capítulo anterior.

2. Estrategia metodológica: descripción general

El proceso de estudio evaluativo y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de SPA comprende dos fases y procesos separados, diferentes aunque concatenados en una síntesis final, soportados en sus correspondientes estrategias metodológicas:

- La construcción del censo nacional de ISACSPA, a partir de las bases de datos existentes y el apoyo complementario de fuentes institucionales en el área, con sus etapas sucesivas de integración, consolidación, depuración, verificación, etc.
- La recolección de información en terreno, con sus fases de identificación, contacto, concertación de agenda y visita, con aplicación de una batería de herramientas y protocolos metodológicos (procedimientos).

Por tratarse el censo institucional de una construcción progresiva, a través acciones en cadena, paso a paso, la descripción del proceso metodológico sólo es posible de manera 'activa'; esto es, haciendo referencia concreta e inmediata a las observaciones o hallazgos sucesivos que conducen de un paso al siguiente, hasta el resultado final, cual es un conjunto decantado y definitivo de registros que constituyen el universo censal de las ISACSPA. Por esta razón, la descripción de la ruta adoptada para la construcción del censo solo será expuesta en detalle más adelante, como preámbulo o introducción del informe de resultados del estudio, contenido en el capítulo siguiente, cuyo primer componente es justamente la definición y delimitación del universo de estudio.

En lo relativo a la recolección de información en terreno, se debe indicar inicialmente que los instrumentos y procedimientos utilizados en 2004 para la recolección de información fueron revisados y ajustados a partir de los lineamientos establecidos en la Resolución 2003 de 2014 (MSPS), mediante la cual se definieron las condiciones de habilitación de los servicios de atención y tratamiento al consumidor de SPA. Simultáneamente, se hizo la actualización y adaptación de los instrumentos según los desarrollos conceptuales y los criterios técnicos prevalecientes en la actualidad, a través de un trabajo conjunto y coordinado entre el equipo de investigación y los funcionarios especializados del MSPS. La batería de herramientas de recolección de información en campo comprende las guías que se describen a continuación:

3. Instrumentos de recolección de información

1. Entrevista al/ la **Directora(a)** de la ISACSPA.
2. Entrevista a un(a) **Miembro del equipo terapéutico**.
3. Observación y verificación de **Infraestructura y Dotación**.
4. Entrevista a un(a) **Ex usuario(a)**.
5. Entrevista a un(a) **Usuario(a) en tratamiento** en la institución.

Guía No. 1: Director(a) de la institución de atención al consumidor de sustancias psicoactivas (ISACSPA). Esta guía se estructuró en seis secciones informativas:

- Sección A: Datos de la aplicación e identificación de la ISACSPA. Contiene datos básicos de la institución, incluyendo fecha de fundación, razón social, NIT, certificado de existencia y representación legal, nombre del director, profesión del director, datos de dirección, ubicación, teléfono y fax, dirección electrónica y página web.
- Sección B: Información general de la entrevista y de la ISACSPA. Contiene datos de la persona entrevistada (el director y/o la persona delegada por la dirección) y tiempo de vinculación. También contiene información sobre la constitución y tipo de entidad, disponibilidad de procesos administrativos y organizacionales y su verificación, fuentes y medios de financiación.
- Sección C: Descripción del servicio asistencial. Esta sección contiene la información relativa a problemáticas y poblaciones atendidas, modelo o enfoque de tratamiento, modalidades de servicio, criterios de ubicación de usuarios en una u otra modalidad, cupos y número de personas atendidas por modalidad, datos de retención y deserción, costos y procedimientos de pago, contratación con el ICBF, percepción de evolución de demanda, otras actividades que desarrollen, objetivos de la intervención, manejo de listas de espera, requisitos de ingreso, planes de tratamiento, descripción de estrategias de mantenimiento y seguimiento, descripción de controles para evitar tráfico y consumo de sustancias al interior de la institución, procedimientos ante estos eventos, procedimientos ante la recaída, normas disciplinarias, percepción de logros, necesidades percibidas, existencia de convenios o alianzas para rehabilitación y reincorporación social, vinculación a redes y/o agremiaciones, uso del VESPA (Sistema de Vigilancia Epidemiológica para SPA), reporte de perfiles de usuarios, explicación general de la problemática.
- Sección D: Recursos humanos y sistemas de evaluación. Descripción del recurso humano administrativo y asistencial, requisitos de ingreso para el equipo asistencial, perfil del personal profesional del área asistencial, rol asistencial del personal religioso y de los ex consumidores rehabilitados, rangos salariales, beneficios laborales, personal a cargo del cuidado nocturno, existencia de registros para el cálculo de tasas de retención, deserción, recaída, reingreso, expulsión, existencia de aspectos de evaluación de gestión.
- Sección E: Información financiera. Fuente de datos financieros y fechas, cumplimiento de condiciones de suficiencia patrimonial y otros indicadores financieros como obligaciones mercantiles y laborales.
- Sección F: Observaciones de la aplicación, diligenciadas por parte del trabajador de campo acerca de detalles durante el desarrollo de la entrevista.

Guía No. 2: Miembro del equipo terapéutico. Esta guía se estructuró en cuatro secciones informativas:

- Sección A: Información general de la entrevista y del entrevistado(a). Contiene información básica acerca del perfil de la fuente que responde, formación educativa y específica en el área de SPA, tipo y tiempo de vinculación, función o cargo, tiempo de dedicación y satisfacción con la remuneración económica.
- Sección B: Descripción del servicio asistencial. Dificultades en el trabajo con la población usuaria, existencia de intervenciones específicas, objetivo de la intervención, actividades que se desarrollan en el programa, planes de tratamiento, áreas que contempla el plan de tratamiento, monitoreo de progreso, necesidades para el mejoramiento de logros, criterios para la terminación del tratamiento, detalles del sistema de recepción de usuarios, aspectos relacionados con la deserción o abandono del tratamiento por parte de usuarios, actividades de supervisión y mejoramiento de calidad de servicios, aspectos de relevancia sobre el manejo de las evaluaciones de caso y de historia clínica, manejo de la confidencialidad, aspectos del seguimiento, perspectiva teórica/ enfoque para el manejo de la problemática, reporte de eventos al interior de la institución, percepción de cambio en necesidades de la población usuaria, perfil de consumo de la población usuaria.
- Sección C: Relación con la institución. Detalle de dedicación de tiempo, percepción de suficiencia de tiempo de dedicación, percepción de suficiencia de recursos disponibles para el cumplimiento de labores, percepción de aspectos positivos y negativos de la institución, percepción de aporte a la gestión institucional.
- Sección D: Observaciones de la aplicación, diligenciadas por parte del trabajador de campo acerca de detalles durante el desarrollo de la entrevista.

Guía No 3: Observación de condiciones de Infraestructura y Dotación. Esta guía se estructuró en dos secciones informativas:

- Infraestructura: Ubicación de la sede, facilidad de acceso y disponibilidad de medios de transporte, servicios públicos, condiciones de mantenimiento e higiene de las instalaciones, condiciones de conservación de alimentos, dormitorios, espacios para actividades del servicio, conservación y manejo de medicamentos, y observaciones del estado general de la sede.
- Dotación: Disponibilidad de equipos e implementos médicos, operacionales y de seguridad en instituciones en las que se manejan urgencias toxicológicas y farmacoterapia; disponibilidad de botiquín de primeros auxilios, extintores al día, insumos para el área de administración, insumos básicos para cocina y comedor, dormitorios y otros, disponibilidad de vigilancia policial o privada y observaciones generales sobre la dotación.

Guía 4: Ex usuario del servicio. Esta guía se estructuró en una única sección informativa de la entrevista y del entrevistado:

Contiene datos socio-demográficos del entrevistado(a), tiempo de permanencia en la institución, tiempo transcurrido desde su salida del tratamiento, principal fuente de ingresos en los últimos 6 meses, lugar de vivienda en los últimos 6 meses, patrón de consumo de sustancias lícitas e ilícitas en los últimos 6 meses, uso de preservativo en las relaciones sexuales en los últimos 6 meses, escala de calidad de vida y bienestar, escala de medición de aspectos del proyecto de vida al momento de salir de la institución.

Guía 5: Usuario en tratamiento. El formato de recolección de datos está dividido en las siguientes secciones:

- Sección A: Datos socio-demográficos. Esta sección contiene información de referencia a datos socio-demográficos de los entrevistados, tales como: sexo, edad, estrato socioeconómico, nivel educativo, estado civil, hijos, principal fuente de ingresos y principal lugar de vivienda en los últimos seis meses.
- Sección B: Historia de tratamiento y consumo. Tratamientos previos para abandonar o controlar el consumo de sustancias, medio de conocimiento de la entidad a la que acude para tratamiento, diligencia en la atención. Patrones de consumo y trayectoria de uso de sustancias, edad de inicio y frecuencia de consumo, sustancia o sustancias motivo de consulta, voluntariedad o presiones para el ingreso a tratamiento, información obtenida antes del ingreso, existencia de asesor o terapeuta a cargo del caso, plan de tratamiento (estándar o personalizado), percepción de participación en el plan de tratamiento, pagos realizados, existencia de consumo en los últimos seis meses.
- Sección C: Situación médica y psicológica: estado de salud, historial de episodios sobredosis, historia de salud mental, comportamientos de riesgo, actividades terapéuticas a las que asiste, percepción de utilidad. La sección contiene escalas de calidad de vida y bienestar, así como de satisfacción de necesidades básicas y percepción de utilidad del tratamiento en diversas áreas de la vida.
- Sección D: Observaciones de la aplicación, diligenciadas por parte del trabajador de campo acerca de detalles durante el desarrollo de la entrevista.

Los instrumentos debían ser diligenciados en ambientes en los cuales se garantizara comodidad y privacidad.

4. Procedimiento

4.1. Pre operativo

Para iniciar el operativo se realizó contacto telefónico con las entidades, en el que se les pedía confirmar los datos de contacto, así como los datos básicos de identificación y localización de la entidad. Luego se enviaba una comunicación por correo electrónico, con la invitación oficial del MSPS a participar en el estudio, donde se les informaba a las entidades los objetivos y los documentos que debían tener a disposición de los encuestadores los días de la visita.

Después del envío de la comunicación, se realizaba un nuevo contacto telefónico para concertar con la institución el día para realizar la visita respectiva. En algunos (muchos) casos, era necesario efectuar varias llamadas y solicitudes de agendamiento y confirmación de citas.

4.2. Operativo

Para el operativo, el coordinador nacional de campo dividió el país en 6 regiones: Central, Occidente, Antioquia y zona cafetera, costa Caribe, Oriente y Sur. Cada región tuvo un coordinador, que a su vez tenía a cargo dos supervisores y cada supervisor tenía a cargo cuatro encuestadoras(es).

Para la aplicación de la Guía 1 se debía tener acceso a la documentación relativa a los aspectos contables y financieros (declaración de renta y/o estados financieros del año 2015), así como a la documentación complementaria que permitiera verificar los aspectos relativos a la descripción del servicio, el talento humano y sus acreditaciones (formación profesional y específica para la atención/ tratamiento de consumidores de SPA), los sistemas de registro, seguimiento y evaluación, u otros contenidos en la guía. La revisión documental podía hacerse previamente, en forma simultánea o luego de la entrevista con el director(a) de la institución, según se acordara con dicha persona, para su comodidad/ conveniencia, procurando al mismo tiempo la debida practicidad, agilidad y rigurosidad en el ejercicio de revisión/ verificación por parte del encuestador.

Para la aplicación de la Guía 2 se debía tener acceso a la documentación de soporte requerida para verificar los aspectos indicados, o mediante observación directa de los dispositivos o mecanismos que permitieran constatar la información suministrada concerniente a la descripción del servicio, los registros o sistemas de ingreso, seguimiento y evaluación del servicio y los usuarios en tratamiento (e.gr., historias clínicas, archivos).

Para la aplicación de la Guía 3 se debería realizar observación directa y registro de todos los aspectos contenidos en la guía. Para ello se debía contar con la autorización y apoyo de la institución, facilitando el acceso y desplazamiento del encuestador por las áreas físicas respectivas.

Para la aplicación de las Guías 4 y 5 se solicitaba previamente a la institución su colaboración convocando a un Ex usuario y permitiendo entrevistar a un Usuario en tratamiento.

Gráfica 1. Organigrama del operativo de recolección de información



Para el desarrollo del operativo de recolección de información en terreno, se elaboró y se impartió al equipo un **manual de campo**, en el cual se definen las responsabilidades y las tareas de cada miembro (coordinador nacional, coordinadores regionales, supervisores, encuestadores) y se especifican los procedimientos a seguir en cada etapa del proceso. Así mismo, se hicieron varias jornadas de **capacitación grupal**, con exposición didáctica y ejercicios de simulación y juego de roles en aplicación de las guías. La validación de la estrategia metodológica comprendió una **prueba piloto** en cinco ISACSPA con amplia trayectoria y reconocimiento; cuatro de ellas en Bogotá y una en zona rural de un municipio de Cundinamarca.

5. Aplicativo de captura y proceso de sistematización

Para la aplicación de las cinco guías se diseñó y programó un *software* para encuestas, el cual tiene las siguientes características: crea, aplica, administra y analiza encuestas variadas en todos los medios electrónicos de captura (tabletas, *palm*, teléfonos inteligentes).

El *software* permitió maximizar la productividad de todo el equipo de investigación y de campo mediante interfaces intuitivas y fáciles de usar. El *software* fue estructurado en actividades y pasos, de forma que el encuestador siguiera una lógica secuencial de los procesos.

1. Abrir la aplicación haciendo clic en "Descargar".
2. Instalar el *Setup* y ejecutar el "Modelador de Estudios."
3. Ingresar las preguntas del cuestionario.

4. Definir saltos, fórmulas de flujo y reglas de validación.
5. Publicar el cuestionario en la nube o permitir su impresión en papel.
6. Descargar el cuestionario en las tabletas.
8. Realizar la recolección secuencial/ organizada de datos.
9. Analizar resultados en tiempo real.
10. Exportar los datos a *Excel* o *SPSS*.

El operativo se realiza en tiempo real bajo la plataforma de recolección, así:

- Los equipos están conectados a red de datos y GPS, lo que permite constatar la realización del trabajo de campo en los lugares definidos.
- Al tener los equipos conectados en red a través de la plataforma informática se asegura un control permanente de las fuentes primarias de la información.
- Se cuenta con visores que permiten hacer seguimiento *online* de las muestras y del avance del estudio.

6. Análisis de la información

6.1. Procesamiento de los datos

Se construyeron bases de datos debidamente estructuradas, depuradas y dispuestas en archivos de fácil utilización, que incluyen:

- Modelo conceptual de la base de datos
- Modelo entidad-relación
- Documentos que describan todas las entidades
- Diccionarios de datos
- Documentación de las relaciones
- Claves primarias y foráneas e índices
- *Scripts* para la creación del modelo físico en el DBMS definido por el grupo de expertos del MSPS
- *Scripts* de generación de la base de datos

- Archivos SQL para *SQL Server* compatible con *SQL Server v2008* o superior, archivos .mdf o .bak.

6.2. Análisis de resultados

Para el análisis de resultados se utilizan los datos arrojados por cada uno de los componentes del estudio (datos de aplicación e identificación de la ISACSPA y entrevista al Director, entrevista a Miembro del equipo terapéutico (MET), Infraestructura y dotación, Ex usuario del servicio, Usuario en tratamiento) y se elaboraron las tablas de frecuencia, donde se filtraron por variables sociodemográficas, tipos de IACSPA, modalidades de servicios, etc., y se produjeron los cuadros/ gráficos de resultados y los informes parciales y consolidado.

7. Control de sesgos

Con el fin de controlar los distintos sesgos posibles, se desarrolló una serie de estrategias en cada etapa del proceso.

1. *Diseño de instrumentos*: Como ya se describió, la elaboración de los instrumentos tuvo una serie de pruebas tendientes a evitar los sesgos propios de las preguntas.

2. *Sesgos de muestreo y selección*: Con respecto a la fuente primaria de información, como también se describe en el informe, el universo fue censal y en tal sentido, la inmensa mayoría de instituciones tuvieron la misma oportunidad de participar en este estudio. Los posibles sesgos derivados de no haber incluido al 100% de las instituciones existentes en el país fueron controlados utilizando la pluralidad de fuentes disponibles.

El control de sesgos para la selección de los ex usuarios y los usuarios entrevistados fue especialmente complejo, por cuanto las instituciones fueron muy celosas en permitir la selección aleatoria de los usuarios y se entrevistaron aquellos que las instituciones determinaron. Dada la información previa sobre los cinco componentes de la visita, en la mayoría de las instituciones tenían al Usuario y al Ex usuario asignados para la realización de las entrevistas

3. *Sesgos en la información recolectada*: Si bien los instrumentos del diagnóstico situacional incluyeron diversos aspectos de verificación, todos y cada uno de los formularios diligenciados fueron sometidos a una revisión crítica y a una codificación previa a la digitación. Los aspectos que no resultaban del todo claros fueron revisados con los trabajadores de campo.

4. *Sesgos en el diligenciamiento.* Con el fin de controlar al máximo los sesgos en el diligenciamiento, se llevaron a cabo estrategias tales como la selección de los trabajadores de campo con criterios concretos previamente establecidos, como ser profesional de la salud o de alguna disciplina de las ciencias sociales, haber tenido experiencia específica en el área de consumo de SPA, estar familiarizado con las instituciones de tratamiento y haber tenido experiencia de trabajo de campo y diligenciamiento de instrumentos de alta complejidad. Así mismo, se llevaron a cabo capacitaciones con todos los trabajadores de campo (encuestadoras, supervisores y coordinadores).

Se diseñó una guía o instructivo de diligenciamiento cuya revisión y cumplimiento eran obligatorios. Se proveyó a los trabajadores de campo con tarjetas de comunicación para que en cualquier momento y ante cualquier duda pudieran entrar en contacto con los investigadores en Bogotá. De la misma forma se llevaron a cabo reuniones de supervisión periódicas con todos los equipos de trabajo de campo, en las cuales se ofrecía retroalimentación sobre el diligenciamiento de los instrumentos y la calidad de la información recolectada.

Tercera parte:
INFORME DE RESULTADOS

**I. CENSO INSTITUCIONAL DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO AL
CONSUMIDOR DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN COLOMBIA
2016**

1. Definición y delimitación del universo

La **población** estudiada fueron las *instituciones con servicios de atención y tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas (ISACSPA)*, definidas como toda aquella institución que ofrezca uno o más de los siguientes servicios al consumidor de SPA:

- Internación hospitalaria
- Internación parcial diurna (hospital día)
- Internación parcial nocturna (hospital noche)
- Atención ambulatoria en baja complejidad
- Atención ambulatoria en mediana complejidad
- Internación no hospitalaria (residencial)⁵⁹

De esto se desprende que la fuente primaria de información y unidad de análisis principal son las *ISACSPA*. Al mismo tiempo, la identificación y cuantificación de la oferta de servicios de tratamiento según las seis categorías indicadas provee una estimación y una caracterización sustancial del universo de **servicios de tratamiento** en el país; por lo tanto, estos constituyen la segunda unidad de análisis esencial para el estudio. El análisis respectivo alude al cumplimiento de los criterios y estándares de habilitación establecidos en la normatividad para todas y cada una de las modalidades de servicios (Resolución 2003 de 2014).

El marco poblacional no incluyó grupos de auto-apoyo tipo *alcohólicos anónimos (AA)* o *narcómanos anónimos (NA)*, ni profesionales independientes que ofrecen atención en consulta a usuarios de SPA. Tampoco incluyó instituciones de protección de menores a cargo del ICBF, centros de internación de adolescentes infractores de la ley, hogares de paso, comunidades terapéuticas en medio penitenciario, ni programas de mitigación y reducción de daños asociados al consumo de SPA con población en la calle.

Con estas definiciones, el primer paso en la planeación del censo institucional y la subsiguiente evaluación diagnóstica de la situación en materia de servicios de tratamiento del consumidor de sustancias psicoactivas fue la delimitación y estimación del **universo de estudio**. El punto de partida para ello fueron los registros formales existentes de entidades en el sector, integrados y consolidados en bases de datos oficiales.

Por tratarse de actividades y servicios sociales de salud regulados legalmente, su existencia se establece con su registro formal ante las autoridades respectivas (*i.e.*, secretarías departamentales y municipales de salud). Así, el primer atributo en la definición de las entidades que conforman el universo de estudio es estar **registradas** en una base oficial de prestadores de servicios de atención y tratamiento al consumidor de SPA.

⁵⁹ República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución número 2003 de 2014*. Bogotá D. C., mayo 28 de 2014.

2. Insumos del censo institucional

Para el censo se contó con siete **bases de datos** suministradas por el MSPS, así:

1. “Atención al consumidor de SPA”: 175 registros
2. “Internación hospitalaria consumidores de SPA”: 71 registros
3. “Atención no hospitalaria al consumidor de SPA”: 33 registros
4. “Internación consumo de SPA”: 33 registros
5. “Atención paciente agudo”: 38 registros
6. “Bases ONG”: 130 registros (90 como “centros de tratamiento”)
7. Base “05-25-2016 CAD reporte Suicad”: 251 registros

La primera base, como lo indica su título, comprende una pluralidad de entidades, en su mayoría de tratamiento, pero no exclusivamente; mientras que las cuatro bases siguientes agrupan entidades según categorías o modalidades específicas de tratamiento, pudiendo una misma entidad estar en más de una lista. La base de ONG por su parte comprende una proporción significativa de entidades incluidas en las listas de prestadores de servicios de tratamiento, pero no la totalidad de ONG que aparecen en dichas listas.

Por último, la base *Suicad* constituye un registro acumulado de todas las entidades que han registrado sus datos y reportado información sobre consumo de SPA a este observatorio del MSPS. Aunque sobresalen los CAD (*Centros de Atención en Drogadicción*, hoy *ISACSPA*), esta base incluye diversas entidades, tales como centros de protección de menores, instituciones de atención de adolescentes infractores de la ley, organizaciones que trabajan con población habitante de calle, comunidades terapéuticas penitenciarias, entre otras.

La revisión inicial de la información copiada mostró que la mayoría de las entidades registradas aparecían en más de una base de datos; algunas en todas o casi todas las bases. Al mismo tiempo, entidades incluidas en los cuatro listados según modalidades de tratamiento no figuraban en el listado global de “atención al consumidor de SPA”, ni en la base de ONG, y entidades registradas en la base *Suicad* no se encontraban en ningún otro listado.

De otra parte, una entidad podía aparecer en diferentes ciudades y con distintos datos de contacto en varios listados, o incluso en una misma base. Otros registros presentaban datos incompletos o imprecisos de localización y contacto (ej., sin número telefónico, o sin dirección de correo electrónico, o sin nombre del representante, o con datos de contacto personales/ no institucionales). Algunos más parecían corresponder a entidades de índole u objeto social diferentes a la atención directa a consumidores de SPA (ej., instituciones académicas, centros de investigación, asociaciones, programas institucionales con población vulnerable, entidades de prevención). En general, se requería determinar la **vigencia** de los registros contenidos en las bases de datos.

3. Construcción del censo: descripción del proceso

Ante este panorama, la primera tarea en la conformación del universo de estudio, en su versión preliminar, era la **integración** y **consolidación** de los registros contenidos en las siete bases de datos disponibles. El resultado neto de esta operación fue un listado unificado de 430 registros de entidades y sedes, identificadas en las bases oficiales como actores en el campo del consumo de SPA y los problemas asociados. Este listado general acumulado, sin embargo, no constituye un marco censal, ni provee todavía una estimación inicial del universo de estudio. Su diversidad e incierta actualidad condicionan su significado y limitan su alcance en calidad de *materia prima* para la identificación y cuantificación del universo **real**; es decir, las ISACSPA registradas y **en funcionamiento** en la actualidad.

La **delimitación** del universo de estudio conlleva la depuración de esta base global de entidades, aun tentativa y por verificar; no solo en cuanto a la actividad principal desarrollada, sino a su misma existencia y funcionamiento actual.

Por lo tanto, en un primer ‘barrido’ de esa lista inicial consolidada se excluyeron todos los registros de entidades no relacionadas directamente con atención y tratamiento del consumo problemático de SPA. El producto de este ejercicio fue un listado **‘específico’** preliminar de entidades en el área objeto de estudio, con un total de 333 registros.

No obstante, por tratarse de un registro **histórico acumulativo**, esta primera base de identificación y delimitación del universo estaba sujeta a **verificación** fáctica; es decir, a comprobación, confirmación y contacto, en un proceso documentado de **actualización**, con empleo de distintos medios y estrategias:

- Central telefónica y de correo electrónico,
- búsqueda por internet,
- consulta con el servicio informativo de la línea telefónica nacional 113,
- solicitud de información a entes territoriales,
- búsqueda en el *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)* (<https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>), y
- búsqueda en el Directorio Nacional de C.A.D. (MPS, 2005).

Adicionalmente, se recurrió a la táctica de ‘cliente incógnito’ para intentar localizar y contactar a cerca de 150 entidades cuya existencia y funcionamiento no había podido ser confirmada por otros medios.

Efectuada la exploración y verificación uno por uno de todos los registros de la base

específica inicial (333), se llegó a un listado depurado de 181 entidades, cuya existencia y funcionamiento fueron confirmados. Tal es entonces la composición y el tamaño del universo de estudio: **181** instituciones con servicios de tratamiento al consumidor de SPA, localizadas en 23 departamentos y el Distrito Capital.

Otras 18 entidades dijeron no hacer tratamiento, aunque cuentan con código de habilitación. Indagadas al respecto, algunas de estas entidades dijeron no prestar tratamiento en la actualidad por diferentes razones, tales como: estar dedicadas a otras actividades, cambios organizativos u otras situaciones de orden interno, haberse terminado los convenios o contratos de prestación de servicios con determinada institución (*i.e.*, alcaldía municipal), o no tener 'pacientes' en atención durante la época del estudio. Varias entidades reconocieron no estar prestando servicios de tratamiento por no tener convenios suscritos con entidades promotoras de salud (EPS), no tener demanda suficiente de particulares, o "no estar habilitados".

Durante el proceso de exploración y verificación se pudo constatar que una proporción considerable de entidades no están en funcionamiento, han sido liquidadas o no existen. Algunas han cambiado de objeto o existen solo formalmente, incluso con código de habilitación como prestadores de servicios de tratamiento al consumidor de SPA.

En síntesis, la **estrategia metodológica** del censo institucional comprendió los siguientes pasos y sub-productos:

Síntesis del proceso del censo institucional

Paso	Resultado/ sub-producto
1. Definición operacional del universo de estudio	Población objetivo: ISACSPA, identificadas como todas las entidades que ofrecen uno o más de los seis servicios de tratamiento definidos en la normatividad vigente (MSPS, Resolución 2003 de 2014).
2. Integración y consolidación de (siete) bases de datos existentes (registros oficiales)	Listado global unificado de entidades en el área de consumo de SPA: 430 registros. Vigencia/ validez por determinar.
3. Depuración del listado consolidado inicial, según el objeto específico del estudio (primer 'barrido')	Listado específico inicial de entidades con servicios al consumidor de SPA: 333 registros. Vigencia por determinar.
4. Verificación y validación uno a uno de todos los registros: llamadas telefónicas, correos electrónicos, búsqueda por internet, línea 113, REPS, etc.	<ul style="list-style-type: none"> - 116 registros correspondieron a entidades liquidadas, inexistentes o que no están en funcionamiento. - 36 entidades dijeron no ofrecer servicios de tratamiento en la actualidad; no obstante, la mitad de ellas cuentan con código de habilitación. - 181 registros vigentes de entidades en funcionamiento, con servicios de tratamiento al consumidor de SPA.
5. Depuración y consolidación final de la base censal o universo de estudio	181 ISACSPA.
6. Recolección de información en las ISACSPA contactadas, con fines de estudio evaluativo y diagnóstico situacional.	171 ISACSPA abordadas, lo cual representa una cobertura efectiva de 94,5% del censo institucional.

La construcción de este marco censal constituye un primer resultado sustancial del estudio, y con él se da cumplimiento a uno de sus principales objetivos específicos. A la vez, provee la base para la fase subsiguiente, cual es el abordaje con fines evaluativos de las instituciones y los servicios que conforman el universo identificado.

4. Descripción del universo

“La consulta a las diversas fuentes arrojó información de un total de 451 instituciones, la verificación telefónica y por otros medios permitió confirmar la existencia de 368 correspondientes al 81% de las instituciones en inventario. Las 83 instituciones restantes, habían desaparecido para el momento de la confirmación, o se tenían datos incompletos que incluso después del envío de comunicaciones por correo no pudieron ser contactadas, o habían cambiado de razón social, o estaban en proceso de cierre o reestructuración. En muchos casos, las instituciones no cumplían con los criterios de inclusión y por esto no fueron tenidas en cuenta dentro del diagnóstico situacional.” (MPS 2004, p. 40)

Así comienza la descripción de resultados del diagnóstico situacional de instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia, realizado en 2004. El panorama expuesto en el párrafo que sirve de epígrafe a esta sección del presente informe, revela la naturaleza del universo de estudio en aquel momento antecedente. Como se señala en la exposición de las estrategias metodológicas para el censo institucional de ese año, “las instituciones que serían la fuente primaria de información, se caracterizan por su movilidad, inestabilidad y diversidad (...)” (MPS 2004, p. 27). La diferencia entre el universo registrado y el universo censado de instituciones en el estudio de 2004, se explica así en el informe de resultados:

“Es muy posible que, a pesar de la diversidad de fuentes consultadas para el censo y las estrategias implementadas, no se haya logrado detectar la existencia de la totalidad de los programas existentes en el país, pues como ya se mencionó se trata de instituciones con alta movilidad e inestabilidad y dada la inexistencia de una normativa que regule la prestación de estos servicios, proliferan con gran facilidad instituciones de baja complejidad y perfil, probablemente “invisibles” para la mayoría de fuentes posibles de información.”

Doce años después, en el presente estudio de evaluación y diagnóstico situacional de los servicios de tratamiento al consumidor de SPA en Colombia – 2016, el primer hallazgo es la constatación de la existencia de un universo formal y un universo ampliado de servicios, y entre uno y otro, un censo institucional que en suma constituye un registro actualizado del universo real confirmado de prestadores de servicios de tratamiento. El mismo no agota el universo total de oferentes, que incluye también una proporción no precisada de informalidad y un menú variado de servicios complementarios o alternativos a las seis categorías que contempla el marco normativo de la salud en este campo de estudio, plasmado en la Resolución 2003 de 2014.

Como se describió en el capítulo precedente dedicado al censo institucional de 2016, numerosos registros en las bases de datos oficiales corresponden a entidades que ya no existen, han sido liquidadas o no están en funcionamiento. La búsqueda en el módulo de consulta del *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)*, en muchos casos arrojó como resultado la respuesta “sin información”, no obstante tratarse de entidades relacionadas en las bases de datos con código de habilitación. Así mismo, se pueden encontrar en portales informativos y directorios de servicios en internet algunas entidades cuya existencia y funcionamiento no pudieron ser confirmados. En otros casos, habiendo localizado y contactado a entidades que aparecen registradas en las bases de datos como centros de tratamiento al consumidor de SPA, varias dijeron trabajar en el área de consumo de SPA, pero prestando otros servicios diferentes al tratamiento (e.g., “trabajamos en mitigación y reducción de daños, pero no hacemos tratamiento”), o declararon no estar atendiendo “pacientes” por no tener convenios con EPS o “con la alcaldía”; o haber suspendido temporalmente el servicio de tratamiento y estar dedicados a otras actividades (prevención, promoción de la salud, otros proyectos sociales).

Como ilustración y referencia adicional del panorama encontrado en 2016, cabe anotar que una exploración paralela a la construcción del censo institucional permitió evidenciar que más de la mitad de las 282 instituciones registradas en el “*Directorio Nacional de Centros de Atención en Drogadicción – CAD*”⁶⁰, producto del estudio de 2004, no figuran en las actuales bases de datos oficiales de prestadores de servicios de atención y tratamiento al consumidor de SPA. Como correlato, sin embargo, hoy se encuentra casi un centenar de instituciones que han sido creadas a lo largo de estos doce años transcurridos desde el estudio pionero de 2004.

Considerando las seis modalidades de servicios que comprende la atención y el tratamiento a los consumidores de SPA, se encontraron dos situaciones distintas pero igualmente llamativas: algunas instituciones de salud prestan servicios de consulta externa, atención ambulatoria de mediana complejidad y atención de urgencias hospitalarias por intoxicaciones o sobredosis, entre otros servicios, **sin** estar registradas ni habilitadas como ISACSPA. Otras instituciones hospitalarias registradas con código de habilitación en las bases de prestadores de servicios al consumidor de SPA no atendieron la invitación a participar en el estudio, aduciendo no ser “Instituciones de Atención y Tratamiento al Consumidor de Sustancias Psicoactivas”.

Indagadas al respecto, varias instituciones dijeron atender a los consumidores de sustancias como a cualquier otro usuario de sus servicios, independiente de su conducta o su calidad de usuario de sustancias. Otras dijeron no necesitar una habilitación específica para atender consumidores de psicoactivos, ya que “muchos pacientes son fumadores o consumen alcohol u otras sustancias, sin que eso sea el motivo de consulta”.

⁶⁰ República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (2005). *Directorio Nacional de Centros de Atención en Drogadicción – CAD*. Bogotá D.C: Imprenta Nacional, enero de 2005.

5. Dificultades y limitaciones

Las especificaciones de la estrategia metodológica y las principales contingencias afrontadas en el proceso de construcción de este marco censal fueron documentadas desde el inicio del estudio; en particular, en el informe de la prueba piloto y en sucesivos reportes de actividades relativas a la integración, la consolidación, la verificación y la depuración de las bases de datos, así como aquellas referentes al contacto, la invitación a participar en el estudio y el agendamiento de citas en las entidades. Allí se refirieron dificultades para el contacto efectivo y el abordaje de entidades que mostraron renuencia a participar en el estudio, con actitudes evasivas, dilatorias, sucesivas excusas y cancelaciones de citas programadas y, en algunos casos, rehusando abiertamente.

Un conjunto de factores relativos al doble carácter del **estudio: censal y evaluativo**, lo que conlleva la aplicación de normatividad vigente en la identificación y la verificación de las entidades y los servicios en este campo de estudio, auguraban una tasa de no respuesta cercana o mayor al 10% de los prestadores registrados, aparte de una proporción incierta de prestadores no registrados o no habilitados.

Tratándose de un censo, se esperaba una cobertura igual o cercana al 100%. Sin embargo, en el marco de los fines evaluativos y de verificación que conlleva el estudio, en un universo donde perviven condiciones de informalidad, insuficiente fundamentación científica, visiones ideológicas, así como limitaciones materiales y de recursos profesionales, era apenas previsible que una proporción indeterminada de prestadores de atención y tratamiento de consumo problemático de sustancias se mostraran renuentes a participar en el estudio.

Las limitaciones y dificultades mencionadas fueron superadas en gran medida, aunque no completamente, mediante una combinación de rigor analítico y esmerada dedicación en la búsqueda y confirmación de información para la identificación y localización de las ISACSPA, y, de otra parte, paciencia, amabilidad y sentido de prudencia y diplomacia en las labores de contacto, comunicación y coordinación con las entidades y las personas responsables de atender el estudio.

6. El censo en perspectiva

La rigurosidad en la identificación y la delimitación de las instituciones y servicios objeto de estudio, así como en el proceso de verificación de los datos de localización, funcionamiento y contacto de dichas instituciones, permiten afirmar con plena confianza el mayor realismo y certidumbre posible en el censo registrado. No obstante, visto en perspectiva frente a las bases de datos oficiales y otros reportes documentados, el universo de 181 ISACSPA podría parecer ligeramente sobreestimado. Así, por ejemplo, la base oficial “Atención al consumidor de SPA” tiene un total de 175 registros, cifra que es igual a la suma de las instituciones relacionadas en las cuatro listas según modalidades de atención.

De otro lado, el listado de ONG solo contiene 90 registros en el área de tratamiento, mientras que alrededor de la tercera parte de los 251 registros en la base *Suicad* (25-05-2016) corresponden a entidades diferentes a CAD/ ISACSPA, o a centros de tratamiento que ya no están en funcionamiento o han dejado de existir. Esto reduciría los registros vigentes a menos de 175 instituciones.

Una publicación reciente del *Ministerio de Salud y Protección Social* y el *Ministerio de Justicia y el Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia* (2016), señala que a diciembre de 2015 el *SUICAD* contaba con información acumulada de 186 centros y servicios de tratamiento habilitados en el país (p. 12). No obstante, durante ese mismo año, solo 150 centros reportaron casos al *Suicad* (p. 20).⁶¹

El “Reporte de Drogas de Colombia – 2016”, publicado por el MJD-ODC, menciona una cifra de 324 servicios para la atención de personas consumidoras de SPA a nivel país, distribuidos en 24 departamentos y Bogotá D.C. (p. 53).⁶² Esta cifra a su vez es muy inferior al inventario de servicios ofrecidos por las 171 ISACSPA identificadas en este estudio, como se mostrará más adelante.

Antes de dar cuenta de los desarrollos y resultados de la ejecución del estudio evaluativo de instituciones y servicios de tratamiento previamente identificados, cabe consignar unas breves anotaciones sobre el **censo institucional de 2004**, como marco de referencia para el análisis comparativo de la situación.

61 República de Colombia: Ministerio de Justicia y el Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), Ministerio de Salud y protección Social, UNODC (2016). *SUICAD. Sistema basado en centros y servicios de tratamiento a la persona consumidora de sustancias psicoactivas*. Bogotá D.C., diciembre de 2016.

62 República de Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (ODC). Reporte de Drogas de Colombia. Bogotá D.C., noviembre de 2016.

7. El censo en retrospectiva: una mirada comparada con el censo institucional de 2004

El diagnóstico situacional de 2004 definió como *centro de tratamiento en drogadicción (CAD)* “toda aquella institución (con estructura institucional), que ofreciera servicios de asistencia a población consumidora, independientemente de la presencia de otras problemáticas y que contara con una sede física para la prestación de los servicios” (MPS 2004, p. 29). No se incluyeron grupos de auto-apoyo tipo *Alcohólicos Anónimos* o *Narcómanos Anónimos*, ni profesionales independientes que ofrecían atención en consulta a esta población. Sin embargo, como lo señala el informe, la definición de estos criterios tan generales llevó a incluir instituciones de diversa naturaleza: instituciones de protección de menores, centros de reeducación de adolescentes infractores de la ley, comunidades terapéuticas en medio penitenciario, hogares de paso, programas de reducción de daños y riesgos asociados al consumo, y entidades que solo ofrecían consulta externa, entre otras. (MPS 2004, p. 29)

La fuente primaria de información fueron las instituciones mismas y la **unidad de análisis** del estudio fueron los **programas**, definidos de acuerdo con factores como: problemáticas atendidas, poblaciones atendidas y modalidades de servicio.

La definición de acuerdo con estos criterios arrojó un universo de estudio de **358 programas**, correspondientes a **283 instituciones u organizaciones**, distribuidas en 23 de los 32 departamentos del país (incluyendo a Bogotá D.C. en Cundinamarca). (MSPS 2004, p. 30)

De lo anterior se desprenden las siguientes observaciones acerca del universo de estudio en 2004 y su actual definición en el estudio de 2016:

- En 2004, el universo poblacional estuvo conformado por los CAD y, adicionalmente, un conjunto de entidades de diversa naturaleza. En 2016, el universo poblacional está limitado a las instituciones que ofrecen una o más de las seis categorías de servicios de tratamiento definidas en la normatividad (Resolución 2003 de 2014).
- La unidad de análisis principal en 2004 fueron los programas, definidos según los criterios ya mencionados, con un total de 358, en un universo poblacional de 283 instituciones. En 2016, la unidad de análisis principal son las instituciones prestadoras de servicios de tratamiento como tales.
- El criterio que determina la primacía de las ISACSPA como unidad de análisis es que son estas las que establecen y definen la identidad, la naturaleza, la representación legal, la organización y los recursos de los servicios de tratamiento al consumidor de SPA.

- Los servicios de tratamiento, a su vez, en un segundo nivel de análisis -aunque no menos importante-, se evalúan frente a unos criterios e indicadores específicos de habilitación, constituyendo así una unidad de análisis diferencial. El círculo se cierra con las referencias recíprocas entre las *ISACSPA* y sus servicios. Así, se cuenta con un universo poblacional de 181 *ISACSPA* y un universo de servicios por determinar en un segundo momento.
- En cuanto a este 'otro' universo, el registro consolidado del censo de 2016 arroja un inventario de 384 servicios de tratamiento al consumidor de SPA en el país.
- En síntesis, el estudio de 2004 estableció un censo de 283 instituciones u organizaciones y un total de 358 programas o servicios de tratamiento ofrecidos por dichas instituciones. A su vez, el estudio de 2016, con un censo más selectivo y delimitado de *ISACSPA*, contabiliza 384 servicios de tratamiento. Considerando que este inventario de servicios corresponde a 171 *ISACSPA* estudiadas, que a su vez representan el 94,5% del censo institucional, es probable que el universo real de servicios se acerque a 400.
- Ante este panorama, el análisis preliminar sugiere que una población aparentemente menor de instituciones prestadoras de servicios de tratamiento en 2016, con respecto al año 2004, no representa una disminución en la oferta global de servicios de tratamiento. Antes bien, los datos sugieren una progresiva cualificación y diversificación/ampliación de los prestadores de servicios de tratamiento, en una dinámica que conlleva la consolidación y sostenibilidad de algunos -muchos- prestadores y la eventual caducidad y desaparición de algunos -muchos- otros.

En las páginas siguientes se presentan los resultados del abordaje evaluativo o diagnóstico situacional de las instituciones y servicios de tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas en el país.

**II. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LOS SERVICIOS DE
TRATAMIENTO AL CONSUMIDOR DE SPA EN COLOMBIA - 2016**

**1. CARACTERIZACIÓN DE LAS INSTITUCIONES CON SERVICIOS
DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO AL CONSUMIDOR
DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (ISACSPA)**

1.0 Alcance del estudio evaluativo

El abordaje de 171 ISACSPA en el estudio evaluativo arrojó información sustancial de la oferta de servicios de tratamiento al consumidor de SPA en Colombia. Como se indicó en el capítulo metodológico del estudio, la recolección de información en terreno comprendió la aplicación de cuatro guías de entrevista (director, terapeuta principal, usuario en tratamiento y ex usuario) y un protocolo de observación, registro y verificación de infraestructura y dotación.

Aunque la descripción de resultados que se presenta en las páginas siguientes da cuenta de 171 ISACSPA, la razón social de varias (12) instituciones cobija dos o más sedes de servicios. De estas, algunas sedes están localizadas en diferentes municipios; otras tienen más de una sede en el mismo municipio, pero con distintas modalidades de servicios. Por estas razones, algunos directores entrevistados respondieron en representación de dos o más ISACSPA. De otra parte, en algunas entidades el/la directora(a) es al mismo tiempo el miembro principal del equipo terapéutico, por lo que el número total de terapeutas entrevistados(as) (164) no coincide con el inventario de ISACSPA, ni con el número de directores(es) entrevistados(as) (160).

En unas pocas instituciones que solo ofrecen servicios de atención ambulatoria no se pudieron entrevistar usuarios en tratamiento, por no encontrarse o no estar disponibles en el tiempo de la visita a la ISACSPA, y no contar con información que permitiera contactarles directamente. Así, el número de usuarios entrevistados (159) es menor que la cifra de ISACSPA, aunque la cobertura alcanzada (93%) se considera representativa de este segmento en el estudio.

En cuanto a ex usuarios de servicios de tratamiento, factores situacionales relacionados con su misma condición y ausencia de la institución, además de la incierta o insuficiente colaboración de la ISACSPA en algunos casos, confluyeron para que el número de entrevistas realizadas (147), fuera aún menor que el de usuarios en tratamiento. No obstante, la cobertura alcanzada en el segmento de ex usuarios (86% de las ISACSPA) se considera apropiada para los fines del estudio.

En perspectiva, las proporciones de ISACSPA en las que **no** se pudieron entrevistar usuarios en tratamiento o ex usuarios (7% y 14% respectivamente) son menores que las reportadas en el estudio de 2004 (cuando no se pudo entrevistar usuarios o ex usuarios en 13% y 32% de los programas visitados).

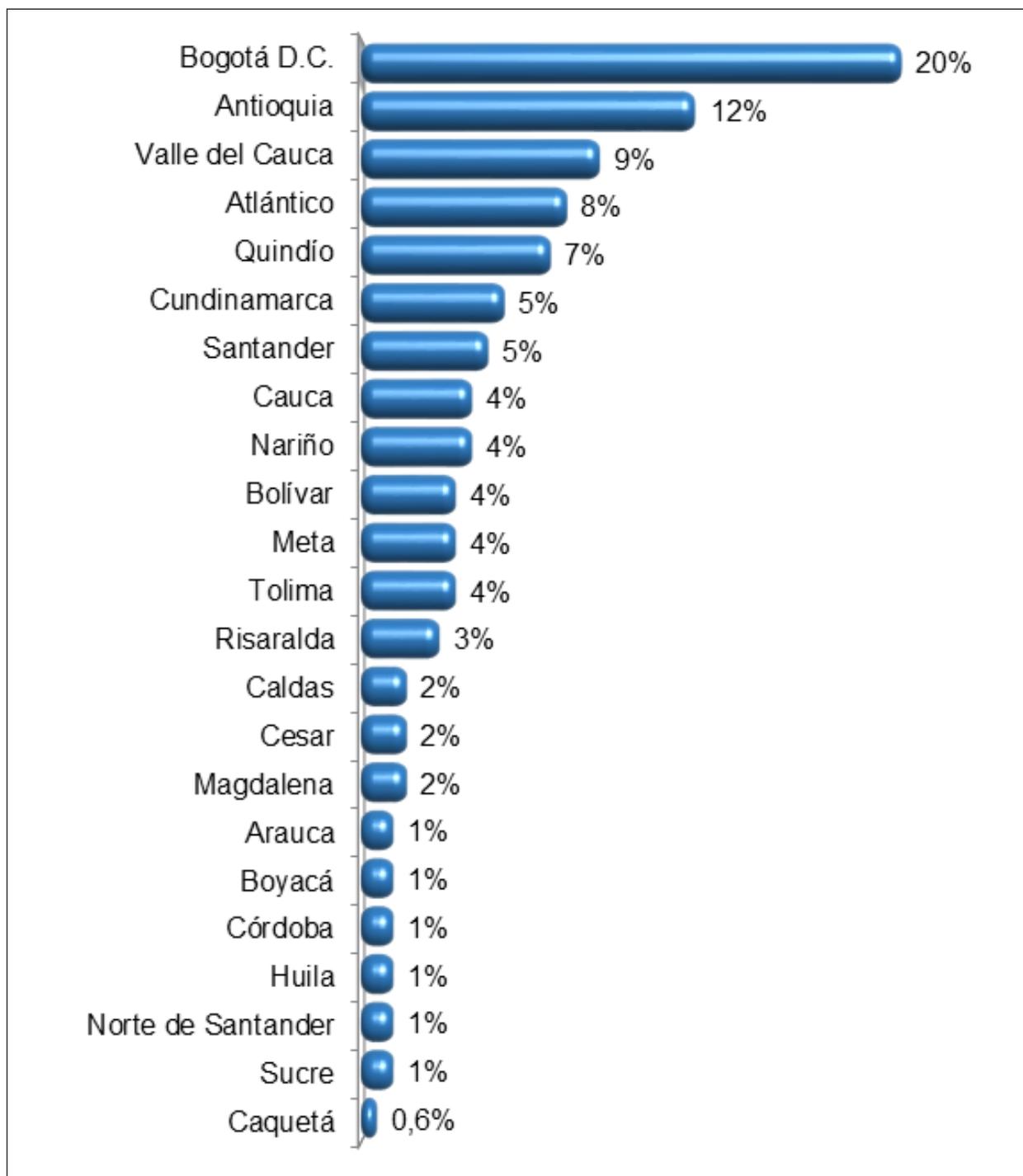
Por último, el protocolo de observación y verificación de infraestructura y dotación no pudo ser ejecutado en seis ISACSPA, en las cuales no se pudieron realizar presencialmente las entrevistas a sus directores o terapeutas, debido a dificultades de agenda, distanciamiento y restricciones de movilidad entre sedes de la misma institución, u otros impedimentos por parte de las personas encargadas de atender al equipo de investigación. Así, la cobertura de 96,5% alcanzada en la aplicación de este protocolo es menor que el 100% logrado en 2004.

1.1 Distribución geográfica de las ISACSPA

Tabla 4. Número y porcentaje de ISACSPA por departamentos y Distrito Capital

Departamentos	Inventario	Visitadas	
		Número	(%)
Bogotá D.C.	35	34	19,9
Antioquia	21	21	12,3
Arauca	2	2	1,2
Atlántico	13	13	7,6
Bolívar	7	6	3,5
Boyacá	2	2	1,2
Caldas	4	3	1,7
Caquetá	1	1	0,6
Casanare	1	0	--
Cauca	8	7	4,1
Cesar	3	3	1,7
Córdoba	2	2	1,2
Cundinamarca	9	9	5,3
Huila	2	2	1,2
Magdalena	4	3	1,7
Meta	7	6	3,5
Nariño	7	7	4,1
Norte de Santander	3	2	1,2
Quindío	12	12	7,0
Risaralda	5	5	2,9
Santander	8	8	4,7
Sucre	3	2	1,2
Tolima	6	6	3,5
Valle del Cauca	16	15	8,8
Total país	181	171	100%

Gráfica 2. Porcentaje de ISACSPA por departamentos y Distrito Capital



- Casi dos terceras partes de las ISACSPA se localizan en Bogotá y cinco departamentos: Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico, Quindío y Cundinamarca. A su vez, cerca de una tercera parte de los 32 departamentos del país no cuenta con entidades clasificadas como ISACSPA.
- La mitad de las ISACSPA registradas se localizan en la capital del país y en tres departamentos (Antioquia, atlántico y Valle del Cauca). A su vez, la mitad de los 23 departamentos en los que existen ISACSPA cuentan cada uno con menos de cinco instituciones prestadoras de servicios, casi todas localizadas en la capital.
- Nueve de los 32 departamentos de Colombia no cuentan con ISACSPA. La oferta de servicios especializados de tratamiento al consumidor de SPA es inexistente en cerca del 95% de los 1.122 municipios que tiene el país.
- Este panorama no difiere sustancialmente de la situación reportada en 2004⁶³; al contrario, es muy similar, con pequeñas salvedades, como ligeras variaciones en el número de ISACSPA registradas en cada departamento, desaparición de algunas y registro de otras en el censo de 2016.
- En lo esencial, ambas mediciones revelan una ausencia de ISACSPA en la mayor parte del territorio nacional, una distribución espacial muy desigual de la oferta existente, con más de dos terceras partes concentradas en seis departamentos y ciudades, y una marcada debilidad en departamentos con altas prevalencias de consumo problemático de sustancias ilícitas y alcohol.
- Aunque el consumo de sustancias ilícitas presenta tasas superiores en los departamentos y ciudades con mayor población urbana, que son a su vez aquellos que cuentan con la mayor oferta de servicios de tratamiento al consumidor de SPA (Bogotá, Antioquia, Valle, Eje Cafetero), hay también departamentos que reportan altas prevalencias de consumo problemático de SPA ilícitas y no cuentan con una oferta apreciable de servicios de tratamiento (*i.e.*, Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda).
- El panorama es más crítico en lo concerniente a la atención y el tratamiento del consumo problemático de alcohol, el cual presenta en Colombia una tasa promedio nacional de 31%.⁶⁴ Así, considerando el censo de ISACSPA y su distribución geográfica, es evidente la ausencia de servicios de atención y tratamiento en los departamentos que presentan las más altas tasas de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol: Orinoquia y Amazonia (35%), San Andrés y Providencia (39%), Cesar (45%), Córdoba (48%), Chocó (46%), La Guajira (51%), Magdalena (36%) y Sucre (43%).⁶⁵

63 República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social). *Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia*. Bogotá D.C., diciembre de 2004, pp. 40-42.

64 Porcentaje respecto a los consumidores de alcohol en los últimos 30 días.

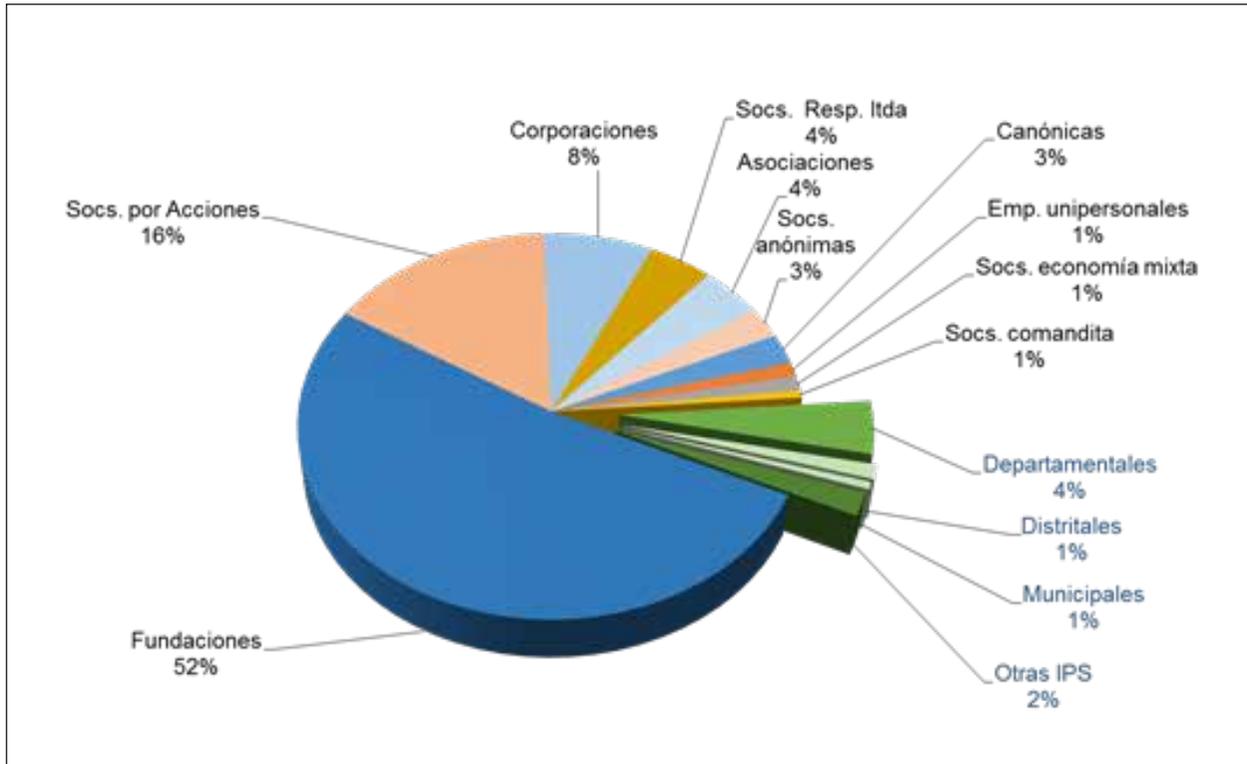
65 República de Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), Ministerio de Salud y Protección Social. *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013*. 2da. edición: septiembre, 2015. Bogotá D.C.: Nuevas Ediciones, p. 58

1.2. Naturaleza jurídica

Tabla 5. Distribución de las ISACSPA según su naturaleza jurídica

Naturaleza jurídica (%)		Modalidad (%)		Tipo	%
Derecho privado	91,9%	Entidades con ánimo de lucro	25,6	Sociedades por acciones simplificadas	15,6
				Empresas unipersonales	1,2
				Sociedades de responsabilidad limitada	4,4
				Sociedades anónimas	2,5
				Sociedades en comandita	0,6
				Sociedades de economía mixta	1,2
		Entidades sin ánimo de lucro	66,3	Fundaciones	51,9
				Asociaciones	4,4
				Corporaciones	7,5
				Cooperativas	0
Canónicas	2,5				
Derecho público	8,2%	Empresas Sociales del Estado	6,3	Nacionales	0
				Departamentales	4,4
				Distritales	1,2
				Municipales	0,6
		Otras IPS públicas	1,9	Nacional, departamental, municipal	1,9

Gráfica 3. Distribución de las ISACSPA según su naturaleza jurídica



- La gran mayoría de las ISACSPA (92%) son organizaciones de derecho privado; dos terceras partes de estas registradas como entidades sin ánimo de lucro.
- Las entidades sin ánimo de lucro son mayoritariamente fundaciones y en proporciones menores asociaciones, corporaciones y organizaciones canónicas.
- La participación directa del Estado en la prestación de servicios de tratamiento al consumidor de SPA no supera el 8% de la oferta, inferior al 13% reportado en el diagnóstico situacional de 2004.

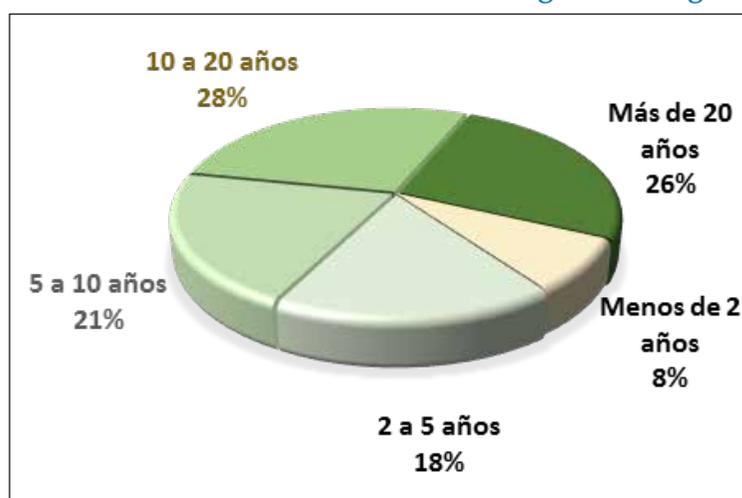
1.3. Antigüedad

Tabla 6. Distribución de las ISACSPA según su antigüedad

Antigüedad según fecha de creación	%
Menos de 2 años	8,1
2 a 5 años	17,5
5 a 10 años	20,6
10 a 20 años	28,1
Más de 20 años	25,6

- La mitad de las ISACSPA tienen más de 10 años de existencia; esto es, han asegurado su sostenibilidad y han logrado consolidarse en un universo que, como se ha visto, se caracteriza por su complejidad e inestabilidad. Una quinta parte adicional han sobrepasado su primer lustro de existencia, lo cual significa que han logrado afianzarse y hacerse sostenibles.
- Considerando las altas tasas de ‘defunción’ o liquidación de entidades de tratamiento reportadas tanto en 2004 como en el nuevo censo institucional de 2016, resalta el hecho de que más de mitad de la oferta global de servicios de tratamiento al consumidor de SPA esté representada por entidades probadamente sólidas y de amplia trayectoria.
- Al mismo tiempo, parece alentador que en los últimos cinco años se hayan creado casi medio centenar de nuevas ISACSPA en el país; es decir, la quinta parte de la oferta existente (44 según el censo institucional).

Gráfica 4. Distribución de las ISACSPA según su antigüedad

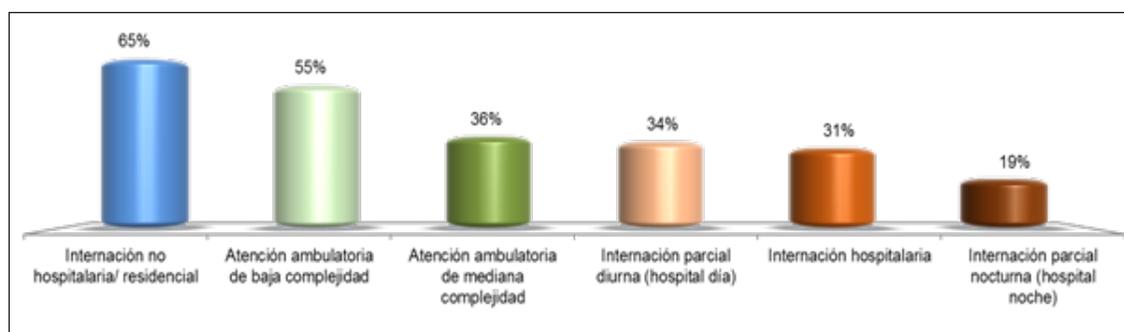


1.4. Composición del universo de servicios de tratamiento

Tabla 7. Servicios de tratamiento que ofrecen las ISACSPA

	Servicios	No.	ISACSPA que los ofrecen (%)
1	Internación hospitalaria	50	31,2
2	Internación parcial diurna (hospital día)	54	33,7
3	Internación parcial nocturna (hospital noche)	31	19,4
4	Atención ambulatoria de baja complejidad	88	55,0
5	Atención ambulatoria de mediana complejidad	57	35,6
6	Internación no hospitalaria/ residencial	104	65,0
	Total	384	

Gráfica 5. Servicios de tratamiento que ofrecen las ISACSPA



- Considerando las distintas modalidades de atención y tratamiento al consumidor de SPA, se observa un incremento de servicios de **atención ambulatoria de baja complejidad** (55% de las ISACSPA) con respecto a la situación reportada en 2004, cuando estos servicios aparecían en segundo lugar en la oferta, con solo 44% de los CAD.
- La modalidad **residencial**, que en 2004 era predominante en la oferta de servicios de tratamiento, con 73,5% de los prestadores, hoy también ocupa el primer lugar, aunque con una menor proporción de ISACSPA ofreciendo dicha modalidad de tratamiento (65%).
- Alrededor de una tercera parte de las ISACSPA (31,2%) ofrecen **internación hospitalaria**, una proporción ligeramente mayor (33,7%) ofrece **internación parcial diurna** ('hospital día'), cerca de una quinta parte (19,4%) ofrece **internación parcial nocturna** ('hospital noche') y algo más de una tercera parte (35,6%) ofrece **atención ambulatoria de mediana complejidad**.

- Estas cifras representan un incremento en la oferta de servicios de tratamiento en sus varias modalidades, con respecto a la situación reportada en 2004, cuando la modalidad de hospital día era ofrecida por 11.9% de los CAD, mientras que las modalidades de hospital noche y mixta (mediana complejidad) eran ofrecidas por 5,2% y 9,6% de los CAD, respectivamente (MPS 2004, p. 52).

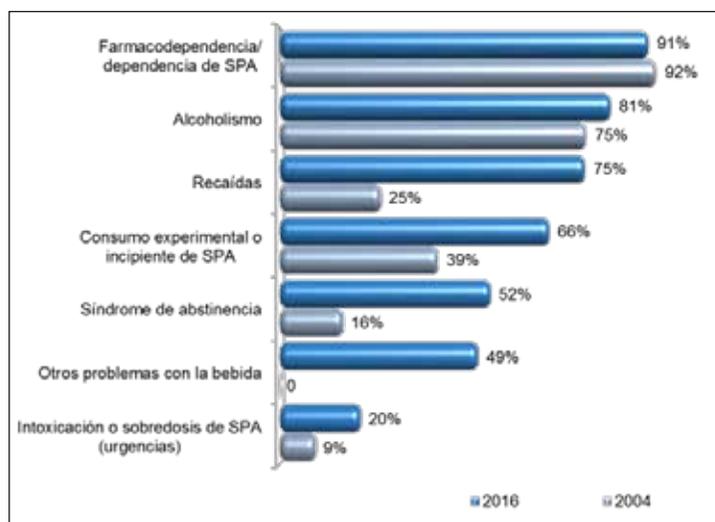
1.5. Problemáticas específicas que atienden

Tabla 8. Problemáticas específicas en SPA que atienden las ISACSPA

Tipos de problemas	2016 (%)	2004 (%)
Farmacodependencia/ dependencia de SPA	90,6	92,4
Alcoholismo	81,3	75,3
Otros problemas con la bebida	48,8	--
Consumo experimental o incipiente de SPA	66,3	39,0
Intoxicación o sobredosis de SPA (urgencias)	20,0	9,0
Recaídas	75,0	25,0
Síndrome de abstinencia	51,9	15,7

- La problemática que atienden las ISACSPA es definida primordialmente como farmacodependencia o dependencia de sustancias psicoactivas, incluido el alcoholismo, y a su tratamiento están orientadas casi exclusivamente cinco de las seis modalidades de servicios. Las problemáticas atendidas incluyen también el consumo experimental o incipiente de SPA, las recaídas y el síndrome de abstinencia.
- La atención de urgencias por intoxicación o sobredosis de SPA tiene un espacio limitado en la oferta de servicios en el país: 20% de las ISACSPA, casi todas en las tres ciudades principales, brindan estos servicios de tratamiento prioritarios. En este aspecto, sin embargo, la situación es notoriamente mejor que la reportada en 2004, cuando solo 9% de las instituciones visitadas ofrecía este tipo de atención.⁶⁶

Gráfica 6. Problemáticas específicas en SPA que atienden las ISACSPA



⁶⁶ República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. *Diagnóstico situacional de instituciones de tratamiento, rehabilitación y reincorporación social a consumidores de SPA en Colombia: Informe de resultados*. Bogotá D.C., diciembre de 2004, p. 53.

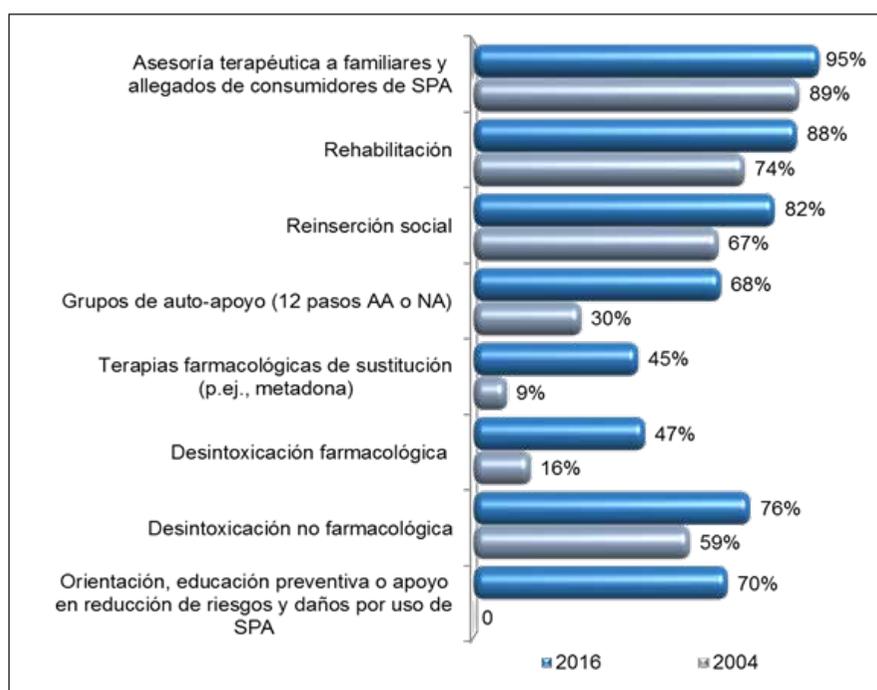
1.6. Otras intervenciones ofrecidas por las ISACSPA

Tabla 9. Otras intervenciones específicas que ofrecen las ISACSPA

Intervenciones	2016 (%)	2004 ⁶⁷ (%)
Asesoría terapéutica a familiares y allegados de consumidores de SPA	94,5	89,0
Rehabilitación	88,4	74,1
Reinserción social	82,3	67,0
Grupos de auto-apoyo (12 pasos AA o NA)	67,7	29,6
Terapias farmacológicas de sustitución (p.ej., metadona)	45,1	9,3
Desintoxicación farmacológica	47,0	15,8
Desintoxicación no farmacológica	75,6	59,2
Orientación, educación preventiva o apoyo en reducción de riesgos y daños por uso de SPA	69,5	---

- Considerando las cifras de 2016 en perspectiva respecto al panorama reportado en el estudio de 2004, se observa ahora una oferta más amplia y diversificada por parte de las ISACSPA que en los anteriores CAD, con incrementos notables en intervenciones como grupos de auto-apoyo, terapias de sustitución, desintoxicación farmacológica y no farmacológica, y educación preventiva en reducción de riesgos y daños por uso de SPA.

Gráfica 7. Otras intervenciones específicas que ofrecen las ISACSPA



67 MPS 2004, p. 62.

1.7 Atención a población consumidora de SPA con otras problemáticas sociales

Tabla 10. Porcentaje de ISACSPA que atienden población consumidora de SPA con otras problemáticas sociales

Atienden a:	SI (%)
Personas trabajadoras sexuales o en explotación sexual	31,3
Indigentes (habitantes de la calle)	50,6
Desplazados por violencia	47,5
Reinsertados de grupos armados	29,4
Menores en medida de protección	47,5
Menores con procesos judiciales	41,9
Adultos sindicados	28,1
Personas declaradas "inimputables"	18,8
Personas portadoras de VIH o con SIDA	39,4
Ninguna de las anteriores	18,8

- En cifras globales, más de la tercera parte de las ISACSPA dijeron atender población en condiciones sociales desfavorables, como personas en situación de indigencia o habitantes de calle (51%), desplazados por la violencia (47,5%), menores infractores (42%) o en medida de protección (47,5%), personas portadoras de VIH o con SIDA (39%) y personas trabajadoras sexuales o en explotación sexual (31%).

1.8 Otras actividades que realizan las ISACSPA

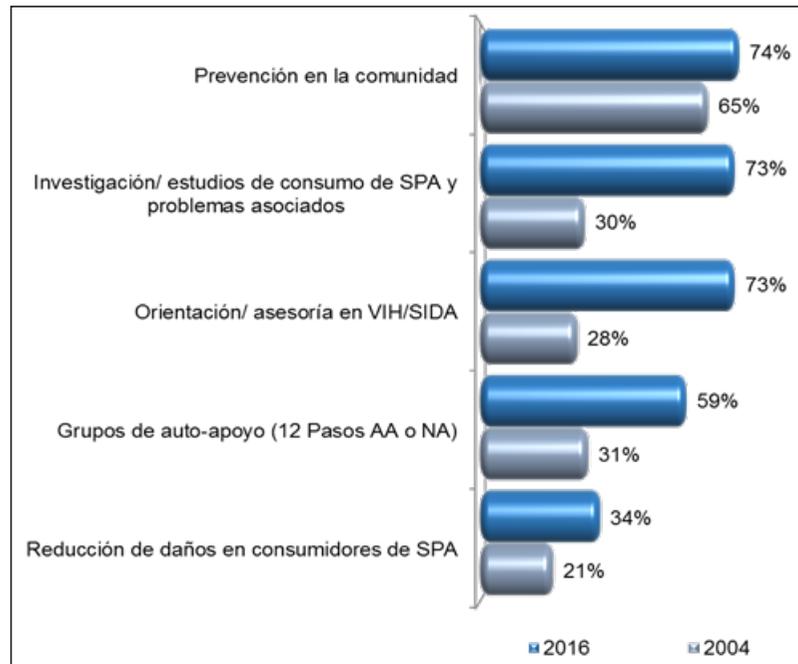
Tabla 11. Otras actividades relacionadas con SPA que realizan las ISACSPA

Actividades	SI (%)	2004 ⁶⁸ (%)
Prevención en la comunidad	73,8	65
Investigación/ estudios de consumo de SPA y problemas asociados	58,8	31
Orientación/ asesoría en VIH/SIDA	34,4	21
Grupos de auto-apoyo (12 Pasos AA o NA)	72,5	30
Reducción de daños en consumidores de SPA	72,5	28

- La gran mayoría de las ISACSPA tienen en actividad grupos de auto-apoyo, siguiendo el modelo de 12 pasos (AA o NA) o variaciones del mismo, como parte o extensión del tratamiento, con un incremento notable frente a lo reportado en 2004.
- Más de dos terceras partes de las ISACSPA realizan actividades de reducción de daños, lo cual representa un avance con respecto al panorama registrado en la medición anterior, cuando esta modalidad apenas hacía parte de las actividades del 28% de los CAD.
- También se registra un ligero incremento en la participación de las ISACSPA en actividades de prevención en la comunidad (73,8% frente a 65% de los CAD en 2004), y en investigación/ estudios de consumo de SPA y problemas asociados (51% *vs.* 30% en 2004).
- La oferta de servicios de orientación y asesoría en VIH/SIDA también muestra crecimiento en este periodo 34,4% *vs.* 21% en 2004).

⁶⁸ MPS 2004, p. 61.

Gráfica 8. Otras actividades relacionadas con SPA que realizan las ISACSPA



1.9 Usuarios atendidos en los dos últimos años

Tabla 12. Número de usuarios atendidos en 2015 y 2016 por departamentos y Distrito Capital

Departamentos	2015	2016
Bogotá D.C.	6.677	7.400
Antioquia	13.058	13.315
Arauca	35	85
Atlántico	1.512	1.744
Bolívar	1.451	1.560
Boyacá	--	25
Caldas	544	155
Caquetá	441	582
Casanare	---	---
Cauca	695	682
Cesar	280	297
Córdoba	98	3120
Cundinamarca	1.674	1.616
Huila	40	74
Magdalena	200	336
Meta	4.386	5.311
Nariño	754	1.043
Norte de Santander	---	---
Quindío	1.794	2.026
Risaralda	504	425
Santander	886	1.331
Sucre	308	386
Tolima	4.407	5.587
Valle del Cauca	4.188	4.582
Total país	43.982	51.736

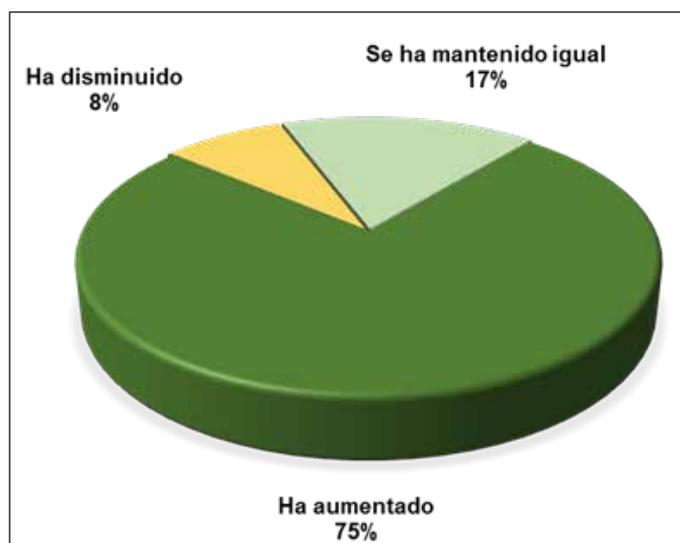
1.10 Percepción de aumento o disminución en la demanda de servicios de tratamiento

Tabla 13. Percepción de aumento o disminución en la demanda de tratamiento

Según los/las directores(as) de las ISACSPA, la demanda de servicios de tratamiento en los dos últimos años...		
Ha aumentado (%)	Ha disminuido (%)	Se ha mantenido igual (%)
75,0	8,1	16,9

- Según la información suministrada por los/las directores(as), la población total de usuarios atendidos en 2015 alcanzó la cifra de 43.982 personas, mientras que en el año 2016 ascendió a 51.736, lo cual representa un incremento de 17,6% en la demanda.
- Consistentemente, la mayoría (75%) de los/las entrevistados(as) dijeron que la demanda de servicios de tratamiento en los dos últimos años “ha aumentado”, mientras que una proporción menor de directores(as) (17%) considera que la demanda “se ha mantenido igual”, y un pequeño porcentaje (8,1%) no desestimable manifestó que esta “ha disminuido”.
- En síntesis, se aprecia un aumento tangible, aunque moderado, en la demanda de servicios de tratamiento al consumidor de SPA.

Gráfica 9. Percepción de aumento o disminución en la demanda



1.11 Capacidad instalada y ocupación por categorías de servicios

Tabla 14. Capacidad total instalada y ocupación actual por categorías de servicios, en número de personas

Servicios	Capacidad	Ocupación	
		Personas	%
Internación hospitalaria	3.309	1.769	53,5
Internación parcial diurna (hospital día)	1.764	765	43,4
Internación parcial nocturna (hospital noche)	1.016	524	51,6
Atención ambulatoria de baja complejidad	3.907	1.423	36,4
Atención ambulatoria de mediana complejidad	2.146	879	40,9
Internación no hospitalaria (residencial)	5.253	3.443	65,5
Otros (mixtos, orientación, consejería, consultas)	--	840	

- Considerando las distintas categorías de servicios, la mayor proporción de población atendida por las ISACSPA se encuentra en la modalidad de internación no hospitalaria o residencial (36%). Le siguen los servicios de internación hospitalaria e internación parcial -diurna o nocturna-, que en conjunto representan cerca de una tercera parte de la cobertura (32%). El tercer lugar en número de personas atendidas lo ocupan los servicios de atención ambulatoria -baja y mediana complejidad- (24%).
- La menor proporción de personas atendidas por las ISACSPA (9%) se registra en otros servicios, distintos a las seis categorías estudiadas (mixtos, orientación, consejería, etc.)
- En cifras globales, la proporción de usuarios en la modalidad de internación residencial es menor que en 2004, cuando esta modalidad de tratamiento concentraba más de la mitad del total de personas atendidas en las distintas modalidades de servicios (55%).⁶⁹
- Aunque los servicios de atención ambulatoria muestran un incremento con respecto a la oferta existente en 2004, la proporción de usuarios atendidos en estas modalidades de servicios es menor que en las modalidades de internación hospitalaria y no hospitalaria.
- Lo anterior indica que en la mayoría de los casos el tratamiento implica, en algún grado, uno u otro tipo de internación del usuario, con un ligero predominio de la modalidad no hospitalaria.

⁶⁹ MPS 2004, p. 56.

1.12 Medios a través de los cuales llegan los usuarios

Tabla 15. Medios a través de los cuales llegan los usuarios a las ISACSPA

Medios de promoción, difusión o remisión	Mencionan (%)	Proporción de usuarios que llegan por estos medios (*)		
		Menos de 20%	20-50%	Más de 50%
Publicidad en medios (TV, prensa, radio, Internet)	50,6	62,5	20,8	16,7
Distribución de volantes informativos	26,9	65,1	25,6	9,3
Operadores en calle	10,6	29,4	35,3	35,3
Alianzas o convenios con otras entidades	73,2	23,7	22,8	53,5
Recomendación o remisión de otras entidades	71,9	44,3	23,5	32,2
Línea telefónica de información y orientación	40,6	61,5	23,1	15,3
Remisión directa de instancia judicial o policía	43,8	65,7	12,9	21,5
Petición directa de consumidores o sus familias	64,4	41,7	32,0	26,2
Recomendación de ex usuarios o sus familiares	72,5	42,2	32,8	25,0

(*) Porcentajes de usuarios que llegan a través de cada medio, sólo entre las entidades que mencionaron ese medio en particular.

- Las alianzas o convenios con otras entidades y sus recomendaciones o remisiones, las recomendaciones de ex usuarios o sus familiares, y la solicitud directa de consumidores o sus familias son los medios principales a través de los cuales llegan los usuarios a las ISACSPA.

1.13 Costo de los servicios de tratamiento

Tabla 16. Costo promedio mensual del tratamiento según servicio

SERVICIOS	Costo promedio mes (\$)
Internación hospitalaria	\$3.212.237
Internación parcial diurna (hospital día)	1.902.150
Internación parcial nocturna (hospital noche)	2.195.000
Atención ambulatoria de baja complejidad	805.362
Atención ambulatoria de mediana complejidad	---
Internación no hospitalaria (residencial)	1.970.626

- Se observa una amplia variedad en el costo promedio mensual de los distintos tipos de tratamiento, siendo mayor la variabilidad de los costos en la modalidad de tratamiento ambulatorio de mediana complejidad, incluso dentro de cada institución. No se reporta un valor promedio para esta modalidad de tratamiento, dado que la mayoría de las 57 ISACSPA que ofrecen este servicio se resistieron a dar una cifra promedio, aduciendo diferencias notables según las particularidades de cada caso y la variaciones mensuales en un mismo caso (según el número de citas programadas en distintas fases o periodos de atención, y los requerimientos profesionales o materiales en cada momento del proceso).
- En todas las demás categorías de servicios existen costos fijos y estimaciones corrientes que les permiten a las ISACSPA indicar con relativa facilidad una cifra promedio mensual. Por lo tanto, los costos promedio registrados en la tabla que aquí se presenta pueden ser considerados como indicativos de las tarifas comunes o más aproximadas en la generalidad de la oferta a nivel nacional.
- En cada tipo de servicios se encuentra alrededor de un 15% de ISACSPA que tienen costos mensuales notablemente inferiores al promedio y otro 15% de ISACSPA cuyos costos superan ampliamente el valor promedio nacional para la modalidad.
- En el caso de la internación residencial, que tiene un costo promedio mensual de \$1.970.26 a nivel nacional, se encontraron 14 entidades cuya tarifa mensual en este tipo de servicio supera la cifra de \$3 millones, mientras que en el extremo opuesto se encontraron otras 14 entidades cuya tarifa en esta modalidad de servicio es inferior a \$1 millón/mes.
- En atención ambulatoria de baja complejidad, que tiene un costo promedio mensual de \$805.362 a nivel nacional, 20% las entidades tienen tarifas mensuales inferiores a la mitad de esa cifra promedio, mientras que en el otro extremo se sitúa un 10% de entidades con tarifas que superan el doble de la tarifa promedio global.

1.14 Aspectos contables, patrimoniales y financieros

1.14.1 Estados financieros y declaración de renta

Tabla 17. Porcentaje de ISACSPA que cuentan con estados financieros (Balance General) y/o Declaración de Renta

Cuentan con:	SI (%)	¿Verificado?	
		SI	NO
Balance General	88,1	76,9	11,2
Declaración de Renta	75,0	61,9	13,1
No cuenta con ninguno	7,5	--	--
No responde	0,6	--	--

1.14.2 Contabilidad

Tabla 18. Porcentaje de ISACSPA que cuentan con sistema contable

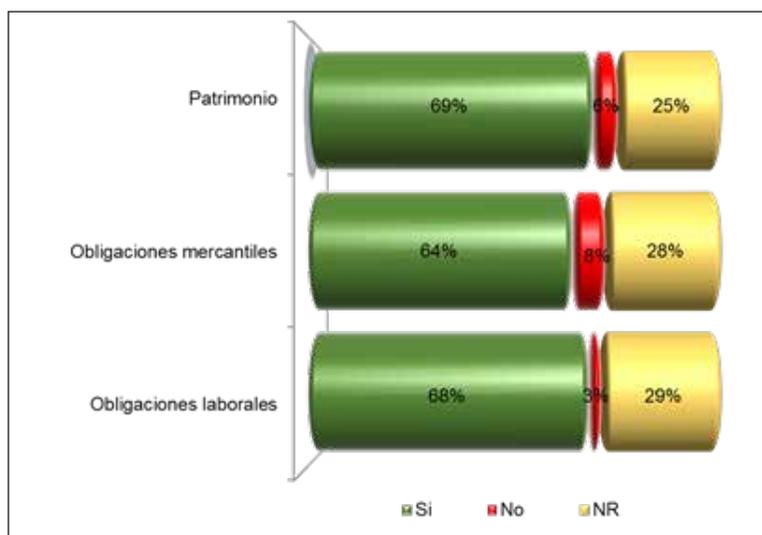
Cuentan con:	SI (%)	¿Verificado?	
		SI	NO
Registros contables (libros)	87,5	67,5	20,0
Contabilidad manual	46,9	38,1	8,7
Contabilidad sistematizada	86,9	68,1	18,7
Software contable	83,1	63,7	19,4
Revisoría fiscal	76,9	56,9	20,0

1.14.3 Suficiencia patrimonial y financiera

Tabla 19. Porcentaje de ISACSPA que cumplen las condiciones normativas de suficiencia patrimonial y financiera ⁷⁰

Indicadores	SI (%)	NO (%)	NR (%)
Patrimonio	69	6	25
Obligaciones mercantiles	64	8	28
Obligaciones laborales	68	3	29

Gráfica 10. Suficiencia patrimonial y financiera



- La gran mayoría de las ISACPA abordadas cuentan con declaración de renta (75%) y/o balance general (88%), lo cual pudo ser verificado en 106 (62%) y 132 ISACSPA (77%), respectivamente. Otras 13 ISACSPA (7,5%) dijeron no contar con declaración de renta ni balance general, y una más rehusó responder la pregunta.
- Todas las entidades cuentan con un sistema contable; la mayoría de ellas tienen contabilidad sistematizada (87%). No obstante, la verificación de registros contables manuales o sistematizados solo fue posible en cerca del 70% de las entidades, lo cual refleja el celo informativo de algunos prestadores de servicios ante estos aspectos.

⁷⁰ Según los parámetros establecidos en la Resolución 2003 de 2014 (pp. 19-20), así: (i) **Patrimonio**: Patrimonio total / Capital X 100 > 50%; (ii) **Obligaciones mercantiles**: Obligaciones mercantiles vencidas en más de 360 días / Pasivo corriente X 100 < 50%; (iii) **Obligaciones laborales**: Obligaciones laborales vencidas en más de 360 días / Pasivo corriente X 100 < 50%.

- El 77% de las ISACSPA dijeron contar con revisoría fiscal, lo cual solo pudo ser verificado en 57% de las entidades estudiadas. Así, la proporción de entidades que no cuentan con revisoría fiscal podría ser mayor a una cuarta parte de las ISACSPA.
- En relación con los indicadores de suficiencia patrimonial y financiera, el 69% de las ISACSPA cumplen el parámetro oficial de patrimonio, 68% cumplen el parámetro relativo a las obligaciones laborales y 64% cumplen el parámetro de obligaciones mercantiles. Sin embargo, una cuarta parte de las entidades (25%) no dieron información que permitiera verificar la suficiencia patrimonial, y en cuanto a las obligaciones laborales y mercantiles, una proporción ligeramente mayor de entidades no suministraron la información requerida para verificar estos indicadores (29% y 28%, respectivamente).
- Lo anterior sugiere que una proporción considerable de entidades (alrededor de una tercera parte) podrían estar teniendo dificultades para cumplir las condiciones normativas de suficiencia patrimonial y financiera.

1.14.4 Fuentes de recursos

Tabla 20. Fuentes de financiación

Fuente	SI (%)	NO (%)	Porcentaje de aporte (*)			
			<20%	20-50%	51-80%	81-100%
Oficial/ pública	38,8	61,3	16,1	29,0	21,0	33,9
Privada	40,6	59,4	29,2	23,1	12,3	35,4
Internacional	6,9	93,1	63,6	27,3	9,1	--
Recursos propios	66,3	33,8	23,6	11,3	13,2	51,9

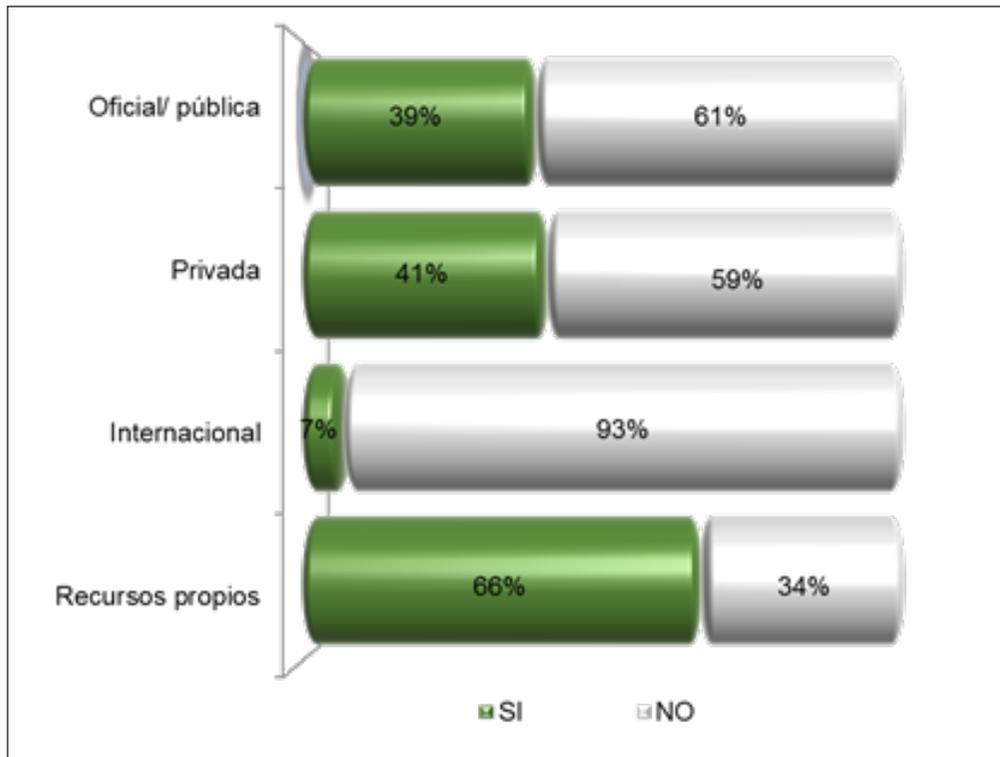
(*) Entre las ISACSPA cuyos directores respondieron SI.

Tabla 21. Otras fuentes de recursos

Reciben recursos por concepto de:	SI (%)
Venta de servicios a particulares	63,1
Venta de servicios a entidades públicas	55,6
Venta de servicios a entidades privadas	57,5
Proyectos (capacitaciones, seminarios, investigación, etc.)	46,9
Transferencias	15,0
Donaciones	38,1
Otros (ICBF, voluntarios, rendimientos financieros, etc.)	6,1

- Considerando las distintas fuentes posibles de financiación, dos terceras partes de las ISACSPA (66%) dijeron contar con recursos propios, algo más de una tercera parte (39%) dijo contar con recursos oficiales y 41% manifestaron contar con financiación privada. Sólo 7% de las ISACSPA tienen acceso a recursos financieros de fuentes internacionales.
- Con respecto a otras fuentes de recursos financieros, la mayoría de las ISACSPA dijeron obtener ingresos por venta de servicios a particulares (63%) y más de la mitad declararon recibir recursos por venta de servicios a entidades públicas (56%) o por venta de servicios a entidades privadas (57%). Una proporción apreciable de ISACSPA (38%) dijo obtener recursos a través de donaciones.

Gráfica 11. Fuentes de financiación



Gráfica 12. Otras fuentes de recursos



1.15 Protocolos administrativos

Tabla 22. Protocolos y herramientas administrativas

Cuentan con:	SI (%)	Verificado (*)
Sistema de facturación	83,1	84,2
Manual de funciones de personal administrativo	90,0	86,8
Manual de funciones de personal asistencial	91,3	85,6
Perfiles de cargo para personal asistencial	88,1	86,5
Documentación que defina la misión, la visión y los objetivos de la institución	92,5	87,8
Protocolos o guías de prestación de servicios	91,3	88,4
Reglamento interno de trabajo	87,5	89,3
Material promocional de los servicios (portafolio, folletos, videos, etc.)	89,4	86,7

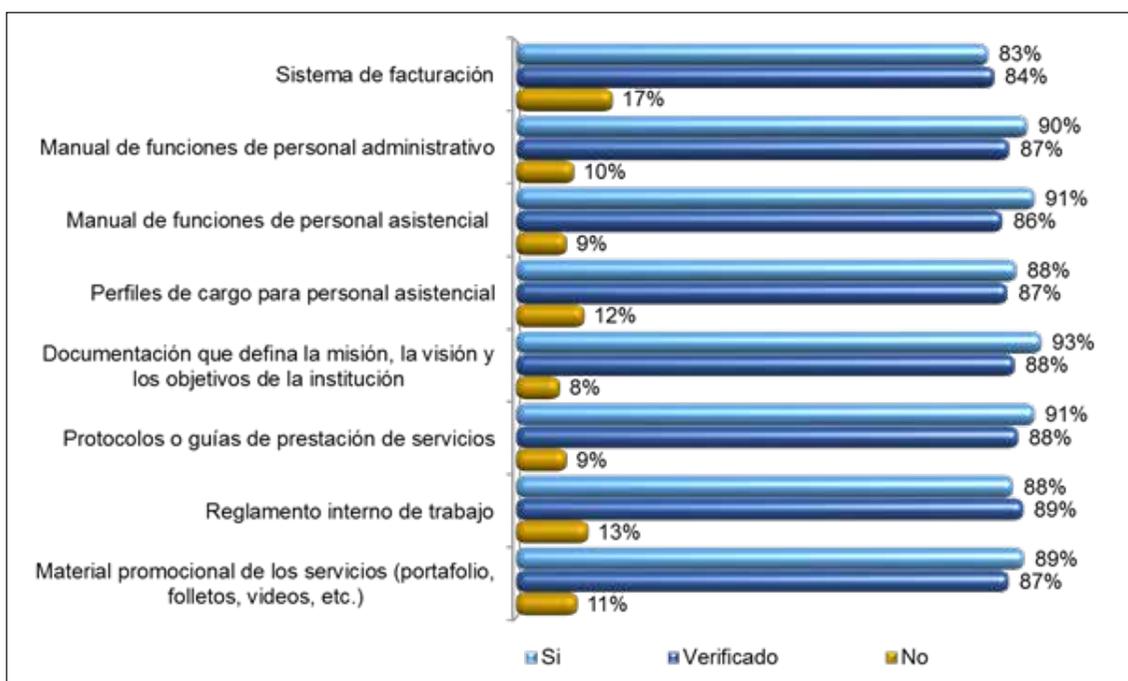
(*) Porcentaje de verificación entre las ISACSPA cuyos directores respondieron "SI".

- Considerando las cifras en perspectiva frente a la situación reportada en 2004⁷¹, es evidente un avance en materia de formalización, organización interna y sistematización de procesos y mecanismos de gestión administrativa. La documentación formal sobre la misión, la visión y los objetivos de la institución es el protocolo más común entre las ISACSPA visitadas, como ocurría en 2004 (89%), con un leve aumento esta vez (92%).
- Los protocolos o guías de servicios y el manual de funciones del personal asistencial ocupan el segundo lugar, con igual porcentaje de implementación (91%), superior a los porcentajes reportados para estos dos protocolos en 2004 (63% y 75%, respectivamente).

71 MPS 2004, p. 71.

- El manual de funciones del personal administrativo (90%), los perfiles de cargo para personal asistencial (88%) y el reglamento interno de trabajo (87%) muestran también niveles de implementación más altos que los reportados en 2004 (72%, 64% 66%, respectivamente).
- La mayor diferencia con la anterior medición se relaciona con el sistema de facturación, implementado hoy en 83% de las ISACSPA, mientras que en 2004 sólo existía en 51% de los CAD.⁷³
- No obstante los progresos registrados, llama la atención la ausencia o escasez de protocolos organizacionales y administrativos en algunas ISACSPA. El más básico y común de los (ocho) protocolos (documentación de misión, visión y objetivos) no se encontró en 7% de las entidades visitadas, el sistema de facturación no existe en 17% de ellas y casi todos los demás protocolos explorados fueron reportados como inexistentes en al menos 9% de las entidades.

Gráfica 13. Protocolos administrativos

73 *Ibid.*

**2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA
DE SERVICIOS DE TRATAMIENTO
SEGÚN VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS
Y PRINCIPAL SUSTANCIA MOTIVO DE CONSULTA**

2.1 Descripción de la población atendida por las ISACSPA según variables sociodemográficas

Tabla 23. Población atendida por las ISACSPA en servicios de tratamiento, según variables socio-demográficas

Características de la población atendida	% de ISACSPA que atienden		Personas atendidas en la actualidad
	SI	NO	
EDAD de los usuarios			
Menores de edad (<18 años)	79,4	20,6	3.913
Adultos (>18 años)	80,6	19,4	4.775
SEXO			
Hombres	98,8	1,2	6.204
Mujeres	72,5	27,5	2.298
LGBTI	--	--	186
ESTRATO socio-económico			
Estrato 0 (indigentes o sin techo)	46,3		932
Estratos 1-2	78,8		3.607
Estratos 3-4	65,0		1.548
Estratos 5-6	37,5		469
Campeños	26,9		171
Indígenas	18,1		77

- La población de usuarios en tratamiento en las 171 ISACSPA abordadas ascendía a 8.688 personas en el momento del estudio: 55% adultos y 45% menores de edad; 71% hombres, 26% mujeres y 2% personas LGBTI.
- Aunque la población atendida por las ISACSPA es mayoritariamente masculina, 72% de las entidades dijeron atender mujeres.
- La atención de menores de edad tiene un espacio considerable en la oferta de servicios de tratamiento, con cerca de 80% de las ISACSPA brindando acceso a esta población.
- La proporción más alta de la población atendida en las ISACSPA corresponde a los estratos socioeconómicos 1 y 2, y la más baja corresponde al estrato alto (5-6).

- Como referencia, en 2004 se reportó una cifra de 12.116 usuarios atendidos en el momento del estudio, de los cuales casi la tercera parte (31,7%) eran personas “sin estrato/ sin techo”⁷³; esto es congruente con el variado perfil de los programas incluidos en el censo de ese año (abarcando albergues y hogares de paso, centros de reeducación de adolescentes infractores de la ley, comunidades terapéuticas en medio penitenciario, etc.).
- Considerando el perfil más delimitado de las instituciones censadas en 2016, la cifra de casi nueve mil usuarios en tratamiento en el momento del estudio representa un incremento en la población atendida por las instituciones especializadas en tratamiento al consumidor de SPA, lo que también es coherente con un mayor número de servicios frente al censo institucional de 2004.

⁷³ MPS 2004, p. 56.

2.2 Sustancias psicoactivas por las que más consultan los usuarios

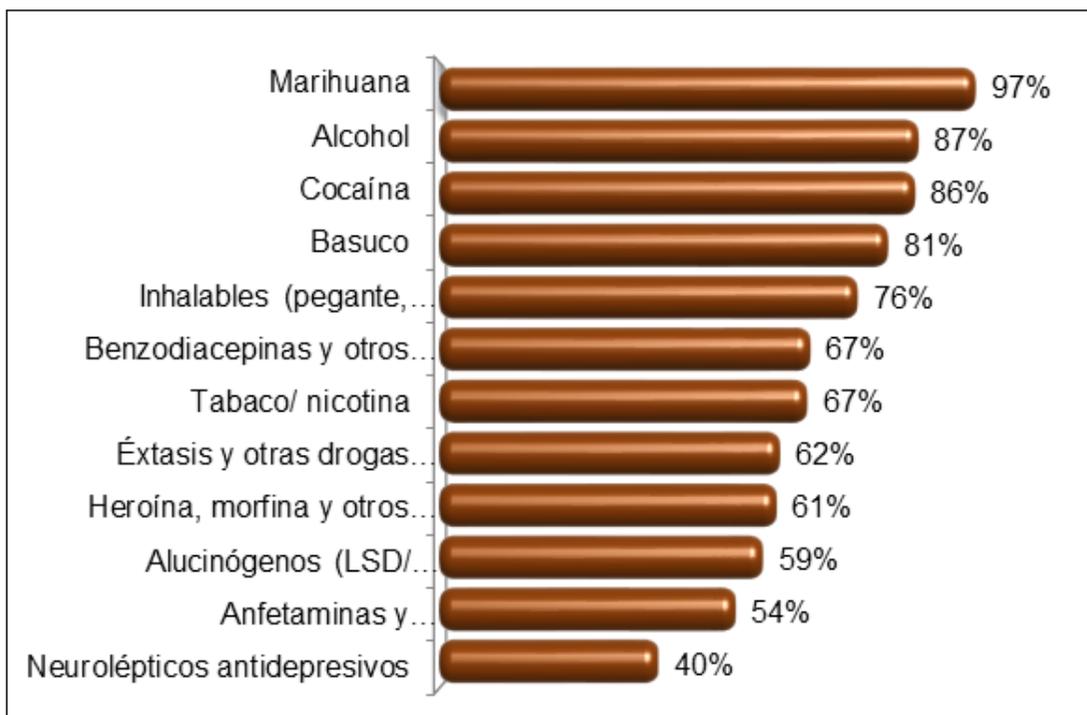
Tabla 24. Sustancias psicoactivas por las que más consultan los usuarios de las ISACSPA

Sustancias	%
Alcohol	86,6
Tabaco/ nicotina	66,5
Marihuana	96,9
Cocaína	86,0
Basuco	81,1
Benzodiazepinas y otros sedantes	67,1
Neurólépticos antidepresivos	39,6
Inhalables (pegante, solventes, 'dick', etc.)	75,6
Heroína, morfina y otros opiáceos	61,0
Anfetaminas y metanfetaminas	53,6
Éxtasis y otras drogas sintéticas o de diseño	61,6
Alucinógenos (LSD/ 'ácido', hongos, yagé, etc.)	58,5
Otras	4,3

(*) Porcentaje de ISACSPA que mencionaron cada sustancia como una de las principales SPA por las que consultan los usuarios.

- Las sustancias psicoactivas más mencionadas como motivo de consulta de los usuarios de las ISACSPA fueron, en su orden: marihuana, alcohol, cocaína, basuco e inhalables (pegantes, solventes).
- Otras sustancias mencionadas por más de la mitad de las ISACSPA fueron, en orden descendente: benzodiazepinas y otros sedantes, tabaco/ nicotina, éxtasis, heroína, alucinógenos y anfetaminas.

Gráfica 14. Sustancias psicoactivas por las que más consultan los usuarios



- Con algunas salvedades, las sustancias psicoactivas por las que más consultan los usuarios, según las ISACSPA, son las que presentan las más altas prevalencias de consumo en la población general y entre jóvenes en particular. Esas mismas sustancias fueron las más mencionadas por los usuarios como principal motivo de ingreso a tratamiento. Igualmente, es el grupo de sustancias que más usuarios en tratamiento y ex usuarios refieren haber consumido en los últimos seis meses.
- El **alcohol**, que es la sustancia más consumida en todos los grupos poblacionales, es mencionada en segundo lugar por las ISACSPA y en tercer lugar por los usuarios en tratamiento, a considerable distancia de la marihuana, que ocupa el primer lugar en frecuencia de menciones. El alcohol aparece de nuevo, junto con el tabaco, como las sustancias más consumidas en los últimos 6 meses por usuarios en tratamiento y ex usuarios.
- La **marihuana**, de lejos la sustancia ilícita más usada en Colombia, según todos los estudios revisados, es reportada como principal sustancia motivo de consulta e ingreso a tratamiento por la gran mayoría de las ISACSPA (97%), y solo por la mitad de los usuarios en tratamiento (50%). A la vez aparece como la tercera sustancia más usada en los últimos 6 meses –después del tabaco y el alcohol–, tanto por ex usuarios (7,5%), como por usuarios en tratamiento (45%).

- El **tabaco/ nicotina**, la segunda sustancia legal más usada, y la más adictiva entre todas las SPA conocidas⁷⁴, aparece mencionada en último lugar entre las siete SPA más reportadas por las ISACSPA y los usuarios como principal motivo de consulta e ingreso a tratamiento. Empero, resurge como la sustancia más consumida en los últimos 6 meses, tanto por los usuarios en tratamiento (53,5%) como por los ex usuarios (19%), con niveles de consumo que superan ampliamente la prevalencia en la población general.
- La **cocaína**, segunda sustancia ilícita más usada en el país, aunque muy abajo de la marihuana, es señalada por la gran mayoría de las ISACSPA (86%), ocupando el tercer lugar en frecuencia de menciones, muy cerca del alcohol y a poca distancia también de la marihuana. A la vez, un poco más de la tercera parte de los usuarios entrevistados (38%) mencionaron la cocaína como principal sustancia motivo de ingreso a tratamiento. Consistentemente, la proporción de usuarios en tratamiento que reportaron haber consumido cocaína en los últimos 6 meses es muy similar (36%). Entre los ex usuarios, la cocaína fue reportada en quinto lugar entre las SPA consumidas en los últimos 6 meses (4,8%), abajo de las pastillas tranquilizantes/ sedantes y antidepresivas (7,4%).
- El **basuco**, una sustancia con muy bajo nivel de consumo en términos porcentuales entre la población general, y más bajo aún en la población escolar y universitaria, aunque elevado (o muy) entre adolescentes infractores de la ley, fue una de las cinco SPA más mencionadas por las ISACSPA como motivo principal de consulta (81%), cerca del alcohol y la cocaína (87% y 86%, respectivamente). A su vez, fue mencionado por una proporción considerable de usuarios como principal sustancia motivo de ingreso a tratamiento (29%). Este porcentaje es casi igual al que se reportó en el año 2004 (29,6%)⁷⁵.
- La **heroína** fue mencionada como una de las principales sustancias motivo de consulta por más de la mitad de las ISACSPA, ocupando el noveno lugar en frecuencia de menciones, después de las SPA antes reseñadas en esta sección y de otras sustancias de mayor consumo en la población general (como inhalables, benzodicepinas y éxtasis). Entre los usuarios entrevistados, cuatro mencionaron la heroína como motivo de ingreso a tratamiento (2,5%); uno de ellos manifestó haber sufrido un episodio de sobredosis. Cinco usuarios dijeron haber consumido heroína en los últimos 6 meses; sin embargo, ningún usuario reconoció haberse inyectado alguna SPA en ese mismo periodo. Entre los ex usuarios entrevistados, ninguno refirió haber usado esta sustancia.

74 Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *La política de drogas y el bien público*. Washington, D.C.: OPS, 2010, pp. 20-22.

75 MPS 2004, p. 152.

- Considerando los episodios de sobredosis como indicativos de consumo problemático y afectación severa, los reportes entre los usuarios en tratamiento fueron⁷⁶: en primer lugar, sobredosis de alcohol (31%); le siguen cocaína (18%) y basuco (13%); luego, sobredosis por consumo simultáneo de sustancias (8%); en menor proporción se reportaron sobredosis de pastillas tranquilizantes (6,5%) y, más abajo, marihuana (5%). Aunque en el párrafo anterior se mencionó un episodio de sobredosis de heroína, en términos porcentuales este caso solo representa un 0,6% de los usuarios entrevistados.
- El panorama en cuanto a las principales sustancias motivo de consulta o ingreso a tratamiento se hace más complejo cuando se consideran otros aspectos; entre ellos, la información de las ISACSPA sobre los medios a través de los cuales llegan los usuarios a la institución, que en muchos casos es la petición de la familia y en algunos la remisión de otras entidades (colegio, comisaría de familia, juzgado, etc.); los problemas focalizados y los fines declarados por numerosas entidades (farmacodependencia, SPA ilícitas y alcohol, y otras solo ilícitas (27%)); o, -como se verá más adelante-, los testimonios de usuarios sobre la presión familiar o la influencia de otras instancias para el ingreso a tratamiento.
- La combinación de estos factores y circunstancias, entre otros posibles, sugiere que en una proporción considerable de usuarios de tratamiento, cercana o mayor a un tercio, la principal sustancia motivo de consulta o ingreso a tratamiento no siempre guarda plena correspondencia con el nivel de uso, ni con la afectación real o percibida por el propio usuario.
- Los datos expuestos en esta sección, al igual que los aspectos señalados en los dos párrafos anteriores evidencian la necesidad de sopesar las estimaciones sobre consumo problemático de SPA a la luz de los contextos sociales (familiar, legal, etc.) y de las percepciones y los marcos valorativos prevalecientes frente a las SPA. En materia de consumo problemático de SPA, la percepción social no es enteramente –ni muy- congruente con la evidencia científica sobre el grado de riesgo o peligrosidad de las distintas SPA, y sobre la afectación personal, social y para la salud pública que conlleva el uso de cada sustancia. En este sentido, el ‘*ranking*’ social e institucional de las SPA cuyo uso es más problemático no necesariamente coincide con lo que dice la evidencia.⁷⁷

⁷⁶ La tabla con todos los datos sobre este tema se presenta más adelante, en la sección dedicada a los usuarios en tratamiento y los ex usuarios.

⁷⁷ OPS/OMS (2010). “El grado de riesgo o daño que implican distintas sustancias”, pp. 20-22.

3. CARACTERIZACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS

3.1 Enfoques o modelos de tratamiento

Tabla 25. Enfoques o modelos de tratamiento que aplican las ISACSPA

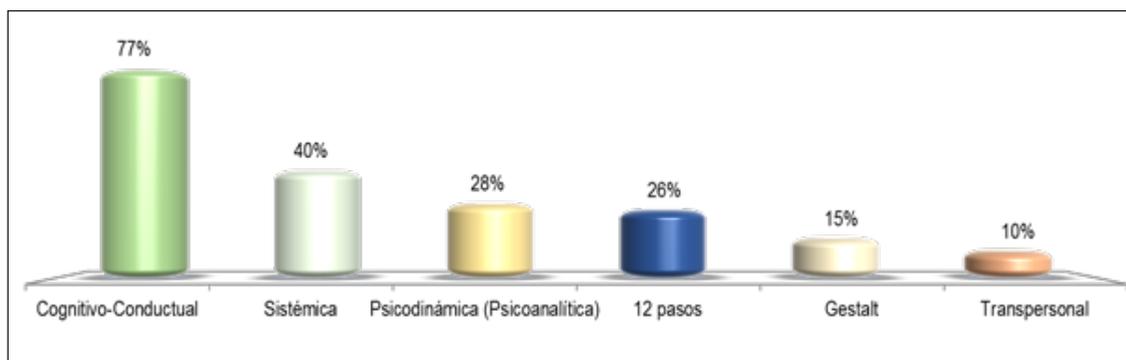
Enfoques/ modelos de tratamiento	%
Comunidad terapéutica	51,9
Modelo de 12 pasos (Minnesota)	36,9
Teoterapia	16,3
Psiquiátrico con énfasis en salud mental	30,0
Clínico psicológico:	
- Cognitivo conductual	61,3
- Psicodinámico/ psicoanálisis	18,1
- Sistémico	35,6
Terapias alternativas	13,1
Otros	11,5

- Se observa un claro ascenso del enfoque o modelo clínico psicológico, particularmente de orientación cognitiva-conductual, seguida del enfoque sistémico y, en una pequeña proporción, del enfoque dinámico o psicoanálisis.
- No obstante, el modelo de 12 pasos (conocido también como “Modelo Minnesota”), sigue siendo el referente principal para la comprensión y el abordaje del abuso y la dependencia de sustancias en la mayoría de las ISACSPA.
- En términos funcionales, la mitad de las ISACSPA operan bajo el enfoque o modelo de comunidad terapéutica, con un alto grado de identificación con los principios de los ‘12 pasos’ y una creciente apertura a la incorporación de estrategias cognitivo conductuales.

Tabla 26. Enfoque o perspectiva teórica de los terapeutas principales

Enfoques/ perspectivas teóricas	%
Cognitivo-Conductual	77,4
Sistémica	40,2
Psicodinámica (Psicoanalítica)	28,0
12 pasos	25,6
Gestalt	15,2
Transpersonal	10,4
Teológica	9,1
Otros (humanístico, holístico, biopsicosocial, psiquiátrico, transteórico, ecléctico, logoterapia)	14,6

Gráfica 15. Enfoque o perspectiva teórica de los/las terapeutas



3.2 Fines del tratamiento

Tabla 27. Fines que persiguen las ISACSPA con el tratamiento

Fines del tratamiento	%
La abstinencia total de cualquier tipo de SPA	59,4
La abstinencia total de SPA ilícitas y alcohol	42,5
La abstinencia total de SPA ilícitas	26,9
La abstinencia de las sustancias responsables de la problemática	29,4
La abstinencia parcial a ciertas SPA, dependiendo de la evaluación	12,5
La reducción de riesgos y daños asociados al uso de SPA	53,8
El mantenimiento con sustitutos para controlar el síndrome de abstinencia y mejorar la calidad de vida del consumidor (sin intención de reducir la dosis)	13,7
El mantenimiento con sustitutos con intención de reducir la dosis gradualmente	13,1
Otros	10,0

- La abstinencia total de cualquier tipo de SPA es el fin del tratamiento declarado por la mayoría de las ISACSPA, lo cual es consistente con los enfoques o modelos de tratamiento que predominan entre los prestadores. Un poco menos de la mitad señalan como fin la abstinencia total de SPA ilícitas y alcohol, mientras que una cuarta parte puntualizan la abstinencia total de SPA ilícitas.
- No obstante, una proporción apreciable de ISACSPA (53,8%) mencionaron como fin del tratamiento la reducción de riesgos y daños asociados al uso de SPA, lo cual representa un crecimiento notable de esta perspectiva frente al panorama reportado en 2004, cuando esta finalidad era contemplada por una proporción de CAD apenas cercana a un 30% (MPS 2004, p. 63).
- El mantenimiento con sustitutos (13,4% en promedio) presenta también una mayor prevalencia como fin del tratamiento con respecto al reporte de 2004, cuando no alcanzó un 3% de menciones (*Ibid*).

Gráfica 16. Fines que persiguen las ISACSPA con el tratamiento



3.3 Evaluación inicial a los usuarios

Tabla 28. Evaluación inicial a los usuarios que ingresan a las ISACSPA

	SI (%)	NO (%)
¿La institución realiza una evaluación inicial a los usuarios que ingresan?	100	--

Tabla 29. Existencia de guías, protocolos o formatos de evaluación inicial

	SI, verificado (%)	NO (%)	Sin Verificar (%)
¿Se cuenta con una guía, protocolo o formato para la evaluación inicial?	95,1	--	4,9

Tabla 30. Áreas principales que incluye la evaluación inicial

	SI (%)	NO (%)
Evaluación médica	78,0	22,0
Evaluación psicológica	97,0	3,0
Evaluación psiquiátrica	78,0	22,0

Tabla 31. Aspectos que incluye la evaluación inicial

	(%)
Sustancias psicoactivas incluyendo alcohol y tabaco que ha usado a lo largo de la vida	98,8
Edad de inicio en el consumo para cada sustancia usada	98,2
Vías de administración de las SPA consumidas	93,9
Frecuencia y cantidad de consumo al momento del ingreso	98,2
Circunstancias en las que se presenta el consumo	97,0
Tratamientos previos para abandonar el consumo	98,2
Experiencias en tratamientos previos	97,6
Motivos de deserción/ abandono de tratamientos previos	97,6
Historia de recaídas	94,5
Motivos, circunstancias y disparadores de recaídas	92,1
Factores que incidieron en el inicio del consumo	97,0
Situación laboral o académica al momento del ingreso	96,3
Historia laboral y/o académica	90,9
Situación familiar al momento del ingreso	98,2
Historia de intereses y actividades previas al consumo	95,1
Intereses y actividades al momento del ingreso	93,9
Situación judicial o antecedentes judiciales	88,4
Prioridades o necesidades expresadas por el usuario	93,3
Expectativas del usuario frente al tratamiento	92,7
Grado de motivación para ingresar al tratamiento	90,9
Metas del tratamiento a nivel individual	89,6
Metas del tratamiento a nivel familiar	90,9
Metas del tratamiento a nivel laboral/ social	84,8
Recomendaciones y observaciones de quien evalúa	94,5

- La evaluación inicial a los usuarios que ingresan a las ISACSPA es hoy una práctica corriente y ‘universal’. Lo que resulta sugerente es el contenido y el alcance de la misma. En cifras globales, casi la totalidad (97%) de las evaluaciones iniciales se enmarcan en el área psicológica, lo que equivale a decir que se centran en el comportamiento, la esfera emocional y afectiva, las relaciones interpersonales, la motivación y el desarrollo ocupacional de los usuarios, entre otros aspectos.
- La exploración psiquiátrica o de posibles trastornos de salud mental presenta una alta prevalencia (78%) en el reporte de evaluación inicial a los usuarios por parte de las ISACSPA, aunque inferior a lo esperado conforme la normatividad vigente (100%).
- La mayoría de las ISACSPA dicen realizar una evaluación médica inicial de los usuarios que ingresan a tratamiento, mientras que una proporción ligeramente mayor a la quinta parte no la realizan, en particular cuando se trata de servicios de atención ambulatoria de baja complejidad.

3.4 Historia clínica de los usuarios

Tabla 32. Historia clínica de los usuarios

	SI (%)	NO (%)
¿La institución lleva historia clínica para cada uno de los usuarios?	98,8	1,2

Tabla 33. Existencia de guías, protocolos o formatos de historia clínica

	SI, verificado (%)	NO (%)	Sin Verificar (%)
¿Se cuenta con una guía, protocolo o formato para la historia clínica de los usuarios?	94,5	1,2	4,3

Tabla 34. Frecuencia de diligenciamiento o revisión de la historia clínica

¿Con qué frecuencia se diligencia o revisa la historia clínica de cada usuario?	(%)
Se diligencia sólo una vez	4,9
Cada vez que hay una intervención (individual o grupal)	52,5
Cada vez que el usuario termina un ciclo de tratamiento	4,9
Cada vez que se revisa el proceso de cada usuario	21,0
Al principio y al final del tratamiento	2,5
Otras respuestas (mensualmente, semanalmente, cada dos días, etc.)	8,7

Tabla 35. Aspectos que incluye la historia clínica

La historia clínica incluye	(%)
Sustancias psicoactivas incluyendo alcohol y tabaco que ha usado a lo largo de la vida	97,0
Edad de inicio en el consumo para cada sustancia usada	96,3
Vías de administración de las SPA consumidas	92,1
Frecuencia y cantidad de consumo al momento del ingreso	96,3
Circunstancias en las que se presenta el consumo	95,1
Tratamientos previos para abandonar el consumo	96,3
Experiencias en tratamientos previos	95,1
Motivos de deserción/ abandono de tratamientos previos	93,3
Historia de recaídas	92,7
Motivos, circunstancias y disparadores de recaídas	91,5
Factores que incidieron en el inicio del consumo	93,9
Situación laboral o académica al momento del ingreso	92,7
Historia laboral y/o académica	89,0
Situación familiar al momento del ingreso	94,5
Historia de intereses y actividades previas al consumo	93,3
Intereses y actividades al momento del ingreso	93,9
Situación judicial o antecedentes judiciales	86,0
Prioridades o necesidades expresadas por el usuario	93,9
Expectativas del usuario frente al tratamiento	93,9
Grado de motivación para ingresar al tratamiento	93,3
Metas del tratamiento a nivel individual	91,5
Metas del tratamiento a nivel familiar	91,5
Metas del tratamiento a nivel laboral/ social	87,8
Recomendaciones y observaciones de quien evalúa	93,3

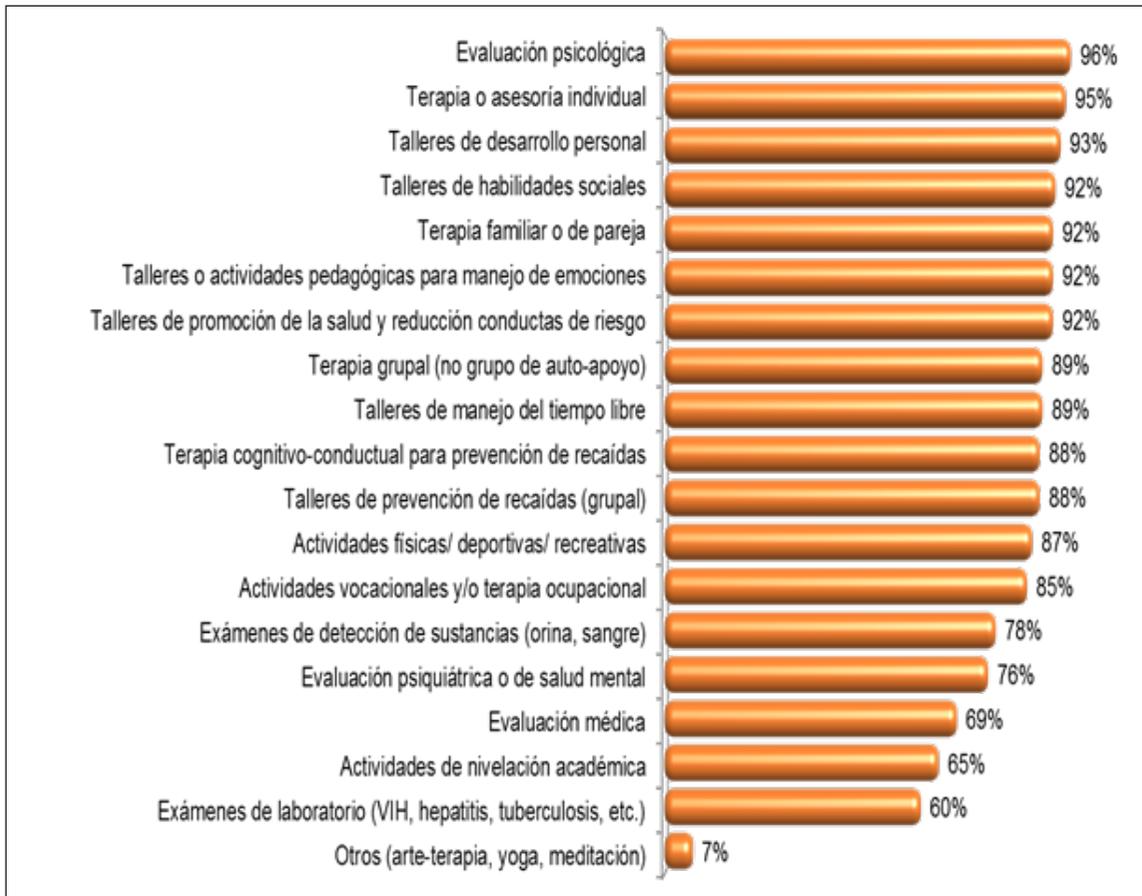
- La historia clínica individual es también una práctica ‘universal’ en los servicios de tratamiento al consumidor de SPA en el país. Al igual que la evaluación inicial, que en casi todos los casos constituye el primer registro o insumo de la historia clínica, esta incluye información relativa al consumo de sustancias psicoactivas, los problemas asociados, la motivación al tratamiento, la situación familiar, la situación académica o laboral y las propias observaciones del evaluador, entre otros aspectos.
- El diligenciamiento o la revisión frecuente de la historia clínica, sin embargo, no parece ser una actividad sistemática en la mayoría de las ISACSPA, a juzgar por la baja proporción de prestadores que declaran hacer anotaciones en la historia clínica cada vez que hay una intervención (52%), o se revisa el proceso del usuario (21%).
- Una pequeña pero no desestimable proporción de ISACSPA dijeron diligenciar la historia clínica “sólo una vez” (4,9%), igual proporción declararon hacerlo cuando se termina un ciclo de tratamiento y 2,5% dijeron hacerlo solo “al comienzo y al final del tratamiento”.

3.5 Actividades que ofrecen las ISACSPA a los usuarios

Tabla 36. Actividades o servicios que ofrecen las ISACSPA a los usuarios

Actividades o servicios	%
Evaluación psicológica	95,7
Evaluación psiquiátrica o de salud mental	76,2
Evaluación médica	68,9
Exámenes de laboratorio (VIH, hepatitis, tuberculosis, etc.)	60,4
Exámenes de detección de sustancias (orina, sangre)	78,0
Terapia o asesoría individual	94,5
Terapia grupal (no grupo de auto-apoyo)	89,0
Terapia familiar o de pareja	91,5
Talleres o actividades pedagógicas para manejo de emociones	91,5
Talleres de habilidades sociales	92,1
Talleres de desarrollo personal (auto-estima, proyecto de vida, etc.)	93,3
Terapia cognitivo-conductual para prevención de recaídas	88,4
Talleres de prevención de recaídas (grupal)	88,4
Talleres de manejo del tiempo libre	89,0
Actividades físicas/ deportivas/ recreativas	86,6
Actividades de nivelación académica	64,6
Actividades vocacionales y/o terapia ocupacional	85,4
Talleres de promoción de la salud y reducción de conductas de riesgo	91,5
Otros (arte-terapia, yoga, meditación)	6,7

Gráfica 17. Actividades/ servicios que ofrecen las ISACSPA a los usuarios



3.6 Planes de tratamiento estandarizados o individualizados

Tabla 37. Planes de tratamiento estandarizados o individualizados, según directores(as), terapeutas y usuarios

¿Se tiene un plan de tratamiento estandarizado, o hay un plan individualizado para cada usuario?	Según los(as)		
	Directores (%)	Terapeutas (%)	Usuarios (%)
Se tiene un plan de tratamiento estandarizado	40,0	25,0	33,0
Hay un plan individualizado para cada usuario	59,4	75,0	67,0

- No se puede establecer con precisión en qué medida las ISACSPA cuentan con un esquema o plan de tratamiento estandarizado o genérico y qué tanto se adecúa o se adapta ese esquema a las características y las necesidades individuales de cada usuario.
- A juzgar por las respuestas de los/las directores(as) de las ISACSPA, 40% de estas tienen un plan de tratamiento estandarizado; es decir, usual o característico de la institución y aplicable a la generalidad de sus usuarios. Entre tanto, 60% dijeron ofrecer tratamientos individualizados.
- Sin embargo, los miembros de los equipos terapéuticos dijeron en una mayoría más amplia (75%) que se cuenta con un plan individualizado para cada usuario, mientras que la cuarta parte restante (25%) sostuvo que hay un plan de tratamiento estandarizado.
- Esta diferencia relativa se dirime quizás con mayor realismo a través de las respuestas de los usuarios en tratamiento, que mayoritariamente manifestaron contar con un plan de tratamiento específico (67%), mientras que una tercera parte de ellos(as) dijeron recibir un plan de tratamiento similar para todos.

Gráfica 18. ¿Plan de tratamiento estandarizado o individualizado?



Según los/las
Directores(as)



Según los/las
Terapeutas



Según los/las
Usuarios(as)

- Cualquiera que sea la medida real de la uniformidad o la singularidad en los diseños de tratamiento ofrecidos a los usuarios, es previsible la persistencia de supuestos y principios que definen la identidad de cada modelo o enfoque adoptado, y que en cada caso justifican las constantes y las regularidades comunes que se presentan lógicamente en los tratamientos de una misma ISACSPA.
- Parece obvio que exista un conjunto básico de lineamientos o pasos como característicos de una entidad (el ‘paquete estándar’ o ‘normal’). En ese sentido, la aparente proclividad de los directores a manifestarse en favor de la estandarización puede obedecer desde su perspectiva a un criterio de coherencia y homogeneidad.
- Al mismo tiempo, es evidente la expansión en los últimos tiempos de un sentido de individualización y personalización del tratamiento, como un “traje a la medida” (según la expresión usada por *Treatnet*), al que serían más sensibles y dispuestos los/las terapeutas en su contacto directo y cotidiano con las diferencias individuales y las manifestaciones idiosincráticas de cada usuario en su singular e irrepetible personalidad.

3.7 Procesos prioritarios

Tabla 38. Protocolos y herramientas de atención y prestación de servicios

Las ISACSPA cuentan con:	SI (%)	Verificado (%)
Modelo de atención documentado y socializado	96,3	87,2
Protocolo de manejo de crisis e intervenciones en crisis	93,9	82,9
Manual de procesos y procedimientos en salud mental para la atención al consumidor de SPA	87,8	79,3
Guías, procedimientos y protocolos para manejo de patologías asociadas al consumo de SPA	83,5	73,2
Procedimientos para manejo de deserciones/ abandono del tratamiento	85,4	74,4
Procedimientos para manejo de: desórdenes internos, agresiones o abusos entre usuarios y hacia y desde el personal administrativo-asistencial	89,0	78,0
Protocolo de atención y manejo de usuarios con VIH/SIDA dentro de la institución	72,6	64,0
Protocolo de reanimación cardiopulmonar	50,6	44,5
Procedimientos para el control de ingreso de SPA (en internación residencial)	78,9	68,4
Minuta patrón de alimentación elaborada por nutricionista (en internación residencial)	85,3	75,8
Guías, procedimientos y protocolos para la internación del consumidor de SPA (si aplica):		
- En ISACSPA que ofrecen internación hospitalaria y parcial (diurna o nocturna)	90,6	79,7
- En ISACSPA que ofrecen internación no hospitalaria (residencial)	82,1	72,6
En caso de administración de Metadona: Guía y protocolo de programa de mantenimiento (PMM)	60,0	60,0

Interdependencia	SI (%)	Verificado (%)
Sólo en Internación hospitalaria y parcial, disponibilidad de:		
- Laboratorio clínico	57,6	45,8
- Nutricionista	59,3	47,5
- Toxicología	47,4	39,0
- Neuropsicología	35,6	28,8

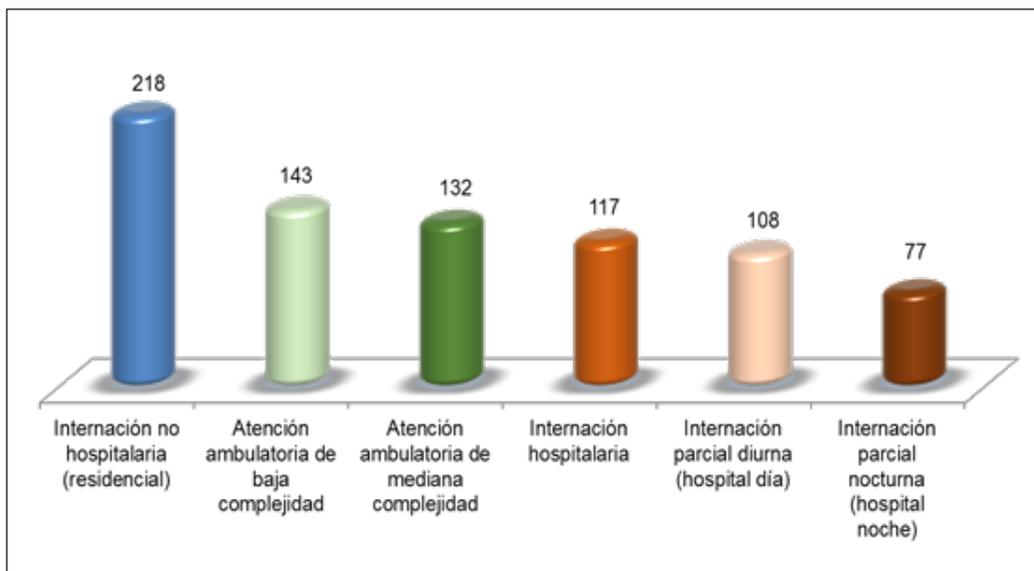
- La generalidad de las ISACSPA cuentan con un modelo de atención documentado (96%) y la gran mayoría de ellas cumple todos o casi todos los estándares de habilitación que son comunes para todas las categorías de servicios ofrecidos.
- El protocolo de manejo de crisis e intervenciones en crisis fue reportado por 94% de las ISACSPA visitadas y verificado efectivamente en 83% de ellas. Procedimientos para manejo de desórdenes internos, agresiones o abusos entre usuarios o hacia y desde el personal se reportaron en 89% de las ISACSPA y verificados en 78%.
- Casi todos los demás protocolos relacionados con procesos prioritarios fueron reportados por las ISACSPA en porcentajes que van desde 73% para el protocolo de atención y manejo de usuarios con VIH/SIDA, hasta 88% para el manual de procesos y procedimientos en salud mental. El protocolo de atención menos reportado fue el de reanimación cardiopulmonar, existente en 51% de las entidades visitadas.
- Las guías y los protocolos de internación del consumidor de SPA fueron reportados en 91% de las ISACSPA que ofrecen internación hospitalaria y parcial, mientras que entre las entidades que ofrecen internación residencial la cifra registrada fue de 82%.
- Las menores tasas de cumplimiento de criterios de habilitación en materia de procesos prioritarios se observan en los temas de interdependencia, estipulados en la normatividad vigente para los servicios de internación hospitalaria y parcial: 59% de los prestadores de esta modalidad de servicios dijeron contar con disponibilidad de nutricionista; 58% dijeron contar con disponibilidad de laboratorio clínico, un poco menos de la mitad (47%) dijeron tener disponibilidad de toxicología y alrededor de una tercera parte (36%) dijeron contar con disponibilidad de neuropsicología.

3.8 Duración del tratamiento

Tabla 39. Duración promedio del tratamiento según tipo de servicio

SERVICIOS	Duración promedio (Días)
Internación hospitalaria	117
Internación parcial diurna (hospital día)	108
Internación parcial nocturna (hospital noche)	77
Atención ambulatoria de baja complejidad	143
Atención ambulatoria de mediana complejidad	132
Internación no hospitalaria (residencial)	218

Gráfica 19. Duración promedio del tratamiento (días)



- A simple vista, los datos sobre la duración media del tratamiento según modalidad de servicio indican que en cinco de las seis modalidades estudiadas la duración media es superior a 90 días, y sólo en la modalidad de internación parcial nocturna (hospital noche) la duración del tratamiento es menor a tres meses.
- En las dos modalidades de atención ambulatoria (baja y mediana complejidad) la duración media del tratamiento es mayor a cuatro meses, mientras que la internación residencial tiene la más larga duración, con un promedio de siete meses.
- Vistos en perspectiva con respecto a la situación reportada en el estudio de 2004, los datos actuales sugieren que la duración media de los tratamientos ha disminuido considerablemente en todas las modalidades de servicio.
- Tomando como referencia las cuatro modalidades en las que los datos son comparables -y usando el mismo parámetro definido en 2004 (semanas)-, se encuentran las siguientes variaciones: en la modalidad de 'hospital noche' la duración media del tratamiento es en la actualidad de 11 semanas, mientras que en la anterior medición alcanzaba 29,6 semanas; en 'hospital día' la duración media es ahora de 15 semanas, y en 2004 era de 20,3 semanas; en la modalidad ambulatoria la duración media hoy es de 20 semanas, y en 2004 era de 32,3 semanas; el tratamiento residencial tiene ahora una duración media de 31 semanas, mientras que en 2004 era de 41,8 semanas.
- No obstante, al revisar en detalle las tablas en Excel de 2016, se observa una gran variabilidad en la duración media del tratamiento reportada por los/las directores(as) de las ISACSPA que ofrecen cada modalidad de servicio:
- En la modalidad de internación hospitalaria, frente a una duración media de 117 días, 42% de prestadores de esta modalidad de tratamiento reportaron una duración media de menos de 60 días, mientras que 28% informaron una duración media de 180 o más días.
- En la modalidad de 'hospital día', la tercera parte de los prestadores (33%) reportaron una duración media de 30 días o menos, en tanto que otra tercera parte (32%) señaló una duración media de 180 o más días.
- En 'hospital noche', 55% de prestadores de este servicio reportaron una duración media de máximo 30 días, y en el otro extremo, 23% indicaron una duración media de 180 o más días.
- En atención ambulatoria, 35% reportaron una duración media de 90 días o menos, y 41% informaron una duración media de 180 o más días.

3.9 Percepción de logro en el tratamiento

Tabla 40.1 Percepción de los/las directores(as) de las ISACSPA sobre el logro alcanzado en el tratamiento de los usuarios

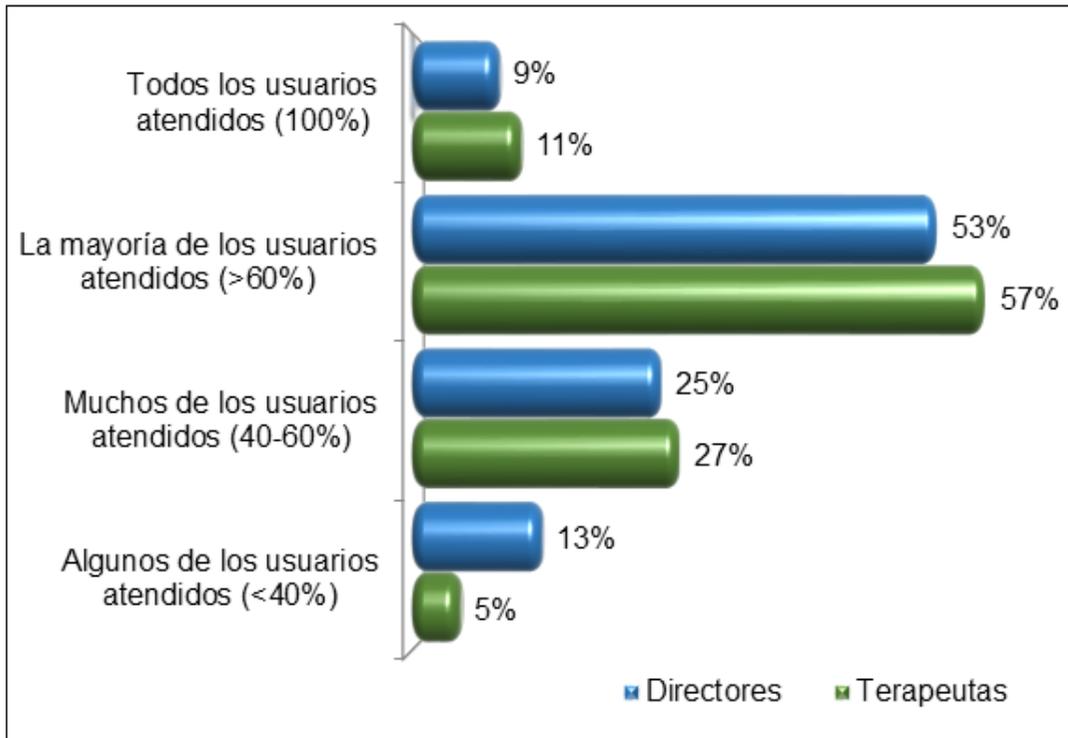
¿A su juicio, la institución logra los objetivos que se propone con...?	%
Todos los usuarios atendidos (100%)	8,8
La mayoría de los usuarios atendidos (>60%)	52,5
Muchos de los usuarios atendidos (40-60%)	25,0
Algunos de los usuarios atendidos (<40%)	13,1

Tabla 40.2 Percepción de los/las terapeutas de las ISACSPA sobre el logro alcanzado en el tratamiento de los usuarios

¿A su juicio, la institución logra los objetivos que se propone con...?	%
Todos los usuarios atendidos (100%)	11,0
La mayoría de los usuarios atendidos (>60%)	57,3
Muchos de los usuarios atendidos (40-60%)	26,8
Algunos de los usuarios atendidos (<40%)	4,9

- La mayoría de los/las directores(as) de las ISACSPA, tanto como los miembros de los equipos terapéuticos, concuerdan en atribuir un resultado exitoso a los tratamientos brindados a la mayor parte de sus usuarios, en una proporción que alcanza el 86% según la mirada de los/las directores(as) y asciende a 95% en la percepción de los/las terapeutas. Coinciden con exactitud en estimar un logro máximo con una proporción de usuarios cercana al 10%.
- En conjunto, la percepción de logro reportada es notoriamente superior a los registros obtenidos en la medición de 2004.

Gráfica 20. Percepción de logro en el tratamiento



3.10 Procedimientos ante la reincidencia o la recaída de los usuarios

Tabla 41. Procedimiento que siguen las ISACSPA ante la reincidencia o la recaída de los usuarios en el consumo de SPA

¿Qué procedimientos siguen cuando el usuario comunica o se sabe que ha reincidido, o ha recaído?	Reincidencia	Recaída
Se discute con el terapeuta a cargo para revisar el proceso	76,3	76,3
Se llama a la familia para redefinir compromisos con el usuario	68,8	71,9
Se “expulsa” al usuario de la institución	3,8	5,6
El usuario “entra en prueba”; si vuelve a ocurrir se “expulsa”	21,3	22,5
Se “reinicia” el proceso	47,5	48,8
El usuario decide si continúa o suspende el tratamiento	48,8	51,3
Otros (evaluación, confrontación, sanciones)	6,3	7,4

- Una faceta de la exploración sobre las categorías “reincidencia” y “recaída” se refleja en la frecuencia relativa que presenta cada alternativa de respuesta, donde la discusión con el terapeuta a cargo es la primera y más frecuente opción, según lo indican las cifras de la tabla (76,3% en ambas situaciones), seguida del involucramiento de la familia en el examen de la situación (69% y 72%, respectivamente). Cerca de la mitad de las entidades plantean un posible “reinicio” del proceso.
- Aunque no es excluyente con las anteriores alternativas, solo la mitad de las ISACSPA visitadas hicieron explícita la autonomía del usuario para decidir si continúa o suspende el tratamiento.
- Otra faceta de la pregunta se revela en la intención de establecer la posible diferenciación entre los conceptos de reincidencia y recaída. A juzgar por las cifras en paralelo esta es casi imperceptible, lo cual podría significar que con pocas excepciones, la generalidad de las ISACSPA no reconocen diferencia alguna entre estos dos conceptos, pudiendo algunas incluso asumirlos dos términos sinónimos.

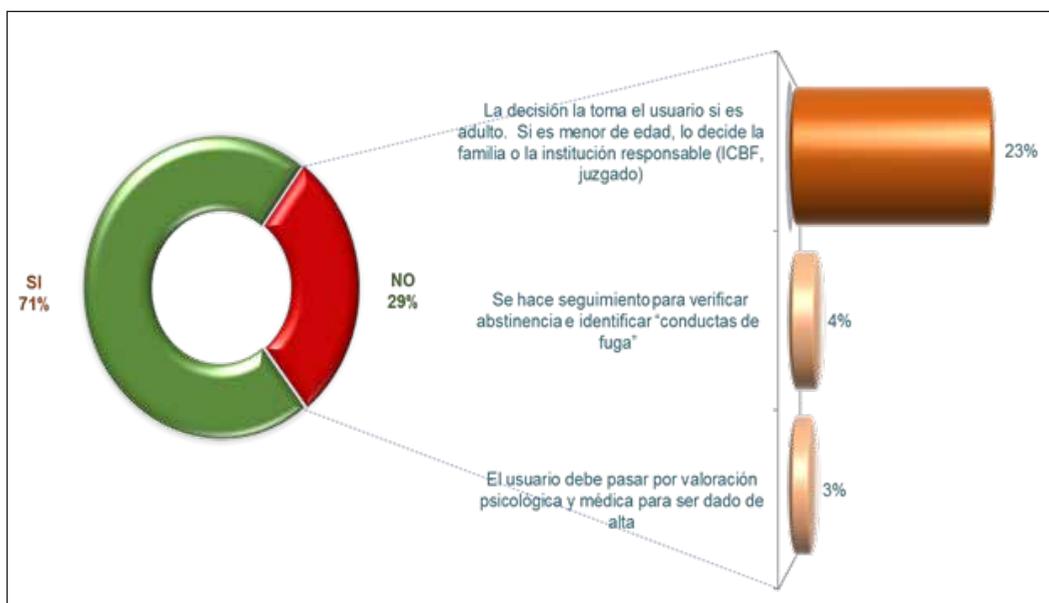
3.11 Libertad de los usuarios para abandonar el tratamiento

Tabla 42. ¿Están los usuarios en libertad de abandonar el tratamiento y la institución en cualquier momento?

SI	70,7%
NO	29,3%
¿Por qué no?	
- La decisión la toma el usuario si es adulto. Si es menor de edad, lo decide la familia o la institución responsable (ICBF, juzgado)	23,1%
- Se hace seguimiento para verificar abstinencia e identificar “conductas de fuga”	3,7%
- El usuario debe pasar por valoración psicológica y médica para ser dado de alta	3,1%

- Este aspecto ejemplifica la posible colisión de competencias y responsabilidades en el tratamiento de consumidores de SPA. Aunque el enunciado formal establece un servicio de tratamiento **al** consumidor de SPA y le otorga a este la condición de usuario, la realidad toma la forma de tratamiento **del** consumidor de SPA. Su condición de consumidor de SPA a su vez interroga o, peor aún, pone en entredicho su autonomía y su capacidad para tomar decisiones responsables. Tratándose de un menor de 18 años, se da amparo legal a la posible coacción familiar, al tiempo que se preserva la competencia de la ISACSPA y su responsabilidad de control sobre la situación.

Gráfica 21. ¿Están los usuarios en libertad de abandonar el tratamiento en cualquier momento?



3.12 Convenios/ alianzas con entidades que brindan otros servicios

Tabla 43. Convenios, alianzas o acuerdos de las ISACSPA con entidades que ofrecen otros servicios (complementarios o de apoyo en el tratamiento)

Las ISACSPA cuentan con convenios, alianzas o acuerdos con...	(%)
Una entidad o centro de recreación	25,6
Una entidad o centro de deportes	26,3
Un gimnasio/ centro de actividad física	18,1
Una entidad/ centro de actividades culturales	26,9
Una entidad/ centro de actividades artísticas	28,1
Una entidad o servicio de empleo	24,4
Una entidad de capacitación en oficios/ trabajo	40,6
Una agencia de viajes/ servicios turísticos	3,8
No responden	38,1

3.13 Utilización del VESPA y reporte al SUISPA/SUICAD

Tabla 44. Utilización del VESPA y reporte al SUISPA/SUICAD por las ISACSPA

Reporte de información de las ISACSPA sobre consumo de SPA y perfil de los consumidores	SI (%)
Utilizan el Sistema de Vigilancia de Sustancias Psicoactivas (VESPA)	54,4
Reportan información sobre el perfil de los usuarios a...	
- El SUISPA/ SUICAD (Sistema Único de Indicadores de Consumo de SPA)	50,7
- La Secretaría de Salud territorial	56,1
- Reportan a otras instancias (ICBF, EPS, Superintendencia de Salud)	7,2
- No reportan a ninguna entidad	8,8

3.14 Indicadores de deserción/ abandono, recaída, reingreso y 'expulsión'

Tabla 45. Indicadores de deserción/ abandono del tratamiento, recaída, reingreso y 'expulsión' de usuarios

¿Cuentan las ISACSPA con...?	SI (%)	Tasa o índice promedio
Registro de tasa o índice de 'deserción'/ abandono del tratamiento	80,6	21,6
Registro de tasa o índice de recaída	64,4	22,0
Registro de tasa o índice de reingreso o reintegro	66,9	19,8
Registro de tasa o índice de 'expulsados'	41,9	9,5

- Los indicadores reportados por las ISACSPA son consistentes con la evidencia recolectada en aspectos tales como las trayectorias de consumo y los antecedentes de tratamiento de los usuarios, su disposición para perseverar o para abandonar el tratamiento, así como con las percepciones de logro en el tratamiento expresadas por directores(as) y terapeutas principales.
- En síntesis, los indicadores, quizás un tanto optimistas, sugieren que al menos uno de cada cinco usuarios abandona tempranamente el tratamiento; el mismo -u otro- que reincide o recae y que más tarde regresa o se reintegra al tratamiento. La inconformidad de la ISACSPA rebosa la copa en uno de cada diez casos complicados de indisciplina.

4. CARACTERIZACIÓN DEL RECURSO HUMANO

4.1 Personal administrativo

Tabla 46. Personal administrativo con que cuentan las ISACSPA

¿Cuentan las ISACSPA con...?	(%)
Director o gerente general	100,0
Director financiero	52,5
Secretaria	81,2
Contador	93,1
Administrador o asistente administrativo	55,6
Relacionista público(a) o mercaderista	34,4
Otros (coordinador, revisor fiscal, asesor jurídico, técnico en sistemas)	18,7

- Todas las ISACSPA visitadas cuentan con director(a) o gerente general. En términos porcentuales, el segundo cargo en importancia en el personal administrativo de las ISACSPA es el contador (93%), seguido del cargo de secretaria (81%) y en cuarto lugar el de administrador o asistente administrativo (56%).
- Alrededor de una tercera parte de las ISACSPA cuentan con relacionista público(a) o mercaderista (34%) y cerca de una quinta parte cuentan con personal administrativo adicional (*i.e.*, coordinador, revisor fiscal, asesor jurídico, técnico en sistemas, etc.).
- En términos generales, la gran mayoría de las ISACSPA cuentan con una plantilla básica de personal administrativo no superior a 3-5 miembros.

4.2 Personal asistencial

Tabla 47. Personal asistencial con que cuentan las ISACSPA

¿Cuentan las ISACSPA con...?	(%)
Médico	70,0
Psiquiatra	72,5
Jefe de enfermería	50,6
Auxiliar de enfermería	78,7
Psicóloga(o)	90,6
Trabajadora social	85,0
Terapista ocupacional	72,5
Nutricionista	63,7
Pedagogo(a)	53,1
Sacerdote, pastor u otro religioso	33,7
Ex consumidores rehabilitados	55,6
Educadores terapéuticos	6,2
Otro personal asistencial (terapeuta espiritual, químico farmacéutico, consejero, educador físico)	9,4

- En conjunto, los miembros principales del personal asistencial con que cuentan las ISACSPA son mayoritariamente psicólogas(os) (91%), trabajadoras sociales (85%), auxiliares de enfermería (79%), terapistas ocupacionales (72%), psiquiatras (72%) y médicos(as) (70%). Otros profesionales con participación destacada en el personal asistencial de las ISACSPA son: nutricionistas (64%), pedagogos (53%) y jefes de enfermería (51%).
- Algo más de la mitad de las ISACSPA visitadas (56%) cuentan en su personal asistencial con ex consumidores rehabilitados, en proporciones que varían desde 44% de instituciones que ofrecen internación hospitalaria, hasta 67% de entidades que ofrecen internación residencial.
- Considerando únicamente los miembros principales del personal asistencial, 94% de las(os) psicólogas(os) y 93% de psiquiatras cuentan con certificado de formación en atención y tratamiento del consumidor de SPA, seguidos de los pedagogos, las enfermeras y las trabajadoras sociales con dicha certificación (85-86% en estas profesiones), y en menor porcentaje los(as) médico(as) (81%).

Gráfica 22. Personal asistencial en las ISACSPA



4.3 Actividades del personal asistencial relacionadas con la calidad de los servicios

Tabla 48. Actividades del personal asistencial

¿Se realiza en la institución alguna de las siguientes actividades?...	%
Reuniones de supervisión del personal asistencial	93,9
Revistas clínicas o médicas de revisión de casos	89,6
Jornadas de capacitación del personal terapéutico o asistencial	92,7
Entrega periódica de reportes	92,1

- Los datos sugieren un alto sentido de profesionalismo y calidad en los servicios por parte de una amplia proporción de prestadores, con incrementos apreciables en todos los aspectos mencionados en el ítem, con respecto a la situación reportada en 2004.⁷⁸ Basta decir que en ese año todas las actividades relacionadas en la tabla tenían lugar en menos del 90% de los CAD.
- Considerando que una proporción importante de las ISACSPA son entidades de tamaño pequeño en términos de su estructura interna, su personal y el número de usuarios atendidos, es posible que en algunas de ellas las actividades mencionadas aquí no estén suficientemente formalizadas o sistematizadas.

⁷⁸ MPS 2004, p. 75.

4.4 Actividades de desarrollo organizacional

Tabla 49. Actividades de desarrollo organizacional que realizan las ISACSPA

Actividades	2016 (%)	2004 (%)
Estudios de carga de trabajo/ carga laboral	54,4	24
Programas de salud ocupacional	82,5	45
Reportes periódicos de actividades del personal	81,9	69
Programas de mejoramiento de calidad	90,0	55
Programas de capacitación y actualización del personal	90,6	73
Sistemas de auditoría interna	85,6	58
Sistemas de auditoría externa	68,1	44
Sistemas de supervisión del personal	78,8	62
Estudios de clima organizacional	65,0	37
Sistemas de evaluación del desempeño	80,6	56
Estudios o programas de evaluación de impacto o resultados de la labor asistencial	58,1	44
Formatos de registro de actividades terapéuticas	88,1	78
Sistematización periódica de registros de actividades terapéuticas	79,4	48

- Los datos ratifican las observaciones precedentes relativas a los avances registrados en las ISACSPA en materia de formalización, profesionalización, sistematización, desarrollo organizacional e incorporación progresiva de estándares de calidad, tanto en su estructura interna y funcionamiento, como en la prestación directa de servicios.
- No obstante, persisten falencias notorias en cuanto a estudios de carga laboral, estudios o programas de evaluación de resultados o impacto de la labor asistencial, auditoría externa y sistematización de registros de actividades terapéuticas.

Gráfica 23. Actividades de desarrollo organizacional



5. INFRAESTRUCTURA Y DOTACIÓN

5.1 Área de localización/entorno

Tabla 50. Área de localización

La institución se encuentra ubicada en:	%
Zona residencial	49,1
Zona comercial	17,0
Zona industrial	0,6
Zona rural (incluye veredas cercanas a centros urbanos)	33,3

- La mayor proporción de ISACSPA se encuentra localizada en entornos urbanos residenciales, lo que supone condiciones favorables de accesibilidad, transporte y posible cercanía de las familias de los usuarios en tratamiento.
- Una tercera parte de las ISACSPA, están localizadas en entornos rurales, correspondientes principalmente a las entidades que ofrecen tratamiento residencial. Esto refleja una tendencia preferencial hacia locaciones alejadas de entornos poblados y con posible presencia de distractores o atractivos que podrían interferir con las condiciones requeridas de aislamiento y tranquilidad. Por lo tanto, se busca también mantener a los usuarios alejados de posibles expendios u otros proveedores de sustancias psicoactivas (vecinos, amigos, establecimientos comerciales, etc.).
- Accesibilidad y tranquilidad son entonces dos factores determinantes en la localización de las ISACSPA, siendo el primero de estos factores especialmente importante para las entidades que ofrecen servicios ambulatorios, en tanto que el segundo aspecto es más relevante para las entidades que brindan tratamiento residencial.

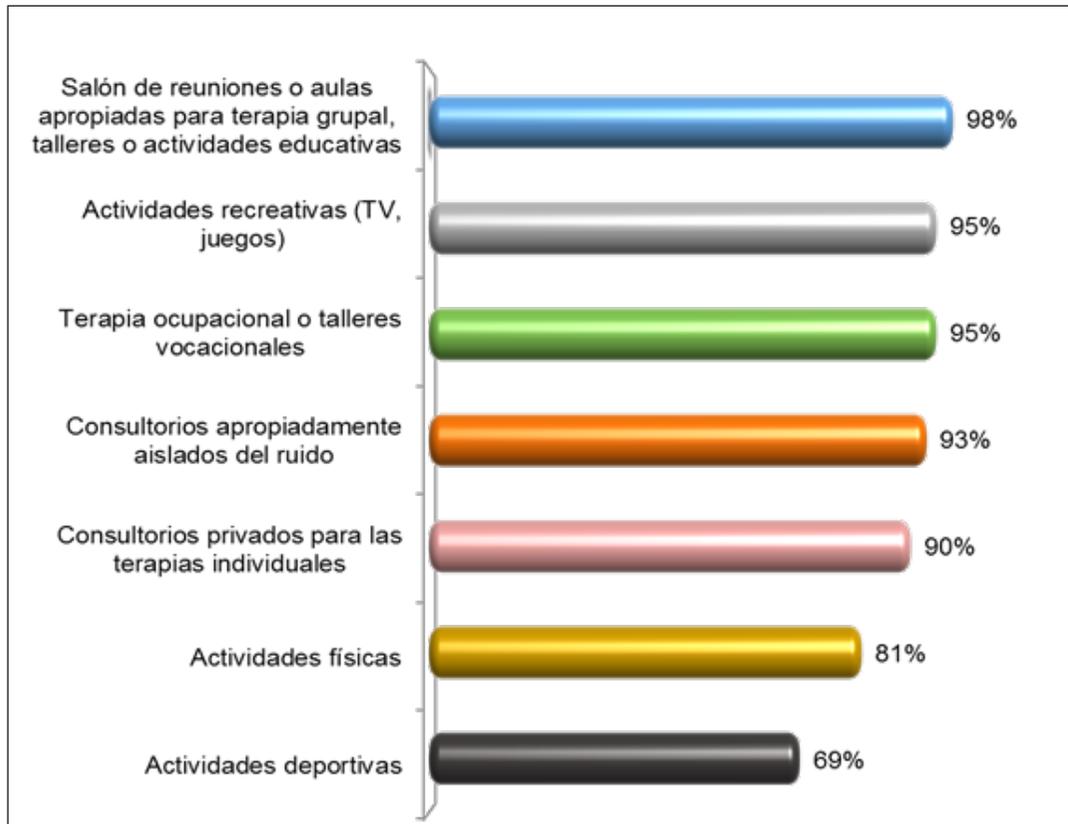
5.2 Disponibilidad de espacios

Tabla 51. Disponibilidad de espacios para las actividades

¿Cuentan las ISACSPA con espacios para...?	(%)
Consultorios privados para las terapias individuales	89,7
Consultorios apropiadamente aislados del ruido	92,7
Actividades recreativas (TV, juegos)	94,5
Actividades físicas	80,6
Actividades deportivas	69,1
Terapia ocupacional o talleres vocacionales	94,5
Salón de reuniones o aulas apropiadas para terapia grupal, talleres o actividades educativas	97,6

- En términos generales, las ISACSPA cuentan con mayor disponibilidad de espacios y en mejores condiciones físicas en comparación con la situación registrada en 2004 en materia de infraestructura. Así, mientras que en el anterior diagnóstico situacional cerca de una tercera parte de los CAD (32%) no contaban con consultorios o espacios privados para las terapias individuales, en el presente estudio no se registró una situación similar en la generalidad de las ISACSPA visitadas. La disponibilidad de consultorios apropiadamente aislados del ruido pasó de solo 49% en 2004 a 92,7% en 2016.
- También aumentaron los indicadores sobre disponibilidad de espacios para actividades recreativas (94,5% en 2016 *vs.* 78% en 2004), espacios para actividades físicas (80,6% *vs.* 49% en 2004), deportivas (52% *vs.* 38%) y para terapia ocupacional o talleres vocacionales (94,5% en 2016 *vs.* 71% en 2004).
- No obstante, como se muestra más adelante, persisten restricciones apreciables en la infraestructura de las ISACSPA que ofrecen tratamiento residencial.

Gráfica 24. Disponibilidad de espacios



5.3 Dotación de las áreas de atención

Tabla 52. Dotación del área de atención de las ISACSPA

El área de atención cuenta con:	SI (%)	NO (%)	No aplica (%)
Comedor dotado con mesas, sillas, vajilla	85,5	6,1	8,5
Habitaciones con juegos de cama (sábana, cobija, almohada)	82,4	2,4	15,2
Toallas para cada usuario	69,1	14,5	16,4
Habitaciones con espacios para guardar objetos personales (armario, <i>locker</i> , baúl)	77,6	5,5	17,0
Material pedagógico (cartillas, rotafolios)	87,9	6,7	5,5
Tableros o papelógrafos	90,3	6,7	3,0
Carteleras informativas	92,1	6,1	1,8
Biblioteca	70,9	26,1	3,0

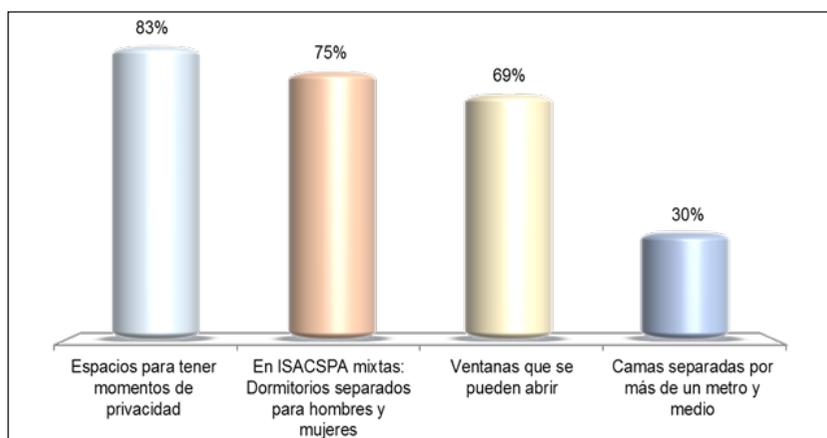
5.4 Dormitorios en ISACSPA con internación no hospitalaria (residencial)

Tabla 53. Dormitorios de las ISACSPA con internación no hospitalaria

¿Cuentan los dormitorios con...?	SI (%)
Ventanas que se pueden abrir	69,1
Camas separadas por <u>más</u> de un metro y medio	30,3
Espacios para tener momentos de privacidad	82,5
En ISACSPA <u>mixtas</u> : Dormitorios separados para hombres y mujeres	75,4

- Se observan limitaciones importantes en aspectos básicos de la infraestructura locativa con que cuentan las ISACSPA que ofrecen tratamiento en la modalidad de internación residencial o no hospitalaria. Casi la mitad de ellas tienen dormitorios cuyas ventanas no se pueden abrir y las distancias entre camas son considerablemente reducidas. Ambos aspectos evidencian situaciones de incomodidad, estrechez y espacio interior con limitaciones de ventilación y vista al exterior, lo que en conjunto configura un ambiente quizás desapacible y poco vivificante.
- Una proporción considerable de instalaciones dedicadas al tratamiento residencial (17,5%) no brindan espacios adecuados para que los/las usuarios(as) puedan tener momentos de privacidad, lo que para la población atendida en esas ISACSPA representa sin duda una limitación significativa en su posible bienestar y satisfacción con el servicio recibido.
- Es también llamativo el hecho que cerca de la cuarta parte de las ISACSPA mixtas que ofrecen tratamiento residencial no cuentan con dormitorios separados para hombres y mujeres, lo cual subraya la situación deficitaria que presenta la atención a las consumidoras de SPA en el país, frente a una oferta predominantemente orientada a la población masculina.

Gráfica 25. Dormitorios en internación no hospitalaria (residencial)



5.5 Manejo de medicamentos en ISACSPA que ofrecen terapia farmacológica u otras medicinas a los usuarios

Tabla 54. En ISACSPA que ofrecen terapia farmacológica o medicamentos a los usuarios...

Las ISACSPA:	%
Cuentan con un espacio exclusivo para almacenar los medicamentos	99,0
Este espacio está cerrado bajo llave	99,0
Hay una planilla de control de acceso a los medicamentos	99,0
Cuentan con un inventario de medicamentos	96,9
El espacio de almacenamiento está bien ventilado	97,9
El espacio de almacenamiento está libre de luz solar	97,9
El espacio de almacenamiento está libre de fuentes de calor	99,0
Cuentan con personal capacitado para el manejo de medicamentos	97,9

Tabla 55. Autorización para utilizar medicamentos de control especial

Si la ISACSPA utiliza medicamentos de control especial...	SI (%)	NO (%)	No aplica (%)
¿Cuenta con resolución de autorización vigente por parte del Fondo Nacional de Estupefacientes?	33,3	---	66,7

5.6 Dotación específica en las ISACSPA que ofrecen servicios de desintoxicación médica o manejo de urgencias

Tabla 56. Las ISACSPA que ofrecen servicios de desintoxicación médica o manejo de urgencias por sobredosis

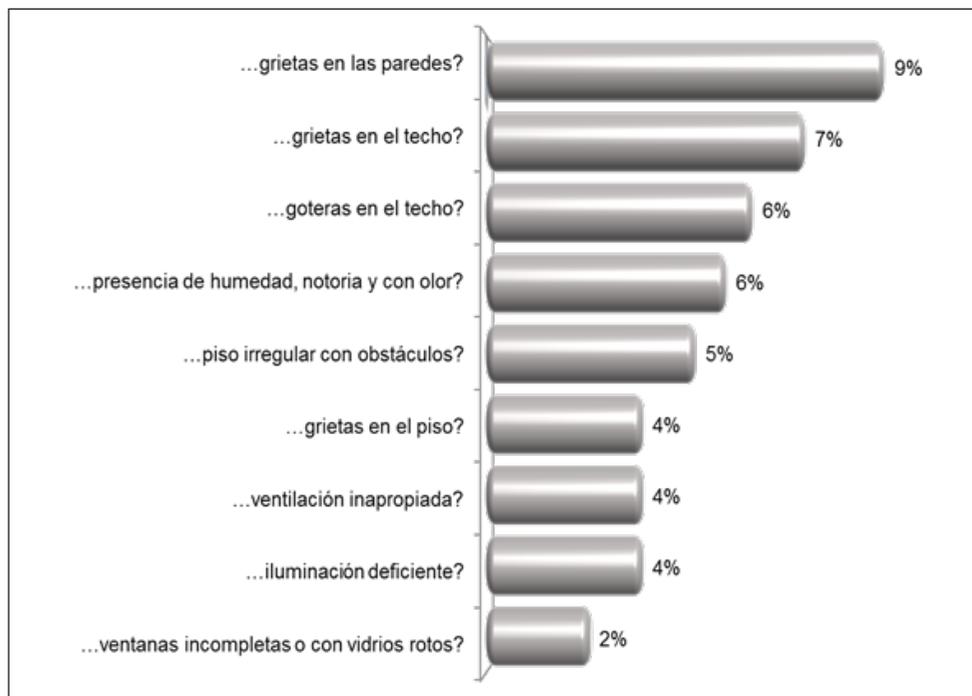
Cuentan con:	SI (%)
Centro de control médico y de enfermería	92,7
Salas de internación para pacientes	69,1
Baños exclusivos para pacientes hospitalizados	78,2
Áreas de lavado y desinfección de enseres contaminados	81,8
Área para el uso y almacenamiento de elementos de aseo	94,5
Depósito para almacenamiento de residuos hospitalarios y biológicos (agujas, jeringas, gasas, etc)	87,3
Bolsas de color rojo para depositar los residuos biológicos	94,5
Pisos y paredes en baldosa que permite asepsia (higiene)	89,1
Facilidades para moverse en silla de ruedas (rampas, ascensor, etc.)	78,2
Sistemas de monitoreo de pacientes hospitalizados (timbre, chequeo periódico, etc.)	69,1
Oxígeno disponible en salas de internación	60,0
Equipo básico de reanimación	60,0
Electrocardiógrafo	50,9
Succionador	52,7
Bombas de infusión de medicamentos por goteo	50,9
Glucómetro	78,2
Tensiómetro y fonendoscopio	87,3
Camas hospitalarias	61,8
Camillas	87,3
Sillas de ruedas	74,5
Equipo para inmovilización y sujeción mecánica de pacientes	80,0
Guías o protocolos para el manejo de urgencias	87,3
Inventario de insumos médicos	87,3
Dispositivos de vigilancia y control de los usuarios y visualización fácil de los mismos	85,7

5.7 Condiciones de mantenimiento de las instalaciones

Tabla 57. Señales de deterioro de las instalaciones

¿En general, en la sede se observan...	SI (%)
...goteras en el techo?	6,1
...grietas en las paredes?	9,1
...grietas en el techo?	7,3
...grietas en el piso?	3,6
...ventanas incompletas o con vidrios rotos?	2,4
...presencia de humedad, notoria y con olor?	5,5
...piso irregular con obstáculos?	4,8
...ventilación inapropiada?	3,6
...iluminación deficiente?	3,6

Gráfica 26. Mantenimiento de las instalaciones



5.8 Servicio de vigilancia

Tabla 58. Servicio permanente de vigilancia en las ISACSPA

	SI (diurna y nocturna) (%)	NO cuenta con vigilancia (%)	Sólo nocturna (%)	Sólo diurna (%)
¿Cuenta la institución con servicio permanente de vigilancia?	70,9	24,2	2,4	2,4

Gráfica 27. Servicio de vigilancia en las sedes



6. USUARIOS EN TRATAMIENTO Y EX USUARIOS

6.1 Distribución de los usuarios por servicios

Tabla 59. Distribución de los usuarios en tratamiento según tipos de servicios

Servicios	%
Internación hospitalaria	23,3
Internación parcial diurna (hospital día)	5,7
Internación parcial nocturna (hospital noche)	--
Atención ambulatoria de baja complejidad (consulta externa)	14,5
Atención ambulatoria de mediana complejidad	9,4
Internación no hospitalaria (residencial)	47,2

Base: 159

- La más alta proporción de usuarios entrevistados se encontraban recibiendo tratamiento residencial (47,2%), lo cual es consistente con la mayor oferta de servicios de este tipo frente a otras modalidades de tratamiento, a la vez que obedece también –lógicamente- a una mayor disponibilidad y facilidad de acceso a estos usuarios con respecto a las personas que reciben atención ambulatoria, cuya presencia en las ISACSPA es menos constante.
- Una proporción considerable de usuarios entrevistados se encontraba recibiendo atención hospitalaria (23,3%), lo que es congruente no solo con el peso relativo de esta modalidad de servicio en el volumen global de la oferta, son también con la propia disponibilidad de los usuarios para atender la visita del equipo de investigación.
- Consistentemente, en lo relativo a los servicios de atención ambulatoria, se pudo acceder a una proporción menor de usuarios, dada su movilidad y limitada disponibilidad (14,5% en atención de baja complejidad y 9,4% en mediana complejidad). No obstante, en conjunto los usuarios en atención ambulatoria representan una cuarta parte del total de usuarios entrevistados.

Gráfica 28. Usuarios en tratamiento según tipos de servicios



6.2 Antecedentes de tratamiento

Tabla 60. Antecedentes de tratamiento

¿Había estado antes en tratamiento?	%
SI, por problemas con la bebida	17,6
SI, por problemas con otras sustancias	30,8
NO, nunca había recibido tratamiento; esta es la primera vez	53,5
No responden	5,0

Base: 159

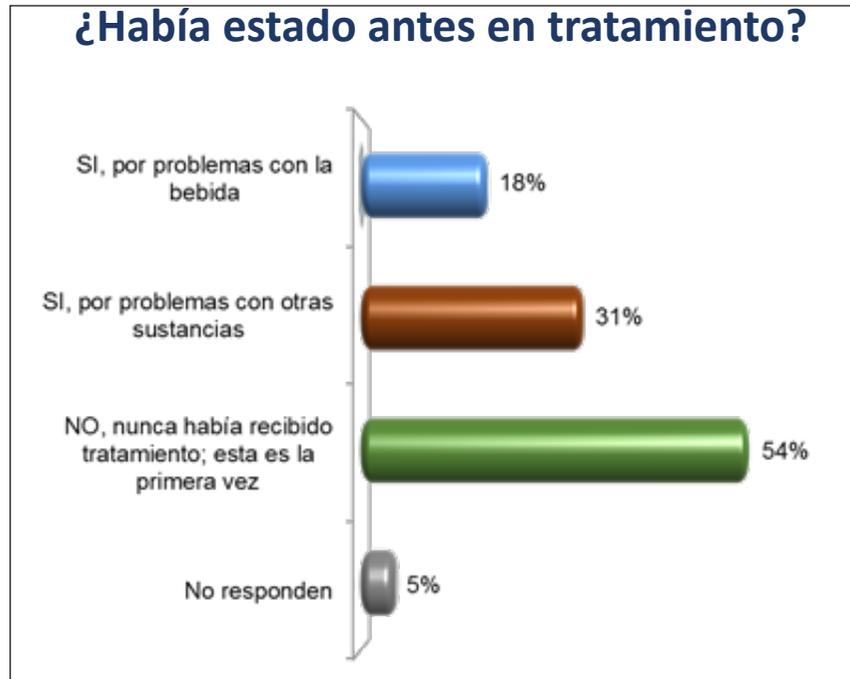
Tabla 61. Tratamiento previo en la misma institución

Entre quienes habían estado antes en tratamiento	SI (%)	NO (%)
¿Había estado en tratamiento en esta misma institución?	30,3	69,7

Base: 66

- La recurrencia en el tratamiento es una característica notoria en una proporción considerable de usuarios entrevistados. Este hallazgo concuerda con el panorama reportado en el año 2004, cuando 55% de usuarios entrevistados dijeron haber recibido tratamiento previamente por consumo de SPA.
- A su vez, los usuarios que no habían recibido tratamiento previo al actual representan un 53,5% de todos los usuarios entrevistados en 2016, frente a un porcentaje cercano de 45% en la medición de 2004.
- La reincidencia de tratamiento en la misma institución es también un suceso común entre los usuarios entrevistados, tanto en el presente estudio como en el de 2004, aunque más frecuente entre los entrevistados de este año que en el estudio anterior (30,3% en 2016 *vs.* 21,5% en 2004).

Gráfica 29. Antecedentes de tratamiento



6.3 Cómo se enteran los usuarios de la existencia de la institución

Tabla 62. Cómo se enteraron los usuarios de la existencia de la institución que los atiende

¿Cómo se enteró de la existencia de esta institución?	%
Recomendación de ex usuarios o familiares	49,1
Recomendación o remisión de otras entidades	29,0
Convenios o alianzas de la institución con otras entidades (EPS)	13,9
Publicidad en medios (internet, páginas amarillas, prensa, radio)	10,1
Líneas telefónicas de información y orientación a la comunidad	3,8
Operadores de la institución en calle	3,1
Publicidad en la calle / volantes informativos	1,3
Otros medios (amigos, colegio)	1,3

Base: 159

- De acuerdo con los testimonios de los/las usuarios(as) entrevistados(as), las referencias y recomendaciones de ex usuarios o familiares fueron los medios principales a través de los cuales se enteraron de la existencia de la ISACSPA que les atiende.
- La recomendación o remisión de otras entidades y, por ende, los convenios o alianzas de la ISACSPA con otras entidades (especialmente EPS), siguen en importancia como medios de referencia e ingreso de usuarios(as) a las entidades de tratamiento.
- En contraste, y en consonancia con lo reportado por la mayoría de directores(as) entrevistados(as), la publicidad en medios parece no tener un peso considerable en la captación de usuarios.

Gráfica 30. Cómo se enteraron de la existencia de la institución que les atiende



6.4 Quién les sugirió ingresar a tratamiento

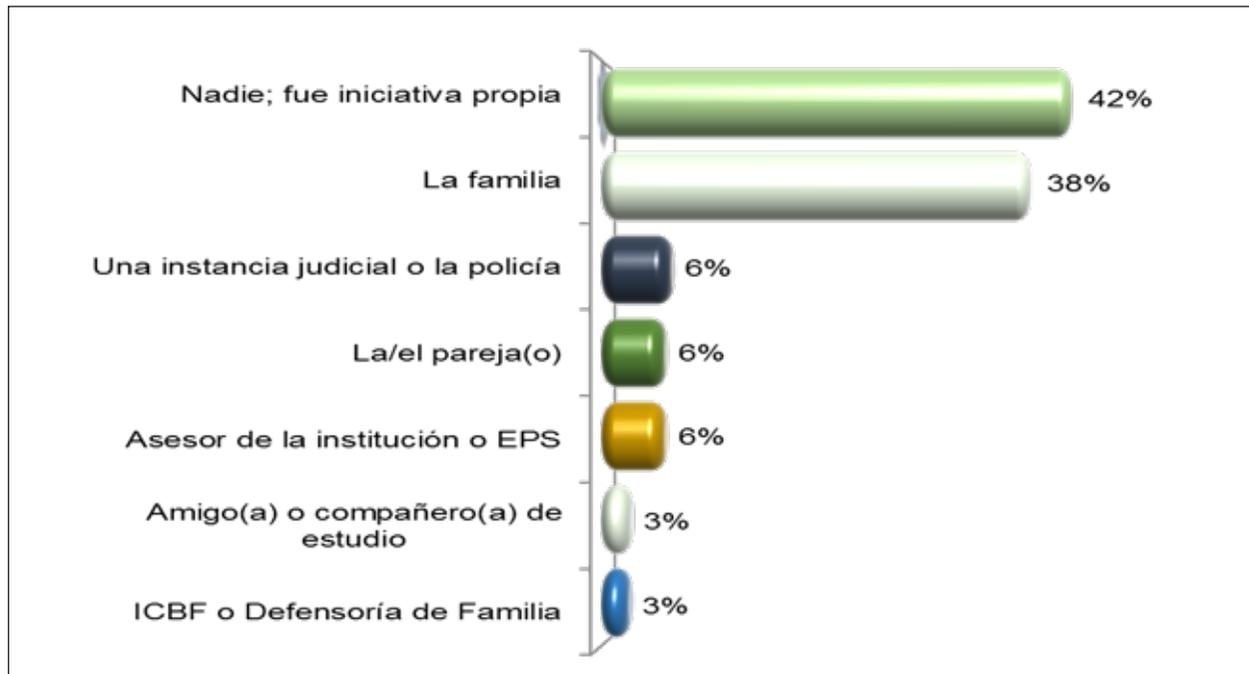
Tabla 63. Quiénes les sugirieron a los usuarios ingresar a tratamiento

¿Quién le sugirió ingresar a tratamiento?	%
Nadie; fue iniciativa propia	42,1
La familia	38,4
Una instancia judicial o la policía	6,3
La/el pareja(o)	5,7
Asesor de la institución o EPS	5,7
Amigo(a) o compañero(a) de estudio	2,6
ICBF o Defensoría de Familia	2,5

Base: 159

- Menos de la mitad de usuarios(as) entrevistados(as) dijeron haber ingresado a tratamiento por su propia iniciativa. Entre quienes no tomaron la iniciativa, la familia –incluyendo la/el pareja(o)- desempeñó un papel determinante en la inducción al tratamiento.
- Una proporción menor de usuarios(as) dijo haber ingresado a tratamiento por sugereencia o presión de instancias externas (judicial, policía, asesor de una EPS o de la propia institución).
- Lo anterior sugiere que una proporción importante de consumidores problemáticos de SPA tienen dificultades para reconocer o aceptar la necesidad de tratamiento, lo cual puede ser a su vez indicativo de barreras comúnmente mencionadas en otros estudios y por organismos internacionales, tales como: el temor a la estigmatización y la exclusión social, posibles trastornos en la inserción académica o laboral y, quizás también, algún grado de escepticismo o desconfianza frente a la oferta existente de tratamientos.

Gráfica 31. ¿Quién le sugirió ingresar a tratamiento?



6.5 Por qué decidieron ingresar al tratamiento escogido y no a otro

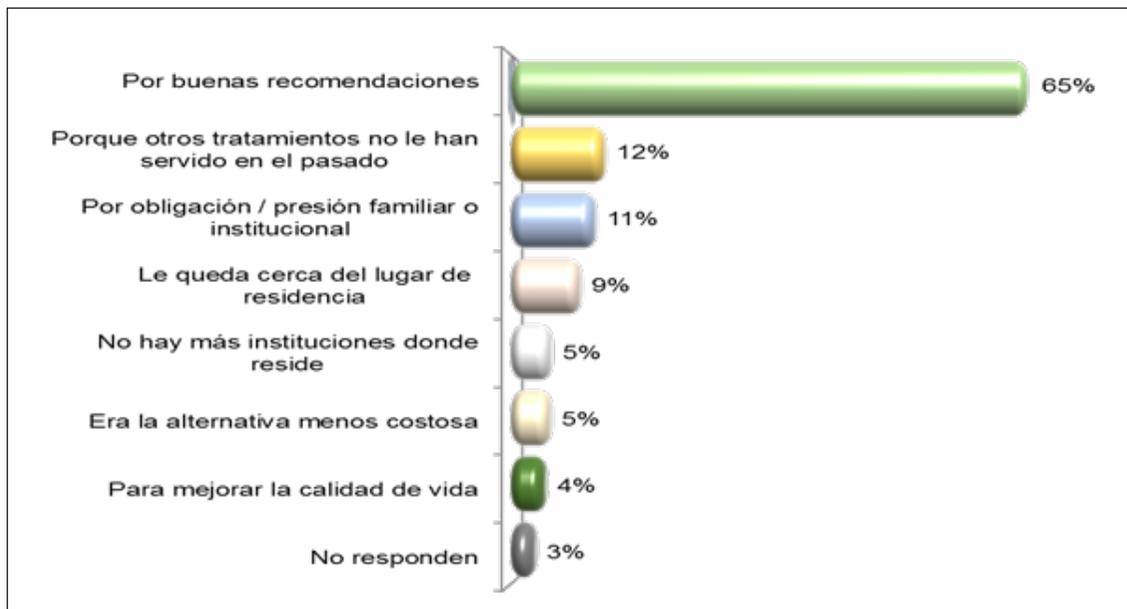
Tabla 64. Por qué decidieron ingresar al tratamiento escogido y no a otro

¿Por qué decidió ingresar a este tratamiento y no a otro?	%
Por buenas recomendaciones	65,4
Porque otros tratamientos no le han servido en el pasado	11,9
Por obligación / presión familiar o institucional	10,7
Le queda cerca del lugar de residencia	8,8
No hay más instituciones donde reside	5,1
Era la alternativa menos costosa	5,0
Para mejorar la calidad de vida	4,4
No responden	3,1

Base: 159

- Dos terceras partes de los/las usuarios entrevistados(as) dijeron haber ingresado al tratamiento escogido por sus “buenas recomendaciones”.
- Otra proporción importante de usuarios(as) mencionó factores o circunstancias distintas a la acreditación de la institución o a la propia percepción de calidad acerca de la misma por parte de los/las entrevistados(as): presión familiar o institucional, proximidad al lugar de residencia, ausencia de otras instituciones de tratamiento en el municipio o la zona, y menor costo de atención en la opción escogida.

Gráfica 32. ¿Por qué decidió ingresar a este tratamiento y no a otro?



6.6 Tiempo transcurrido de los usuarios en el tratamiento actual

Tabla 65. Tiempo que llevan los usuarios en el tratamiento actual

Tiempo transcurrido en el tratamiento actual	%
Menos de un mes	9,4
Uno a dos meses	20,1
Tres a cuatro meses	19,5
Cinco a ocho meses	28,9
Nueve meses a un año	10,7
Más de un año	11,3

Base: 159

- Aunque estos datos no son indicativos de la duración total de los tratamientos, llama la atención que una proporción considerable de usuarios(as) entrevistados(as) llevara en tratamiento más de seis meses.
- En contraste, menos de una tercera parte de entrevistados(as) habían estado en tratamiento durante un periodo de dos meses o menos en el momento de la entrevista.

6.7 Tiempo de permanencia en tratamiento de los ex usuarios

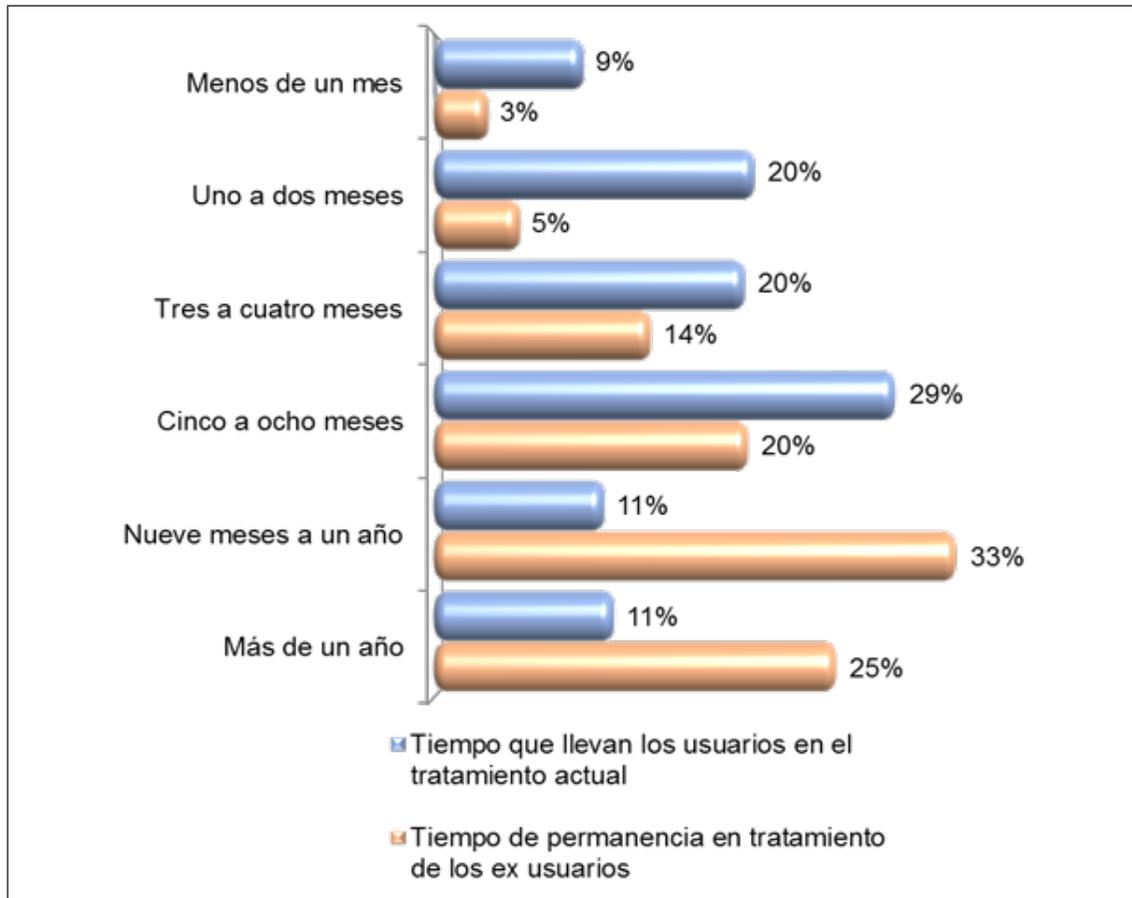
Tabla 66. Tiempo de permanencia en tratamiento en las ISACSPA

¿Cuánto tiempo permaneció en tratamiento en la institución?	%
Más de un año	25,2
De nueve meses a un año	32,7
De cinco a ocho meses	19,7
De tres a cuatro meses	13,6
De uno a dos meses	5,4
Menos de un mes	3,4

Base: 147

- En cifras globales, más de la mitad de ex usuarios(as) entrevistados(as) dijeron haber estado en tratamiento durante un periodo superior a nueve meses.
- Alrededor de una quinta parte de ex usuarios(as) dijo haber estado en tratamiento durante un periodo menor a cuatro meses.

Gráfica 33. Tiempo de permanencia en tratamiento



6.8 Información previa a los usuarios sobre el tratamiento

Tabla 67. Información previa sobre el tratamiento

¿Antes de ingresar, la institución le dio suficiente información acerca del tratamiento que usted recibiría?	%
Sí me dio suficiente información	88,1
No me dio suficiente información / Me dio algo de información, pero no todos los detalles	7,6
No me dio ninguna información	4,4

Base: 159

Gráfica 34. Información previa de las ISACSPA a los usuarios sobre el tratamiento



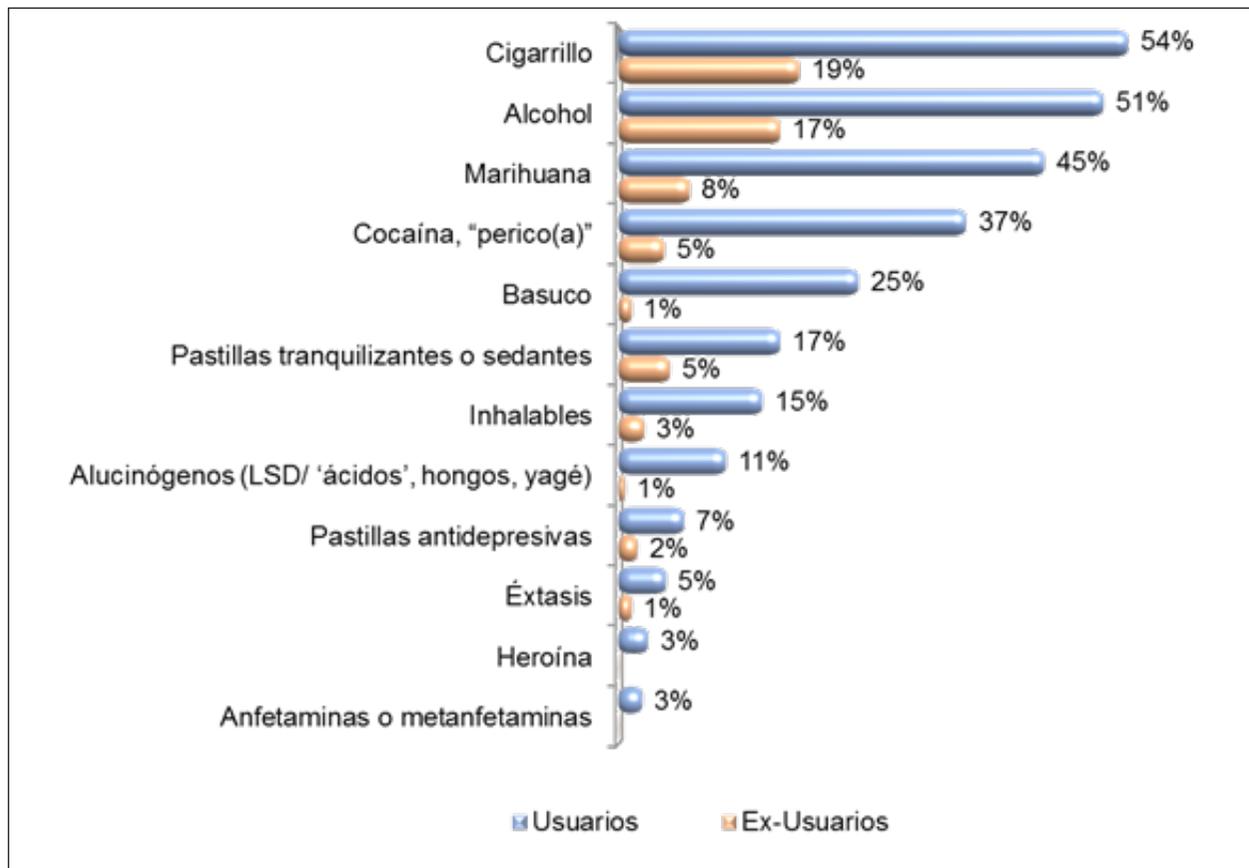
6.9 Sustancias que han consumido en los últimos 6 meses

Tabla 68. Sustancias que han consumido en los últimos 6 meses los usuarios en tratamiento y los ex usuarios

En los últimos seis meses, ¿cuáles sustancias ha consumido?	Usuarios (%)	Ex usuarios (%)
Cigarrillo	53,5	19,0
Alcohol	50,9	17,0
Marihuana	44,7	7,5
Cocaína, "perico(a)"	36,5	4,8
Basuco	25,2	1,4
Pastillas tranquilizantes o sedantes	17,0	5,4
Pastillas antidepresivas	6,9	2,0
Inhalables	15,1	2,7
Alucinógenos (LSD/ 'ácidos', hongos, yagé)	11,3	0,7
Éxtasis	5,0	1,4
Heroína	3,1	---
Anfetaminas o metanfetaminas	2,5	---

Base: 159 Base: 147

Gráfica 35. Sustancias consumidas en los últimos seis meses



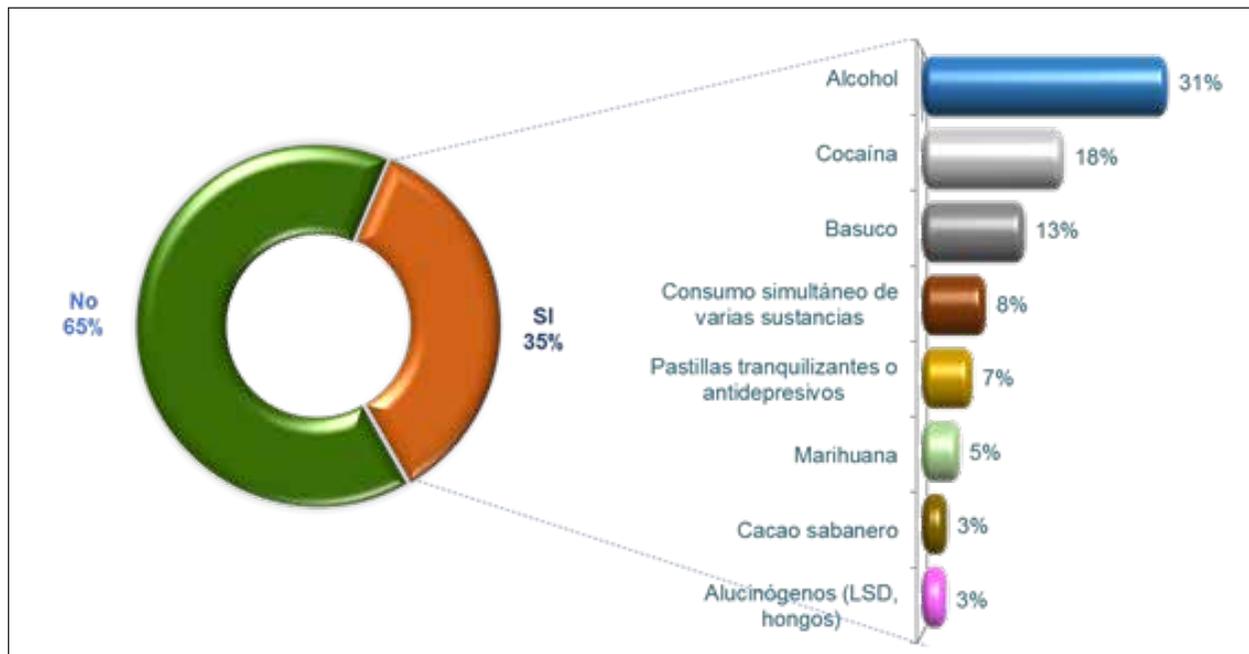
6.10 Sobredosis de alcohol u otras sustancias psicoactivas

Tabla 69. Episodios de sobredosis de alcohol u otras sustancias psicoactivas

¿Alguna vez sufrió una sobredosis de alcohol u otra sustancia psicoactiva, hasta el punto de perder la conciencia?	SI	No
	(%)	(%)
	35,3	64,7
¿Cuál sustancia?		
Alcohol	31,1	
Cocaína	18,0	
Basuco	13,1	
Consumo simultáneo de varias sustancias	8,2	
Pastillas tranquilizantes o antidepresivos	6,5	
Marihuana	4,9	
Cacao sabanero	3,3	
Alucinógenos (LSD, hongos)	3,2	

Base: 159

Gráfica 36. Sobredosis de alcohol u otras sustancias psicoactivas



6.11 Prevalencia de uso de drogas inyectables

Tabla 70. Usuarios en tratamiento que han usado drogas inyectables

¿Alguna vez se ha inyectado una droga que no haya sido recetada por un médico?	SI (%)	NO (%)	NR (%)
	6,3	88,1	5,7

Base: 159

6.12 Estado de salud de los usuarios

Tabla 71. Cómo describen los usuarios su estado de salud actual

Estado de salud actual	%
Excelente	47
Bueno	47
Regular	7
Malo	--

Base: 159

- El reporte de los usuarios entrevistados sobre su estado de salud no difiere sustancialmente del panorama registrado en el diagnóstico situacional de 2004. En ambas mediciones, la proporción de usuarios que califican su estado de salud como bueno o excelente es notablemente superior a la de quienes manifiestan una condición de salud desfavorable.
- Aunque los cuestionarios de los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas -tanto en población general de 12 a 65 años como en población escolar- incluyen una pregunta similar a la contenida en estos estudios situacionales sobre tratamiento al consumidor de SPA, no se cuenta con datos oficiales sobre el estado de salud que declaran los consumidores no tratados. Por consiguiente, no es posible hacer afirmaciones concluyentes acerca de la afectación a la salud asociada con el consumo problemático de SPA.
- Los usuarios en tratamiento no presentan una condición de salud que los distinga de la generalidad de personas no consumidoras de SPA y/o de las personas consumidoras de SPA que no se encuentran en tratamiento. Por lo tanto, se requiere -y se recomienda-, como se anotara en el marco conceptual y de antecedentes de este estudio evaluativo, que los reportes de los estudios nacionales de consumo de SPA hagan explícita esa información.

6.13 Problemas psicológicos o emocionales

Tabla 72. Usuarios que han sido tratados por problemas psicológicos o emocionales

¿Alguna vez ha sido tratado(a) por problemas psicológicos o emocionales?	SI	NO
	(%)	(%)
	42,8	57,2

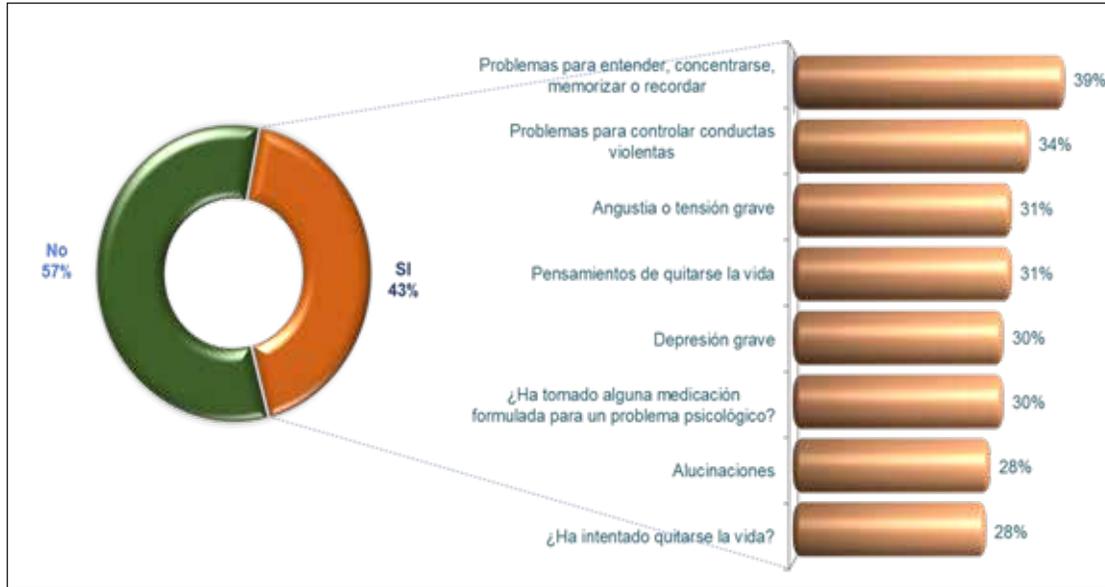
Base: 159

Tabla 73. Trastornos psicológicos que han experimentado los usuarios

¿Alguna vez ha experimentado por más de un mes...?	%
Problemas para entender, concentrarse, memorizar o recordar	39,0
Problemas para controlar conductas violentas	34,0
Angustia o tensión grave	31,4
Depresión grave	30,2
Pensamientos de quitarse la vida	31,4
Alucinaciones	28,3
¿Ha intentado quitarse la vida?	27,7
¿Ha tomado alguna medicación formulada para un problema psicológico?	30,2

Base: 159

Grafica 37. Tratamiento previo por problemas psicológicos o emocionales



6.14 Cómo califican los ex usuarios sus condiciones personales y su calidad de vida actual

Tabla 74. Cómo califican los ex usuarios sus condiciones personales y su calidad de vida actual

¿Cómo califican...?	Mala o muy mala (%)	Ni buena ni mala (%)	Buena o muy buena (%)
Su calidad de vida actual	2,7	5,4	91,9
Su vida cotidiana sin tratamiento	4,1	8,8	87,1
Su concentración para realizar las actividades diarias	1,4	13,6	85,0
Su seguridad para realizar las actividades diarias	0,0	8,8	91,2
El ambiente en el que vive	2,7	11,6	85,7
Su energía para realizar las actividades diarias	0,7	8,8	90,5
Su apariencia personal	0,0	7,5	92,5
La cantidad de dinero con que cuenta para satisfacer sus necesidades	1,4	16,3	82,3
La calidad del tiempo libre y pasar ratos de ocio	4,1	19,0	76,8

7. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Uno de los fines principales del estudio era conocer la oferta de servicios de atención y tratamiento al consumidor de sustancias psicoactivas (SPA) en el país, tanto en términos cuantitativos como cualitativos. Este conocimiento comprende una cuantificación tan precisa como posible de las instituciones prestadoras de servicios, la cantidad y la variedad de los servicios ofrecidos, la capacidad instalada, los recursos materiales disponibles, el talento humano asistencial y administrativo, y la cobertura efectiva de usuarios alcanzada, entre otros aspectos.

La dimensión cualitativa de análisis comprende a su vez aspectos tan variados como la distribución geográfica de las instituciones y los servicios ofrecidos, la naturaleza jurídica de las entidades prestadoras de servicios, los enfoques o modelos de tratamiento implementados, la uniformidad o la individualización de los tratamientos brindados, la composición disciplinaria/ profesional del personal asistencial, el conjunto de actividades realizadas, los procesos prioritarios según modalidades de servicios y las características de la población atendida, tanto en términos sociodemográficos, como de patrones y trayectorias de consumo de SPA, problemáticas reportadas y resultados e impacto de los tratamientos recibidos.

En lo relativo a la oferta de servicios de tratamiento, las principales categorías de análisis aluden a las condiciones de habilitación que deben cumplir los prestadores de servicios (capacidad técnico-administrativa, suficiencia patrimonial y financiera, capacidad tecnológica y científica) y, más específicamente, a los estándares y criterios de habilitación de los servicios, desagregados en los siguientes componentes: talento humano, infraestructura, dotación, medicamentos y dispositivos e insumos médicos, procesos prioritarios, historia clínica y registros, e interdependencia.

En esta sección se presenta una síntesis analítica y prospectiva de los resultados obtenidos en el estudio, según las dimensiones y los aspectos antes mencionados y a la luz de los datos reportados en las tablas y los textos explicativos contenidos en las páginas precedentes.

7.1 Tamaño y distribución de la oferta de servicios de tratamiento al consumidor de SPA en Colombia

El primer hallazgo que resalta en el estudio es la alta concentración de la oferta de servicios de tratamiento en unas pocas entidades territoriales del país. Aunque el censo de instituciones con servicios de atención al consumidor de SPA (ISACSPA) abarca 23 departamentos y la ciudad de Bogotá, cerca de dos terceras partes se concentran en el Distrito Capital y cinco departamentos.

La mitad de las ISACSPA registradas se localizan en la capital del país y en tres departamentos (Antioquia, Atlántico y Valle del Cauca). A su vez, la mitad de los 23 departamentos en los que existen ISACSPA cuentan cada uno con menos de cinco instituciones prestadoras de servicios, casi todas localizadas en la capital.

Nueve de los 32 departamentos de Colombia no cuentan con ISACSPA. La oferta de servicios especializados de tratamiento al consumidor de SPA es inexistente en cerca del 95% de los 1.122 municipios que tiene el país.

Este panorama no difiere sustancialmente de la situación reportada en 2004⁷⁹; al contrario, es muy similar, con pequeñas salvedades, como ligeras variaciones en el número de ISACSPA registradas en cada departamento, desaparición de algunas y registro de otras en el censo de 2016. En lo esencial, ambas mediciones revelan una ausencia de ISACSPA en la mayor parte del territorio nacional, una distribución espacial muy desigual de la oferta existente, con más de dos terceras partes concentradas en seis departamentos y ciudades, y una marcada debilidad en departamentos con altas prevalencias de consumo problemático de sustancias ilícitas y alcohol.

Aunque el consumo de sustancias ilícitas presenta tasas superiores en los departamentos y ciudades con mayor población urbana, que son a su vez aquellos que cuentan con la mayor oferta de servicios de tratamiento al consumidor de SPA (Bogotá, Antioquia, Valle, Eje Cafetero), hay también departamentos que reportan altas prevalencias de consumo problemático de SPA ilícitas y no cuentan con una oferta apreciable de servicios de tratamiento (i.e., Meta, Nariño, Norte de Santander, Risaralda).

El panorama es más crítico en lo concerniente a la atención y el tratamiento del consumo problemático de alcohol, el cual presenta en Colombia una tasa promedio nacional de 31%.⁸⁰ Así, considerando el censo de ISACSPA y su distribución geográfica, es evidente la casi total ausencia de servicios de atención y tratamiento en los departamentos que presentan las más altas tasas de consumo de riesgo o perjudicial de alcohol: Orinoquia y Amazonia (35%), San Andrés y Providencia (39%), Cesar (45%), Córdoba (48%), Chocó (46%), La Guajira (51%), Magdalena (36%) y Sucre (43%).⁸¹

79 República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social). *Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia*. Bogotá D.C., diciembre de 2004, pp. 40-42.

80 Porcentaje respecto a los consumidores de alcohol en los últimos 30 días.

81 República de Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (ODC), Ministerio de Salud y Protección Social. *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013*. 2da. edición: septiembre, 2015. Bogotá D.C.: Nuevas Ediciones, p. 58.

7.2 Naturaleza jurídica de los prestadores de servicios de tratamiento

Más del 90% de las ISACSPA son organizaciones de derecho privado, en su mayoría registradas como entidades sin ánimo de lucro (66%) y una quinta parte como sociedades por acciones simplificadas o sociedades de responsabilidad limitada. Las entidades sin ánimo de lucro son mayoritariamente fundaciones (78%) y en pequeñas proporciones corporaciones (11%), asociaciones (7%), y organizaciones canónicas (4%).

Sin embargo, es posible que una parte no cuantificada de la inversión pública en atención y tratamiento de consumidores de SPA se materialice a través de servicios hospitalarios de entidades territoriales (departamentales y municipales) no registrados o habilitados específicamente como ISACSPA (antes CAD).

Otra parte de la inversión estatal se estaría canalizando vía contratación de servicios especializados con algunas ISACSPA, particularmente para la atención y tratamiento de personas en condiciones de indigencia u otras problemáticas sociales (desplazados, reintegrados, infractores).

Adicionalmente, cabe mencionar el papel de las entidades territoriales de bienestar social, promoción y protección de la niñez, entre otras, que cumplen funciones de resocialización, reeducación, desarrollo ocupacional, apoyo terapéutico individual, grupal y familiar, acciones que por su propio carácter bien pueden ser constitutivas y esenciales del tratamiento de consumo problemático de SPA. Ejemplos destacados de este tipo de entidades en Bogotá son la Secretaría Distrital de Integración Social e IDIPRON, como otras secretarías municipales en el país que cuentan con centros de acogida u hogares de paso, programas educativos y de formación de hábitos saludables, desarrollo de habilidades sociales, recreación y otras actividades grupales, talleres de oficios, etc. Al no estar inscritas dichas entidades en el sector Salud, sus servicios y sus centros de atención no se tipifican ni se registran formalmente como instituciones de atención y tratamiento al consumidor de SPA.

Volviendo a la generalidad de las ISACSPA, en lo atinente a la naturaleza jurídica y el estatus legal de los prestadores de servicios de tratamiento, el universo real actual de prestadores supera el inventario actualizado de ISACSPA censadas en el estudio. Algunas entidades aparecen en las bases con datos de localización y contacto errados; otras no respondieron las llamadas y los correos enviados y no se pudo constatar su funcionamiento; varias rehusaron explícitamente participar en el estudio y algunas más aplazaron o cancelaron sucesivamente las citas agendadas y no pudieron ser visitadas.

Estos hechos sugieren la posible existencia de una oferta adicional de servicios de tratamiento que podrían estar operando en condiciones de relativa informalidad o sin el cumplimiento pleno de los estándares de habilitación establecidos en la normatividad vigente, referentes tanto a la suficiencia patrimonial y financiera de los prestadores, como a las condiciones técnico-administrativas y la capacidad tecnológica y científica para la prestación efectiva de los servicios ofrecidos.

La proporción de la oferta de servicios de tratamiento al consumidor de SPA que opera en condiciones de informalidad, no acreditación/ habilitación, o simplemente sin llenar los requisitos normativos en uno o más de los tres aspectos principales evaluados, podría rondar un 10% del total del universo existente. Esta estimación, hasta ahora apenas presumible, demanda un esfuerzo ulterior de verificación documental y en terreno por parte de los entes territoriales de salud, así como una actualización coordinada de los registros entre esos entes y la instancia relevante en el MSPS.

Entre los posibles factores causales o condicionantes de no habilitación de algunos servicios de tratamiento al consumidor de SPA en el país, aparece como probable el poco tiempo transcurrido desde la expedición de la Resolución 2003 de 2014, no obstante algunas disposiciones venían de resoluciones o decretos anteriores, aunque también relativamente recientes. Otra consideración apunta a la dificultad de algunos prestadores para cumplir los estándares establecidos en materia de recursos financieros, desarrollo organizacional, disponibilidad de profesionales especializados, o requerimientos locativos y de dotación.

7.3 Antigüedad de las ISACSPA

La mitad de las ISACSPA tienen más de 10 años de existencia; esto es, han asegurado su sostenibilidad y han logrado consolidarse en un universo que, como se ha visto, se caracteriza por su complejidad e inestabilidad. Una quinta parte adicional han sobrepasado su primer lustro de existencia, lo cual significa que han logrado afianzarse y hacerse sostenibles en ese mundo complejo.

En contraste con las altas tasas de ‘defunción’ o liquidación de entidades de tratamiento reportadas tanto en 2004 como en el nuevo censo institucional, más de la mitad (54%) de los actuales prestadores cuentan con más de 10 años de existencia y otra quinta parte ya superó el primer quinquenio (5-10 años).

Al mismo tiempo, parece promisorio que en los últimos cinco años se hayan creado casi medio centenar de nuevas ISACSPA en el país; es decir, la quinta parte de la oferta existente (44 según el censo institucional).

7.4 Composición del universo de servicios ofrecidos

Considerando las distintas modalidades de atención y tratamiento al consumidor de SPA, se observa en el país un claro predominio numérico de servicios de internación no hospitalaria (residencial), ofrecidos por dos terceras partes (65%) de las ISACSPA, seguidos de los servicios de atención ambulatoria de baja complejidad, ofrecidos por 55% de las entidades. Se evidencia así un incremento notable de la atención externa o ambulatoria con respecto a la situación reportada en 2004⁸², cuando estos servicios aparecían en segundo lugar, con solo 44% de entidades prestadoras; detrás y a considerable distancia de la modalidad residencial, cuya oferta ascendía a 73,5% de los prestadores registrados en aquel entonces.

Este auge relativo de servicios de atención y tratamiento ambulatorio parece obedecer a una combinación de factores concurrentes y complementarios: mayor oferta de profesionales capacitados en tratamiento de problemas de SPA; ampliación y diversificación de la oferta de actividades terapéuticas (talleres, recreación grupal, yoga, expresiones artísticas, etc.); afianzamiento de enfoques alternativos de tratamiento externo que han sido avalados por la OMS en años recientes (i.e., intervención motivacional breve, estrategias cognitivo conductuales); mayor asequibilidad y accesibilidad de servicios externos en el marco de las condiciones de aseguramiento en salud con que cuentan los usuarios del SGSSS; y, finalmente, quizás también una percepción creciente sobre la pertinencia y la conveniencia de los tratamientos extramurales en oposición al internamiento.

No obstante lo anterior, como se dijo al comienzo de este numeral, la internación residencial representa todavía la más alta proporción de la oferta global de servicios, lo cual refleja tal vez una extendida y persistente conexión mental entre “problema de drogas” e internamiento como fórmula de tratamiento eficaz, así como una creencia generalizada sobre el internamiento como condición necesaria para la abstinencia y, por ende, quizás la idea de que esta es función directa de la duración del internamiento.

Cabe contemplar también la posible existencia de lógicas de sostenibilidad, así como consideraciones relativas al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y a las condiciones de competitividad en dicho sistema y en el mercado global de servicios de tratamiento.

Es evidente la carencia de servicios de tratamiento de mediana y alta complejidad en una amplia porción del territorio nacional, lo que constituye una limitante para la atención de situaciones como sobredosis u otras intoxicaciones, dependencia severa, trastornos mentales concurrentes u otros problemas conexos al abuso de SPA.

82 MPS 2004, pp. 52-53.

En conjunto, la oferta global de servicios de tratamiento al consumidor de SPA en Colombia es ahora más amplia y variada, como lo indica el censo nacional de 384 servicios especializados, frente a los 358 programas y servicios reportados en el censo de 2004⁸³, con un mosaico más variado de entidades. Considerando que el inventario actual de servicios corresponde a 171 ISACSPA estudiadas, que a su vez representan el 94,5% del censo institucional, es probable que el universo real de servicios se acerque o sobrepase la cifra de 400. Esto es aún más probable teniendo en cuenta los servicios no tipificados en la Resolución 2003 de 2014, pero también consustanciales del abordaje integral del uso problemático de sustancias, desde una perspectiva social que desborda el marco de la salud pública, sin transgredirlo.

Actividades y servicios que Naciones Unidas y el Gobierno nacional reconocen y avalan como componentes o complementos del tratamiento escapan al alcance de la norma, quedando así por fuera del registro formal numerosas intervenciones (e.gr., prevención indicada post-tratamiento, orientación/ consejería, reducción de riesgos y daños, mitigación, sustitución y cambio motivado de patrones de consumo, desarrollo de habilidades y resocialización, redes de soporte socio-afectivo y otras acciones terapéuticas de base comunitaria).

Con las anteriores salvedades y reconociendo la meritoria labor de muchos actores no incluidos en el presente censo institucional, el análisis de la información recolectada indica que una población más delimitada y aparentemente menor de prestadores de servicios de tratamiento en 2016, con respecto al año 2004, no representa una disminución en la oferta global de estos servicios. Antes bien, los datos sugieren una progresiva cualificación y diversificación/ ampliación de los prestadores de servicios de tratamiento, en una dinámica que conlleva la consolidación y sostenibilidad de algunos –muchos- prestadores y la eventual caducidad y desaparición de algunos –muchos- otros. Con excepción de la modalidad de internación residencial, que muestra un ligero declive, en las otras categorías de servicios de tratamiento la oferta hoy es más numerosa, con mayor proporción de prestadores en cada modalidad de servicios.

7.5 Problemáticas específicas en SPA que atienden las ISACSPA

En consonancia con la ampliación de la oferta de servicios de tratamiento al consumidor de SPA en el país, ha crecido la atención a problemáticas que anteriormente no concitaban mayor interés o dedicación de los prestadores, tales como el consumo experimental o incipiente de SPA (66,3% de las ISACSPA en 2016 vs. 39% de los CAD en 2004), las intoxicaciones o sobredosis de SPA (20% de ISACSPA vs. 9% de los CAD), las recaídas (75% vs. 25%) y el síndrome de abstinencia (51,9% de las ISACSPA y 15,7% de los CAD).

⁸³ MPS 2004, p. 30.

Consistentemente, es también más amplio el menú de intervenciones específicas que ofrecen las ISACSPA, como lo señalan las cifras de 2016 frente a las de 2004 en las siguientes categorías: grupos de auto-apoyo (68% vs. 30% en 2004), terapias de sustitución (45% vs. 9%), desintoxicación farmacológica y no farmacológica (47% y 76% respectivamente en 2016 vs. 16% y 59% de los CAD en 2004). Otras intervenciones que ya en 2004⁸⁴ mostraban altos porcentajes de ejecutores (asesoría terapéutica a familiares, rehabilitación y reintegración social), muestran incrementos en los prestadores de servicios que realizan tales actividades.

7.6 Otras actividades relacionadas con SPA que realizan las ISACSPA

Además de la diversificación de la oferta de servicios y el menú de actividades a los usuarios en tratamiento, las ISACSPA han incursionado progresivamente en otros terrenos, como la prevención en la comunidad, la investigación sobre consumo de SPA y los problemas asociados, la orientación y asesoría en VIH/SIDA y la reducción de daños en consumidores de SPA. El porcentaje de ISACSPA que realizan cada una de estas actividades es notoriamente más alto que las cifras reportadas en 2004, correspondiendo la mayor variación a la reducción de daños (72% en 2016 vs. 28% en 2004)⁸⁵.

7.7 La oferta de servicios frente a la problemática social de la población atendida

En cifras globales, más de la tercera parte de las ISACSPA censadas atienden población en condiciones sociales desfavorables, como menores infractores (42%) o en medida de protección (47%), desplazados por la violencia (47%), personas portadoras de VIH o con SIDA (39%), y personas de estrato 'cero' o en condición de indigencia (51%). Cerca de una tercera parte atienden personas trabajadoras sexuales o en explotación sexual (31%).

7.8 Caracterización sociodemográfica de la población atendida por las ISACSPA

La población atendida por las ISACSPA es mayoritariamente masculina, hasta el punto que la totalidad de ellas atiende hombres y menos de 80% también atienden mujeres. Diferencias semejantes se registran en lo relativo a la atención de personas adultas y menores de edad; sin embargo, mientras que no hay entidades de tratamiento exclusivas para mujeres consumidoras de SPA, sí hay una proporción importante de entidades de tratamiento que sólo atienden menores de edad (19%).

De otra parte, en términos de estratificación socioeconómica, la mayor proporción de las ISACSPA (79%) reportaron atender principalmente población de estratos 1 y 2, mientras que una proporción menor (65%) dijo atender también a personas de estratos 3 y 4, y algo más de una tercera parte (37,5%) declararon atender a personas de estratos 5 y 6.

84 MPS 2004, p. 62.

85 MPS 2004 p. 61.

Considerando la escala socioeconómica, es posible que una proporción importante de la población consumidora de SPA más desfavorecida en términos materiales y de exclusión social, reciba atención y tratamiento en instituciones asistenciales de beneficencia no clasificadas específicamente en el sector salud (albergues, hogares de paso, centros de reeducación, consejería y atención a personas en situación de calle).

De otra parte, es posible también que personas con problemas de SPA en los estratos altos reciban atención y tratamiento a través de servicios particulares no registrados u ofrecidos expresamente como ISACSPA.

Las sustancias psicoactivas más mencionadas como motivo de consulta de los usuarios de las ISACSPA fueron, en su orden: marihuana (97%), alcohol (87%), cocaína (86%), basuco (81%) e inhalables (76%). Otras sustancias señaladas por más de la mitad de las ISACSPA fueron, en orden descendente: benzodiazepinas y otros sedantes (67%), tabaco/nicotina (66%), éxtasis y otras drogas sintéticas (62%), heroína (61%), alucinógenos (58%) y anfetaminas (54%).

7.9 Usuarios atendidos y percepción de la demanda

La población de usuarios en tratamiento en las 171 ISACSPA abordadas ascendía a 8.688 personas en el momento del estudio: 55% adultos y 45% menores de edad; 71% hombres, 26% mujeres y 2% personas LGBTI.

Como referencia, en 2004 se reportó una cifra de 12.116 usuarios atendidos en el momento del estudio, de los cuales casi la tercera parte (31,7%) eran personas “sin estrato/ sin techo”⁸⁶; esto es congruente con el variado perfil de los programas incluidos en el censo de ese año (abarcando albergues y hogares de paso, centros de reeducación de adolescentes infractores de la ley, comunidades terapéuticas en medio penitenciario, etc.). Considerando el perfil más delimitado de las instituciones censadas en 2016, la cifra de casi nueve mil usuarios en tratamiento en el momento del estudio representa un incremento en la población atendida por las instituciones especializadas en tratamiento al consumidor de SPA, lo que también es coherente con un mayor número de servicios frente al censo institucional de 2004.

En el presente estudio, la población de usuarios(as) en tratamiento mostró la siguiente distribución según categorías de servicios: 35% en internación hospitalaria o parcial (diurna, nocturna), 26% en atención ambulatoria (baja y mediana complejidad), y 39% en internación residencial. En cifras globales, hoy se registra una menor proporción de usuarios en tratamiento en la modalidad de internación residencial, mientras que en 2004 esta modalidad de tratamiento concentraba más de la mitad (55%) del total de personas atendidas en las distintas modalidades de servicios.⁸⁷

⁸⁶ MPS 2004, p. 56.

⁸⁷ *Ibid*, p. 57.

Según la información suministrada por los/las directores(as), la población total de usuarios atendidos en 2015 alcanzó la cifra de 43.982 personas, mientras que en el año 2016 ascendió a 51.736, lo cual representa un incremento de 17,6% en la demanda. Consistentemente, la mayoría (75%) de los/las entrevistados(as) dijeron que la demanda de servicios de tratamiento en los dos últimos años “ha aumentado”, mientras que una proporción menor de directores(as) (17%) considera que la demanda “se ha mantenido igual”, y un pequeño porcentaje (8,1%) no desestimable manifestó que esta “ha disminuido”. En síntesis, se aprecia un aumento tangible, aunque moderado, en la demanda de servicios de tratamiento al consumidor de SPA.

7.10 Cómo llegan los usuarios a las ISACSPA

Al indagar a los/las directores(as) sobre los medios a través de los cuales llegan los usuarios a la institución, la mitad (50,6%) mencionó publicidad en medios (internet, prensa, radio, TV) y algo más de una cuarta parte (27%) mencionó distribución de volantes informativos. Los porcentajes más altos de respuesta correspondieron a: “alianzas o convenios con otras entidades” (73%), “recomendación o remisión de otras entidades” (72%) y “recomendación de ex usuarios o sus familiares” (72%); siguiendo en frecuencia de menciones “petición directa de consumidores o sus familias”. Un porcentaje considerable de directores(as) (41%) mencionó “línea telefónica de información y orientación”, lo cual relleva la importancia de ese medio en la actualidad.

Considerando la proporción de usuarios de las ISACSPA que llegan a través de cada medio, es evidente una mayor efectividad de las “alianzas o convenios con otras entidades” (en particular EPS), así como la “recomendación o remisión de otras entidades”. En contraste, la publicidad en medios, la distribución de volantes y las líneas telefónicas de información/ orientación generan las menores proporciones de usuarios atendidos.

7.11 Aspectos contables, patrimoniales y financieros

La gran mayoría de las ISACSPA abordadas cuentan con declaración de renta (75%) y/o balance general (88%), lo cual pudo ser verificado en 106 (62%) y 132 ISACSPA (77%), respectivamente. Otras 13 ISACSPA (7,5%) dijeron no contar con declaración de renta ni balance general, y una más rehusó responder la pregunta.

Todas las entidades cuentan con un sistema contable; la mayoría de ellas tienen contabilidad sistematizada (87%). No obstante, la verificación de registros contables manuales o sistematizados solo fue posible en cerca del 70% de las entidades, lo cual refleja el celo informativo de algunos prestadores de servicios ante estos aspectos.

El 77% de las ISACSPA dijeron contar con revisoría fiscal, lo cual solo pudo ser verificado en 57% de las entidades estudiadas. Así, la proporción de entidades que no cuentan con revisoría fiscal podría ser mayor a una cuarta parte de las ISACSPA.

En relación con los indicadores de suficiencia patrimonial y financiera, el 69% de las ISACSPA cumplen el parámetro oficial de patrimonio, 68% cumplen el parámetro relativo a las obligaciones laborales y 64% cumplen el parámetro de obligaciones mercantiles. Sin embargo, una cuarta parte de las entidades (25%) no dieron información que permitiera verificar la suficiencia patrimonial, y en cuanto a las obligaciones laborales y mercantiles, una proporción ligeramente mayor de entidades no suministraron la información requerida para verificar estos indicadores (29% y 28%, respectivamente).

Lo anterior sugiere que una proporción considerable de entidades (alrededor de una tercera parte) podrían estar teniendo dificultades para cumplir las condiciones normativas de suficiencia patrimonial y financiera. Las cifras, al igual que las quejas manifestadas por algunos(as) directores(as) de ISACSPA sobre los parámetros establecidos en la normatividad vigente (Resolución 2003 de 2014), recomiendan una revisión y una posible flexibilización de dichos indicadores.

Considerando las distintas fuentes posibles de financiación, dos terceras partes de las ISACSPA (66%) dijeron contar con recursos propios, algo más de una tercera parte (39%) dijo contar con recursos oficiales y 41% manifestaron contar con financiación privada. Sólo 7% de las ISACSPA tienen acceso a recursos financieros de fuentes internacionales.

Con respecto a otras fuentes de recursos financieros, la mayoría de las ISACSPA dijeron obtener ingresos por venta de servicios a particulares (63%) y más de la mitad declararon recibir recursos por venta de servicios a entidades públicas (56%) o por venta de servicios a entidades privadas (57%). Una proporción apreciable de ISACSPA (38%) dijo obtener recursos a través de donaciones.

En lo concerniente a los **aspectos administrativos**, considerando las cifras en perspectiva frente a la situación reportada en 2004⁸⁸, es evidente un avance en materia de formalización, organización interna y sistematización de procesos y mecanismos de gestión administrativa. La documentación formal sobre la misión, la visión y los objetivos de la institución es el protocolo más común entre las ISACSPA visitadas, tal como ocurría en 2004 (89%), con un leve aumento esta vez (92%).

Los protocolos o guías de servicios y el manual de funciones del personal asistencial ocupan el segundo lugar, con igual porcentaje de implementación (91%), superior a los porcentajes reportados para estos dos protocolos en 2004 (63% y 75%, respectivamente). El manual de funciones del personal administrativo (90%), los perfiles de cargo para personal asistencial (88%) y el reglamento interno de trabajo (87%) muestran también niveles de implementación más altos que los reportados en 2004 (72%, 64% 66%, respectivamente). La mayor diferencia con la anterior medición se relaciona con el sistema de facturación, implementado hoy en 83% de las ISACSPA, mientras que en 2004 sólo existía en 51% de los CAD.⁸⁹

88 MPS 2004, p. 71.

89 *Ibid.*

No obstante los progresos registrados, llama la atención la ausencia o escasez de protocolos organizacionales y administrativos en algunas ISACSPA. El más básico y común de los (ocho) protocolos (documentación de misión, visión y objetivos) no se encontró en 7% de las entidades visitadas, el sistema de facturación no existe en 17% de ellas y casi todos los demás protocolos explorados fueron reportados como inexistentes en al menos 9% de las entidades.

Este panorama sugiere la conveniencia de una acción comunicacional y pedagógica orientada a incentivar la implementación de todos los protocolos administrativos y de organización interna, señalando no solo la normatividad vigente al respecto, sino también –y más importante aún– la conveniencia y los beneficios derivados en aspectos tales como la eficiencia, la agilidad operacional, el clima organizacional, la disciplina interna, la transparencia, la profesionalización y la acreditación, entre otros.

7.12 Infraestructura y dotación

La mayor proporción de ISACSPA se encuentra localizada en entornos urbanos residenciales, lo que supone condiciones favorables de accesibilidad, transporte y posible cercanía de las familias de los usuarios en tratamiento.

Una tercera parte de las ISACSPA, están localizadas en entornos rurales, correspondientes principalmente a las entidades que ofrecen tratamiento residencial. Esto refleja una tendencia preferencial hacia locaciones alejadas de entornos poblados y con posible presencia de distractores o atractivos que podrían interferir con las condiciones requeridas de aislamiento y tranquilidad. Por lo tanto, se busca también mantener a los usuarios alejados de posibles expendios u otros proveedores de sustancias psicoactivas (vecinos, amigos, establecimientos comerciales, etc.).

Accesibilidad y tranquilidad son entonces dos factores determinantes en la localización de las ISACSPA, siendo el primero de estos factores especialmente importante para las entidades que ofrecen servicios ambulatorios, en tanto que el segundo aspecto es más relevante para las entidades que brindan tratamiento residencial.

En términos generales, las ISACSPA cuentan con mayor disponibilidad de espacios y en mejores condiciones físicas en comparación con la situación registrada en 2004 en materia de infraestructura. Así, mientras que en el anterior diagnóstico situacional cerca de una tercera parte de los CAD (32%) no contaban con consultorios o espacios privados para las terapias individuales, en el presente estudio no se registró una situación similar en la generalidad de las ISACSPA visitadas. La disponibilidad de consultorios apropiadamente aislados del ruido pasó de solo 49% en 2004 a 93% en 2016.

También aumentaron los indicadores sobre disponibilidad de espacios para actividades recreativas (94% en 2016 vs. 78% en 2004), espacios para actividades físicas (81% vs. 49% en 2004), deportivas (52% vs. 38%) y para terapia ocupacional o talleres vocacionales (94% en 2016 vs. 71% en 2004).

Se observan limitaciones importantes en aspectos básicos de la infraestructura locativa con que cuentan las ISACSPA que ofrecen tratamiento en la modalidad de internación residencial o no hospitalaria. La tercera parte de ellas tienen dormitorios cuyas ventanas no se pueden abrir y las distancias entre camas son considerablemente reducidas. Ambos aspectos evidencian situaciones de incomodidad, estrechez y espacio interior con limitaciones de ventilación y vista al exterior, lo que en conjunto configura un ambiente quizás desapacible y poco vivificante.

Una proporción considerable de instalaciones dedicadas al tratamiento residencial (17,5%) no brindan espacios adecuados para que los/las usuarios(as) puedan tener momentos de privacidad, lo que para la población atendida en esas ISACSPA representa sin duda una limitación significativa en su posible bienestar y satisfacción con el servicio recibido.

Es también llamativo el hecho que cerca de la cuarta parte de las ISACSPA mixtas que ofrecen tratamiento residencial no cuentan con dormitorios separados para hombres y mujeres, lo cual subraya la situación deficitaria que presenta la atención a las consumidoras de SPA en el país, frente a una oferta predominantemente orientada a la población masculina.

7.13 Personal administrativo y asistencial

Todas las ISACSPA visitadas cuentan con director(a) o gerente general. En términos porcentuales, el segundo cargo en importancia en el personal administrativo de las ISACSPA es el contador (93%), seguido del cargo de secretaria (81%) y en cuarto lugar el de administrador o asistente administrativo (56%).

Alrededor de una tercera parte de las ISACSPA cuentan con relacionista público(a) o mercaderista (34%) y cerca de una quinta parte cuentan con personal administrativo adicional (i.e, coordinador, revisor fiscal, asesor jurídico, técnico en sistemas, etc.).

En términos generales, la gran mayoría de las ISACSPA cuentan con una plantilla básica de personal administrativo no superior a 3-5 miembros.

En conjunto, los miembros principales del personal asistencial con que cuentan las ISACSPA son mayoritariamente psicólogas(os) (91%), trabajadoras sociales (85%), auxiliares de enfermería (79%), terapistas ocupacionales (72%), psiquiatras (72%) y médicos(as) (70%). Otros profesionales con participación destacada en el personal asistencial de las ISACSPA son: nutricionistas (64%), pedagogos (53%) y jefes de enfermería (51%).

Algo más de la mitad de las ISACSPA visitadas (56%) cuentan en su personal asistencial con ex consumidores rehabilitados, en proporciones que varían desde 44% de instituciones que ofrecen internación hospitalaria, hasta 67% de entidades que ofrecen internación residencial.

Considerando únicamente los miembros principales del personal asistencial, 94% de las(os) psicólogas(os) y 93% de psiquiatras cuentan con certificado de formación en atención y tratamiento del consumidor de SPA, seguidos de los pedagogos, las enfermeras y las trabajadoras sociales con dicha certificación (85-86% en estas profesiones), y en menor porcentaje los(as) médico(as) (81%).

7.14 Enfoques o modelos de tratamiento

Un hallazgo notorio del estudio es el incremento y aparente predominio progresivo de perspectivas de abordaje de carácter **clínico psicológico**, particularmente de orientación cognitiva conductual, que fue reportado en 61% de las ISACSPA.

El modelo de **12 pasos** y el modelo de **comunidad terapéutica** siguen en orden de prevalencia al enfoque cognitivo conductual en la oferta de servicios de tratamiento al usuario de SPA. Esos dos modelos fueron reportados por 37% y 52% respectivamente de las ISACSPA visitadas.

El modelo o enfoque **psiquiátrico** con énfasis en salud mental solo fue reportado en 30% de las entidades visitadas. Una proporción menor de entidades declararon tener un enfoque teoterapéutico (16%) y algunas más manifestaron aplicar terapias 'alternativas' (13%).

En general, el panorama encontrado es indicativo de una evolución en la racionalidad de los tratamientos, con aproximación a fundamentos científicos y soporte en evidencia, a la vez que un aparente retroceso de perspectivas tradicionales con alta carga ideológica. Sin embargo, el panorama global revela también la pervivencia en Colombia de enfoques ampliamente cuestionados y cada vez más desusados en otras latitudes del ámbito internacional.

7.15 Fines del tratamiento

Los organismos internacionales reconocen tres fines principales y complementarios de los servicios de tratamiento al consumidor de SPA: (i) la disminución o dejación del consumo, (ii) la reducción de riesgos y daños asociados al consumo, y (iii) el restablecimiento o mejora de la funcionalidad del usuario de SPA en sus relaciones interpersonales y su desempeño ocupacional. Frente a este marco de lineamientos, la abstinencia total de cualquier SPA es la meta declarada por más de la mitad (59%) de las ISACSPA registradas en Colombia.

Este énfasis en la abstinencia total ya había sido reportado en 2004 como una característica prevaleciente en la orientación de muchos centros de tratamiento al consumidor de SPA. Sin entrar a controvertir el posible sustrato ideológico y los sesgos valorativos que refleja esta postura, cabe señalar una probable desatención o desconocimiento de criterios de gradualidad y progresividad en la reducción del consumo problemático o nocivo de sustancias, la eventual negación del derecho del usuario de sustancias a recibir tratamiento aún si no está en disposición o en capacidad de abandonar totalmente el consumo de SPA, y no menos importante, la desatención de las potencialidades del usuario para recuperar autónomamente y con apoyo motivacional el control sobre sus condiciones de vida, su funcionalidad cotidiana y su propio comportamiento de consumo.

Algo más de una cuarta parte de las ISACSPA visitadas (27%) declaró como fin del tratamiento la abstinencia total de SPA ilícitas y una proporción apenas ligeramente mayor (29%) dijo buscar la abstinencia de las sustancias responsables de la problemática.

El peso relativo que tienen las concepciones más tradicionales en la oferta de servicios de tratamiento en el país podría explicar en buena medida la poca atracción y la baja adhesión a algunos tratamientos, las altas tasas de recaída y abandono del tratamiento, la recurrencia sin éxito en la búsqueda sucesiva de una alternativa de tratamiento satisfactoria frente a las necesidades del usuario, y un cierto escepticismo acerca de la efectividad de los tratamientos ofrecidos.

7.16 Evaluación inicial e historia clínica

Estas son dos prácticas corrientes y casi universales en la globalidad de las instituciones que prestan servicios de tratamiento al consumidor de SPA hoy en Colombia. Lo que llama la atención, más allá del cumplimiento formal de estas condiciones, es el peso relativo que tienen los 24 aspectos indagados en la evaluación inicial y los registrados en la historia clínica, todos ellos con porcentajes superiores a 85% según respondieron las ISACSPA. Con porcentajes superiores a 95% sobresalen todos los aspectos referidos a las SPA, mientras que aspectos como la historia académica/ laboral del usuario, su motivación para ingresar a tratamiento, sus metas y sus expectativas frente al tratamiento se sitúan apenas en un 90% de los 'radares'. Esto resulta llamativo, considerando que 97% de las ISACSPA dijeron realizar una evaluación psicológica de los usuarios.

Las evaluaciones médica y psiquiátrica son realizadas en 78% de las entidades. En ambos casos, el 22% restante que normalmente no realiza una o ambas evaluaciones manifestó que en muchos casos no era necesario hacerlo, dado que los usuarios venían remitidos y evaluados previamente por una EPS. En otros casos, por tratarse de servicios de atención ambulatoria de baja complejidad, no se considera necesaria una evaluación médica o psiquiátrica.

7.17 Procesos prioritarios

La generalidad de las ISACSPA cuentan con un modelo de atención documentado (96%) y la gran mayoría de ellas cumple todos o casi todos los estándares de habilitación que son comunes para todas las categorías de servicios ofrecidos. El protocolo de manejo de crisis e intervenciones en crisis fue reportado por 94% de las ISACSPA visitadas y verificado efectivamente en 83% de ellas. Procedimientos para manejo de desórdenes internos, agresiones o abusos entre usuarios o hacia y desde el personal se reportaron en 89% de las ISACSPA y verificados en 78%.

Casi todos los demás protocolos relacionados con procesos prioritarios fueron reportados por las ISACSPA en porcentajes que van desde 73% para el protocolo de atención y manejo de usuarios con VIH/SIDA, hasta 88% para el manual de procesos y procedimientos en salud mental. El protocolo de atención menos reportado fue el de reanimación cardiopulmonar, existente en 51% de las entidades visitadas.

Las guías y los protocolos de internación del consumidor de SPA fueron reportados en 91% de las ISACSPA que ofrecen internación hospitalaria y parcial, mientras que entre las entidades que ofrecen internación residencial la cifra registrada fue de 82%.

Las menores tasas de cumplimiento de criterios de habilitación en materia de procesos prioritarios se observan en los temas de interdependencia, estipulados en la normatividad vigente para los servicios de internación hospitalaria y parcial: 59% de los prestadores de esta modalidad de servicios dijeron contar con disponibilidad de nutricionista; 58% dijeron contar con disponibilidad de laboratorio clínico, un poco menos de la mitad (47%) dijeron tener disponibilidad de toxicología y alrededor de una tercera parte (36%) dijeron contar con disponibilidad de neuropsicología.

7.18 Usuarios en tratamiento y ex usuarios

La más alta proporción de usuarios entrevistados se encontraban recibiendo tratamiento residencial (47,2%), lo cual es consistente con la mayor oferta de servicios de este tipo frente a otras modalidades de tratamiento, a la vez que obedece también –lógicamente- a una mayor disponibilidad y facilidad de acceso a estos usuarios con respecto a las personas que reciben atención ambulatoria, cuya presencia en las ISACSPA es menos constante.

Una proporción considerable de usuarios entrevistados se encontraba recibiendo atención hospitalaria (23,3%), lo que es congruente no solo con el peso relativo de esta modalidad de servicio en el volumen global de la oferta, son también con la propia disponibilidad de los usuarios para atender la visita del equipo de investigación.

Consistentemente, en lo relativo a los servicios de atención ambulatoria, se pudo acceder a una proporción menor de usuarios, dada su movilidad y limitada disponibilidad (14,5% en atención de baja complejidad y 9,4% en mediana complejidad). No obstante, en conjunto los usuarios en atención ambulatoria representan una cuarta parte del total de usuarios entrevistados.

La recurrencia en el tratamiento es una característica notoria en una proporción considerable de usuarios entrevistados. Este hallazgo concuerda con el panorama reportado en el año 2004, cuando 55% de usuarios entrevistados dijeron haber recibido tratamiento previamente por consumo de SPA. A su vez, los usuarios que no habían recibido tratamiento previo al actual representan un 53,5% de todos los usuarios entrevistados en 2016, frente a un porcentaje cercano de 45% en la medición de 2004.

La reincidencia de tratamiento en la misma institución es también un suceso común entre los usuarios entrevistados, tanto en el presente estudio como en el de 2004, aunque más frecuente entre los entrevistados de este año que en el estudio anterior (30,3% en 2016 vs. 21,5% en 2004).

De acuerdo con los testimonios de los/las usuarios(as) entrevistados(as), las referencias y recomendaciones de ex usuarios o familiares fueron los medios principales a través de los cuales se enteraron de la existencia de la ISACSPA que les atiende. La recomendación o remisión de otras entidades y, por ende, los convenios o alianzas de la ISACSPA con otras entidades (especialmente EPS), siguen en importancia como medios de referencia e ingreso de usuarios(as) a las entidades de tratamiento. En contraste, y en consonancia con lo reportado por la mayoría de directores(as) entrevistados(as), la publicidad en medios parece no tener un peso considerable en la captación de usuarios.

Menos de la mitad de usuarios(as) entrevistados(as) dijeron haber ingresado a tratamiento por su propia iniciativa. Entre quienes no tomaron la iniciativa, la familia –incluyendo la/el pareja(o)- desempeñó un papel determinante en la inducción al tratamiento. Una proporción menor de usuarios(as) dijo haber ingresado a tratamiento por sugerencia o presión de instancias externas (judicial, policía, asesor de una EPS o de la propia institución).

Lo anterior sugiere que una proporción importante de consumidores problemáticos de SPA tienen dificultades para reconocer o aceptar la necesidad de tratamiento, lo cual puede ser a su vez indicativo de barreras comúnmente mencionadas en otros estudios y por organismos internacionales, tales como: el temor a la estigmatización y la exclusión social, posibles trastornos en la inserción académica o laboral y, quizás también, algún grado de escepticismo o desconfianza frente a la oferta existente de tratamientos.

Dos terceras partes de los/las usuarios entrevistados(as) dijeron haber ingresado al tratamiento escogido por sus “buenas recomendaciones”. Otra proporción importante de usuarios(as) mencionó factores o circunstancias distintas a la acreditación de la institución o a la propia percepción de calidad acerca de la misma por parte de los/las entrevistados(as): presión familiar o institucional, proximidad al lugar de residencia, ausencia de otras instituciones de tratamiento en el municipio o la zona, y menor costo de atención en la opción escogida.

El reporte de los usuarios entrevistados sobre su estado de salud no difiere sustancialmente del panorama registrado en el diagnóstico situacional de 2004. En ambas mediciones, la proporción de usuarios que califican su estado de salud como bueno o excelente es notablemente superior a la de quienes manifiestan una condición de salud desfavorable.

Aunque los cuestionarios de los estudios nacionales de consumo de sustancias psicoactivas -tanto en población general de 12 a 65 años como en población escolar- incluyen una pregunta similar a la contenida en estos estudios situacionales sobre tratamiento al consumidor de SPA, no se cuenta con datos oficiales sobre el estado de salud que declaran los consumidores no tratados. Por consiguiente, no es posible hacer afirmaciones concluyentes acerca de la afectación a la salud asociada con el consumo problemático de SPA.

Los usuarios en tratamiento no presentan una condición de salud que los distinga de la generalidad de personas no consumidoras de SPA y/o de las personas consumidoras de SPA que no se encuentran en tratamiento. Por lo tanto, se requiere -y se recomienda-, como se anotara en el marco conceptual y de antecedentes de este estudio evaluativo, que los reportes de los estudios nacionales de consumo de SPA hagan explícita esa información.

7.19 Para la discusión: la oferta y la demanda en el espejo

A finales de 2016, la oferta de servicios de atención y tratamiento al consumidor de SPA en Colombia muestra un aumento cuantitativo y un menú más amplio y variado de actividades terapéuticas para los usuarios, en comparación con el panorama registrado en la anterior medición del año 2004. También se evidencia un panorama de creciente formalización, profesionalización, cualificación y sistematización, con mayor desarrollo organizacional, administrativo y técnico-científico de las entidades que trabajan en este campo.

No obstante, ha disminuido el número de prestadores de servicios; muchas entidades han dejado de existir a lo largo de estos años y otras se (de)baten en un escenario complejo de inestabilidad, zozobra e incierta sostenibilidad, en un mundo controlado por agentes externos.

El cabildeo, el ‘*marketing social*’, la capacidad –o habilidad- para acceder a un convenio con una EPS, o a un contrato con una entidad territorial, parecen haberse convertido en factores cruciales de una competitividad forzada en la que no pocos sucumben.

La oferta de servicios especializados sigue siendo limitada o inexistente en una amplia proporción del territorio nacional; aparte de su alta concentración en la capital y unos pocos departamentos, la mayoría de municipios donde estos existen solo cuentan con dos o tres entidades prestadoras y en otros solo una entidad.

Sin embargo, el balance no estaría completo si se desconoce el hecho real de una oferta global más amplia que la que estipula y asume como válida la normatividad vigente; una oferta adicional que incluye servicios y actividades que pueden ser considerados consustanciales, complementarios, adicionales o alternativos a las modalidades de tratamiento aquí estudiadas, pero que no se clasifican ni se tipifican como servicios de salud.

Adicionalmente, aun apegándose al canon de la salud pública, se encuentran muchos prestadores –en particular clínicas y hospitales– que atienden usuarios consumidores de SPA, sin que esta conducta tenga relación explícita con el motivo de consulta, o incluso haciendo abstracción de ella.

Pero la demanda también es limitada; o así parece. Considerando las cifras de consumo problemático de alcohol y otras SPA en Colombia, la demanda efectiva de servicios reportada por las ISACSPA es muy reducida. Según informaron sus directores(as), en los dos últimos años atendieron en promedio 48.000 usuarios al año, y en el momento del estudio estaban siendo atendidos cerca de 9.000 usuarios. Estos datos, aunque valiosos, resultan interrogados por la realidad:

Según el más reciente estudio nacional de consumo de SPA en población general de 12 a 65 años (2013), en Colombia se cuentan más de tres millones de fumadores de tabaco/cigarrillo, en su mayoría dependientes de la nicotina; más de dos millones y medio de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, casi 300 mil dependientes del alcohol y cerca de medio millón de personas con consumo problemático de sustancias ilícitas. “Sumando la cantidad de abusadores y dependientes [de sustancias ilícitas], se estima que en el país habría aproximadamente 484 mil personas, que estarían en condiciones de requerir algún tipo de asistencia para disminuir o dejar el consumo de drogas.”⁹⁰

Así las cosas, es evidente que la demanda efectiva de servicios no representa siquiera el diez por ciento de la magnitud estimada del problema en términos poblacionales; es decir, la décima parte de la demanda potencial.

⁹⁰ MSPS, MJD-ODC (2014), p. 70

Antes de apresurarse a una conclusión sentenciosa, cabe considerar las limitaciones, los enfoques prevalecientes, la visibilidad, los condicionantes y los medios o filtros a través de los cuales llegan los usuarios a las ISACSPA y otros factores ya reseñados en relación con los prestadores y su oferta de servicios. No vale redundar más en eso. Antes bien, cabe sumar en el balance real, aunque no formal, una proporción considerable aunque no precisada de personas con consumo problemático de sustancias que reciben atención a través de otras modalidades de servicios y actividades, y otra proporción incierta de personas -especialmente de estratos medio y alto- que reciben atención privada, de prestadores particulares no registrados formalmente como ISACSPA.

El punto es: ¿Cómo aumentar la accesibilidad y la asequibilidad de usuarios de servicios de atención y tratamiento al consumidor de SPA? Cómo hacer efectiva en Colombia esa proclama de las Naciones Unidas y ese propósito de la política nacional, es sin duda un interrogante central que se deriva de este estudio.

La respuesta, lejos todavía del alcance de este trabajo investigativo, conlleva una pluralidad de aspectos ciertamente abordados en el estudio, pero cuya articulación en un mosaico prospectivo que abarque las dimensiones normativa, política, económica, filosófica, promocional y de mercadeo, es el reto que les corresponde asumir a las propias ISACSPA, a los otros prestadores excluidos del censo institucional, a los entes reguladores nacionales y territoriales, y a las demás instancias institucionales y sociales concernidas: organizaciones cívicas y comunitarias, colegios y universidades, agremiaciones, veedurías ciudadanas y, ojalá también, grupos organizados de usuarios.

Los análisis respectivos y las respuestas posibles a este desafío seguramente pasan por los cuellos de botella o las famosas 'barreras de acceso' que persisten para personas afectadas por consumo problemático de SPA en el marco del SGSSS; así mismo, la crisis financiera y de funcionamiento que involucra a numerosas EPS, y, correlativamente, las dificultades de muchas ISACSPA para acceder a convenios y contratos que les permitan contar con un flujo constante de usuarios.

Pero también parece imperioso seguir avanzando en la discusión y la revisión de esquemas, conceptos, criterios y prácticas que podrían estar teniendo una incidencia decisiva y quizás insospechada en el volumen de la demanda de servicios de atención y tratamiento al consumidor de SPA en el país, como posibles inhibidores, disuasores, desmotivadores o 'alejadores' de potenciales demandantes. Veamos algunos ejemplos de aspectos o temas relevantes y quizás sensibles a la vez:

La duración media de los tratamientos en una amplia proporción de prestadores podría superar las expectativas, la necesidad sentida, los criterios o las posibilidades objetivas de muchos usuarios problemáticos de SPA y sus familias.

La focalización en la abstinencia como fin único o primordial del tratamiento desestima otros fines reconocidos como válidos y necesarios por los organismos internacionales (OMS, UNODC). La prioridad exclusiva de la abstinencia, casi como un dogma sin consenso posible entre expertos y funcionarios, tal vez inhibe o aleja a muchas personas que no buscan, no quieren o no están en condiciones de ser totalmente abstemias.

El manejo indiferenciado de las situaciones de reincidencia y recaída, y el talante autoritario de muchos prestadores en su respuesta a estas situaciones, desconociendo o invalidando de paso la autonomía del usuario, podría no ser una buena estrategia para mejorar la motivación y la adherencia al tratamiento. Hacia afuera, las historias de lo que pasa cuando se reincide o se recae (que para muchas ISACSPA parece ser lo mismo) quizás les reste atractivo y capacidad de ‘enganche’ a esas entidades, en el ancho y ajeno mundo del consumo problemático de SPA.

Se registra un uso muy extendido de términos tradicionales, hoy desaconsejados por las NNUU y otros expertos, por resultar patologizantes y estigmatizantes; esto es, generadores de exclusión: “drogadicción”, “alcoholismo”, “consumo compulsivo”, “enfermedad de la adicción”, “esclavitud”, “infierno de las drogas”.

La personalidad de marca y la imagen social que proyectan algunas ISACSPA evocan la figura del ave Fénix, lo que puede ser muy sugerente y motivador para muchos seres contritos por su problema de SPA, pero no para otros muchos consumidores de SPA que no sienten estar ‘quemados’ (“fritos” en el lenguaje de los jóvenes); sólo ‘emproblemados’ o incluso “rayados” (ídem), pero no tanto como para necesitar que les cambien la vida y les desconfiguren toda su cotidianidad.

Finalmente, la norma debe ser invocada en el análisis, no solo para estimar y evaluar su cumplimiento, sino también para validar y ratificar su contenido y su alcance, examinando a la luz de los datos su comprensividad, su real vigencia y su aplicabilidad total en el universo de ISACSPA y el mundo social en el que ese conglomerado de actores se desenvuelve.

¿Son suficientes y no excluyentes las seis categorías o modalidades de servicios contempladas en la norma? ¿Son realistas y consistentes con la situación de los prestadores en el escenario nacional –además de un estándar internacional- los parámetros de suficiencia patrimonial y financiera? Dado el tamaño pequeño de una gran proporción de prestadores de servicios en términos de personal y de usuarios atendidos, ¿son imperiosos para todas las ISACSPA todos los requerimientos de personal profesional, los protocolos organizacionales, las estipulaciones de dotación y, en general, todas las condiciones de habilitación establecidas en la norma?

Como ilustración de los aspectos a considerar, la dinámica real de la evaluación y el ingreso a tratamiento de muchos usuarios está mediada por la remisión o referencia de una EPS u otra entidad, que puede ocuparse del examen médico o psiquiátrico o toxicológico, si fuera necesario. La evaluación inicial en la ISACSPA, por su parte, se centra primordialmente en los aspectos psicológicos, incluyendo los indicadores básicos de salud mental de los usuarios, y la realizan en su gran mayoría psicólogas(os). Entonces, ¿es dable y necesario insistir en la generalización de la evaluación psiquiátrica en un universo de ISACSPA donde sólo 30% tienen un enfoque o modelo psiquiátrico de tratamiento?

Tales son las reflexiones que suscita y se espera estimule el panorama encontrado en este estudio. La discusión está abierta.

REFERENCIAS

Comunidad Andina – Pradican - Unión Europea (2013). *II Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria. Informe Colombia, 2012*. Lima – Perú: CAN. En: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/destacados/CO03542012-ii-estudio-epidemiologico-andino-sobre-consumo-drogas-poblacion-universitaria-informe-colombia-2012-.pdf>.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Sesión Especial de la Asamblea General dedicada al problema mundial de las drogas. Declaración Política: Principios rectores de la reducción de la demanda de drogas*. Nueva York: UNGASS; junio 8-19 de 1998.

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). *La política de drogas y el bien público*. Washington, D.C.: OPS, 2010.

Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). *Estudio para la definición de criterios de acreditación de programas en reducción de la demanda - Tomo I*. Madrid, septiembre de 2013.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social (hoy Ministerio de Salud y Protección Social). *Diagnóstico Situacional de Instituciones de Tratamiento, Rehabilitación y Reincorporación Social a Consumidores de SPA en Colombia*. Bogotá D.C., diciembre de 2004.

República de Colombia: Ministerio de la Protección Social. *Política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto – 2007*. Resumen ejecutivo. Bogotá D.C.; abril de 2007.

República de Colombia: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y Dirección Nacional de Estupeficientes (DNE) (2010). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en conflicto con la ley en Colombia – 2009*. Bogotá D.C.: Alvi impresores, octubre de 2010. En: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03262005-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-adolescentes-conflict-ley-colombia-.pdf>.

República de Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social (2011). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - 2011*. Informe Final. Bogotá D.C.

República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social – Universidad Nacional de Colombia/ Facultad de Ciencias Humanas. *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2008: Profundización sobre consumo de alcohol*. Bogotá D.C., agosto de 2012.

República de Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia - 2013*. Informe Final. Bogotá D.C.: ALVI Impresores S.A.S; junio de 2014.

República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan decenal de salud pública: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá D.C.; marzo de 2013.

República de Colombia: Congreso de Colombia (2012). *Ley 1566 del 31 de julio de 2012, por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el Premio Nacional “Entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas”*. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/colombia/Documentostecnicos/Ley_1566.pdf

República de Colombia: Congreso de la República. *Ley 1616 de 2013*. Bogotá D.C., 21 de enero de 2013.

República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas, 2014-2021*. Bogotá D.C.; julio de 2014.

República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución número 2003 de 2014*. Bogotá D. C., mayo 28 de 2014.

República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud Mental - 2015*. Bogotá D. C.: Javegraf

República de Colombia: Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2015). *La Heroína en Colombia: Producción, uso e impacto en la salud pública – Análisis de la evidencia y recomendaciones de política*. Bogotá D.C.: ODC. En:http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03132015-la_heroi-na_en_colombia_produccion_impacto_salud.pdf

República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución número 429 de 2016*. Bogotá D. C., febrero de 2016.

República de Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución número 3202 de 2016*. Bogotá D. C., julio de 2016.

United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) – World Health Organization (WHO). *Principios del tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas*. Marzo de 2008.

UNODC (2008). *International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres (TREATNET). Evaluation of substance use treatment. Training package, Vol. D, Topic 3*. Vienna: 2008.

Universidad San Buenaventura. *Diseño metodológico para actualizar el censo y establecer el diagnóstico situacional de los oferentes de servicios de atención a consumidores de sustancias psicoactivas en el país - 2013*. Propuesta metodológica. Bogotá D.C., noviembre de 2012.