

REPUBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE SALUD****RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998****(Junio 18)**

Diario Oficial No. 43.338, del 13 de julio de 1998

<NOTA: esta publicación no incluye las notas de pie de página contenidas en el Diario Oficial No. 43.338 del 13 de julio de 1998; tampoco incluye algunos gráficos que hacen parte de la resolución>

Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

LA MINISTRA DE SALUD,

en uso de sus atribuciones legales y en especial las conferidas por el artículo 77 del Decreto número 1292 de 1994 y,

CONSIDERANDO

Que la información epidemiológica disponible revela una alta prevalencia de alteraciones de la salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición de la salud de los colombianos. Dichos problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades, son actualmente de tal magnitud que deben ser considerados como problemas prioritarios de salud pública;

Que la Organización Mundial de la Salud (WHO/OMS) define salud como el completo bienestar físico, psicológico y social y no solamente la ausencia de enfermedad;

Que es función del Sistema General de Seguridad Social en Salud dar cumplimiento a las disposiciones constitucionales que consagran el derecho a la vida, la salud integral y la seguridad social de los individuos, los cuales encuentran su expresión en los fundamentos y principios establecidos por la Ley 100 de 1993;

Que la salud es un bien y un servicio de interés público y general, en consecuencia se hace necesario adoptar las Normas Técnicas, Administrativas y Científicas, que garanticen a los usuarios calidad en la atención y regulen las actividades de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y las conductas adictivas;

Que es función del Ministerio de Salud, dictar normas científicas que regulen la calidad de los servicios, la prevención de la enfermedad mental mediante la intervención de los factores de riesgo a enfermar, que son de obligatorio cumplimiento por todas las entidades de salud y por las instituciones prestadoras de servicio de salud y por las Direcciones Seccionales, distritales y locales de salud,

RESUELVE:**<CAPITULO> I.****<TEXTO DE LA RESOLUCION>**

ARTICULO 1o. Adóptase la Política Nacional de Salud Mental, contenida en el documento que hace parte integral de la presente resolución.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

ARTICULO 2o. Las normas técnico-científicas y técnico-administrativas contenidas en la política adoptada, serán de obligatorio acatamiento por parte de todas las Empresas Promotoras de Salud, Instituciones Prestadoras de Salud, Administradoras de Régimen Subsidiado y por las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

ARTICULO 3o. <VIGENCIA>. La presente resolución rige a partir de la fecha de su expedición.

Dada en Santa Fe de Bogotá, D. C., a 18 de junio de 1998.

Publíquese, comuníquese y cúmplase.

La Ministra de Salud,
María Teresa Forero de Saade.

CAPITULO II.
DOCUMENTO ANEXO.

REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE PROMOCION Y PREVENCION
SUBDIRECCION DE PROMOCION
PROGRAMA DE COMPORTAMIENTO HUMANO
POLITICA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Santa Fe de Bogotá, D. C., mayo de 1998

MINISTERIO DE SALUD

MARIA TERESA FORERO DE SAADE
Ministra de Salud

JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA
Viceministro de Salud

SILVIA EMMA HERRERA CAMARGO
Secretaria General

ANGELA GONZALEZ PUCHE
Directora General de Promoción y Prevención

CONSTANZA GIRALDO NIETO
Subdirectora de Promoción

GUIDO MAURICIO ROMERO GONZALEZ
Jefe Programa de Comportamiento Humano

Programa de Comportamiento Humano

Guido Mauricio Romero González
Médico Psiquiatra
Jefe de Programa

Alejandro Lozano Ramírez
Psicólogo
Profesional Especializado

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Alma Muñoz Muñoz
Socióloga
Profesional Especializado

Aldemar Parra Espitia
Psicólogo
Profesional Universitario

Olga Sandoval
Normalista
Secretaria Ejecutiva

CONSULTORES

Carlos José Parales Quenza, Psicólogo - Salubrista
Leonardo Mantilla Castellanos, Médico Psiquiatra
Manuel Javier Rincón Almanza, Médico Cirujano
Jairo Alfonso Luna Acosta, Médico Psiquiatra
María de los Angeles Sala Méndez, Médico Psiquiatra

Documento preparado por:

Doctor Carlos José Parales, Psicólogo, Máster en Salud Pública, Asesor Programa de Comportamiento Humano - Ministerio de Salud.

Doctor Guido Mauricio Romero González, Médico Psiquiatra, Diplomado en Derechos Humanos, Profesor Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Jefe de Programa Comportamiento Humano - Ministerio de Salud.

Doctor Gerardo González Haddad. Yale University. Diplomado en Conductas Adictivas de University of London. Asesor del Programa de Comportamiento Humano y de la ESE Carisma en el programa de capacitación del personal sanitario para la implementación de la estrategia UAICA.

Revisión, ajuste y adaptación:

Doctor Ramón Acevedo Cardona. ESE Carisma. Medellín, Antioquia.

Doctor Guillermo Acosta González. Clínica Montserrat. Santa Fe de Bogotá, D.C.

Doctora Olga Eugenia Albornoz. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - Clínica del Niño Instituto de los Seguros Sociales. Bogotá.

Doctor Jaime Blanco. ESE Granja Integral de Lérida. Lérida, Tolima.

Doctora Gloria Blanco. ESE Hospital Mental Rudesindo Soto. Cúcuta, Norte de Santander.

Doctor Edilberto Bonilla Buitrago. ESE Hospital Mental de Filandia. Filandia, Quindío.

Doctor Hernán Calderón Ocampo. Servicio de Salud de Caldas.

Doctor Víctor Corrales. Clínica Villa Servitá. Santa Fe de Bogotá, D. C.

Doctor Fernando Cortissoz. Sociedad Colombiana de Psiquiatría.

Doctor Eduardo de la Roche. Clínica de La Paz. Bogotá.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Doctor Carlos Dávila Sánchez. Secretaría Distrital de Salud Santa Marta, Magdalena.

Doctor Ricardo de la Espriella. Clínica de la Inmaculada. Santa Fe de Bogotá, D. C.

Doctor Uriel Escobar Barrios. ESE Hospital Mental de Risaralda.

Doctora María del Pilar García Avila. Psicóloga. Dirección de Análisis y Política Sectorial.
Doctor Pedro Gómez Méndez. ESE CARI. Barranquilla, Atlántico.

Doctora Belcy Herrera Dallos. ESE Hospital Mental San Camilo. Bucaramanga, Santander.

Doctor Carlos León. Universidad del Valle.

Doctora Nora Nelcy Moreno. Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Doctor Rodrigo Muñoz. Presidente y representante legal de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría.

Hna. María Isabel Orbaiz H.S.C. Clínica la Inmaculada. Santa Fe de Bogotá, D. C.

Doctor Guillermo Pardo Segre. ESE Centro de Rehabilitación y Diagnóstico Fernando Troconis. Santa Marta, Magdalena.

Enf. Maribel Pinilla. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería.

Psic. Adalgiza Reyes. Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, D. C.

Doctor Manuel Javier Rincón Almanza. Programa Calles sin Violencia. Dirección Nacional de Estupefacientes-Ministerio de Salud.

Doctor Carlos Mario Rivera. ESE Hospital Mental de Antioquia.

Doctor Juan Rojano Rodríguez. Departamento Administrativo de Salud del Cesar.

Doctora Sarah Rodríguez Ospina. Terapeuta Ocupacional, Jefe del Programa de Rehabilitación. Dirección General de Desarrollo de Servicios. Ministerio de Salud.

Doctora Olga Lucía Rodríguez Arévalo. Médica Consultora Externa. Dirección de Análisis y Política Sectorial. Ministerio de Salud.

Doctora María de los Angeles Sala Méndez. Consultora Dirección General de Desarrollo de Servicios. Ministerio de Salud.

Doctor Jaime Vengoechea. Colegio Colombiano de Neuropsicofarmacología.

Doctora Ligia Uribe Castrillón. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Antioquia.

Doctor Jesús Arturo Valencia Fernández. Unidad de Salud Mental. Hospital Occidente Kennedy-Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Santa Fe de Bogotá, D. C.

Doctor Javier Darío Vigoya Echeverry. Asociación para la Salud Mental Infantil y del Adolescente-SIMA. Santiago de Cali, Valle del Cauca.

Corrección de estilo

Doctora Hilda Demner, Comunicadora Social y Periodista. Jefe de Prensa de la Comunidad Judía y de la Oficina de Derechos Humanos de la B'nai B'rith.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

<INDICE>.

1. Introducción
 2. Justificación
 3. Conceptualización de la salud mental
 4. La política de salud mental
 5. Marco legal
 6. Areas de acción
 7. Objetivos generales
 8. Objetivos específicos
 9. Estrategias
 10. Metas propuestas
- Anexo número 1- Reducción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas.

1- Introducción.

La historia reciente del país nos plantea grandes retos que en ocasiones consideramos insalvables, insuperables y en la mayoría de las veces los asumimos como insolubles; esto ha hecho que a todos los colombianos nos caracterice la indiferencia ante la mayoría de ellos.

Es así como por ejemplo, al hablar de la violencia, que es el primer problema de salud pública del país, solo nos detenemos a su comentario o análisis, pero nunca o casi nunca nos preguntamos qué hacer para erradicarla, menos aún hacemos algo para combatirla.

Es hora de desmitificar algunos paradigmas del colectivo social, entre ellos, el que aquí nos preocupa, la salud mental de los colombianos, a la que hay que retirar el estigma moral con el que aún hoy se aborda en busca de posibles soluciones, esto a pesar de toda la evidencia científica que señala lo contrario.

Las formas como el Estado tradicionalmente ha buscado solución a los problemas que lo aquejan han demostrado su ineficacia y por eso nuevos actores sociales, como en otros rincones del orbe son llamados en su ayuda, es así como en los modernos Estados las soluciones que aquejan el colectivo son logrados a través de la convocatoria de amplios sectores de la sociedad, ya los expertos técnicos, ya los sectores políticos, ya la sociedad civil organizada.

Uno de los mayores logros recientes de la sociedad colombiana está consagrado en su Carta Fundamental y es la denotación de una generosa carta de derechos de todo orden, ya civiles, ya sociales, económicos y culturales, como también colectivos y del medio ambiente. Pero allí no paró el constituyente, pues no sólo se satisfizo con el listado de los derechos, sino que garantizó su protección y defensa a través de mecanismos procedimentales e institucionales, a fin de convertirlos en realidades fácticas en la cabeza de cada uno de los asociados y no solo meras enunciaciones formales en el texto constitucional.

Fruto de ello es que la salud fue definida como un derecho social en cuanto se refiere a acceso al servicio de salud, pero fundamental y por tanto político y civil en cuanto se refiere a garantizar la vida.

Vale la pena aquí preguntarse: "¿Qué es vida?" "Es simplemente la conservación de ciertos parámetros biológicos, o lo que quiere decir, es equivalente vivir a tener vida?", o por el contrario, "¿son conceptos no equiparables?" Por tanto al Estado no sólo en defensa del derecho a la vida le compete mantener a sus asociados vivos, sino proporcionarles los espacios donde las posibilidades de vivir con dignidad se transformen en realidades donde podamos afirmar que los colombianos tenemos vida.

Sin esta concepción es imposible el aproximarnos a otros derechos, ya que su vigencia y

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

disfrute fundamentalmente dignifican la condición estrictamente biológica de estar vivos, transformándola en disfrutar de vida al dar al hecho de estar vivos la condición de dignidad. No se puede entonces afirmar que quien está vivo tiene vida si no disfruta de derechos tales como la libertad, la presunción de su inocencia, la libertad de su conciencia y expresión o locomoción, a su intimidad y buen nombre o al libre desarrollo de su personalidad, al derecho a la defensa y al debido proceso entre otros muchos, no menos importantes.

Esto impone a los funcionarios del Estado cierto tipo de límites, ya que en el moderno estado social de derecho se impone la necesidad de comprender que las realidades en las que viven sus asociados no tienen por qué corresponderse en tiempo, espacios y posibilidades impuestos desde afuera, sino que nacen de la individualidad de las personas, logrando así y tornándose así el individuo y la individualidad en el centro del quehacer de los estados y por tanto en el interés general el cual prima sobre el interés colectivo de algunos de los estratos que conforman el ordenamiento social.

El interés general de los colombianos frente a la salud mental no puede ser otro que el que se le suministre un tratamiento, ante todo digno, que garantice primero la observancia y respeto de los derechos humanos de los colombianos que padecen de esta patología y siendo este un estado laico que se observe en su aproximación y manejo una ética civil ajena a cualquier tipo de moralismo infundado.

El Ministerio de Salud, a través del programa de comportamiento humano ha diseñado y elaborado, pero a la vez ha iniciado la implementación de una estrategia digna, respetuosa de los derechos de los eventuales pacientes y científicamente soportada para la aproximación desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud a las actividades de conservación y fomento de la salud mental, así como también aquellas de diagnóstico, rehabilitación y reinserción.

Colombia es un país único, pues el proceso salud - enfermedad tiene unas determinantes únicas, es así como su pluralidad social no plenamente asumida por los colombianos, su realidad construida, su proceso histórico, su variedad geográfica, las presiones y vectores resultantes del proceso de globalización determinan las condiciones de enfermar, sanar y conservar y fomentar la salud. A este proceso no es ajena la salud mental.

Es importante resaltar una condición en la cual nuestro país es único, porque tiene todas las condiciones que pueden promover que los individuos opten por usar las sustancias psicoactivas con capacidad de desarrollar una conducta adictiva. Algunos de estos son la disponibilidad que facilita el acceso a las diferentes sustancias; a la vez un gran sector de la población ha crecido utilizando el alcohol para socializar y los medios masivos de comunicación tienen la suficiente libertad para dirigir y difundir sus avisos publicitarios, que promueven en los jóvenes el uso de sustancias psicoactivas, ante la indiferencia de las autoridades encargadas de realizar su vigilancia, ya que los instrumentos legales necesarios ya están elaborados, pero no son utilizados por aquellos a quienes les corresponde.

Para finalizar quiero compartir con ustedes algunos pensamientos sobre las implicaciones que puede tener la consecución de la Paz en Colombia, en términos de Salud Mental, pues sin paz no podemos presumir la existencia de un ambiente propicio para el adecuado desarrollo de todas las potencialidades humanas que poseemos los colombianos.

Estoy consternado, mas no por ello desesperanzado, con la situación actual de mi país, pero a la vez no pierdo la confianza que al final de este camino pedregoso, podamos todos los colombianos convivir en paz y comprobarle a los hoy violentos, que tal conducta no ha sido, ni es el camino más favorable para lograr la ansiada justicia social elemento crítico y esencial para alcanzar la añorada paz.

No puedo terminar esta introducción sin expresar que quiero soñar, pero a la vez

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

compartir un sueño, donde los colombianos todos disfrutemos de un espacio propio donde se pueda soñar, realizar planes y alcanzar fantasías con la seguridad de que serán respetadas y toleradas porque hemos sido capaces de entender que aquello que nos hace iguales a los seres humanos, es que esencialmente somos diferentes.

Quisiera tener un sueño y creer que quienes participaremos en la implementación de esta política, seamos capaces de entender a quiénes y para quiénes nos hemos formado y para quiénes se ha diseñado la política nacional de Salud Mental.

Quisiera tener un sueño y creer que los esfuerzos de todos con la experiencia y las buenas intenciones que nos motivan, darán a los colombianos un espacio para pensar y actuar en pro de la salud mental, para con esto engrandecer así al ser humano que aquí vive, respetando y asumiendo la individualidad y por tanto la pluralidad.

Quisiera tener un sueño y creer que para algunos este texto, muy probablemente, no les aportará nada novedoso ni nuevo, pero que seremos capaces de tornarnos humildes, a fin de poder trabajar en equipo y tal vez nos volvamos sabios al aprender a tratar a los otros con dignidad.

Quisiera tener un sueño y pensar que a quienes trabajamos para la salud mental nos mueve, nos motiva el ser puros y transparentes para aquellos a quienes amamos, tolerantes y gentiles para aquellos que no entendemos y que tenemos la fortaleza necesaria para asumir este duro y difícil trabajo, el cual en ocasiones nos hará sufrir.

Quisiera seguir soñando y compartiendo con ustedes estos mis sueños, pero me satisfacería pensar que algunos de los trabajadores de la salud comparten estos mis sueños y eso justificaría el porqué no hemos perdido la esperanza de volver a soñar.

2- Antecedentes.

Colombia es un país con un perfil epidemiológico particular, en el cual prevalecen enfermedades transmisibles tradicionales como el paludismo, el cólera y la tuberculosis. El acelerado desarrollo urbano de la última mitad del siglo XX ha tenido como consecuencia la aparición de enfermedades somáticas, consecuencia del cambio y asunción de este estilo de vida como son las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad ácido péptica no solamente el siglo XX ha producido cambios en el ecosistema físico, ha surgido un ecosistema de la información que trae consigo la confrontación de valores culturales tradicionales con los de otras culturas generando, entonces, una crisis de aquellos, con los consiguientes cambios en los códigos operacionales de tipo comportamental y gracias a la intolerancia que nos caracteriza, la violencia se ha convertido en el mayor problema de salud pública, generando no sólo pérdidas de años vida en población económicamente activa, sino que se calcula que por cada día de vida productiva perdida se pierde otro día de vida productiva de familiares y allegados, es así como toda sociedad, como la sociedad colombiana produce salud y enfermedad.

Los datos epidemiológicos disponibles para la salud mental y los indicadores de morbilidad y mortalidad por causas externas, constituyen la base primordial de una situación inquietante, que se inscribe dentro de los procesos de transición epidemiológica por los que atraviesa Colombia.

Controladas muchas de las enfermedades infecciosas, en conjunto con mejorías substanciales en el desarrollo socioeconómico del país y representadas por procesos de industrialización, mejoramiento tecnológico, y aumento de los índices de escolaridad, el sector salud se ha visto enfrentado al incremento de problemáticas relacionadas con la salud mental y con las patologías crónicas y degenerativas.

Las abrumadoras necesidades en salud mental, tanto actuales como futuras, requieren

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

programas de intervención creativos y científicamente probados, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos. La distribución de esas necesidades no es al azar, son tanto mayores cuando más adversa son las condiciones de vida. De ahí que la inversión en programas y servicios de salud mental, que lleven a su preservación y recuperación en todos los ciudadanos, acrecentará el número de personas que alcanza un desarrollo humano sostenible.

Las respuestas a esas necesidades se hacen posible gracias a los notables avances logrados en el conocimiento de la fisiología cerebral y en las áreas psicológica y social, y en el desarrollo de modelos y tecnologías en todos los niveles de prevención.

Adicionalmente, los indicadores de violencia han alcanzado niveles que por lo exagerado de su magnitud, resultan realmente desoladores.

Esta situación demanda una respuesta oportuna por parte del Estado con respecto a la formulación de políticas y planes, tendientes al control y reducción de estos problemas, en beneficio de las condiciones de vida de la población.

Las oportunidades para el desarrollo de estos procesos están dados por la Constitución Nacional, la Ley 10 de 1990 y las Leyes 60 y 100 de 1993, así como por el interés manifiesto por parte del Ministerio de Salud, constituyéndose en el respaldo para concretar propuestas que permitan una prestación integral de los servicios de salud y con referencia a los principios y fundamentos legalmente establecidos de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía institucional, descentralización, participación social, concertación y calidad.

El Ministerio de Salud, con base en los cambios en el perfil epidemiológico del país, en las proyecciones demográficas que señalan la tendencia hacia un envejecimiento poblacional, y en el impacto producido a la salud por estilos de vida ligados a la urbanización acelerada y desordenada que se viene produciendo y asociada básicamente con fenómenos de violencia, ha determinado la importancia fundamental del desarrollo de políticas y planes en las áreas de violencia y salud mental, al considerarlas prioridades sanitarias, asumiendo el liderazgo sectorial en un campo en el que la acción eficaz desborda las posibilidades y competencias del sector salud.

Para el Ministerio resulta claro la necesidad de que la política sea objeto de una amplia consulta, es decir, que sea una política de concertación y participación.

Que esté acorde con los planes socioeconómicos gubernamentales, en virtud de la integralidad y coherencia que la debe caracterizar y que se traduce en acciones de cooperación intersectorial. Pero fundamentalmente, que sea una política garante de los derechos individuales, generosa en sus efectos de acción transformadora y en la búsqueda del bienestar general.

Buena parte de la población colombiana se encuentra en riesgo de ver comprometida su salud mental, y en virtud de la confluencia de una amplia serie de factores presentes actuando sinérgicamente, la probabilidad de sufrir algún tipo de alteración mental se ve multiplicada, adquiriendo un carácter exponencial en el caso de la población infantil.

El deterioro de las estructuras sociales, tales como la deslegitimación institucional, la inequidad distributiva, la ausencia de una infraestructura de servicios acorde con las demandas, la falta de oportunidades, el deterioro paulatino del medio ambiente en relación con proceso de deforestación y contaminación de aire, aguas y suelos, y el flujo de personas que acuden a los grandes centros urbanos del país en calidad de desplazados por la violencia, y que no poseen los soportes sociales requeridos para enfrentar su situación, son algunos de los diversos componentes de la situación que viven los colombinos a las puertas de un nuevo milenio.

El estado de salud mental de una población no puede separarse de las condiciones

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

sociales imperantes en un momento particular, las responsabilidades en el óptimo desarrollo de la salud mental de la población apuntan hacia los más diversos sectores gubernamentales y el apoyo decisivo de la sociedad civil.

Las relaciones entre pobreza y salud mental, el envejecimiento poblacional, el significativo deterioro de la calidad de vida, y la ausencia de los mecanismos adecuados para hacerle frente al continuo empeoramiento de la vida mental de los colombianos, son algunos de los puntos esenciales para el debate y la consolidación de una política con proyección hacia el futuro. El desarrollo de servicios orientados a la comunidad, y la elaboración de propuestas asentadas en las características particulares de cada región dentro de los planes de desarrollo, constituyen así mismo puntos de interés manifiesto de la Política Nacional de Salud Mental. Este documento proporciona el marco conceptual y los lineamientos para determinar las estrategias, los objetivos y las acciones, de la Política Nacional de Salud Mental.

2-1- Aspectos demográficos.

Colombia es un país con una posición geográfica favorable, conformado por amplias zonas montañosas y planicies, que le confieren una amplia variedad climática, y le proporcionan una riqueza hídrica que la ubican como una de las regiones con mayor disponibilidad de agua por unidad de superficie en el mundo. Esta situación le permite ser el habitat de numerosas especies animales y vegetales, y de grupos humanos con una impresionante riqueza étnica.

La situación sociodemográfica se ve relacionada básicamente con procesos de transición demográfica, que en Colombia se caracterizan por el descenso de la tasa de natalidad, reflejando cambios en los patrones de comportamiento reproductivo, y por tasas de mortalidad relativamente bajas, demostrando cambios a nivel no sólo de su intensidad sino también de su estructura por causas.

Para 1995(û) se estimaba una población de 35.101.000 habitantes, una tasa bruta anual de natalidad de 24.0 por mil habitantes, y tasa bruta anual de mortalidad de 6.0 por mil habitantes.

La tasa de crecimiento anual promedio de la población es de 1.66%, con una tasa global de fecundidad de 2.7. La esperanza de vida al nacer se sitúa alrededor de 69.3 años, con una proyección de 70.24 años para el año 2000. Esta esperanza de vida es bastante heterogénea y se observan diferencias importantes entre las diversas regiones del país.

El porcentaje de población urbana alcanza el 71%, el cual ha venido incrementándose en los últimos años como producto de los continuos movimientos de población. Sin embargo estos procesos de urbanización han sido bastantes desiguales, dando como resultado que el 73% de la población habite en la Zona Andina.

La población indígena constituye el 1.5% del total, siendo los grupos Paéz y Wayúu los más numerosos, y concentrándose principalmente en los departamentos de Cauca, Putumayo, Guajira y Nariño. En general las condiciones de educación y salud para la población indígena colombiana se encuentran por debajo de los niveles ostentados por la población general.

La migración interna ha presentado últimamente un fuerte incremento, debiéndose este hecho fundamentalmente, a fenómenos de desplazamiento con motivo de la situación actual de violencia, lo cual ha obligado a un aumento en los movimientos de la población, principalmente de áreas rurales y pequeños municipios hacia centros urbanos más poblados.

La ciudad más afectada por estos movimientos de población es Bogotá. Por otra parte la población rural ha reducido su tasa de crecimiento de 1.5% a 0.5% entre 1973 y 1985.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Con respecto a los indicadores educativos, puede afirmarse que los niveles educativos de la población continúan en aumento. El promedio de años de educación en población mayor de 15 años alcanzó a 7.1 en 1993, con mayor promedio en mujeres. Las tasas de alfabetismo alcanzaban en 1995 un 87% para los hombres y un 88% para las mujeres. Debe mencionarse que en el sector educativo se continúan presentando déficit en la cobertura, que dejan, por ejemplo, fuera del sistema educativo al 80.0% de los niños en edad de recibir educación preescolar.

La cobertura real para la básica primaria se situaba para 1993 alrededor del 85.0%, y la media vocacional alcanzaba valores de 50.0%.

Grandes diferencias se presentan a éste nivel entre los diferentes departamentos del país. En educación preescolar por ejemplo, se observan tasas máximas de cobertura en San Andrés y Providencia y mínimas en el Chocó (5%), en donde además se presentan una de las más bajas relaciones alumno / docente. Estas diferencias de cobertura se manifiestan también a nivel de básica primaria, secundaria y media vocacional.

Para 1995, el Producto Nacional Bruto (PNB) se ubicaba alrededor de US\$1620, y el porcentaje de hogares en situación de pobreza se aproximaba a 36. Los departamentos con mayor número de hogares pobres por NBI son en el respectivo orden: Chocó, Córdoba y Sucre. Los que presentan un menor número de hogares en tal situación son el Distrito Capital, Quindío y Risaralda.

La población económicamente activa se distribuye principalmente en los sectores agrícolas (27%), Comercial (24%), de Servicios (22%), y Manufacturero (13%).

La vivienda y el empleo constituyen otros de los indicadores importantes del nivel socioeconómico de una población. Para 1993, el déficit habitacional alcanzaba al 29% de los hogares colombianos. En términos absolutos se estima un déficit de 900.000 viviendas en el país, y de 844.000 hogares, cerca de un 11.8%, en condiciones de hacinamiento.

En cuanto al empleo, para septiembre de 1996, la tasa de desempleo alcanzaba el 12.2% en las siete (7) principales áreas metropolitanas. La tabla No. 1 presenta las tasas totales de desempleo y subempleo para el mismo mes durante algunos años entre 1976 y 1990.

Con respecto a la infraestructura, se continúan presentando déficit en la cobertura. En servicios públicos por ejemplo, la cobertura de acueducto alcanza el 80%. Para el alcantarillado, se dispone de una cobertura del 63%; y para la energía del 86%, El 83% de las viviendas urbanas cuentan, según el censo de 1993, con servicio de recolección de basuras. La infraestructura vial resulta sorprendentemente insuficiente. El promedio es de 110 metros por kilómetro de superficie. Así mismo, las condiciones de transporte reflejan una importante serie de deficiencias que llevan a que en promedio los colombianos gasten 2.53 horas diarias movilizándose.

Tabla No.1 Tasas totales de desempleo y subempleo, septiembre 1976-1990

Año	Desempleo %	Subempleo %
1976	10.4	14.4
1980	9.1	15.4
1986	13.0	14.3
1990	10.2	12.7

Para los colombianos(4), el núcleo familiar posee una gran importancia. Aunque el 89.7% de la muestra reportó buenas relaciones intrafamiliares, el debilitamiento de las redes de apoyo social, incluyendo la disfuncionalidad familiar, es cada vez más frecuente. Los

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

datos del Segundo Estudio Nacional de Salud Mental(5), muestran que casi 1 de cada 4 personas tiene a su familia desintegrada.

La desintegración familiar y el gran número de hogares sin figura paterna son situaciones comunes que resultan en factores de riesgo para numerosas condiciones mentales patológicas. La figura materna es de gran importancia en la familia colombiana y es con ella con quien frecuentemente los hijos establecen vínculos de comunicación.

Un aspecto sociocultural de los colombianos, bastante importante en relación con la salud mental, lo constituye la falta de confianza en las autoridades, especialmente en las fuerzas de policía y en los políticos. A este hecho se le suma la insuficiencia, ineficacia e ineficiencia del sistema judicial, el cual se ve con frecuencia saturado por la acumulación de procesos, lo que conlleva al hacinamiento carcelario, producto de las fallas enunciadas en la administración de justicia y al hecho de ser el sistema carcelario poseedor de una infraestructura ineficiente.

En Colombia el grado de impunidad imperante se presenta como una expresión de las desigualdades sociales, la deslegitimación judicial y la congestión de procesos. De acuerdo con datos de 1991(6), la criminalidad oculta en el país alcanza el 73.7%, y para 1990, el 48.5% de las providencias de calificación correspondían a procesos terminados por prescripción. La tasa de impunidad supera el 95%.

En el estudio de Salud Mental de 1993, tan sólo el 1.1% de la muestra expresó satisfacción con la situación actual del país, y estos altísimos niveles de insatisfacción se encuentran generalizados en todos los estratos sociales.

Para 1997, sólo el 1.8% expresó sentirse muy satisfecho con la situación del país, mientras el 44.6% de la muestra reportó desilusión.

En el ámbito de actividades recreativas, la televisión continúa siendo una de las principales fuentes de entretenimiento. Los estimativos señalan que tan sólo el 10% de la población practica algún deporte, y que únicamente el 0.7% lo hace con regularidad(7).

2-2- La situación de salud.

Al descubrir la situación de salud de la población colombiana, es conveniente comenzar por uno de los indicadores más sensibles de la calidad de vida de una población: La tasa de mortalidad infantil, que presentaba para 1995 una cifra de 28 por 1.000 nacidos vivos, manteniéndose las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias como las principales causas de mortalidad en menores de un año.

Para el mismo período, la mortalidad materna establece unas tasas de alrededor de 78 por 100.000 nacidos vivos. Las tasas de mortalidad por enfermedades transmisibles se ubican en 69 por 100.000 para los hombres, y 61 por 100.000 para las mujeres. Con respecto a la tasa de mortalidad por tumores malignos, muestran un 96 por 100.000 en hombres, y 118 por 100.000 en mujeres.

La tasa de mortalidad por enfermedades del aparato circulatorio, para el mismo año, apunta a un número de 238 por 100.000 en hombres, y 275 por 100.000 en mujeres. Por último, las tasas de mortalidad por causas externas se sitúan alrededor de 272 por 100.000 en hombres y 43 por 100.000 en mujeres.

Los datos señalan que aproximadamente el 12% de la población presenta algún tipo de discapacidad o limitación física, mental o sensorial(8), la mayoría de los cuales no tiene acceso a los servicios sociales. Las discapacidades por trastornos mentales ocupan un lugar bastante importante dentro de la carga de enfermedad y discapacidad, teniendo en cuenta causas tales como el retardo mental, la epilepsia, y los trastornos emocionales.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Con respecto a los indicadores de recursos para 1995, los datos fijan unas tasas de 1.16 médicos y 0.53 enfermeras por 1.000 habitantes(9) y de 1.2 camas por 1.000. De otra parte el gasto en salud como porcentaje del PIB se establece en alrededor del 5,7.

2-3- La situación de la salud mental.

De acuerdo con estadísticas de la OMS(10), la prevalencia global de trastornos mentales es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo trastornos neuróticos, afectivos, retardo mental, epilepsia, demencias y esquizofrenia. Los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad(11).

De acuerdo con datos del Banco Mundial(12), las enfermedades mentales representan cada vez un mayor protagonismo con respecto a la carga de enfermedad representada en discapacidad y muerte.

De las diez principales causas de carga de la enfermedad en mujeres entre 15-44 años para 1990, la primera causa, tanto en países desarrollados como en desarrollo, fue la Depresión Mayor Unipolar. De esas diez causas, seis corresponden a trastornos mentales (depresión mayor, esquizofrenia, trastornos bipolares, trastorno obsesivo-compulsivo, abuso de alcohol y lesiones autoinflingidas), y una de ellas se relaciona con el comportamiento (accidentes de vehículos de motor).

En general, para el 2020 se estima que la depresión mayor será la segunda causa de carga de la enfermedad en el mundo, medida en años de vida ajustados por discapacidad, después de la enfermedad isquémica cardíaca.

En el ámbito regional la situación no es menos grave, particularmente con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, las neurosis, y los trastornos de personalidad. Los estimativos para el año 2000 sugieren una cifra alrededor de 88 millones de personas afectadas por trastornos mentales en la región(13), la cual podría ser perfectamente superior dadas las condiciones actuales de violencia.

Este cuadro global y regional explica el enorme interés en el desarrollo de programas de salud mental en el ámbito mundial, y al que Colombia particularmente no es ajena.

Colombia cuenta con el Primer Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1993(14), y el Segundo Estudio de 1997(15)÷ los cuales suministran información epidemiológica sobre trastornos mentales en Colombia.

De acuerdo con dichos estudios que se han sustentado en la necesidad de presentar las bases para la formulación de políticas, el estudio de tendencias y la orientación de los programas de atención en los distintos niveles, la prevalencia de vida de morbilidad sentida alcanzó un 7.9% en 1993, el cual se considera subestimado.

Para 1997 el 13.6% de los encuestados expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental.

Con respecto a las frecuencias de presentación de diversas patologías mentales, el número de personas con alguna probabilidad de trastorno mental se apreciaba en 1993 alrededor del 10.2%. La prevalencia total de ansiedad alcanzó el 9.6%, y el 25.1% refirió algún grado de posible depresión clínica. La percepción informada de retardo mental fue del 2.9% y el 14.3% mostró algún indicador positivo para posible caso de psicosis. El intento de suicidio observado fue del 57 por 1.000.

El Segundo Estudio amplía el número de entidades incluidas y adiciona cambios en los instrumentos de recolección de la información, tales como el CIDI-2. Dichos cambios permiten una mayor especificidad en los datos y enriquecen notablemente el conocimiento sobre la situación de la salud mental en el país.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

2-3-1- Enfermedades psiquiátricas tradicionales.

Los datos del estudio de 1997 reportaron una prevalencia de vida para la depresión clínica del 19.6%, siendo más frecuente en personas de sexo femenino, en mayores de 61 años, y en los departamentos de Cauca, Risaralda, Sucre, y Valle. En los departamentos de Boyacá, Meta, Putumayo y Arauca se reportaron las menores prevalencias.

La prevalencia de vida de la ideación suicida es del 4.7%, y el intento de suicidio lo reportó un 1.7%. El análisis de los datos señalan una disminución de la ideación y el intento, en comparación con la información del estudio de 1993. Las mujeres reportaron mayor frecuencia de ideación que los hombres.

La prevalencia de vida para el Trastorno Bipolar I se estima en 1.2%, con mayor frecuencia en hombres. Para el Trastorno Bipolar II, la tasa es del 0.5%, encontrándose una mayor prevalencia en el sexo masculino. Las prevalencias más altas corresponden a los departamentos de Córdoba, La Guajira y el Distrito Capital.

La esquizofrenia muestra una prevalencia en el último año de 0.6%, y una prevalencia de vida del 1.4%, con mayor frecuencia de presentación en los departamentos de La Guajira, Córdoba, Quindío y Magdalena.

La epidemiología de las demencias también fue incluida en el Segundo Estudio, lo cual resulta especialmente pertinente dadas las condiciones de envejecimiento poblacional que se están presentando en Colombia, y que llevan a un aumento de la población mayor de 65 años que va de 3.9% en 1985 a 4.4% en 1993. La prevalencia de vida para las demencias es del 2.6%.

El Síndrome de Estrés Post-Traumático, muestra una prevalencia de vida de 4.3%, y en el último año de 3.5%. Su frecuencia de presentación se encuentra principalmente en hombres, y en los departamentos de Bolívar, Arauca, Quindío, Casanare y Santander.

Tabla No. 2. Prevalencia Trastornos de Ansiedad

Entidad	Prevalencia anual %	Prevalencia de vida %
Trastorno de pánico	0.1	0.3
Fobias	0.2	3.8
T. de Ansiedad generalizada	1.3	3.1
T. Obsesivo-compulsivo	3.1	3.6

Con referencia a los trastornos somatoformes, se estima una prevalencia de vida para la somatización de 4.9% y mayor frecuencia en mujeres, mientras que la hipocondriasis resulta más frecuente en hombres, con una prevalencia de vida del 0.6%.

La prevalencia de los trastornos de la alimentación señala unas tasas de prevalencia anual de 1.8% y de vida de 2.3% para la anorexia nerviosa, mientras que la bulimia presenta una prevalencia de vida del 0.1%.

Con respecto a la salud Mental infantil, el estudio señala unas prevalencias de 5.1% para trastornos del aprendizaje; 9.4% para ansiedad; y 5.3% para trastorno convulsivo. Estos datos no son tasas reales de prevalencia, sino prevalencias basadas en el reporte de familiares de los menores.

Los indicadores de maltrato al menor reportados por los familiares, presentan unas tasas de 12.1% para maltrato físico; 21.4% para maltrato verbal; y 2.6% para abuso sexual.

2-3-2- Impacto de las Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas en la salud

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

mental de los colombianos.

Con respecto al consumo de sustancias psicoativas, actualmente se cuenta además del Segundo Estudio Nacional, el Segundo Estudio de la Dirección Nacional de Estupefacientes, realizado en 1996 (DNE) y que permiten contar con datos muy completos sobre la situación del consumo de sustancias psicoativas en el país.

De acuerdo con el Segundo Estudio Nacional de Salud Mental, el consumo de alcohol presenta un incremento en la proporción de prevalencia del 18.7% entre 1987 y 1997, señalando una prevalencia del consumo de alcohol en el país del 85.8%.

El mayor incremento en el consumo de alcohol se ha producido en las mujeres, con una diferencia de proporciones de 27.1% entre 1987 y 1997, lo cual permite expresar que por cada mujer con problemas de alcohol en el estudio de 1987 se encontraron 6 en 1997. En general, la prevalencia del alcoholismo es del 12%.

El Segundo Estudio de Salud Mental indica también una tendencia en la disminución del consumo actual de tabaco, la cual es más fuerte en hombres que en mujeres, pasando de 29.7% en 1987 a 22.2% en 1997. El Segundo Estudio de Consumo de la DNE estima el incremento en el número de nuevos consumidores de tabaco en el país en 1.3%.

Tabla No. 3 Consumo de sustancias psicoactivas (por mil habitantes)

en Colombia, 1993.Sustancia	Prevalencia anual	Prevalencia de vida
Marihuana	11.0	33.1
Bazuco	3.6	11.5
Cocaína	2.8	8.1
Heroína	0.3	0.5
Inhalantes	0.6	2.2
Anfetaminas	2.5	7.1

Los datos presentados por el Segundo Estudio de Consumo de la Dirección Nacional de Estupefacientes, DNE, señalan una prevalencia de vida del consumo global del 6.5%, que corresponde aproximadamente a 1.674.510 consumidores, la mayor parte de los cuales es de sexo masculino. Comparando dichas cifras con el estudio realizado en 1992 se obtiene un incremento del consumo global del 0.6%.

El consumo en el último año para al menos una sustancia psicoativa es de 1.6% correspondiente a 400.768 personas. El aumento en el consumo de marihuana entre 1992 y 1996 es, de acuerdo con el estudio de la DNE, del 0.1%, siendo proporcional al aumento poblacional.

Con respecto a la cocaína, el estudio de la DNE reporta una prevalencia para 1996 similar a la encontrada en 1992, señalando aproximadamente 400.000 consumidores de cocaína y un aumento de 60.000 casos.

Para el bazuco, se considera que existen en el país aproximadamente 385.000 consumidores. Para la heroína se señala una prevalencia de vida de 12.566.

El Segundo Estudio Nacional de Salud Mental encontró un incremento en el consumo de heroína en el grupo de 12 a 15 años. El incremento en el consumo de esta sustancia de acuerdo con tal estudio es de aproximadamente el 5%.

La prevalencia anual de consumo de tranquilizantes menores es de 5.7% y 10.2% para prevalencia de vida, mientras el 1.5% reportó consumo de anfetaminas alguna vez en la vida, con una prevalencia anual de 0.5%.

El consumo de inhalantes señaló una tasa de prevalencia anual del 1%, y una

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

prevalencia de vida del 1.6%. Los estudios realizados en 1996 no incluyeron población de la calle ni institucionalizada, por lo cual podría suponerse que la prevalencia en el consumo de inhalantes es superior a la registrada en los estudios.

Las prevalencia en el consumo de alcohol del estudio de la DNE de 1996, señala un consumo en el último año de 59.8% y de 35% en el último mes.

2-3-3 Violencia y Salud Mental.

Al hablar de violencia en Colombia se hace necesario precisar su origen, del total de víctimas de la violencia el 20% de ellas proviene de la violencia que ocasiona el enfrentamiento armado por razones políticas que padece el país, el 80% restante son víctimas de la violencia cotidiana, ya sea en el macrosistema social o en la intimidad del microsistema familiar.

Con respecto a la violencia, Colombia encabeza las estadísticas de mortalidad proporcional por causas externas en el contexto regional¹⁶, con un aumento del 8.7% en el período 1960-64, a 17.8% para 1980-84; 22.5% entre 1985-89, y alrededor del 25.4% para 1990.

Los altos índices de mortalidad por causas externas se presentan para ambos sexos pero con una significativa superioridad para el sexo masculino, con una tasa que alcanzó niveles en 1990 de 237.1 por 100.000 en el caso de los hombres y 41.1 para las mujeres. Estas cifras se incrementaron en el período 1990-92 alcanzando unas tasas de 272 en hombres y 43 en mujeres⁽¹⁷⁾.

Estas tasas se concentran principalmente en la población joven, configurando un cuadro bastante dramático cuando los datos se presentan en forma de años de vida potencialmente perdidos.

Al analizar la estructura de la mortalidad por causas externas, las muertes por homicidios, intervenciones legales y operaciones de guerra, Colombia presentó las cifras más altas de la región para 1990 (65.1%), con un incremento en el número de muertes por homicidio registradas que pasa de 9.363 a 24.054 para el período 1984-1990, constituyéndose en la primera causa de defunción desde finales de los años ochenta.

Un hecho derivado de la violencia política es el desplazamiento de población civil, situación esta que constituye una vulneración grave a los Derechos Humanos de estos ciudadanos, produciéndose implicaciones sociodemográficas que afectan particularmente mujeres y niños provenientes, en un alto porcentaje, de zonas rurales.

Esta población se ubica en zonas marginales urbanas de ciudades grandes e intermedias y en zonas de áreas metropolitanas, enfrentando un severo deterioro de su calidad de vida, en cuanto a vivienda, empleo y acceso a servicios de salud, educación y asistencia legal. Además de la violación a sus derechos civiles y políticos, los desplazados, están sujetos a violaciones de sus derechos económicos, sociales y culturales como consecuencia del desarraigo y a la desadaptación a que son sometidos.

El 75.5% del total de la población desplazada no cuenta con servicios de salud, mientras que el 72.74% reclama como necesidad primordial servicios médicos, el 14.95% atención psicológica y el 3.27% rehabilitación física.

No asisten a clases 4 de cada 10 menores en edad escolar, lo que constituye otro impacto negativo del desplazamiento en la infancia. A esto se suma los traumas y dificultades de adaptación al proceso educativo de los niños y jóvenes desplazados que logran acceder a la educación formal⁽¹⁸⁾.

Entre diciembre de 1995 y diciembre de 1996, alrededor de 36.202 hogares, aproximadamente 181.000 personas, fueron desplazadas por violencia en Colombia. Es

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

decir, cada hora, dentro del territorio nacional, se desplazan por causas violentas 4 hogares y el total de la población desplazada desde 1985 en nuestro país se estima en 920 mil personas(19).

Las amenazas (64%), y los asesinatos (14%), constituyen las principales causas del desplazamiento de poblaciones, seguidas de desapariciones forzadas (4%), atentados (3%), torturas (1%) y "otros" como miedo, persecución, e intento de secuestro que conforman el 15%.

El 53% del total de la población desplazada corresponde a mujeres, en tanto que el 54%, son niños y niñas menores de 18 años(20).

El desplazamiento produce efectos severos en la vida familiar y en cada uno de los miembros que la componen, atendiendo a sus especificidades y edad. La mujer en un 36% de los hogares debe constituirse en cabeza de familia de manera forzada e ingresar obligatoriamente a las filas de la economía informal. Los hijos interrumpen bruscamente sus estudios y sólo una quinta parte pueden seguir asistiendo a la escuela primaria. Los hombres, si sobreviven a la persecución, quedan privados de su trabajo habitual y de las pocas seguridades con que contaban(21).

Es así como los hogares que ven obligados a padecer un rápido proceso de desorganización/ reorganización familiar, que con frecuencia provoca el traslado abrupto de responsabilidades y la pérdida de la satisfacción de sus necesidades mínimas que conduce al detrimento de su calidad de vida. De ello son víctimas, especialmente, los niños y niñas. Además en la búsqueda de la supervivencia física y material, las necesidades emocionales y los efectos psicosociales del desarraigo, el miedo y el temor a la violencia pasan a ser secundarios y sin atención adecuada.

Igualmente significativa resulta el número de defunciones registradas por accidentes de vehículos de motor, con una tasa de 331 por cien mil vehículos en 1990, la séptima a nivel regional.

Los accidentes de tránsito conforman la gran mayoría de lesiones accidentales tanto fatales como no fatales. La tasa de defunciones por accidentes de tránsito en capitales departamentales reportadas a Medicina Legal se ha incrementado de 131 por 100.000 habitantes en 1992, a 240 por cien mil en 1995 (22). Esta categoría sin lugar a dudas demandará grandes esfuerzos del sector salud en los años venideros.

En 1994, el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses implementó un sistema de vigilancia epidemiológica, el Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (CRNV), atendiendo así la necesidad de conocer de la manera más exacta la morbilidad que las lesiones de causa externa ocupan actualmente en el país como problema de salud pública, y por tanto los factores epidemiológicos determinantes.

Según datos proporcionados por el CRNV (23), para 1995 los homicidios continuaban como la primera causa de mortalidad y de Años de Vida Potencialmente Perdidos, con una tasa de 75 por 100.000 habitantes y tendencia a la baja, iniciada en 1994. Es de anotar que esta tendencia no es uniforme para todo el país, como sucede con los demás indicadores de violencia.

Con respecto a las distintas manifestaciones de violencia, puede constatar un incremento en algunos de sus tipos, sin claridad sobre si representan un incremento real o tan sólo un aumento en el reporte.

La violencia doméstica por ejemplo, mostró un incremento en 1995 con respecto al año anterior. El reporte de casos de violencia intrafamiliar aumentó al pasar de 74 en 1992 a 195 en 1995. Igualmente aconteció con el número de lesiones por maltrato conyugal y maltrato infantil, para el mismo período.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

De manera similar al caso de los homicidios. Estas tendencias no son uniformes y presentan en algunos casos notables variaciones entre las diferentes capitales departamentales.

Conocer la realidad de la situación de violencia en el país constituye sin embargo, y pese a los adelantos en materia de recolección de información, una tarea que deberá irse estructurando en los próximos años.

Se presenta todavía un grave subregistro de defunciones, lográndose una cobertura para el total nacional de apenas el 66%, con notables variaciones en los distintos departamentos del país, configurándose un registro notablemente diferencial y relativamente alto (24),(25).

Conviene conocer igualmente la situación de cambios en las tasas reales de los indicadores de violencia, así como los niveles de reporte. Es probable por ejemplo, que el incremento presentado en las tasas de violencia intrafamiliar obedezcan a un mayor reporte ante las autoridades asociado con un mejor conocimiento de la población acerca de sus derechos. No en vano y según datos revelados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS-95) realizada por Profamilia durante el primer semestre de 1995, la gran mayoría de las mujeres colombianas, alrededor del 99%, consideraban a las manifestaciones de violencia intrafamiliar como delito(26).

Según esta encuesta de Profamilia y complementando los datos obtenidos por el CNRV, entre las mujeres con algún tipo de unión, una de cada cinco ha sido golpeada y no obstante sólo el 27% denunció el hecho ante las autoridades, presentándose no obstante un incremento en el reporte con respecto a 1990, por lo que es posible suponer que las tasas de violencia intrafamiliar sean mucho más altas que las reportadas en los diferentes estudios.

Esta situación se aplica igualmente para los indicadores de maltrato al menor y delitos sexuales, eventos que por estar rodeados de una gran estigmatización suelen presentar un notable subregistro.

Los delitos sexuales reportados en 1995 alcanzaron un nivel de 47 por 100.000 habitantes(27), cifra superior a la registrada en años anteriores. Casi el 6% de las mujeres en edad fértil de la muestra que conformó el estudio de Profamilia reportó violencia sexual, con una edad promedio de abuso por primera vez de 18.7 años.

De los datos presentados hasta el momento se desprende que tanto las alteraciones de la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas, como la violencia, constituyen prioridades sanitarias y urgen la adopción de medidas tendientes al control y reducción de estas problemáticas.

2-3-4- Recursos e infraestructura.

La prevalencia de vida de morbilidad sentida en cuanto a trastornos psiquiátricos reportada por el Primer Estudio Nacional de Salud Mental de 7.9%, y considerada subestimada por los autores del mismo, permite ir apreciando las necesidades de atención en salud mental.

Al analizar los datos de prevalencia disponibles para otros países de la región, se encuentran tasas de prevalencia que superan en la gran mayoría de los casos el 20% (28). Algunos estudios señalan una prevalencia de vida de 32% en los Estados Unidos; de 33.8% en Edmonton, Canadá; entre el 19 y el 34% para el caso de Brasil; y 33.7% en Chile.

La extrapolación de estas tasas admite una aproximación a la magnitud del problema, que presiona el desarrollo de servicios acorde con las necesidades de la población.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

El Estudio de Salud Mental de 1993 señala un déficit importante en la oferta que alcanzan un 52.2% de demanda insatisfecha. De acuerdo con las conclusiones expresadas por los autores del estudio en el sentido de que la morbilidad sentida expresada se encuentra muy por debajo de la magnitud real de la problemática de salud mental en el país, la situación con respecto a la demanda insatisfecha resulta perturbadora.

En Colombia la información disponible en cuanto a infraestructura de servicios de salud mental es bastante incompleta y con frecuencia desactualizada. Los datos sobre indicadores de recursos, acceso, cobertura y utilización hospitalaria, no son fáciles de obtener en muchos de los casos.

Los servicios de salud mental se caracterizan por su desigualdad distribución, permaneciendo la población de amplias zonas del país con un acceso deficitario, y encontrando su máxima expresión en la existencia de departamentos con poca o ninguna prestación de servicios a este nivel, principalmente en aquellos que conformaban los antiguos territorios nacionales.

De acuerdo con el último estudio macrodiagnóstico de salud mental (1986-1987)(29), para 1986 el país contaba con 11 hospitales mentales ubicados en 9 servicios seccionales y una capacidad de 2.549 camas en el subsector oficial y 2.690 en el privado. Las unidades de salud mental estaban distribuidas en 15 servicios seccionales con 340 camas.

Para 1987 se registraron 2.787 camas en el subsector oficial, de las cuales 343 se ubicaban en unidades de salud mental. El subsector privado contaba con 2.677 camas, determinando una tasa de 0.18 por mil para el total nacional, seguramente con amplias variaciones entre las diferentes regiones del país debido a la inequidad existente.

En los últimos treinta años la situación se ha caracterizado por (a) disminución de los porcentajes de ocupación, que van de 104.9% en 1965 a 78.4% en 1987; (b) mayor rendimiento giro/ cama que pasa de 2.2 a 5.05 para los mismos años de referencia, y (c) disminución de los promedios de estancia al pasar de 114.9 días en 1965 a 46.1 en 1987(30).

Los esfuerzos del Ministerio de Salud por reestructurar la atención psiquiátrica se remontan hacia finales de los años sesenta con la Resolución 679 de 1967, y mediante la cual se impulsaba la creación de unidades de salud mental en hospitales generales.

Desde entonces se ha venido insistiendo en la atención psiquiátrica en hospitales generales, la determinación de no estimular la construcción de nuevos hospitales mentales y la creación de centros de salud mental comunitarios.

Tabla No. 4. Recurso institucional por tipo de institución,

Tipo de Institución	años seleccionados 1965-1991(31)				
	1965	1973	1983	1987	1991
Hospitales Psiquiátricos	10	13	12	11	12
Unidades de salud mental	5	14	16	28	
Consultas externas	31	75	191		
Servicios de Farmacodependencia	1	11	33		
Servicios de Salud mental infantil	2	38			
Granjas talleres	1	1	3		

No obstante, para 1991, ocho departamentos del país contaban con un recurso institucional deficitario para prestar atención en salud mental, y caracterizado por servicios de consulta externa no especializada (32).

Datos más recientes correspondientes a 1993(33), indicaban una disponibilidad de camas

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

de 0.14 por mil, cifra levemente superior a la registrada por China o Filipinas. Para el mismo año se encontraban unas tasas de 1.40 psiquiatras por cien mil habitantes, y de 48.3 psicólogos por cien mil habitantes. Conviene aclarar que las estadísticas disponibles en Colombia no discriminan el número de psicólogos por categorías de especialidad o campo de trabajo.

La información disponible en el Ministerio de Salud con respecto a utilización hospitalaria para 1994 (último año disponible) no aporta datos para varias instituciones de atención psiquiátrica en el país. Adicionalmente, existen vacíos en varios centros de atención en cuanto a cifras sobre camas, total de egresos, egresos cama/año, porcentaje de ocupación, promedios de estancia y atención por consulta externa. Esta situación le confiere el carácter de necesidad urgente a la actualización de los datos sobre oferta institucional, así como a la integración de los datos de salud mental en el Sistema de Información en Salud.

El Estado colombiano, gracias a la Ley 383 de 1997, a destinado parte del IVA social, para la optimización de la infraestructura de la red de servicios en salud mental.

2-3-5- Otros factores.

La dificultad por parte de la población en expresar las necesidades reales de atención en salud mental puede encontrar una explicación en el análisis de diversos factores. En primer lugar se encuentra una fuerte estigmatización con respecto a los padecimientos mentales y con la búsqueda de atención para el tratamiento de los mismo. A esto se suma la ignorancia con respecto a los problemas de salud mental.

En segundo lugar la condición de afección mental supone una autoconciencia de su existencia y del impacto que produce sobre la vida del individuo, algo que no todas las personas se encuentran en condiciones de aceptar. Por último, la baja disponibilidad presupuestal en relación con los servicios de salud mental se traduce en una pobre oferta de los mismos.

A estos factores debe sumársele las barreras de tipo geográfico, la cual bloquea el acceso a los servicios de salud mental. El 13.6% de la muestra del Segundo Estudio de 1997 expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental, de los cuales el 67.5% tuvo acceso a la atención.

2- Justificación.

Se puede justificar, de manera sintética, entonces, la necesidad de una política de salud mental acorde con las condiciones y situaciones previamente descritas, de la siguiente manera:

- a) Centralización y especialización excesiva.
- b) Escasez de instalaciones para la atención de problemas de salud mental en las áreas periféricas, con gran saturación de las instalaciones existentes y necesidad de recurrir, en algunos caso, al uso de prisiones y otras instalaciones de custodia.
- c) Insuficiencia de personal capacitado, falta de materias de estudio sobre salud mental en los programas de enseñanza y capacitación para trabajadores generales de salud, y carencia de material didáctico adecuado.
- d) Falta de interés por la salud mental o actitudes negativas por parte de personal general de salud.
- e) Carecía de estadística básica sobre la prevalencia de afecciones mentales importantes y estudios etnológicos, antropológicos y sociológicos apropiados que evidencien la

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

realidad plural que constituye el país en sus diversas regiones.

f) Carencia de una legislación adecuada y actual que aborde esta problemática de manera integral.

g) Insuficiente participación de la comunidad en toda acción en pro de la salud mental, ésta debe intervenir activamente en la identificación de las necesidades, la selección de prioridades y la ejecución y promoción de programas de salud mental.

h) Necesidad de implementar técnicas específicas para tratar trastornos mentales en el seno de la comunidad; acompañado esto de la capacitación en aspectos psicosociales de los trabajadores de la salud, aprovechando esta formación para impulsar la labor de sectores no relacionados directamente con la atención de salud.

3- Conceptualización de la Salud Mental.

El concepto de salud mental se ha visto enfrentado a la dificultad de su delimitación. Sin embargo se ha reconocido la importancia de acceder a un marco conceptual que oriente el desarrollo de una política nacional, integral y coherente (34),(35).

Cualquier definición de salud mental no debe en ningún momento separarse de la noción de salud en general, a riesgo de concebir una visión fragmentada y parcial del ser humano y de la salud.

Teniendo en cuenta que el término salud mental representa un artificio atado al dualismo mente-cuerpo heredado de los postulados cartesianos, y que hasta el momento ha resultado bastante compleja la superación de dicha perspectiva dicotómica, el ámbito más propicio para desarrollar una definición lo conforma el concepto de salud propuesto en la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que la salud se considera como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

El asumir la salud humana debe ser un ejercicio holístico y por consiguiente integral. Esta posibilidad se halla en la aproximación biopsicosocial, que implica la presencia de unas estructuras y procesos biológicos a los que se fijan y asimilan las experiencias adquiridas a lo largo del ciclo vital, suponiendo el desarrollo de unos mecanismo adaptativos tan dinámicos como el contexto con el que se relacionan.

Enfatizando el carácter de integralidad que el concepto de la OMS le confiere a la salud, es preciso entonces particularizar la noción de salud mental, con el fin de alejarla de ese mundo de sobreentendidos en el que con frecuencia se ve inmersa(36). La dificultad principal se ve pues acotada al cubrimiento de la amplia gama de procesos que involucran la salud mental, sin perder la especificidad de la que precisa para facilitar su operatividad.

Para efectos del desarrollo de la Política Nacional de Salud Mental, y considerando a la salud mental como un proceso que incorpora aspectos biopsicosociales, se propone la siguientes definición:

Salud mental es la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente; un modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, ya sea cognitivas, afectivas, o relacionales. Así mismo el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (37).

El campo de la salud mental, entendida como el resultado de expresiones biológicas, psicológicas y ambientales que se determinan mutuamente, y que se configura dentro de lo que podría llamarse procesos de alteración en la integralidad del ser humano,

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

sobrepasa los tradicionales espacios en la psiquiatría y la psicopatología y se remonta a todos los factores y situaciones en los que se destaca un componente simbólico, comportamental afectando las condiciones de vida de las personas, su familia y la sociedad.

3-1- Integridad de la Salud.

La salud y la enfermedad son de naturaleza integral. Notables descubrimientos en los aspectos biológicos de la medicina, han nublado el papel que juega la conducta en la salud, sea en su promoción (pe., En la adquisición de hábitos saludables), preservación (pe., En la reducción de agentes tóxicos en el ambiente físico) o recuperación (pe., En la adhesión a un tratamiento)..

Cabe señalar que por lo menos entre cuatro y seis de las primeras causas de mortalidad en el mundo, en regiones en desarrollo y desarrolladas respectivamente, implican a la conducta como factor crucial. No obstante, el factor comportamental es frecuentemente desconocido en la formulación de políticas y ejecución de acciones de salud, tanto en el ámbito individual como colectivo(38).

3-2- Desarrollo y salud mental.

La sociedad ha comenzado a reconocer la íntima relación que existe entre desarrollo social y salud en general. Esa interdependencia es igualmente válida para salud mental y, en especial, para las poblaciones en situaciones de adversidad. En efecto, cuando mejor estas poblaciones logren preservar o recuperar su salud mental, tanto mejor podrán negociar soluciones exitosas o, como mínimo, evitar aquellas conductas que añaden nuevas dificultades. (pe., Conductas aditivas a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas, así como también la violencia)... El desarrollo socioeconómico en el país ha venido acompañado de numerosos cambios; uno de estos es el generado por modificaciones en el tipo de nicho ecológico, razón por la cual grandes conglomerados se han trasladado de la zonas rurales a las urbanas, sufriendo en el proceso cambios y pérdidas de sus códigos ideacionales y operacionales. Esto ha afectado los mecanismos de adaptación individual y grupal, lo que se traduce en variadas expresiones de trastornos mentales y problemas psicosociales, tales como recrudecimiento de la violencia, conductas aditivas y síndrome de stress postraumático, entre otros.

4- La Política de Salud Mental.

La formulación de la Política integra los factores condicionantes como son los aspectos biológicos, ambientales, comportamentales, sociales, políticos, económicos y culturales y el nivel de salud, medido por la estructura de la morbilidad, mortalidad y discapacidad específicas por grupos étnico y género. Se ajusta a criterios de priorización como son la magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de los distintos fenómenos que determinan el estado de salud de la población.

La Política Nacional de Salud Mental pretende ubicar sus distintos componentes en el proceso de modernización del Estado, enmarcado legalmente en la Constitución Nacional, la descentralización institucional y la reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993, adaptados a los procesos coyunturales de desarrollo del talento humano, las particularidades territoriales, la problemática social vigente del país, considerando los recursos de inversión destinados para Salud Mental, los institucionales y la complementariedad intersectorial.

La Política de salud mental contempla las etapas de planeación, ejecución y evaluación; estas dos últimas desarrolladas a través de las formulación, elaboración y seguimiento de las actividades del Plan Nacional de Salud Mental y de los programas que lo componen, los cuales ejercitan el posicionamiento del sector con respecto a la Salud Mental.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

La Política Nacional de Salud Mental se refiere a la agrupación de objetivos y opciones estratégicas que orientan y guían la implementación de los planes y programas de salud mental, basándose en principios constitucionales y en armonía con los fundamentos del Sistema de Seguridad Social, las políticas generales del sector, y las demás disposiciones gubernamentales que le sean relevantes.

La formulación de una Política de Salud Mental en Colombia se sustenta en la situación presentada y en la existencia de una clara voluntad política para incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población. Entre los factores críticos identificados para la formulación de la presente Política se encuentran:

4.1. Debilidad en el planteamiento de Políticas específicas en esta área, lo que ha generado una situación no propicia para el desarrollo de la Salud Mental de la población colombiana.

4.2 La severa problemática de orden mental, es considerada como prioridad de Salud Pública y señalada por indicadores directos e indirectos como violencia, maltrato infantil e intrafamiliar y consumo de sustancias psicoactivas, entre otros.

4.3 Tendencias al aumento en los Años de Vida Saludable Perdidos (Avisa), causadas por enfermedades neuropsiquiátricas.

4.4 Algunas etapas y acontecimientos cruciales en el ciclo vital, requieren de espacios y de apoyo institucional para abordarlos de manera que beneficie al individuo, a su grupo familiar y social.

4.5. Pocas oportunidades para el ejercicio de los derechos humanos, que redundan en escasa consolidación de las redes sociales de apoyo, como factor protector del proceso de integración social.

4.6 Pese a los esfuerzos de las distintas regiones por abordar la problemática de salud mental, en la gran mayoría de los municipios se carece de oportunidades de acceso a este tipo de servicio.

Ausencia de una clara inclusión de los contenidos de la salud mental dentro de los servicios previstos en el Sistema.

4.7 La problemática de los desplazados por la violencia de las distintas regiones del país, amerita intervención y apoyo dadas las condiciones de desarraigo, tensiones emocionales, sociales, familiares y afectivas por las que pasan.

4.8 Carencia de recursos institucionales y de inversión para el desarrollo de programas de rehabilitación, que cuenten con el apoyo intersectorial, principalmente dirigido a grupos poblacionales con discapacidad, para así limitar las secuelas y cronicidad que pueden dejar.

4.9 Insuficiencia de acciones intersectoriales e interinstitucionales con limitada praxis en la coordinación y coparticipación, especialmente en prevenir la violencia como factor relacionado con los trastornos mentales.

4.10 Las reestructuraciones institucionales y de los servicios de salud mental sin prever las necesidades reales de la población, impidiendo la factibilidad y viabilidad de atención a grupos poblacionales que requieren de servicios de protección, con limitada cobertura de acciones específicas en salud mental dentro del Plan Obligatorio de Salud-POS-

4.11 Falta de un Sistema de Información que facilite la vigilancia epidemiológica del problema, el análisis de la demanda real / potencial y la oferta de servicios en Colombia.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

5- Marco Legal.

5-1- Constitución Nacional.

El artículo 1o. establece que Colombia es un Estado Social de Derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, fundada en el respeto de la dignidad humana, el trabajo, la solidaridad de las personas y en la prevalencia del interés general.

El artículo 2o. informa que son fines esenciales del Estado servir a la comunidad y garantizar la efectividad de los derechos consagrados en la Constitución. Además, que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida y demás derechos y libertades y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares.

El artículo 11 declara que el derecho a la vida es inviolable, mientras que el 12 proscribe todo trato cruel, inhumano y degradante.

Por su parte el artículo 13 plantea el principio de igualdad ante la ley, imponiendo al Estado la promoción de condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y para que se adopten medidas en favor de grupos marginados.

Además, señala que el Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición mental o física se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta.

El artículo 44, consagra que los derechos de los niños; priman sobre el derecho de los adultos. Señala la obligación de la familia, de la sociedad y del Estado de asistir y proteger a los niños, a fin de garantizar su desarrollo armónico e integral.

El artículo 47, dispone que el Estado adelantará políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos psíquicos, a quienes brindará la atención especializada que requieran.

El artículo 49, manifiesta que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. El Estado debe organizar, dirigir y reglamentar la prestación del servicio de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, así como establecer las políticas relacionadas con la prestación del servicio de salud, en forma descentralizada.

El artículo 51, dispone la atención gratuita a todo niño menor de un año, por parte de las instituciones de salud que reciban aportes del Estado.

El inicio final del artículo 68, establece que la erradicación del analfabetismo y la educación de persona con limitaciones mentales, son obligaciones especiales del Estado.

El artículo 93, señala que los derechos y deberes consagrados en la Constitución Política, se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos, ratificados por Colombia.

El artículo 366, indica que el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado y será su objetivo fundamental la solución de las necesidades insatisfechas de salud, para lo cual, en los planes y presupuestos de la Nación y de las entidades territoriales, el gasto público social será prioritario.

5-2- Código Penal.

El artículo 31 establece el concepto que es inimputable quien en el momento de ejecutar

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental.

De la misma manera en el artículo **32**, se define el Trastorno Mental Preordenado, cuando el agente hubiere preordenado su trastorno mental responderá por el dolo o culpa en que se hallare respecto del hecho punible, en el momento de colocarse en tal situación.

Los artículos **33** y **34** establecen, el primero, la medida de seguridad como el recurso a aplicar a un inimputable para garantizar su integridad y rehabilitación, y el segundo, establece que todo menor de edad, para efectos penales es inimputable.

El artículo **56** define las situaciones para la suspensión de pena por enfermedad mental. Si después de la sentencia le sobreviene al condenado enfermedad mental, le suspende la ejecución de la pena privativa de la libertad y se le envía a establecimiento especial, anexo psiquiátrico o clínica adecuada.

Artículo **93**. Especies. Son medidas de seguridad la internación en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, en casa de estudio o trabajo y la libertad vigilada.

Artículo **94**. Internación para enfermo mental permanente, en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda.

Artículo **95**. Internación para enfermo mental transitorio, en establecimiento psiquiátrico o clínica adecuada, de carácter oficial, en donde será sometido al tratamiento científico que corresponda.

Artículo **96**. Otras medidas aplicables a los inimputables, además de la internación, se requieren suministrar educación o adiestramiento industrial, artesanal o agrícola.

5-3- Código de Procedimiento Penal.

Artículo **511**. Internación de inimputables. Establece que el juez de ejecución de penas y medidas de seguridad ordenará al Director General de Prisiones el traslado del inimputable a un establecimiento público o privado adecuado para el cumplimiento de la medida de seguridad por enfermedad mental permanente o transitoria con secuela.

Artículo **512**. Libertad vigilada. Manifiesta que impuesta esta libertad el Juez de ejecución de penas comunicará la medida a las autoridades policivas para el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo **97** del Código Penal y señalará los controles respectivos.

Artículo **513**. Suspensión o cesación de la medida de seguridad. Establece que el Juez de ejecución de penas y medidas de seguridad, podrá de oficio o a solicitud de parte suspender condicionalmente la medida de seguridad. Sustituirla por otra más adecuada. Ordenar la cesación de tal medida.

Artículo **514**. Revocatoria de la suspensión condicional. Consagra que en cualquier momento podrá el Juez revocar la suspensión condicional o medida sustitutiva cuando se incumplan las obligaciones fijadas en la caución o cuando los peritos conceptúen que es necesario la continuidad de la medida originaria.

5-4- Ley 9a de 1979.

El artículo **460** hace referencia a las drogas y medicamentos de control especial, que pueden causar dependencia y, que por tal razón se deben sujetar a normas de vigilancia y control.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

El artículo **594** declara la salud como un bien de interés común.

El artículo **595** declara que todo habitante tiene derecho a vivir en un ambiente sano y proveer la conservación de la salud propia y de la comunidad.

El artículo **597** dispone que las normas relativas a la salud son de orden público.

El artículo **599** otorga a toda persona el derecho a obtener información de los funcionarios de salud, la información e instrucciones sobre acciones, asuntos y prácticas acerca de la promoción y conservación de la salud, en todos sus aspectos.

5-5- Otras disposiciones legales.

a) Ley 30 de 1986: Esta disposición, conocida como "Ley antidrogas", plasma principios generales y, adopta definiciones relacionadas con las sustancias, sus usos, dosis, etc. Así mismo, señala los programas de educación en la materia, la formación de comités cívicos para luchar contra el flagelo de la drogadicción.

Limita en el trabajo de menores en sitios donde se expendan licores, obliga a incluir leyendas alusivas a la nocividad del tabaco.

Limita el horario a la radio y a la televisión para emitir mensajes comerciales de licores, tabaco y cigarrillo.

Integra el Comité Técnico Asesor de Prevención Nacional de la Farmacodependencia;

b) Ley 10 de 1990: Reorganiza el Sistema Nacional de Salud, prevé el establecimiento de la Junta Nacional de Tarifas, para la venta de los servicios en los hospitales públicos. Impone la obligación a los gobernadores y jefes seccionales de responder por la política regional de salud y les entrega la administración de los hospitales regionales y universitarios. Declara la salud como un servicio público y define los servicios de urgencia que deben ser prestados obligatoriamente a la población. Establece los servicios básicos gratuitos y moderniza la gestión hospitalaria. Crea la participación comunitaria y los fondos especiales de medicamentos;

c) Ley 60 de 1993: Distribuye la competencia a los municipios, a los departamentos y a la nación en lo tocante con la prestación de los servicios de salud, asignando a cada uno de los entes territoriales las funciones específicas que le corresponde cumplir.

Regula lo atinente a situado fiscal y, los requisitos para la administración de recursos del mismo por parte de los departamentos, distritos y municipios. Señala las reglas especiales para la descentralización de la dirección y prestación de los servicios de salud por parte de los municipios y departamentos;

d) Ley 65 de 1993: Señala que los establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos tienen el carácter de asistencial y, pueden especializarse en tratamientos psiquiátricos y de drogadicción, harán parte del subsector oficial del sector salud y están destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial.

El Gobierno Nacional en un término no mayor de cinco (5) años incorporará al Sistema Nacional de Salud el tratamiento psiquiátrico de los inimputables, para lo cual deberá construir instalaciones y proveer los medios humanos y materiales necesarios para su funcionamiento;

e) Ley 100 de 1993: Se propone lograr cobertura universal de seguridad social en salud. Crea los regímenes contributivo y subsidiado a fin de garantizar la atención de servicios de salud contemplados en el POS, por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a través de las instituciones prestadoras de Servicios (IPS). La atención inicial de

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

urgencias en todo el territorio nacional es obligatoria por parte de todas las entidades que presten servicios de salud. La libre escogencia y traslado entre EPS dentro de las condiciones previstas en esta ley. El POS, tiene cobertura familiar. El Gobierno Nacional creó el Fondo de Solidaridad y Garantía, encargado de pagar los servicios de urgencias por accidentes de tránsito, acciones terroristas por bombas y explosivos en catástrofes naturales y otros eventos aprobados por el CNSSS, reglamentará la inclusión de los hijos que por una incapacidad permanente, hagan parte de la cobertura familiar;

f) Ley 124 de 1994: Por medio de la cual se reglamenta la venta de licor a menores de edad;

h) Ley 361 de 1997: Establece mecanismos de integración social de las personas con limitación. Sus principios se fundamentan en los artículos **13, 47, 54 y 68** de la Carta Política, reconocen la dignidad que les es propia a las personas con limitación, sus derechos fundamentales, económicos, sociales y culturales para su completa realización personal y su total integración social. Y a las personas con limitaciones severas y profundas, la asistencia y protección necesarias.

Las Ramas del Poder Público pondrán a disposición los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos consagrados, siendo obligación ineludible del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la habilitación y rehabilitación, la adecuación apropiada, la orientación, integración laboral, la garantía de los derechos fundamentales, económicos, culturales y sociales. Las personas con limitaciones deben aparecer calificadas como tales en el carné de afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud. Se constituye el "Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación".

Se eliminan las barreras arquitectónicas para acceder a edificios ya sean públicos o privados y, especialmente de carácter sanitario. Los edificios e instalaciones existentes, se adaptarán de manera progresiva. Las empresas de transporte deberán facilitar, sin costo adicional, a las personas con limitación el transporte de sillas de ruedas u otros implementos, relacionados con su limitación, así como los perros guías que acompañan a los limitados visuales.

i) La Ley 383 de 1997: En la que se establece la destinación del IVA social. La misma ley define tres grupos poblacionales objetos a saber: personas con trastorno mental, inimputables y, discapacitados menores de edad.

5-6- Decretos Reglamentarios.

Decreto número 3430 de 1982 "por el cual se reglamentan los artículos 16, 18 y 20 del Decreto-ley 1188 de 1974", respecto de la propaganda comercial al consumo de alcohol.

Decreto 3788 de 1986 " por el cual se reglamenta la Ley 30 de 1986 o Estatuto Nacional de Estupefacientes", trata de las campañas sobre consumo de alcohol y tabaco.

5-7- Otros decretos.

Decreto 1136 de 1970 "por el cual se dictan algunas medidas sobre protección social"-vagancia, enfermos mentales, toxicómanos y alcohólicos; medidas de rehabilitación y otros.

Decreto número 1355 de 1970 "por el cual se dictan normas sobre policía". Disposiciones sobre contravenciones nacionales de policía y sus medidas correctivas.

Decreto número 2358 de 1981 "por el cual se coordina el Sistema Nacional de Rehabilitación".

Decreto número 2177 de 1989 "por el cual se desarrolla la Ley 82 de 1982, aprobatoria del convenio número 159, suscrito con la OIT sobre readaptación profesional y el empleo

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

de personas inválidas".

Decreto número 2737 de 1989 "por el cual se expide el Código del Menor".

Decreto número 1320 de 1997 "por medio del cual se crea el comité de evaluación interinstitucional para la atención de los pacientes inimputables"

5-8- Resoluciones.

Resolución número 08185 de 1982 Ministerio de Salud "por la cual se adopta el documento Organización del Departamento de Nutrición y Dietética en Hospitales Psiquiátricos".

Resolución número 08186 de 1982 Ministerio de Salud "por la cual se adopta el Manual General de Organización Modelo Normativo para Enfermería en el Programa de Salud Mental a nivel Local".

Resolución número 008187 de 1982 Ministerio de Salud "por la cual se adopta el Manual General de Organización Modelo Normativo para Enfermería en el Programa de Salud Mental, según niveles de atención organización y funciones".

Resolución número 09089 de 1982 Ministerio de Salud "por la cual se adopta el Manual Normativo y de Organización Propuesta para un Taller Protegido, en el área Nacional de Salud Mental.

Resolución número 09090 de 1982 Ministerio de Salud "por la cual se adopta el Manual General de Organización Modelo Normativo Unidad de Terapia Ocupacional en Hospital Psiquiátrico y Unidad de Salud Mental integrada a Hospital General".

Resolución número 14129 de 1985 Ministerio de Salud "por la cual se adopta el documento denominado Manual General de Organización Modelo Normativo, para psicología en el Programa de Salud Mental Organización y funciones".

Resolución número 14130 de 1985, Ministerio de Salud, "por la cual se adopta el documento denominado Manual General de Organización Modelo Normativo para Trabajo Social en el Programa de Salud Mental, según niveles de Atención Organización y funciones".

Resolución número 006980 de 1991 "por la cual se expiden normas para el control de la importación, exportación, fabricación, distribución y venta de medicamentos, materias primas y precursores de control especial".

Resolución número 002417 de 1992 "por la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental".

Resolución número 004108 de 1993, "por la cual se establecen los criterios técnicos para la prestación de servicios de rehabilitación física y mental de las víctimas de atentados terroristas y se deroga la Resolución número 003001 del 7 de mayo de 1993".

Resolución número 03997 de 1996 "por la cual se establecen las actividades y procedimientos para el desarrollo de las acciones y prevención en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)".

5-9- Marco político.

El Plan Nacional de Desarrollo "El Salto Social", contempla los programas de protección social para los grupos poblacionales vulnerables entre ellos la población con discapacidad cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de esta población y el logro de su integración social y económica.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Los lineamientos del "Conpes de Salud y Seguridad Social" número 2756, entre ellos los programas de:

- a) Acceso universal y equitativo a los servicios de salud preventivos y curativos;
- b) Mejoramiento de la calidad de la oferta pública de servicios;
- c) Gestión descentralizada y capacidad técnica del sector;
- d) Garantía de calidad de los servicios;
- e) Ciencia y Tecnología para la Salud.

Se deben fortalecer los mecanismos protectores que impulsen la cultura de la Salud Mental, consecuentes con la heterogeneidad y especificidad territorial, para reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y sus efectos.

Es necesario diseñar y desarrollar la Política Nacional de Salud Mental para todos los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el fin de implementar el Plan y los Programas de Salud Mental en todos los entes territoriales.

6- Areas de acción.

Para la consolidación progresiva de las Redes Nacionales de Servicios, se definen las siguientes líneas:

6-1- Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos.

Este componente incluye:

6.1.1 Apoyo a las acciones tendientes a aumentar la importancia de la salud mental en la escala de valores de la sociedad, instrumentando con este fin la movilización de figuras claves como estrellas del deporte, artistas de renombre y científicos, entre otros. De la misma manera se debe utilizar los medios de comunicación social y la concertación de alianzas intra e intersectoriales. El propósito de éstas es integrar los conocimientos y técnicas de la salud mental a las políticas, programas y servicios dependientes de otros sectores.

6.1.2 El fomento de cambios de conducta con el fin de adoptar estilos saludables de vida. (Pe., La reducción de las conductas violentas y el estímulo de la convivencia pacífica.). (39)

6.1.3 La coordinación con otras instituciones intra e intersectoriales a fin de implementar conjuntamente el Plan de Acción Nacional de Promoción de la Salud Mental, destinado a fomentar el desarrollo psicosocial y mental de la niñez, que tiene dos áreas de acción principales:

- a) Estímulo del desarrollo temprano (afectivo y cognitivo), y
- b) La reducción de conductas violentas contra la niñez (castigo corporal y maltrato). (40)

Los alcaldes distritales y municipales, como responsables del Plan de Atención Básica, PAB, realizarán las actividades de promoción contempladas en la Resolución 4288 de 1996 en lo que se refiere a:

- a) La salud integral de niños, niñas y adolescentes, de las personas de la tercera edad, de las personas con deficiencias, discapacidades, minusvalidas y de la población del

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

sector informal de la economía;

b) La salud sexual y reproductiva;

c) La violencia con énfasis en la prevención de la violencia intrafamiliar y el fomento de la convivencia pacífica;

d) La exposición al tabaco y al alcohol;

e) Las demás que determine la autoridad sanitaria.

La misma resolución establece como función de la dirección departamental de salud el brindar asistencia técnica, evaluar y supervisar los PAB municipales, así como también el elaborar concertadamente con los alcaldes el PAB departamental que incluya acciones no contempladas en los PAB municipales o distritales.

De la misma forma, la Resolución número 003997 de 1996, en su artículo 6o. numeral 10 establece las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que son de obligatorio cumplimiento por las EPS y las IPS, así como también por las ARS, entre las que tenemos:

a) Promoción y fomento de la salud mental, el autocuidado, autoestima y manejo del stress; b) Promoción de la convivencia pacífica y resolución adecuada de conflictos;

c) Detección precoz de factores de riesgo de trastornos del comportamiento y del maltrato infantil.

6-2- Control de los trastornos psiquiátricos.

Las EPS y ARS contratarán las actividades, procedimientos e intervenciones para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos establecidas en el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS) con las IPS de la red pública y privada que cumplan con las normas mínimas exigidas en la Resolución número 4252 de 1997, o su equivalente, para las instituciones que presten servicios en salud mental de baja, mediana y alta complejidad.

Son problemas prioritarios para el Sistema de Seguridad Social en Salud los siguientes:

6.2.1 Las urgencias psiquiátricas

La información epidemiológica disponible pone de manifiesto que muchos episodios psicóticos agudos son de corta duración. Siempre que se pueda administrar sedantes a los pacientes, para evitar que se lesionen o lastimen a otros y se investigue si hay alguna enfermedad orgánica que pueda haber precipitado el episodio, convendrá que los pacientes permanezcan dentro de la comunidad, bajo el cuidado de personas conocidas y rodeados de un ambiente familiar.

Sin embargo, se suelen ejercer presiones sobre los servicios de salud para que se separen de la comunidad, a tales pacientes, principalmente porque los trastornos mentales causan, con frecuencia, temores entre quienes conforman su núcleo social de referencia. Muchas veces, la educación impartida por agentes comunitarios y trabajadores de salud puede atenuar tales temores y, en consecuencia, reducir la presión social para que los pacientes sean segregados. Si estos pacientes se colocan en un ambiente institucional, cualquiera que éste fuere, muchas veces se consigue su reagudización y cronificación. Por esta razón, es necesaria la intervención rápida de un trabajador primario de salud (capacitado mas no especializado), con un conocimiento básico de este tipo de afecciones para evitar que estos pacientes sean remitidos desde el principio a un trabajador de la salud especializado en psiquiatría. Se han elaborado protocolos de manejo sobre las diversas maneras en que los trabajadores primarios de

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

salud pueden hacerse cargo de estos pacientes y se ha comprobado que el tratamiento así aplicado es inocuo a la vez que económico. (41)

Los pacientes con un trastorno mental agudo que requieran atención institucional, serán atendidos preferencialmente en las Unidades de Salud Mental de los Hospitales Generales.

Las IPS que presten sus servicios deberán cumplir con la totalidad de las normas mínimas contempladas en la Resolución 4252 de 1997 o la que la sustituya.

6.2.2 Los trastornos psiquiátricos crónicos

Los trastornos psiquiátricos crónicos pueden y deben ahora tratarse en el seno de la comunidad, de ordinario por medio de una medicación de sostén de bajo costo. Por lo común, esta medicación habrá de ser prescrita inicialmente por un médico especialista en psiquiatría o al menos por un médico general, pero lo más importante es que los pacientes reciban asistencia continua en su propia comunidad, con el fin de asegurar que no interrumpan la medicación y su asistencia a los controles de su tratamiento. Si los pacientes permanecen sin tratamiento fuera del hospital, su existencia puede ser improductiva, carecer de rumbo y ser causa de gastos para el país y de aflicción para sí mismos y sus allegados.

Se calcula que entre la población general, la proporción de este tipo de pacientes es de alrededor de 5 por 1.000, de suerte que plantean un problema considerable para los servicios de salud. En algunos casos, este tipo de pacientes es alojado en salas para enfermos crónicos de los hospitales y, si bien en nuestro país son un porcentaje reducido frente a quienes demandan servicios de salud mental, absorben en todo caso una parte importante de los recursos con que se cuenta. (42)

Frente a la magnitud de las necesidades actuales y futuras que demanda este tipo de pacientes, contrasta la organización de la atención psiquiátrica y el estado de los servicios y programas, que si bien varían a lo largo y ancho del país, muestran en general, deficiencias preocupantes. Por lo general, la atención se apoya en acciones desarrolladas desde los hospitales mentales, instituciones de baja cobertura, accesibilidad y frecuentemente estigmatizantes, donde los pacientes tienen un promedio de estancia largo. Tampoco es infrecuente que estas instituciones se encuentran aisladas ya sea geográfica, física o socialmente, y que en ellas se violan los derechos humanos de los pacientes, por omisión o por comisión. Además, su integración dentro del sistema de salud es ausente. Una organización de servicios así concebida no permite que la reforma del sector salud, asumida por el país (descentralización, participación ciudadana, participación comunitaria, complementariedad, subsidiariedad, enlaces intra e intersectoriales, universalidad, entre otras) pueda cumplirse enteramente. Esta situación de este tipo de servicios es doblemente preocupante, dado que la enseñanza impartida en pre y postgrado no proporciona al profesional de la salud, especializado o no, la posibilidad de adquirir conocimientos, las destrezas y actitudes necesarias que le permitan ejercer una práctica integral en la comunidad y su rápida incorporación a los programas de control de la depresión, la psicosis y los síndromes convulsivos.

Se reconoce, sin embargo, que a veces es necesaria la institucionalización de paciente con trastorno mental por largos períodos de tiempo, en razón de su deterioro secundario a su cronicidad o abandono, aun que esta necesidad sólo puede calcularse después de organizar un servicio comunitario en salud mental eficaz y haber conocido el número y las categorías de paciente que tal servicio no puede atender.

6.2.3 Comorbilidad de trastornos físicos con trastornos mentales en la consulta externa de medicina general:

Diversos estudios (43). Diversos estudios han puesto de relieve que entre el 20 y el 43% de los pacientes que concurren a centros generales de salud en el país, lo hacen por

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

síntomas psicológicos que identifican como un problema de tipo orgánico. Tales pacientes suelen quejarse de diversas molestias somáticas, son sometidos a exámenes innecesarios y costosos y, con frecuencia su padecimiento psicológico no se diagnostica y menos aun se trata, acuden repetidamente a múltiples centros y por último los abandonan para intentar otra forma de tratamiento. Con el fin de evitar intervenciones innecesarias, todos trabajadores de la salud deberán capacitarse para identificar ese tipo de pacientes y, dado su numero, aprender cómo ayudarlos.

Existen para este fin múltiples instrumentos de tamizaje para detectar posibles casos de enfermedad mental, que dada su sensibilidad y especificidad, servirían de filtro (Triage) para la consulta especializada en salud mental, permitiendo la clasificación de los pacientes de acuerdo a la severidad de su sintomatología.

6.2.4 Los problemas psiquiátricos y emocionales de grupos muy expuestos

Solamente trabajando en el seno de la comunidad es posible identificar a los grupos más susceptibles y aprovechar los recursos existentes para contrarrestar los riesgos y tensiones a que se encuentran expuestos. El maltrato intrafamiliar es, obviamente, un factor de riesgo, pero existen muchos otros que los trabajadores de la salud deben saber reconocer para aminorarlos. Esta es una ampliación de las funciones de los trabajadores de salud que entraña mucho más que el simple tratamiento individual de los pacientes e incorpora métodos y criterios de salud pública a la solución de los problemas de salud mental. Por tanto, para que el trabajador de salud logre este objetivo, es menester modificar su formación y la descripción de sus funciones.

6.2.5 Conductas adictivas

En la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental, los gobiernos tienen responsabilidades primordiales como la legislación sobre la producción, distribución y consumo de las sustancias psicoactivas con capacidad de producir conductas adictivas incluidos el alcohol, el tabaco, las anfetaminas, benzodiacepinas y barbitúricos. Es importante por tanto, diseñar una política del sector frente al llamado problema de las drogas en el componente que corresponde a consumo, incluido el síndrome de dependencia, y sus problemas asociados. De la misma manera, todos los trabajadores de la salud deben estar en capacidad de comprender que su obligación consiste, también, en explicar y defender la legislación que regula el consumo, y generar un ambiente propicio para el tratamiento de esta problemática.

Así mismo existirá un nivel secundario y terciario de asistencia a personas con conductas adictivas y/o problemas asociados, niveles estos que deberán proporcionar apoyo a las unidades del nivel primario de asistencia cuando estos captan un paciente con dicha problemática.

A estos pacientes se les garantizará el mismo plan de atención que se contemple en el POS y en el POS-S.

El Ministerio de Salud diseñará las guías de atención integral de conductas adictivas a sustancias psicoactivas, que serán de obligatorio cumplimiento para las EPS y ARS.

De la misma manera, y con recursos provenientes del Fondo Nacional de Estupefacientes (FNE), se iniciará en todo el país la implementación de la estrategia de Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas (UAICA) en los distintos hospitales psiquiátricos pertenecientes a la red pública, estas unidades estarán integradas funcionalmente a los hospitales, pero especializadas en la promoción de la salud mental, prevención de las conductas adictivas, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación integral de abuso, dependencia y problemas asociados al consumo de las sustancias psicoactivas.

Las UAICA para lo referente a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación integral, serán

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

exclusivamente comunidades terapéuticas con énfasis en salud mental. El Ministerio de Salud expedirá la normatividad para que tales comunidades terapéuticas con énfasis en salud mental tengan que cumplir unos requisitos mínimos para poder ser asimiladas como instituciones prestadoras de servicios de salud dentro del actual Sistema de Seguridad Social en Salud, y poder así ser contratadas por parte de las EPS y ARS.

Las UAICA requieren para su conformación de la implementación de un servicio farmacéutico integral en la sede del hospital psiquiátrico, conforme a lo establecido en la Resolución número 4252 de 1997.

En este sentido, el Ministerio de Salud ha elaborado la estrategia denominada Reducción del Daño, que es la forma como el Sector Salud inicia el proceso de asumir el problema de las conductas adictivas a las sustancias psicoactivas, ya se trate de uso, abuso dependencia o de problemas asociados a las anteriores condiciones. Esta estrategia está basada en el más reciente, comprobado y firme conocimiento técnico-científico propio y foráneo.

Hasta tanto no se reglamente de manera exclusiva los requisitos mínimos para que los centros que atienden pacientes con conductas adictivas, se deberán llenar los establecidos en la Resolución 4252 de 1997 en el aparte correspondiente a instituciones psiquiátricas, tanto en su componente ambulatorio como institucional.

Para este efecto el Ministerio de Salud ha incluido en el presente documento el anexo técnico denominando: La disminución del Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, el cual es parte integral de la política nacional de salud mental.

El Ministerio de Salud y el Invima, garantizarán la calidad de los medicamentos de los grupos II, III, IV y VI contemplados en la Resolución número 6980 de 1991, para lo cual exigirán a los productos genéricos estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia, realizados con la molécula genérica.

6-3- Aspectos psicosociales de salud y desarrollo humano.

Las acciones en este sector son de carácter variado y comprenden el apoyo técnico para promover la inclusión de componentes conductuales en la capacitación del personal de salud, de manera de aumentar la efectividad de las intervenciones y en la difusión de conocimientos y técnicas que permitan a las comunidades estimular mejor el desarrollo humano.

Básica (PAB), destacando el papel en la promoción de la salud territoriales del país que directa o indirectamente sufren las consecuencias del conflicto armado y que generaron grupos de población en alto riesgo, en su condición de desplazados y/o refugiados y traumatizados(44).

6-4- Vigilancia epidemiológica.

El Ministerio de Salud, incorpora al Sistema de Vigilancia Epidemiológica, Sivigila, el componente de Salud Mental.

7- Objetivos generales.

- I. Promover la Salud Mental en el país y prevenir la aparición de la enfermedad mental.
- II. Mejorar el acceso, cobertura y calidad de la atención en salud mental en todas sus fases.

8- Objetivos específicos.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

8.1 Fomentar la cultura de la Salud Mental mediante actuaciones con individuos, grupos y comunidades

8.2 Prevenir la aparición de trastornos de Salud Mental en el país

8.3 Reorientar y mejorar la calidad de la prestación de servicios en Salud Mental, en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud

8.4 Impulsar la rehabilitación psicosocial de los individuos, grupos y comunidades

8.5 Fomentar procesos de investigación básica y aplicada en Salud Mental

8.6 Fortalecer la red de instituciones y oferta de servicios en Salud Mental

9- Estrategias.

9-1- Fortalecer la promoción de la Salud Mental.

La promoción de la salud mental se manifiesta como la acción fundamental a ser desarrollada en todos los planes y programas que se implementen. Constituye la base primordial de la política nacional de Salud Mental y conforma el núcleo en torno al cual giran todos los demás elementos de la política.

8.1.1 Opciones estratégicas:

a) El Programa de habilidades para vivir, constituye un buen ejemplo de cómo impulsar y fomentar estilos de vida saludables desde la escuela, asumido desde la perspectiva del ciclo vital;

b) El programa de municipios saludables, efectivo para el desarrollo de actividades incluidas en el Plan de Atención Básica (PAB), destacando el papel en la promoción de la salud, en el desarrollo psicosocial y comunitario;

c) Divulgación de contenidos informativos con respecto al consumo de sustancias psicoactivas y sus efectos sobre la salud, (alcohol especialmente), utilizando para ello los medios masivos de comunicación y mediante estrategias que permitan mayor consecuencia entre el conocimiento y las prácticas;

d) Información y educación masiva sobre derechos y deberes del usuario con trastornos mentales en el SGSSS, riesgos presentes en el medio derivados de su conducta y fomento de los factores protectores. La revisión de las normas que cobijan a quienes padecen una alteración mental particularmente en lo concerniente al derecho civil, la inimputabilidad, y la reforma de la atención, es un aspecto que merece un importante esfuerzo por parte del sector justicia;

e) Programas de educación interpersonal a grupos de familias específicos de la población, para el desarrollo de comportamientos saludables, entre ellos la convivencia pacífica, la solidaridad y utilización adecuada del tiempo libre. Haciendo especial énfasis en el fortalecimiento de los vínculos afectivos en el subsistema familiar;

f) Fortalecimiento de redes de apoyo social e incremento de la participación social en el manejo y solución de sus problemas de salud mental;

g) Impulsar la responsabilidad de la persona en el autocuidado y mantenimiento de la salud (artículo 49, Constitución Nacional). Al individuo también le compete un alto grado de responsabilidad en la prevención de la enfermedad, y dicha responsabilidad debe asumirse asimismo en el nivel de prestación de servicios. No es suficiente el

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

abastecimiento de información y la provisión de conocimientos. Mas allá, es fundamental propiciar el desarrollo de los mecanismos que enlacen los conocimientos y las prácticas.

9-2- Prevenir y detectar precozmente los trastornos mentales en todos los entes territoriales.

Los esfuerzos preventivos deben dirigirse hacia la remoción de aquellos factores considerados de riesgo, la promoción de los factores protectores, y fundamentalmente, el entendimiento de los mecanismos de riesgo, entendidos éstos como el producto del interjuego de factores de riesgo individuales y ambientales.

La Resolución 3997 del 30 de octubre de 1996 reglamenta las actividades y procedimientos para el desarrollo de acciones promocionales y preventivas en el Sistema de Seguridad Social en Salud. Se incluyen aspectos relacionados con la salud mental tales como el suministro de micronutrientes a menores de doce años, la prevención del maltrato infantil, la promoción de la igualdad de género, la atención integral a la gestante, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, y de las enfermedades crónicas y degenerativas.

La Resolución 4288 del 20 de noviembre de 1996 define el plan de Atención Básica del Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual posibilita la ejecución de acciones de promoción y prevención en salud mental.

9.2.1 Opciones estratégicas:

a) La utilización de los medios de comunicación masiva para la difusión de mensajes encaminados a la convivencia pacífica, solidaridad, uso del tiempo libre y fomentar la escala de valores dentro de la vida cotidiana, habilidades de diálogo intrafamiliar y comunitario, así como prevención en manifestaciones particulares como el maltrato infantil, la violencia de género y la violencia intrafamiliar, en cuanto constituyen factores de riesgo de especial importancia para el desarrollo de trastornos mentales;

b) Constitución de redes sociales locales de prevención al menor maltratado que involucren el contexto familiar;

c) La integración de los diferentes servicios de atención dentro de programas unificados al interior de los entes territoriales correspondientes siguiendo modelos principalmente preventivos, y la realización de actividades intersectorialmente concertadas para estimular los diversos factores protectores y controlar los factores de riesgo;

d) Asistencia técnica, asesoría y capacitación a los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS);

e) Vincular en los hospitales de primer nivel como mínimo a un profesional en psicología, como punto de abordaje y aproximación a la problemática de Salud Mental en el municipio. Esta es la piedra angular para construir el proyecto municipio saludable por la paz, sin salud mental en una comunidad, no hay interlocutores válidos para su consecución.

9-3- La reorientación en la prestación de servicios en Salud Mental.

Declaración de Caracas (1990) sobre la reestructuración de la atención supone la completa transformación de las prácticas asistenciales tradicionales, y el absoluto respaldo a la promoción de los derechos de las personas con padecimientos mentales. Contempla además los cambios en la representación de la enfermedad mental, el proceso de desinstitucionalización y la movilización de la comunidad.

9.3.1 Opciones estratégicas

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

- a) Desarrollo de un proceso de desinstitucionalización gradual, que considere las creencias y el conocimiento de la población, así como la factibilidad y viabilidad de los procesos;
- b) Favorecer la integración social del enfermo mental, no sólo por las posibilidades de mejoría clínica que ofrece, sino porque posibilita una amplia reducción en el número de hospitalizaciones y promedios de estancia, con la consecuente reducción de costos al enfatizar el fomento de los servicios ambulatorios;
- c) La participación de la familia en los planes de atención, es una actividad que debe ser especialmente enfatizada, teniendo en cuenta la importancia que representa la familia en nuestro medio, junto al desarrollo de actividades de rehabilitación psicosocial en el marco de modelos comunitarios (RBC);
- d) Orientación de programas fundamentalmente a la prevención de la discapacidad y minusvalía, alentando las oportunidades de lograr un funcionamiento independiente mediante el mejoramiento de las competencias sociales;
- c) Apoyo técnico y asesoría a los diferentes programas en Salud Mental puestos en marcha por las entidades territoriales y fomento del desarrollo de los mismos.

9-4- Establecer la calidad y equidad como principio fundamental de la atención.

Los referentes básicos en la prestación de la atención los constituyen la calidad y la equidad. El artículo **153** de la Ley 100 define a estos elementos como fundamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

9.4.1 Opciones estratégicas

- a) Formación del recurso humano con calidad técnica-científica y humana que abarque todas las fases del proceso salud-enfermedad, a saber: promoción, prevención, atención y rehabilitación;
- b) Inclusión de las variables relacionadas con Salud Mental, en el desarrollo del Sistema Nacional de Información en Salud, con la estructuración del Sistema de Vigilancia Epidemiológica;
- c) Integrar a los prestadores de servicios de Salud Mental, al Sistema de Garantía de Calidad definido por el Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996;
- d) Fortalecer los procesos de investigaciones relacionadas con Salud Mental, trastorno mental y el fenómeno de violencia.

9-5- Coordinación de la gestión intra e intersectorial.

La intersectorialidad implica la integración de la política dentro de los planes y programas del sector y el compromiso de promocionar el componente de Salud Mental en todas las políticas gubernamentales.

La promoción de la salud mental no es exclusivamente una responsabilidad sectorial, e involucra más allá del ámbito gubernamental, a las ONG, las asociaciones de usuarios, las administraciones departamentales, municipales, sector industrial y empresarial y los centros académicos.

9.5.1 Opciones estratégicas

- a) Fomentar la gestión intra e intersectorial con el fin de consolidar las redes de apoyo a la rehabilitación y la reinserción social mediante la búsqueda de opciones funcionales y

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

operativas;

b) Brindar la asistencia técnica, asesoría y capacitación a las entidades territoriales para asumir la responsabilidad en el mantenimiento y atención de la salud mental de la población de su referencia, en el marco de los planes de descentralización.

9-6- Prevención del uso indebido de sustancias psicoactivas.

Esta estrategia se articula a los contenidos del compromiso de Colombia frente al problema de la droga, de manera que se ofrezca una estrategia integral para la prevención del consumo de psicoactivos, principalmente del alcohol.

9.6.1 Opciones estrategias

a) Prevención del consumo de sustancias psicoactivas mediante la promoción de estilos de vida saludables, las acciones de vigilancia en salud pública y el control de factores de riesgo;

b) Desarrollo de las guías de atención integral en conductas adictivas a sustancias psicoactivas;

c) Implementación en los hospitales psiquiátricos de la red pública de las Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas, UAICA con la modalidad de comunidad terapéutica con énfasis en salud mental;

d) Se implementarán las actividades establecidas en la Ley 30 de 1986, Ley 124 de 1994 y en la Resolución número 6980 de 1991, con las que se pretende lograr la reducción del daño por el consumo de sustancias psicoactivas;

e) Se logrará que el Invima garantice la calidad de los medicamentos genéricos utilizados en psiquiatría mediante la exigencia a los laboratorios de estudios físico-químicos, de biodisponibilidad y bioequivalencia realizados con la molécula genérica, lo anterior de conformidad con el artículo **254** de la Ley 100 de 1993. A las IPS que dispensen medicamentos correspondientes a los Grupos II, III, IV y/o VI se les exigirán la totalidad de las normas establecidas en las Resoluciones 6980 de 1991 y en la 4252 de 1997, esta última con la implementación del Servicio Farmacéutico Integral.

9-7- Establecer mecanismos de seguimiento, control y evaluación.

Esta estrategia va dirigida a recolectar, analizar e interpretar la información para definir el perfil epidemiológico y retroalimenta las necesidades de la política, a través del Plan Nacional de Salud Mental y los programas que lo compongan, examinar su desarrollo y medir su eficiencia, eficacia y efectividad en todos los frentes: el proceso, el impacto sobre la población y los recursos.

9.7.1 Opciones estratégicas

a) Estructurar el sistema de control y monitoreo de la Política Nacional de Salud Mental en todos los entes territoriales;

b) Brindar asistencia técnica, capacitación y asesoría para definir los indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad para los diferentes programas en Salud Mental;

c) Fortalecer el diagnóstico de Salud Mental en el país, mediante la actualización, control y monitoreo.

10- Metas propuestas.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

10-1- A corto plazo.

- a) El 100% de los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud, en calidad de cotizantes y beneficiarios, tendrán acceso a la atención en salud mental de acuerdo con los contenidos definidos en el Plan Obligatorio de Salud;
- b) Al menos el 50% de los entes territoriales de salud a nivel departamental tendrán una dependencia de salud mental, encargada de la coordinación y supervisión de las acciones de salud mental tanto en lo que respecta a la promoción y prevención, como en la atención y rehabilitación;
- c) Por lo menos el 10% del presupuesto total en salud a nivel nacional y territorial será destinado al desarrollo de actividades de Salud Mental;
- d) El 100% de las empresas promotoras de salud, realizarán actividades de promoción y prevención en salud mental, de acuerdo con el marco que establece la Resolución 3997 de 1996, actividades que serán realizadas por personal del equipo interdisciplinario en Salud Mental;
- e) Se habrá adoptado formalmente la Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991, principios para la protección de personas con enfermedad mental y mejoramiento de la atención en salud mental, emanada de las Naciones Unidas, garantizando su difusión entre proveedores y usuarios de servicios de salud mental;
- f) Se iniciarán las acciones tendientes a ofrecer nuevas opciones de tratamiento, rehabilitación y reinserción social del paciente con trastorno mental (pe. casas de paso, hospital día, empresa social, centro de salud mental comunitario entre otras), en las cuales se pueda involucrar efectivamente el núcleo social de referencia de los pacientes. (Pe. familias, allegados, compañeros de trabajo, amigos, entre otras).

10-2- A mediano plazo.

- a) Por lo menos el 90% de los departamentos del país tendrán asegurada una capacidad mínima de 0.25 camas/1.000 para la atención de trastornos mentales, sin exceder el 0.50/1.000, de las cuales por lo menos el 40% deberá estar ubicada en hospitales generales, por lo menos en el hospital ubicado en la ciudad capital de cada uno de los departamentos, debe existir una Unidad de Salud Mental;
- b) Los promedios de hospitalización no excederán los 30 días. El porcentaje de personas que supere dicho promedio no rebasará el 5%. El promedio ideal de estancia será de 15 días. Los distintos entes municipales habrán conformado un equipo de Salud Mental Comunitaria conformado por: médico, psicólogo y enfermera;
- c) Menos del 5% de las personas que consulten por problemas de salud mental serán hospitalizadas;
- d) El 100% de las facultades de medicina, enfermería y psicología habrán incluido aspectos de salud mental pública y transformación de la atención en sus programas curriculares de pregrado;
- e) El 100% de los entes departamentales de salud habrán creado dependencias de salud mental;
- f) Se habrán realizado el 100% de las acciones de concertación intersectorial para asegurar el cumplimiento de las acciones, fundamentalmente con el sector de educación;
- g) Se efectuará un estudio de seguimiento de la Política Nacional de Salud Mental.

10-3- A largo plazo.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

- a) El 100% de los departamentos del país habrán descentralizado la atención en salud mental;
- b) Se habrá realizado una evaluación de la Política Nacional de Salud Mental.

República de Colombia
Ministerio de Salud

Reducción del riesgo del consumo de sustancias psicoactivas

(Anexo No 1 a la Política Nacional de Salud Mental).

Dirección General de Promoción y Prevención
Subdirección de promoción
Programa de Comportamiento Humano
Santa Fe de Bogotá, D. C., mayo de 1998

Documento preparado por:

Doctor Gerardo González Haddad, Médico Psiquiatra, Diplomado en Conductas Adictivas de University of London. Post-doctorado en psiquiatría de Yale University. Asesor del Programa de Comportamiento Humano, del Fondo Nacional de Estupefacientes y de la Ese Carisma en el Programa de Capacitación y Actualización del personal sanitario para la implementación de la estrategia Uaicas.

Revisión, ajuste y adecuación:

Doctora María Claudia Pavajeau, Abogada. Directora del Fondo Nacional de Estupefacientes - Ministerio de Salud.

Doctor Orlando Rodríguez García M.D. Asesor Médico de la Dirección del Fondo Nacional de Estupefacientes.

Doctor Rafael Gutiérrez V., Psicólogo. Jefe del Programa de Prevención de Conductas Adictivas del Ministerio de Salud de la República de Chile.

Doctora Magdalena Tavera, Trabajadora Social. Subdirectora de Prevención de la Dirección Nacional de Estupefacientes.

Doctor Gabriel Gutiérrez. Asesor de la Subdirectora de Prevención de la Dirección Nacional de Estupefacientes.

Doctora Gloria Gómez, Psicóloga. Subdirectora de Análisis Estratégico de la Dirección Nacional de Estupefacientes.

Doctora Luz María Salazar, Asesora de la Subdirectora de Análisis Estratégico de la Dirección Nacional de Estupefacientes.

Doctor Jorge Alberto Galindo, Director Fondo de Prevención Vial.

Doctor Ramón Emilio Acevedo C., Médico Psiquiatra. Gerente Ese Carisma - Medellín.

Doctora María Cecilia Cadavid, Directora del Centro de Prevención y Tratamiento La Misión de la Secretaría de Salud de Itagüí. Primera Vicepresidenta de la Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas, Feccot.

Doctor Jahir Pedreros V., Médico Psiquiatra. Coordinador de Urgencias Psiquiátricas de

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá. Director Científico de la Fundación para la Salud, la Bioética y el Medio Ambiente.

Doctor Javier Darío Vigoya. Médico Psiquiatra, Hospital Psiquiátrico San Isidro de Santiago de Cali. Secretario de la Sociedad Colombiana de Psiquiatría.

Manuel Jiménez T., Pbro. Presidente de la Federación Colombiana de Comunidades Terapéuticas.

Doctora Constanza Giraldo Nieto MD. Subdirectora de Promoción del Ministerio de Salud.

Doctor Guido Mauricio Romero González. Médico Psiquiatra. Jefe del Programa de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud. Profesor Asistente del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.

Doctora Diana Lozano Ramírez. Trabajadora Social. Especializada en Ciencias Políticas. Asesora del Programa de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud.

Doctora Claudia Patricia Suárez. Terapeuta Ocupacional. Profesional Especializado del Programa de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud.

Doctor Aldemar Parra Espitia. Psicólogo, Profesional Especializado del Programa de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud.

Doctor Alejandro Lozano Ramírez. Psicólogo, Profesional Especializado del Programa de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud.

Doctora Alma Eugenia Muñoz Muñoz, Socióloga, Profesional Especializado del Programa de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud.

Doctor Juan Carlos Alandette. Médico Epidemiólogo. Programa de Patologías Crónicas. Subdirección de Prevención. Ministerio de Salud.

Corrección de Estilo:

Doctora Hilda Demner, Comunicadora Social y Periodista. Jefe de Prensa de la Comunidad Judía y de la Oficina de Derechos Humanos de la B'nai B'rith.

1- Introducción.

El Programa de Comportamiento Humano del Ministerio de Salud de Colombia, en un esfuerzo por desarrollar la Política Nacional de Salud Mental⁴⁵, ha querido revisar la definición y conceptualización del problema de abuso de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la salud. Entendiendo que este problema que afecta al país es multideterminado, que tiene un componente importante, pero no exclusivo de salud, y considerando que el Ministerio de Salud tiene responsabilidad en el manejo interinstitucional, se presenta esta propuesta desde salud para la reducción del consumo y de los problemas relacionados con éste.

Este documento de trabajo inicialmente revisará los conceptos básicos para un enfoque de salud pública en lo concerniente al consumo de las sustancias psicoactivas, para luego presentar el problema en Colombia, generado por este consumo. La descripción del problema se limitará a los estudios epidemiológicos⁴⁶⁻⁴⁷ realizados en el país, así como a un análisis de los posibles riesgos del consumo de heroína para alterar los procesos de salud-enfermedad poblacional. La limitación de la descripción del problema al consumo no pretende ignorar la participación que tienen los otros dos elementos (producción y tráfico) en la génesis del problema colombiano, pero más bien intenta

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

concretar la perspectiva del sector salud y desarrollar el componente de conductas adictivas de la Política Nacional de Salud Mental.

Inmediatamente después de la descripción del problema, se presentarán algunos elementos básicos del marco legal en que se inscribe éste y los conflictos con la ley en términos de restricciones de la libertad individual, estigmatización del consumidor y los potenciales riesgos para la salud de algunas de las definiciones utilizadas en la Ley 30 de 1986. Igualmente, se enfatizará en los elementos de la ley que promueven conductas saludables y por lo tanto son útiles para el desarrollo de la política.

Se ha considerado importante conocer algunas de las experiencias internacionales y la evidencia objetiva de la eficacia que han tenido estos países o comunidades en la reducción de la magnitud del problema. Para este efecto, se presentarán algunas experiencias en diferentes secciones del documento. Cabe señalar que no se pretende hacer una revisión extensa de la literatura científica, pero más bien, revisar aquello que puede ser relevante y útil para el contexto colombiano.

Finalmente, se presentará la propuesta general desde el Sistema de Seguridad Social en Salud para la reducción del riesgo debido al consumo de sustancias psicoactivas. Las estrategias incluirán acciones dirigidas al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas. Igualmente, se enfatizará en la Atención Primaria como la intervención en salud que puede tener mayor impacto en el tratamiento de personas con síndrome de dependencia y problemas asociados. Las unidades de atención primaria deberán estar asesoradas y apoyadas por centros especializados en conductas adictivas distribuidos en varios departamentos del país.

1- Bases conceptuales de un enfoque de salud pública.

El consumo de sustancias psicoactivas es una conducta que acompaña a la especie humana a través de toda su historia. Se presenta en la mayoría de los grupos humanos de una u otra forma; puede trascender fronteras, latitudes, género y grupos étnicos. "¿Qué constituye entonces la severa preocupación mundial por un comportamiento tan generalizado que por lo general afecta directamente a un pequeño sector de la población? Para responder a esta inquietud será necesario analizar la conducta desde sus diferentes dimensiones y las implicaciones para la salud en el ámbito tanto individual como colectivo.

1-1- Sustancias psicoactivas.

Las sustancias psicoactivas son aquellas sustancias químicas que por sus características farmacológicas, tienen la posibilidad de ser consumida por varias vías, ser absorbida, concentrarse en la sangre, pasar al cerebro, actuar sobre las neuronas y modificar principalmente el funcionamiento del sistema nervioso central. Tiene entonces la posibilidad de producir efectos rápidos (agudos), que son generalmente transitorios y son dependientes de la dosis consumida. Es así como la experiencia subjetiva de bienestar inducida por algunas de estas sustancias, es una acción directa de ésta sobre los receptores de algunos de los trayectos neuronales⁴⁸. A dosis crecientes estos efectos placenteros iniciales, pueden tornarse tóxicos y eventualmente riesgosos para la vida. En este momento del conocimiento neurocientífico es más claro, que de todas las sustancias con capacidad de actuar sobre el sistema nervioso central, sólo aquellas que estimulan el trayecto mesolímbico y mesocortical (Sistema de reforzamiento dopaminérgicos) tienen potencial adictivo⁽⁴⁹⁾⁽⁵⁰⁾. Parece que esta capacidad de estimular este trayecto mesolímbico le da entonces a algunas sustancias la capacidad implícita de inducir una conducta repetitiva tendiente a continuar el uso de la sustancia. La característica farmacológica de la sustancia es entonces uno de los factores relacionados con el consumo.

El tiempo de exposición y las dosis consumidas⁽⁵¹⁻⁵²⁻⁵³⁾ de estas sustancias son

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

además otros factores implicados en la aparición de conductas adictivas y problemas relacionados con el consumo. El consumo crónico de estas sustancias produce en las neuronas una respuesta adaptativa que además modifica su metabolismo. Estos cambios ayudan a entender la aparición de tolerancia, que se define como la necesidad de incrementar la dosis para producir el mismo efecto deseado o también, como una disminución del efecto con una misma dosis. Igualmente, si después de la aparición de estos cambios neuronales (tolerancia) con un aumento paulatino de la dosis consumida, se suspende súbitamente la sustancia psicoactiva, esto genera un síndrome de abstinencia que con algunas sustancias puede llegar a ser fatal.

Algunas de las sustancias psicoactivas con potencial adictivo son el etanol, la nicotina, la cocaína, la heroína, las benzodiazepinas, los barbitúricos, los inhalantes, las anfetaminas y los alucinógenos. Ejemplos de sustancias psicoactivas sin potencial adictivo son los antidepresivos, los neurolépticos, los anticonvulsivantes (excepto las benzodiazepinas) y los anticolinérgicos. Curiosamente, existen medicamentos que cuando se administran crónicamente (p.ej beta-bloqueadores, clonidina), no se pueden suspender abruptamente porque producen cambios fisiológicos similares a un síndrome de abstinencia y sin embargo no tienen potencial adictivo.

1-2- Factores etiológicos.

La interacción recíproca de todos los factores biológicos, psicológicos y sociales son los que finalmente predisponen al inicio del consumo de la sustancia que es el factor de riesgo para presentar el síndrome de dependencia y/o los problemas relacionados.

En la figura número 1, se puede diferenciar claramente en el cuadro de la izquierda la relación causal de los factores bio-psico-sociales, que preceden al círculo central que representa el consumo de las sustancias psicoactivas. Para entender un poco más claro la cadena causal de esta condición, es necesario además poder identificar cuáles de los factores se consideran predisponentes y cuáles fueron los que precipitaron el inicio del consumo, como lo marcan las flechas inferiores de la figura.

<NOTA: Ver La figura No. 1. "Relación temporal de los factores etiológicos del consumo y de los problemas relacionados", en el Diario Oficial No. 43.338 del 13 de julio de 1998>. Reproducida con permiso de: Psicoterapéutica esencial para el médico no psiquiatra, 1994(54).

En esta figura se separan claramente las consecuencias del consumo en el cuadro de la derecha, para mostrar que temporalmente deben aparecer posterior al inicio del consumo de las sustancias. Es ocasionalmente bastante difícil de esclarecer si un problema es causa del consumo, o por lo contrario, ha sido una consecuencia del mismo. Esta diferenciación tiene relevancia en el tratamiento, como también en prevención, porque ayuda a decidir cuál puede ser la intervención más adecuada para producir el impacto buscado.

Biológicos. La observación de los hijos de personas con "alcoholismo", ha sugerido que este problema se puede transmitir en familias y por lo tanto, puede tener un componente genético. Pero el idioma también transmisión en familiar y seguramente que no existe un componente genético que lo pueda explicar, sino que es más entendido por los procesos de aprendizaje. Los resultados de algunos estudios realizados en niños gemelares y en niños adoptados, criados por padres con y sin síndrome de dependencia al alcohol, han evidenciado un riesgo aumentado (4 veces mayor) en los hijos de padres con antecedente del síndrome de dependencia al alcohol.⁵⁵⁻⁵⁶ Esto refuerza el concepto que los hijos de padres con el síndrome de dependencia tienen una mayor vulnerabilidad de presentar la condición, pero en ningún momento sugiere que las otras personas no tienen riesgo. Definitivamente, el consumo de la sustancia y su exposición prolongada es considerado como un factor de riesgo para toda la población.

Otro factor biológico es la capacidad que tienen las sustancias psicoactivas clasificadas

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

como dependientes, de estimular el trayecto dopaminérgico mesolímbico y mesocortical, involucradas en la etiología del síndrome de dependencia. Finalmente, la plasticidad del sistema nervioso central que le permite adaptarse a la presencia de la sustancia, modificando los receptores y su metabolismo, es igualmente importante como factor etiológico.

Psicológicos: Una de las inquietudes más frecuentes sobre los factores de riesgo psicológicos, es si se conoce una personalidad adictiva que predisponga a la aparición de esta condición. Con respecto a esto, no existe ninguna evidencia que pueda sustentar una personalidad típica pre-farmacodependiente o pre-alcohólica. Existe en cambio, algunos trastornos de la personalidad como la sociopática y la emocionalmente inestable tipo borderline, que tienen más frecuentemente asociado el consumo de sustancias psicoactivas que otras, sin que esto sea un criterio para su diagnóstico. Igualmente, la presencia de síndromes ansiosos y depresivos se consideran factores que predisponen al inicio del consumo de las sustancias psicoactivas, pero deben presidir el consumo y no ser una consecuencia. Se estima que solamente un 30% de las personas con síndrome de dependencia tienen asociado un diagnóstico psiquiátrico, y la mayoría de las veces es probablemente secundario al consumo y no un factor etiológico.

Sociales: Los factores socioculturales que intervienen en la etiología del síndrome de dependencia y problemas relacionados son muy variados y están influenciados por los diferentes contextos geográficos. Se hace énfasis únicamente en algunos de estos factores que puedan ayudar a proponer una intervención en Salud Pública.

La fluctuación en el nivel de aceptación de una comunidad hacia el consumo de una o varias sustancias se presenta en olas por décadas. Estas variaciones en las actitudes poblacionales facilitan o restringen el consumo de las sustancias. Ejemplo de lo anterior es la época de la prohibición en los años 30 en los Estados Unidos y luego la permisividad durante los años 60 y 70, con el movimiento psicodélico⁵⁷.

El otro factor social es la disponibilidad de la sustancia en el medio y el acceso a ellas que tiene la población para su consumo. Aunque parece obvio, hasta antes de 1990 había un riesgo mínimo de encontrar personas que consumieran heroína. Esta situación ya ha cambiado y al parecer en forma radical. Este factor etiológico es bastante sensible para limitar el consumo de sustancias en la población general. Por ejemplo, las normativas legales que limitan el acceso a alcohol y tabaco de acuerdo a edad de consumo, lugar y horario de expendio tienen un impacto en reducir el inicio de consumo y también en disminuir el riesgo del mismo.

Finalmente, uno de los factores sociales que tiene influencia sobre toda la población son las campañas publicitarias para promover el consumo de las sustancias socialmente aceptadas. Igualmente la presión de amigos y compañeros, y la necesidad de pertenencia a estos subgrupos con ciertas características son factores identificados en la cadena causal para iniciar el consumo de sustancias psicoactivas.

1-3- Consumo, consumo excesivo, uso indebido y abuso.

Estas palabras no son definitivamente sinónimas y por lo tanto se deben definir claramente. Todas describen una conducta humana en relación con el uso de sustancias que actúan sobre el sistema nervioso central y algunos de estos términos tienen implícito un calificativo moral no bien definido por el conocimiento científico, ni por el conocimiento colectivo. El consumo de una sustancia es simplemente la ingesta de aquella por cualquier vía que le permite absorberse, alcanzar una concentración en sangre y actuar sobre un órgano, en nuestro caso de interés, el sistema nervioso central. El efecto de estas sustancias son dosis dependientes y esto significa que a medida que se aumente la cantidad consumida, aumenta igualmente su concentración en sangre incrementando su efecto en el sistema nervioso central. Teóricamente debe existir una dosis para cada sustancia, por debajo de la cual, se producen los efectos deseados y así mismo se

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

minimizan los potenciales efectos perjudiciales. Para el consumo de alcohol existe una serie de estudios(58-59) (8) que sugieren cuál puede ser este nivel de consumo que dé cierta seguridad. Desafortunadamente este no es el caso para las demás sustancias psicoactivas. Es importante señalar finalmente, que la mayoría de los estudios epidemiológicos presentan datos de prevalencia e incidencia de consumo de sustancias psicoactivas, pero los datos de abuso o dependencia son más escasos.

El consumo excesivo, el uso indebido y el abuso de las sustancias psicoactivas tienen implícito que existen un consenso nacional o internacional de cuál es el consumo normal o no excesivo de estas sustancias. En nuestro país se tiene ya varios años de experiencia con la leyenda impresa en las etiquetas de bebidas alcohólicas "el exceso de alcohol es perjudicial para la salud" en cumplimiento con la Ley 30 de 1986.

"Qué responderá un colombiano si se le pregunta qué es exceso de alcohol? Seguramente se recibiría una serie de diferentes respuestas basadas en circunstancias y experiencias individuales. Ejemplos de respuestas son: "hasta que me caiga de la perra."; otro diría "si me emborracho todos los días."; y de pronto alguien más diría: "si me tomo toda la quincena y no le traigo nada a mi mujer.." De manera entonces que seguramente no existe un acuerdo de qué es consumo excesivo en este momento. Se acepta que es aquel consumo de una sustancia que aumenta el riesgo de perjuicios para la salud individual, salud pública y la seguridad pública. Sin embargo, no hay una percepción colectiva de lo que representa este patrón de consumo en términos de cantidad, frecuencia y consecuencias.

Ahora bien, el uso indebido y abuso de unas sustancias hace referencia al calificativo emitido en relación con la aparición de alteraciones de comportamientos y/o problemas relacionados con el consumo de una o varias sustancias. Existe en este momento criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)(60) y también del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV)(61) que describen las conductas humanas, que son calificadas como abuso o uso indebido. Perteneciendo el término "abuso" a la descripción americana y el "uso indebido" a la Organización Mundial de la Salud.

El abuso es definido en el DSM-IV como un patrón maladaptativo de uso de sustancias que conlleva a un mal funcionamiento clínicamente significativo que se manifieste como problemas relacionados con el consumo y que se presente en el período de un año. El consumo recurrente de la sustancia debe manifestarse por uno de los diferentes problemas asociados: alteración del adecuado funcionamiento en las actividades ocupacionales; uso en situaciones de riesgo (p.ej manejando carro); problemas legales o problemas interpersonales. Es importante recalcar que los problemas relacionados con el consumo durante un año, es un requisito que define el abuso o uso indebido. Pretende esta definición demostrar un patrón de consumo que sea suficientemente consistente y duradero para generar problemas.

1-4- Síndrome de dependencia.

Este término define un estado neuroadaptativo resultante de la interacción prolongada de un organismo con una sustancia psicoactiva que tenga la capacidad de reforzar la conducta de consumo, a través de estimular el trayecto mesolímbico y mesocortical en un contexto medio ambiental propicio. El consumo prolongado y recurrente de la sustancia puede generar unos cambios psicobiológicos en la persona que altera el nivel de funcionamiento de éste y su relación con el ambiente. En general se entiende que el síndrome de dependencia, propuesto inicialmente por Gross & Eduards (1976)(62), es la sumatoria de signos y síntomas que involucran tres componentes importantes del ser humano. El síndrome compromete el nivel biológico (tolerancia y abstinencia), el nivel comportamental (búsqueda y consumo estereotipado) y el nivel cognitivo (disminución de autocontrol y ansias o deseo de consumo)(63).

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

El síndrome de dependencia a sustancias psicoactivas es un desorden que aparece descrito en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y también del Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV). Los criterios para su diagnóstico son:

1. Tolerancia. Es el fenómeno que se caracteriza por la necesidad de aumentar paulatinamente la dosis consumida o en su defecto, la disminución del efecto deseado con la misma dosis. Representa el esfuerzo del sistema nervioso central del organismo por adaptarse a la presencia de la sustancia en el medio. La tolerancia se origina por el aumento del metabolismo en el hígado como primera instancia en un menor grado, y luego por cambios estructurales y metabólicos de las neuronas. Los cambios neuronales no están totalmente entendidos pero hay evidencia de que los receptores de las membranas y los mensajeros secundarios se ajustan a la acentuada estimulación tratando de mantener la homeostásis(4).

2. Abstinencia. Es el conjunto de signos y síntomas que aparecen en el individuo cuando se suspende abruptamente, se disminuye significativamente la dosis de la sustancia o se usa un antagonista de la sustancia. El síndrome de abstinencia tiene características propias para cada sustancia, así como también unas manifestaciones comunes a grupos de ellas. Las que se consideran más severas y riesgosas son las desencadenadas por la supresión de alcohol, benzodiazepinas y heroína. La supresión de estas sustancias desencadena un aumento exagerado de la actividad del Locus Ceruleus localizado en el tallo cerebral y es el principal núcleo de neuronas noradrenérgicas. Las descargas de estas neuronas o su hiperactividad produce algunos de los signos y síntomas más importantes del síndrome de abstinencia como son la hipertensión, taquicardia, temblor, transpiración y sensación de angustia(64).

3. Búsqueda de la sustancia. En la medida de que el individuo progresa en la severidad del síndrome de dependencia, el consumo de la sustancia comienza a tomarse la actividad diaria sobresaliente. Es así como inicialmente la persona consume por diferentes motivos y en diferentes circunstancias. El consumo de la sustancia es un medio para obtener otro tipo de satisfacción de interacción social. Algunos motivos son generados por estímulos internos y otros en respuesta a exigencias sociales y culturales. En el síndrome de dependencia la persona pasa la mayor parte del tiempo buscando la sustancia para consumirla y luego recuperándose de este consumo. Todas las demás actividades son desplazadas o en casos avanzados y severos éstos se tornan inexistentes.

4. Consumo estereotipado. En la carrera de un consumidor de sustancias psicoactivas, en sus fases iniciales, su consumo se realiza en una variedad de circunstancias y generalmente en el contexto de una serie de motivaciones diferentes. Por ejemplo, una persona puede tomarse un par de cervezas al almuerzo; en otra ocasión se toma unos tragos de champaña durante una celebración y de pronto también se puede tomar un par de aguardientes con un amigo. En el síndrome de dependencia esta variedad se comienza a reducir y el consumo se hace cada vez más estereotipado. El consumo de las sustancias se torna en el fin de su existencia. Por ejemplo, la persona tiende a limitarse a consumir alcohol en una forma y contexto más rígida, buscando básicamente mantener unos niveles sanguíneos constantes de la sustancia.

5. Disminución de autocontrol. La percepción subjetiva de la persona que está presentando el síndrome de dependencia es de dificultad para mantener la cantidad de la ingesta limitada a la de su voluntad. La persona intenta disminuir la ingesta de la sustancia pero no tiene éxito en su intento. No se considera que hay una ausencia de la capacidad de controlar el consumo, sino más bien una disminución del mismo. Es conveniente señalar que aunque el síndrome de dependencia es un estado progresivo, y definitivamente existen algunos casos en los cuales la persona ya ha presentado daño cerebral, en general existe la posibilidad de revertir el proceso de dependencia en la

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

mayoría. La persona con este problema no tiene únicamente la posibilidad de recuperarse, pero su activa participación y responsabilidad serán necesarias para tal fin.

6. Ansias e intensos deseos de consumo. Este es un síntoma un poco más difícil de precisar, por lo verdaderamente subjetivo y variado. La descripción es similar a la de hambre a la hora del almuerzo. La persona parece tener representado en su pensamiento el efecto deseado del consumo de la sustancia específica y lo percibe como una sensación creciente de tensión. Esta experiencia subjetiva tiene probablemente algún mecanismo celular que parece estar relacionado con el sistema serotoninérgico.

La importancia de poder definir el síndrome de dependencia como un desorden con características propias y limitado a la experiencia del paciente, es útil porque permite progresar en el entendimiento de las causas que lo originan. En la definición actual del síndrome de dependencia se ha excluido el requerimiento de la presencia de problemas secundarios al consumo. La razón para esta distinción obedece a que este desorden tiene naturaleza propia y no se debe definir por la presencia de algunas de sus posibles consecuencias. Existe la tendencia de definir un problema en forma circular. Aquí hemos intentado obviar este tipo de definiciones. Por lo tanto, aunque probablemente la mayoría de los pacientes con síndrome de dependencia pueden tener asociados problemas físicos, psicológicos, psiquiátricos, familiares, laborales y sociales. La presencia o ausencia de estos últimos no determinan la existencia del síndrome de dependencia.

1.5 Problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas

Los problemas que se presentan asociados al consumo de sustancias psicoactivas son los que tienen realmente un impacto en la salud y la seguridad pública⁶⁵. El resultado morboso de cualquier consumo de sustancias psicoactivas es lo que entra en esta categoría. Estos tienen su opuesto, y también existen efectos beneficiosos de algunas de estas sustancias. Específicamente, el consumo de alcohol ha sido relacionado con disminución de enfermedad coronaria en algunos consumidores (7,52). Los problemas derivados por el consumo pueden ser considerados de orden físico, psicopatológico, familiar, laboral, legal o social.

Biológicos. Las principales complicaciones del consumidor de sustancias están relacionadas con la dosis del consumo, el tiempo de exposición, ruta de administración y con la característica específica de la sustancia o la combinación de varias. Es así como la infección por VIH y la hepatitis B han sido asociadas al uso endovenoso de algunas sustancias, especialmente cuando este consumo ha sido compartiendo agujas hipodérmicas. El cáncer broncogénico es una complicación resultante de la exposición crónica a carcinógenos derivados de la combustión de tabaco. El consumo crónico de alcohol está directamente relacionado con la aparición de hepatitis, hígado graso y cirrosis. Igualmente, existen problemas más agudos que se originan durante estados de intoxicación (p.ej. sobredosis a heroína) o durante estados de abstinencia (p.ej. episodios convulsivos).

Psicopatológicos. La mayoría de estas sustancias ejercen su mecanismo de acción sobre el sistema nervioso central, modificando los procesos cognitivos, comportamentales y emocionales, pueden inducir una gama variable de síndromes psicopatológicos que generalmente son difíciles de diferenciar de entidades psiquiátricas primarias. El consumo abundante de cocaína por ejemplo, puede inducir un síndrome psicótico de características esquizofreniforme que sugieren un trastorno esquizofrénico. Sin embargo, estos síntomas suelen revertir si la persona mantiene abstinencia por un período de tiempo. Así mismo, después de suspender el consumo crónico de cocaína, la persona puede presentar un cuadro depresivo que está relacionado con la disminución de dopamina en los terminales sinápticos, y del que generalmente se recupera.

El síndrome de dependencia también se debe de considerar como un problema relacionado con el consumo de la sustancia. Como fue explicado previamente, este

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

complejo fenómeno presenta unas características comunes a todas las sustancias que tienen la capacidad de inducir dependencia, pero también existen unas características específicas a cada una de ellas.

Sociales. Los problemas sociales que se presentan asociados al consumo de sustancias psicoactivas y que pueden ser directos o indirectos, son bastante extensos y van más allá de la intensión del presente documento. Esta sección se limitará a mostrar algunos de aquellos problemas sociales en los cuales una aproximación de salud pública pueda tener un impacto real, sin desconocer que el "problema de drogas" abarca una problemática involucrada en todos los ámbitos de la Nación.

La morbilidad y mortalidad asociadas con los accidentes de tránsito relacionados con la intoxicación alcohólica del conductor es un problema que incide directamente sobre los servicios de urgencias. Este elemento del consumo, la intoxicación, está además relacionado con accidentes de trabajo, violencia conyugal, maltrato al menor y ausentismo laboral.

1-5- Enfoque de salud pública.

El objetivo de un enfoque de salud pública en la aproximación del consumo de sustancias psicoactivas es la de reducir el uso y abuso de todas las sustancias psicoactivas que alteren el funcionamiento del sistema nervioso central con un fin recreativo. También la de proporcionar, cuando esto sea posible, de un uso seguro, placentero, y respetuoso de la libertad individual, mientras se disminuyan los posibles efectos dañinos sobre los individuos, la familia y toda la sociedad.

El problema es entendido como uno de salud o el incremento de riesgo de enfermar y no necesariamente de enfermedad. De la misma manera es una alternativa a los modelos: moral, criminal, de "no hay problema" y el estrictamente médico(66). Se reconoce que para la mayoría de los consumidores de las sustancias psicoactivas, el consumo per se no es patológico, pero sí constituye un riesgo para la salud. El consumo de cualquier cantidad incrementa el riesgo de un consumo dañino posteriormente. Pero aún el posible daño varía en tipos y grados de acuerdo a la persona, y de la misma persona en diferentes tiempos.

El enfoque de salud pública utiliza los conocimientos farmacológicos, toxicológicos, patológicos, médicos, epidemiológicos y sociológicos para clasificar las sustancias psicoactivas de acuerdo a su riesgo de producir daño, basados en: su potencial aditivo; daño sobre la persona a corto y largo plazo; beneficios personales (sí existen); y potencial de daño a otros y a la sociedad. Por lo tanto, se incluyen todas las sustancias psicoactivas en la formulación de programas y se evita tratar de mantener dicotomizado las sustancias en las buenas y malas.

2- Situación actual del problema.

Para la descripción del problema en Colombia y para facilitar una comprensión más amplia del mismo, intentaremos en la medida de lo posible, mantener diferenciadas las tres perspectivas descritas en la primera sección (consumo, problemas relacionados y dependencia). Igualmente, se agruparán los indicadores del problema por sustancia o grupos de ellas para simplificar la presentación de los datos disponibles en el país.

2-1- Alcohol.

2.1.1 Consumo de bebidas alcohólicas

La prevalencia de consumo anual de alcohol de la población colombiana fue reportada en 85% por Torres de Galvis & Montoya en el II Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, 1997(2). Este dato de consumo fue obtenido mediante una

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

encuesta de hogares representativo de la población y representa la afirmación verbal de que consumieron alguna vez alcohol durante el año anterior.

La población colombiana es consumidora primordialmente de cerveza (54%) y de destilados (44%) siendo el aguardiente el de más consumo. El vino es consumido por una minoría (1%) y durante ocasiones especiales de celebración 67.

Una observación no sistematizada ha sugerido que los colombianos consumen alcohol en forma más intensa durante el fin de semana y generalmente en el contexto de festejar. Se ha observado que el fin de semana comienza el día jueves y termina el sábado, ocasionalmente extendiéndose hasta el domingo. Igualmente, algunas ciudades celebran diferentes ferias y fiestas municipales, donde el patrón de consumo se vuelve diario y continuo.

El consumo per capita de alcohol es un indicador del volumen de alcohol al 100% consumido por una población. Es importante tener presente que se utiliza el volumen de alcohol consumido y no el producido o vendido. El consumo per capita de alcohol se calcula en litros por año dividido por la población consumidora mayor de 15 años ajustada al censo anual proyectada por el DANE (68).

<NOTA: Ver Cuadro No. 2.1. "Tendencia del consumo per capita de alcohol 100%", en el Diario Oficial No. 43.338 del 13 de julio de 1998C>. Fuente: Producción de artículos durante el año y existencias de productos terminados a 31 de diciembre, total nacional. En: Anuario de Industria Manufacturera, DANE 1990-1995.

En la gráfica número 2.1 se puede apreciar la tendencia del consumo per capita en Colombia durante los últimos años, perteneciendo estos datos a un estimativo calculado con la información disponible en el DANE. Como se puede observar existe una tendencia a mantener estable el consumo per capita de alcohol, evidenciando el menor consumo en 1994 con 3.8 litros y el mayor a 5.3 litros en 1995, cuando la población mayor de 15 años calculada en 24.270.599 personas consumieron 129.608.859 litros de etanol.

El consumo per capita de alcohol promedio reportado en 10 países Latinoamericanos estaba por debajo de 4 litros per capita (Dutch Distillers Association, 1992) 69. Igualmente, reportaron que a diferencia de la tendencia mundial de disminución del consumo per capita de alcohol, estos mismos países mostraban una tendencia al aumento.

2.1.2 Posible caso de Síndrome de Dependencia.

Para obtener esta información los investigadores utilizaron un instrumento de tamizaje denominado el CAGE, que identifica posibles casos de dependencia al alcohol o "alcohólico" en la población encuestada.

Tabla número 2.1 Resultados del CAGE, 1997

No	78%
Alcohólico Alto riesgo	10%
Posible Alcohólico	12%

Revisando los porcentajes de posibles casos de alcoholismo dados por esta misma prueba de tamizaje desde 1987 se observa una tendencia hacia el incremento, dado principalmente por un aumento del consumo femenino. Es así como en 1987 fue del 8% para la población total, en 1993 se reportó el 8.6% y en 1997 fue del 12%. El incrementado el femenino fue de 4.5% en 1993 a 11 % en 1997(2).

2.1.3 Síndrome de Dependencia a Alcohol

El CIDI-2 (Composite Internacional Diagnostic Interview 2nd revision) es instrumento que

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

arroja el diagnóstico del síndrome de dependencia al alcohol mediante una entrevista estructurada que fue validada en español para la población colombiana. Este instrumento está diseñado para hacer un diagnóstico con los criterios DSM-IV y el CIE-10.

Tabla número 2.2 Comparación de prevalencia anual de los dos instrumentos por sexos

	CAGE	CIDI-2
Masculino	13.0%	5.1%
Femenino	5.2%	4.3%
TOTAL	9.1%	4.7%

En la tabla número 2.2 se pueden apreciar los resultados de la aplicación de una prueba de tamizaje, el CAGE comparado con la prevalencia del diagnóstico del síndrome de dependencia evidenciado por el CIDI-2. La prueba de tamizaje evidencia un 9.1% de posibles casos de dependencia al alcohol, que se reducen a una prevalencia anual de 4.7% para el síndrome de dependencia al alcohol con el CIDI-2.

2.1.4 Problemas relacionados con el consumo de alcohol.

<NOTA: Ver Gráfico número 2.2 Mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Colombia, 1990-1995., en el Diario Oficial No. 43.338 del 13 de julio de 1998>. Fuente: Archivo maestro de defunciones del DANE.

2.1.4.1 Mortalidad por cirrosis

Una de las complicaciones del consumo crónico del alcohol son las enfermedades hepáticas que se pueden evidenciar con el registro de mortalidad por cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado desde 1990. Como se observa en la gráfica número 2.2, existía una tendencia hacia el aumento hasta 1994 con 1.372 casos reportados. En 1995 hay un descenso de 391 casos, lo que puede sugerir una disminución real de casos o una deficiencia de la recolección de la información. La mortalidad por cirrosis es un indicador indirecto del consumo per capita de alcohol de una población. Es un dato útil teniendo en cuenta que refleja la consecuencia del consumo per capita de años previos.

2.1.4.2 Mortalidad por accidentes de tránsito

El consumo de alcohol está relacionado con trauma y muerte por accidentes de tránsito. El Centro de Referencia Nacional sobre Violencia 71 reportó que durante 1996 se registraron 1.073 personas lesionadas y muertas en el Distrito Capital relacionadas con accidentes de tránsito. El consumo per capita de alcohol se calcula en litros por año y dividida por la población consumidora ajustada al censo anual proyectada por el DANE.

En la gráfica número 2.3 se presentan los datos de alcoholemia elaborados a víctimas relacionadas con un accidente de tránsito durante el año de 1996. Se consideró positivo para alcohol niveles iguales o por encima de 15 mg%. En general, durante el año presentado el 50% de las víctimas tenían niveles de alcohol en sangre.

<NOTA: Ver Gráfico número 2.3 Alcoholemias solicitadas en necropsias por accidente de tránsito según víctima. Santa Fe de Bogotá, D. C., (1996)., en el Diario Oficial No. 43.338 del 13 de julio de 1998>. Fuente: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (1996).

Los datos de los conductores son interesantes porque en 1996 se disminuyó de 58 a 47 casos, pero el porcentaje de casos con alcohol aumenta de un 50 al 77%. Infortunadamente, estos datos no representan la totalidad de los fallecidos por accidentes de tránsito y por tanto son parcialmente útiles para entender la situación real.

2.1.5 Resumen del incremento del riesgo de presentar condiciones médicas asociado al

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

consumo de alcohol.

Tabla número 2.3 Condiciones médicas relacionadas con alcohol 72.

Condición	Umbral del riesgo(gramos alcohol/día)
Enfermedad cardiovascular	>40
Desorden cerebrovascular	>0
Cirrosis	>20 (F) >40 (M)
Pancreatitis	>0
Cáncer esófago	>40
Cáncer glándula mamaria	>35
Aborto espontáneo	>11
Síndrome dependencia	>50

En la Tabla 2.3 se pueden apreciar los diferentes niveles de riesgo para algunos de los problemas relacionados con el consumo diario de alcohol.

2.1.6 Meta-análisis de estudios relacionados con el consumo de alcohol.

En la gráfica número 2.4 se representa un análisis de varios estudios relacionados con el consumo diario de alcohol, expresados en gramos por día y su relación con mortalidad por toda causa. Es notorio en la gráfica que el estudio de Kagan et. al. en 1981 y el de Dyer et. al. realizado en 1980, evidencian un aumento del riesgo relativo a partir de los 40 gramos y 50 gramos respectivamente.

<NOTA: Ver Gráfico número 2.4 Consumo de alcohol e incidencia de mortalidad por toda causa, en el Diario Oficial No. 43.338 del 13 de julio de 1998>. Fuente: Anderson P. Alcohol and risk of physical harm. En: Alcohol and Public Policy (ed. Holder H. D. And Edwards G.) Oxford Medical Publication, New York, 1995.

En la gráfica número 2.5 se presenta el análisis de 5 estudios que relacionan el riesgo de accidente de tránsito con la concentración de alcohol en sangre. Es bastante interesante que la mayoría de estos estudios evidencian un aumento del riesgo relativo a concentraciones de alcohol en sangre entre 70-80 mg%. En un estudio realizado en el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (Constatin, A. et. al. Comunicación verbal, documento en preparación, 1998) con 100 voluntarios se evidenció que el 50% de los participantes presentaron primer grado de embriaguez con 70 mg % de alcoholemia. Estos resultados en una muestra de población colombiana evidencia que, en general, no hay diferencia en el metabolismo de alcohol cuando se compara con los estudios realizados en las otras poblaciones y mostrado en la gráfica número 2.6.

<NOTA: Ver Gráfico número 2.5 Riesgo de accidente de tránsito como función de la concentración de alcohol en sangre, en el Diario Oficial No. 43.338 del 13 de julio de 19>. Fuente: Donelson and Beirness (1985, p. 48), Mayhew (1983). Citado en: Alcohol and Public Policy (ed. Holder H. D. and Edwards G.) Oxford Medical Publication, New York 1995.

2-2- Nicotina.

2.2.1 Prevalencia de consumo de cigarrillos

La nicotina es la sustancia psicoactiva que se administra a través del consumo de cigarrillos, primordialmente. La prevalencia anual del consumo de cigarrillo fue estimada en 25.9% y la prevalencia actual es del 22.2%. La prevalencia actual para hombres es de 23.5% y para mujeres 21%. En general estos datos reflejan una disminución de la prevalencia en la población general. En 1987 la prevalencia actual fue del 29.7% y en 1997 fue del 22.2%.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Igualmente, evidencian que un 3.7% de los fumadores dejaron de consumir cigarrillos durante el año previo a contestar la encuesta (prevalencia anual menos prevalencia actual). Para evidenciar el porcentaje de la población ex consumidora de cigarrillo se debe restar de la prevalencia de vida (38.8%), la prevalencia anual (25.9%) y corresponde a 12.9%. Entonces se puede afirmar que el 3.7% de la población es exitosa en dejar de fumar en el período de un año. El 12.9% de la población colombiana ha dejado de fumar en el transcurso de su vida.

2.2.2 Síndrome de dependencia a nicotina

El síndrome de dependencia a nicotina se estableció mediante la utilización del CIDI-2. Este instrumento determinó que un 4.3% de los consumidores al cigarrillo (prevalencia anual de 25.9%) presentaban el síndrome de dependencia. Los resultados de este estudio indican que aproximadamente un 84% de los consumidores de cigarrillo no tienen dependencia y por lo tanto son más susceptibles de abandonar el consumo de cigarrillo.

2.2.3 Problemas relacionados con el consumo de cigarrillo

El cigarrillo está implicado en la fisiopatología de cáncer de pulmón, así como en otras enfermedades cardiovasculares y pulmonares. Un indicador indirecto del consumo per capita de cigarrillos es la tendencia de la mortalidad nacional por tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón (22).

En la gráfica número 2.6 se observa una tendencia al aumento desde 1990 muy leve hasta 1994. Hay después una caída abrupta de 747 casos que puede significar o una disminución real de casos o un registro deficiente durante ese año. Convendría, pues, hacer un seguimiento de los años siguientes y observar la tendencia para aclarar esta duda. Es llamativo que esta disminución de casos también se registró con la mortalidad por cirrosis mostrado en la gráfica número 2.2, lo que puede sugerir, probablemente, un error en los registros y no una verdadera disminución de los casos.

<NOTA: Ver Gráfico número 2.6 Mortalidad por tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón. Colombia, 1990-1995, en el Diario Oficial No. 43.338 del 13 de julio de 1998>. Fuente: Archivo maestro de defunciones del DANE.

2-3- Algunas sustancias de uso recreacional.

2-3-1- Prevalencia de consumo.

A continuación se presenta la recopilación de la prevalencia de diferentes sustancias psicoactivas y se incluyen los resultados de los dos estudios epidemiológicos más recientes realizados en el país.

Tabla número 2.3 Comparación de prevalencia del consumo (2,47)

	Prevalencia vida		Prevalencia anual		Ex consumo	
	Torres Rodríguez	Torres Rodríguez	Torres Rodríguez	Torres Rodríguez	Torres Rodríguez	Torres Rodríguez
Marihuana	9.2%	5.4%	5.1%	1.1%	4.1%	4.3%
Bazuco	3.4%	1.5%	1.5%	N/A	1.9%	N/A
Cocaína	3.8%	1.6%	1.4%	N/A	2.4%	N/A
Heroína	2.2%	0.03%	1.2%	N/A	1.0%	N/A

El cuadro presenta la prevalencia de vida y anual del consumo de sustancias psicoactivas. El realizado por Torres de Galvis & Montoya en 1997(2) aparece en la columna de la izquierda y además tiene datos de todas las sustancias. El realizado por Rodríguez, E. en 1996(3) aparece en la columna de la derecha y tiene completo, únicamente, la prevalencia de vida. Ambos estudios fueron realizados en una muestra

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

estratificada de hogares y mediante una encuesta estructurada. Estos dos estudios no utilizaron el mismo instrumento.

Los datos muestran diferencias importantes, sin embargo, no es el objetivo de este escrito criticar ninguno de los estudios. Más bien, esta sección pretende analizar la información presentada en las publicaciones y utilizar aquella que considere pertinente para entender mejor todo el problema del consumo de estas sustancias. La diferencia en la prevalencia de heroína amerita una consideración más extensa dada la característica epidémica presentada por Torres de Galvis & Montoya.

Los dos estudios coinciden en indicar que la prevalencia de estas sustancias ha aumentado en comparación con los resultados de los estudios previos realizados por ambos equipos de investigación. De pronto difieren en la severidad del incremento. Por ejemplo, Rodríguez reporta un aumento del 0.8% de la prevalencia anual de todas las sustancias ilegales en conjunto desde 1992. En cambio, Torres reporta los aumentos por cada sustancia y en general todas aumentaron el doble de la prevalencia de 1993.

2-3-2- Síndrome de Dependencia.

Curiosamente el documento con los resultados del II Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas-1997, no reportó la prevalencia del síndrome de dependencia, a pesar de haber aplicado el CIDI-2 que ofrecía esa posibilidad. Esta limitante del análisis y reporte justificaría la realización de un análisis secundario de la base de datos, para aclarar cuál porcentaje de los consumidores son dependientes.

2-3-3- Problemas relacionados con el consumo.

En 1996 el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses(24) reportó para víctimas de accidente de tránsito, positivo para cocaína en un 5% de 450; positivo para marihuana en un 4% de 475 casos y positivo en 0.4% para opiáceos de 472 casos.

2-4- "Existe una epidemia de Heroína?."

2-4-1- Prevalencia de consumo.

La heroína es una sustancia que aparece en el escenario nacional desde que comenzó el cultivo de amapola en el país. En el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas de 1993 73 se reportó una prevalencia anual de 6 personas por diez mil. Ahora en 1997 se reportó una prevalencia anual de 1.2%, lo que indica un aumento de proporciones epidémicas.

Tabla número 2.4 Prevalencia de consumo de Heroína

	Total	Masculino	Femenino
Prevalencia de vida	2.2%	3.6%	0.8%
Prevalencia anual	1.2%	2.0%	0.4%
Ex consumo	1.0%	1.6%	0.4%

Tan preocupante que el posible incremento del consumo de heroína, es el patrón de consumo de esta sustancia. El reporte de los resultados no incluye el patrón de consumo. Sin embargo, dada la gravedad de la posible epidemia se realizó un análisis parcial de la base de datos disponible, preguntando cuál era la distribución de los consumidores en cuanto a su patrón de consumo. El resultado es que 169 personas respondieron afirmativo al consumo de heroína durante el último año, de las cuales 17 personas respondieron que la utilizaban en forma endovenosa. En resumen, 10% de los consumidores de heroína afirmaron utilizar la sustancia en forma endovenosa.

El departamento de la Guajira presenta la prevalencia de vida más alta, siendo esta de 7.2% para la prevalencia de vida y para la mensual de 4.9%. Aunque actualmente se

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
 Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

desconoce si los consumidores endovenosos pertenecen a este departamento, es preocupante que la Guajira es una de las vías de exportación de la sustancia y que además tiene ciudades costeras que son visitadas por extranjeros. Para aclarar esta información, inicialmente se le solicitó a los investigadores principales del II Estudio Nacional (46), todas las encuestas de las personas que reportaron consumo de heroína con la intención de localizar las localidades de la Guajira con más prevalencia. Desafortunadamente, se nos informó que las encuestas habían sido destruidas y por lo tanto no estaban disponibles. Así las cosas, se contactó a la coordinadora de la Guajira que supervisó la aplicación de las encuestas. Esta persona informó verbalmente que desconocía cualquier rumor sobre la existencia de consumidores de heroína en Riohacha, a su vez manifestó que cuando las encuestas se aplicaron, ella únicamente revisaba los formatos pero no evidenció si habían o no consumidores endovenosos de heroína. Esta coordinadora contactó a las encuestadoras quienes le informaron que las personas que contestaron positivo a esta pregunta estaban localizadas al sur del departamento, y eran artesanos callejeros provenientes del interior. Finalmente, a través de esta coordinadora se contactó una profesional de la salud localizada en Barranca, Guajira, quien informó que conocía un grupo de 7 amigos (2 locales y 5 del interior) que estaban utilizando heroína en forma endovenosa. Este patrón de consumo les fue enseñado al parecer, por un amigo sociólogo que habría realizado un curso de enfermería de Valledupar.

2-4-2- Problemas relacionados con el consumo de heroína.

En Bogotá hay reportes anecdóticos de atención de urgencia debido a la sobredosis de heroína. Convendría tratar de documentar que estos casos son efectivamente relacionados con heroína y no simplemente un error de diagnóstico.

El Programa de VIH/SIDA del Ministerio de Salud tiene documentados 15 casos confirmados de SIDA relacionado con el uso endovenoso de sustancias psicoactivas 74. El cuestionario no especificaba cuál de las sustancias psicoactivas era la que se estaba consumiendo.

Tabla número 2.5 Casos de SIDA-Colombia, 1983-1997

Fuente: Programa de VIH/SIDA, Ministerio de Salud

	Casos de SIDA	Porcentaje
Uso Endovenoso de SPA	15	0.5%
Total	2.587	100%

2-4-3- Riesgo de uso endovenoso.

Existe un riesgo bastante pronunciado de que Colombia incorpore el uso endovenoso de sustancias psicoactivas como un patrón de consumo. Existe experiencia en otros países de similares características a nuestra población que rápidamente adoptaron este patrón de consumo y facilitaron la expansión de la epidemia de VIH/SIDA. Ejemplos de esta situación son Panamá, Brasil, Argentina y Puerto Rico 75. En este sentido, no se han reconocido factores sociales o culturales que se consideren protectores para una comunidad que evite iniciar el uso de drogas en forma endovenosa.

La experiencia de Tailandia es interesante porque esa comunidad tiene una relación ancestral con el consumo fumado de opio. Generalmente el consumo era realizado por la población mayor y adulta. En contra de las predicciones, la población joven del país comenzó el consumo de heroína y adoptaron la vía endovenosa como patrón de consumo. Este patrón fue uno de los factores determinantes de la progresión acelerada de la infección por VIH en ese país.

Se estima que la forma como cambian los patrones de consumo y se tornan en modas

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

que tienden a generalizarse, inicialmente el patrón es enseñado por un extraño a un grupo de dependientes que lo incorpora en su repertorio 76. Luego, se cree que este patrón se vuelve popular dentro del grupo que después trata de difundirlo como la última moda. Asociado a esto, también está la necesidad de los pacientes dependientes a buscar formas de consumo que rindan la sustancia, que muchas veces está muy rebajada por los distribuidores.

Siendo la heroína una sustancia relativamente nueva en el medio, donde no existe una experiencia ancestral en su manejo. Además existe ya una población dependiente a sustancias psicoactivas, algunos de los cuales probablemente estarían buscando experimentar con nuevas sustancias y patrones de consumo. Esto asociado al hecho de que nuestro país es visitado por extranjeros buscando drogas, los cuales potencialmente pueden enseñar a los nativos a utilizar la heroína en forma endovenosa crea una situación propicia para el inicio de esta posible moda de consumo.

El grupo identificado en el sur de la Guajira de usuarios endovenosos de heroína es probablemente el inicio de un cambio de patrón de consumo que tiene las más serias implicaciones para la salud pública de Colombia.

2-5- Sustancias diseñadas de uso recreacional.

Desde mediados de los años ochenta el mundo se ha visto enfrentado a un incremento del abuso de estimulantes sintéticos con una cantidad incautada en 1993, nueve veces mayor que la incautada en 1978. Esto equivale a un aumento del 16% anual de las sustancias incautadas 77. Las principales sustancias sintéticas manufacturadas clandestinamente pertenecen al grupo de las anfetaminas. Estas sustancias son la anfetamina, la metanfetamina y la MDMA. Esta última es conocida con el nombre de éxtasis.

En años más recientes, se ha reportado a escala mundial un aumento más pronunciado de abuso de sustancias sintéticas. La Organización Mundial de la Salud estima que 30 millones de personas (0.5% de la población mundial) consume sustancias sintéticas del grupo de las anfetaminas, probablemente más que cocaína y definitivamente más que heroína(77).

En Colombia los dos estudios epidemiológicos realizados recientemente (46,47), no reportaron consumo de metanfetamina y MDMA (éxtasis). Sin embargo, este último estudio reportó una prevalencia anual de consumo de anfetamina del 0.6% y una prevalencia de vida del 1.5%. Existe el reporte de consumo recreacional de éxtasis en la población colombiana únicamente de forma anecdótica.

Es importante recalcar que la anfetamina es considerada una sustancia de control especial que es utilizada ampliamente en el tratamiento de niños con problemas de hiperactividad con déficit de atención. Esto quiere decir que las anfetaminas no representan riesgo para aquellos niños que están siendo médicamente tratados y supervisados. Además, es utilizada en adultos para el tratamiento de narcolepsia.

El mecanismo de acción de estas sustancias sintéticas, denominadas agonistas monoaminérgicas indirectas, es similar a la de la cocaína. Todas estas sustancias aumentan los niveles sinápticos en el sistema nervioso central de norepinefrina, dopamina y, serotonina, y consecuentemente estimulan sus receptores postsinápticos.

El aumento de dopamina en una vía nerviosa específica llamada el trayecto mesolímbico y mesocortical es la propiedad farmacológica que le da a estas sustancias su potencial de inducir el síndrome de dependencia.

Los efectos estimulantes de estas sustancias son los buscados por aquellas personas que intentan abusar de ellas. Sin embargo, el consumo abundante de las anfetaminas puede inducir un estado tóxico que tiene características de un estado psicótico. Este

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

estado generalmente revierte con la suspensión del consumo.

Desde 1987 la comunidad científica ha estado reportando la aparición de síndromes neuropsiquiátricos únicamente relacionados con el consumo de MDMA. En este momento varios estudios y revisiones 78798081 que han reportado el riesgo de daño severo neuronal de las vías serotoninérgicas del sistema nervioso central en animales y también en humanos.

Es importante interpretar todos los hallazgos científicos con precaución, pero es igualmente esencial alertar oportunamente a las posibles víctimas de los riesgos desconocidos a los que se están exponiendo. Educación a la población general por los médicos, profesionales de la salud y personas conocedoras de los riesgos para la salud es fundamental para reducir los problemas relacionados con el consumo de estas sustancias.

3- Elementos básicos del marco legal.

El marco de la Política Nacional de Salud Mental tiene el sustento legal para la propuesta general. En esta sección se revisarán los elementos de la ley que inciden más directamente en la propuesta actual. Se revisa que dice el texto de la ley en lo relacionado con la dosis personal, consumo de alcohol y tabaco, y el registro nacional de farmacodependientes.

3-1- Dosis de algunas sustancias psicoactivas.

Ley 30 de 1986

Por el cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupeficientes, en el Capítulo I de principios generales en su artículo 2o. sobre definiciones los numerales i) y j), donde se definen dosis terapéutica y dosis para uso personal así:

- Dosis terapéutica: Es la cantidad de droga o de medicamento que un médico prescribe según las necesidades clínicas de su paciente.

- Dosis para uso personal: Es la cantidad de estupeficientes que una persona porta o conserva para su propio consumo. Es la dosis para uso personal la cantidad de marihuana, hachís que no exceda de veinte (20) gramos; de cocaína o cualquier sustancia a base de cocaína la que no exceda de un (1) gramo y de metacualona la que no exceda de dos (2) gramos. No es dosis para uso personal, el estupefaciente que la persona lleve consigo, cuando tenga como fin su distribución o venta, cualquiera que sea su cantidad.

Artículo 51. Inexequible Corte Constitucional Sentencia C-221-94

Los siguientes son apartes de la jurisprudencia de la sentencia la Corte donde se declaró inexequible las contravenciones estipuladas en el artículo 51 sobre el porte de dosis personal. Es importante resaltar que no se utilizó el término de dosis personal en su argumentación. La sentencia se basó en los siguientes conceptos fundamentales: El legislador puede prescribirme la forma en que debo comportarme con otros, pero no la forma en que debo comportarme conmigo mismo, en la medida en que mi conducta no interfiere con la órbita de acción de nadie.

El artículo 16 de la Constitución Nacional, que consagra el derecho al libre desarrollo de la personalidad. Lo hace en los siguientes términos: "Todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de su personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico".

"Cuando el Estado resuelve reconocer la autonomía de la persona, lo ha decidido, ni más

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

ni menos es constatar el ámbito que le corresponde como sujeto ético: dejarla que decida sobre lo más radicalmente humano, sobre lo bueno y lo malo, sobre el sentido de su existencia".

No puede, pues, un Estado respetuoso de la dignidad humana, de la autonomía personal y el libre desarrollo de la personalidad, escamotear su obligación irrenunciable de educar y sustituir a ella por la represión como forma de controlar el consumo de sustancias que se juzgan nocivas para la persona individualmente considerada y, eventualmente, para la comunidad a la que necesariamente se halla integrada. (Gaviria C., 1994).

En el Salvamento de Voto de la Corte Constitucional de la misma sentencia, en uno de sus apartes introduce el término de dosis personal así: "No es compatible la coexistencia de un verdadero orden justo, con la destrucción paulatina de un sector de la población víctima del consumo de drogas, el cual por lo demás, mucho tememos se verá incentivado con la despenalización, así ésta se limite a la llamada dosis personal."

Después vuelven a utilizar el concepto de dosis personal cuando dicen: "De la decisión de la mayoría se desprende una paradoja y una ambigüedad muy difíciles de entender: por un lado se autoriza el consumo de la dosis personal, pero por otro se mantiene la penalización del narcotráfico. Es decir que se permite a los individuos consumir droga, pero se prohíbe su producción, distribución y venta." (Hernández J. G., Herrera H., Morón F. y Naranjo V., 1994).

Decreto 3788 de 1986

Por el cual se reglamenta la Ley 30 de 1986 en su Capítulo I de los aspectos generales en el artículo **5o.** indica que cuando se trata de una sustancia estupefaciente distinta de marihuana, hachís, cocaína o metacualona, el Instituto de Medicina Legal determinará la cantidad que constituye dosis para uso personal.

Decreto 1108 de 1997.

Por el cual se establecen las normas individuales y colectivas para el porte y consumo de las sustancias despenalizadas. Restringe el consumo de los colegios, universidades y lugares de trabajo.

En resumen nuestra legislación ha tratado el concepto de dosis personal y además le ha adjudicado unas cantidades arbitrarias relacionadas con el concepto inicial de cantidad para porte de uso personal.

3-2- Consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

Ley 30 de 1986.

En el Capítulo III sobre las campañas de prevención contra el consumo de alcohol y del tabaco en el artículo **16** donde se indica que en todo recipiente de bebida alcohólica nacional o extranjera deberá imprimirse, en el extremo inferior de la etiqueta y ocupando al menos una décima parte de ella, la leyenda: "El exceso de alcohol es perjudicial para la salud". En la etiqueta deberá indicarse además, la gradación alcohólica de la bebida. En este mismo capítulo en su artículo **17** se indica que todo empaque de cigarrillo o de tabaco, nacional o extranjero deberá llevar en el extremo inferior de la etiqueta y ocupando una décima parte de ella, la leyenda: "El tabaco es nocivo para la salud".

Este es el artículo que da el antecedente jurídico para avanzar al siguiente paso: Cuál es el límite entre consumo y consumo excesivo?

3-3- Registro de Farmacodependientes y prescripción de sustancias psicoactivas Resolución número 6980 de 1991.

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

Por el cual se expide normas para el control de la importación, exportación, fabricación, distribución y venta de medicamentos, materias primas y precursores de control especial. En el Capítulo XI del registro nacional de farmacodependientes en el artículo 56 se indica que el Fondo Nacional de Estupeficientes, llevará el Registro Nacional de Farmacodependientes relacionado con el Grupo IA, el cual es confidencial y gozarán de la reserva según lo dispuesto en la Ley 57 de 1985 y sus datos sólo se utilizarán para prevenir el narcotráfico y la farmacodependencia.

Así mismo, en el artículo 57 dice que el Fondo Nacional de Estupeficientes del Ministerio de Salud entregará a los respectivos Servicios Seccionales de Salud o al interesado, un formato para que sea diligenciado por los profesionales en medicina que formulen las drogas o medicamentos de Control Especial a pacientes considerados como farmacodependientes. Una vez diligenciado el formato por el médico tratante, debe remitirlo al respectivo Servicio Seccional de Salud.

En resumen, este artículo habilita a las seccionales de salud y los médicos a realizar un registro de farmacodependientes con el fin de considerar el suministro de sustitutos del grupo IA para el tratamiento del síndrome de dependencia.

4- Propuesta desde Salud para la Reducción del Riesgo.

En el contexto del desarrollo de la Política Nacional de Salud Mental donde se estipula que: Se deben fortalecer los mecanismos protectores que impulsen la cultura de la Salud Mental, consecuentes con la heterogeneidad y especificidad territorial, para reducir la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y sus efectos, son los principios fundamentales en que se centra esta aproximación al problema.

Considerando además que la política general del país en lo concerniente con sustancias psicoactivas está enmarcada dentro de la premisa de la guerra antinarcóticos tendiente al control del flagelo que amenaza a la población. Se puede afirmar que esta aproximación es además influenciada por las presiones internacionales de los acuerdos firmados por nuestro país, la convención Unica de 1961 sobre estupeficientes y la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupeficientes y sustancias psicotrópicas de 1988.

“Por qué proponer entonces reducción del riesgo del consumo y no el control del mismo? La humanidad ha estado en contacto con el consumo de sustancias psicoactivas a través de toda su historia y pretender tener una sociedad libre de sustancias es poco realista. Es más racional aceptar la realidad de nuestra cultura y tratar de educar a la población que decide consumir estas sustancias para minimizar el riesgo de presentar los problemas. Teniendo en cuenta que el problema es multifactorial y que existe evidencia objetiva que algunos de los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas son susceptibles a intervenciones poblacionales es que se presenta esta propuesta de reducción del riesgo como desarrollo del componente de conductas adictivas de la Política Nacional de Salud Mental.

“Qué significa reducción de riesgo y cuáles son sus posibles ventajas desde la perspectiva de salud? Inicialmente, es conveniente reconocer que la población adulta colombiana tiene involucrada en su cotidianidad el consumo de sustancias psicoactivas con fines recreativos (por ejemplo 85% consumen alcohol y el 25.9% son fumadores). La mayoría de estos consumidores de las sustancias psicoactivas están en riesgo de presentar problemas relacionados con el consumo. El Estado tiene la obligación de informar a la población de los riesgos individuales inherentes del consumo de sustancias psicoactivas. Igualmente, la población adulta debidamente informada, que decida consumir la sustancia tiene el deber de no exponer a los demás a un riesgo adicional.

La reducción del riesgo se centra entonces en minimizar los posibles problemas relacionados con el consumo y no necesariamente en la abstinencia a la sustancia, que

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

continúa siendo lo ideal. Existe buena evidencia de que esta aproximación tiene efectividad en reducir los problemas^{82 83}. Se parte del principio ético de NO HACER DAÑO, que se traduce que entre dos riesgos relativos, se debe fomentar aquel que pueda tener menos consecuencias serias. Sin desconocer que ningún riesgo será siempre el objetivo final, también es igualmente realista y oportuno reconocer que en términos del consumo recreativo de sustancias psicoactivas, un porcentaje de la población consume y seguirá haciéndolo. Por lo tanto la reducción del riesgo puede y debe reducir el riesgo a personas que consumen, pero también a aquellas que no han consumido⁽⁸⁴⁾.

La propuesta de reducción del riesgo parte de reconocer el precepto constitucional, donde se le reconoce al individuo su derecho al libre desarrollo de la personalidad. Este aparte revisa entonces, con el conocimiento científico disponible, la dosis de las sustancias psicoactivas para consumo que se puede recomendar por debajo del cual se minimizan los posibles problemas asociados.

Así mismo esta aproximación le permite al Sistema de Seguridad Social en Salud facilitar el acceso de aquellas personas que teniendo un síndrome de dependencia, hayan fracasado el tratamiento convencional repetidas veces, y probablemente se pueden beneficiar del tratamiento con sustancias sustitutas por parte del equipo de salud.

Finalmente, la evidenciada epidemia del consumo de heroína (2) con el riesgo de un cambio de patrón de consumo a uso endovenoso, requiere de una actitud política que permita al Estado: ejercer una vigilancia epidemiológica para identificar los cambios de patrones de consumo; promover en los consumidores patrones de consumo de menor riesgo; facilitar el acceso a las Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas mediante tratamientos desintoxicación y/o mantenimiento con Metadona, y así mismo, responder a las necesidades individuales de los que se retienen en los servicios de tratamiento.

A manera de ejemplo, la reducción del riesgo puede promover como un objetivo intermedio a un consumidor endovenoso de heroína a cambiar a un consumo aspirado o "persiguiendo el dragón⁸⁵, que es un patrón menos riesgoso para la salud. Luego, otro objetivo intermedio puede ser comenzar un sustituto como la Metadona para mantenimiento o como un proceso de desintoxicación lenta. El objetivo final puede entonces ser una persona abstinenta a la heroína o una persona mantenida con Metadona a largo plazo.

4-1 Alcohol.

4-1-1- Consumo moderado de bebidas alcohólicas.

La primera etapa del desarrollo de esta estrategia se ha estado cumpliendo desde 1986 con la Ley 30, cuando se le solicitó a las empresas productoras de bebidas alcohólicas que incluyeran la leyenda sobre sus etiquetas: "El exceso de alcohol es perjudicial para la Salud". En general este concepto es de dominio público "Pero qué es realmente consumo excesivo de alcohol?

Siguiendo la estrategia de reducción del riesgo, es conveniente introducir las recomendaciones del Ministerio de Salud para consumir alcohol de una forma más segura y minimizando los problemas relacionados.

Colombia es un país básicamente consumidor de bebidas alcohólicas y este comportamiento sólo genera una serie de problemas que pueden ser reducidos si el grueso de la población, que decide ingerir alcohol, sabe cómo "tomarse unos tragos" sin que represente mayor riesgo para su salud y para quienes lo rodean.

En resumen, la población colombiana, como se explicó en la sección segunda de este documento, consume bebidas alcohólicas los fines de semana (de jueves a domingo) y

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

durante las fiestas o ferias municipales, generalmente con la intención de embriagarse "cuál sería entonces la recomendación para la población adulta con respecto a la cantidad de alcohol que se puede consumir en términos de frecuencia y tiempo sin que represente mayor riesgo para la salud?

De acuerdo a la definición de fin de semana y el patrón de consumo presentado en este documento la recomendación para la población colombiana mayor de edad, sin síndrome de dependencia al alcohol y para mujeres no embarazadas es de: 12 (doce) tragos para los hombres y ocho (8) para las mujeres distribuidos equitativamente durante el fin de semana. En términos más prácticos la recomendación es de tres (3) tragos por día para los hombres y de dos (2) tragos para mujeres con una (1) hora de intervalo entre tragos durante los cuatro (4) días del fin de semana que acostumbra a consumir la mayoría de la población, sin ser estos acumulables. En la tabla No. 4.1 se aprecian las equivalencias de los diferentes "tragos" de bebidas alcohólicas con los correspondientes volúmenes por recipientes. Cada trago contiene entonces 12 gr. de alcohol absoluto.

4-1-2- Alguna experiencia internacional.

Experiencia británica.

Los ingleses enseñan a la población el concepto de unidad de alcohol y cómo calcularlo de acuerdo a la bebida de alcohol que se está consumiendo (vino, cerveza o destilados)⁸⁶.

Tabla No. 4.1 Equivalencias de tragos por volumen

BEBIDA	Tragos	Volumen	Concentración de alcohol	Contenido de alcohol
DESTILADO	1(una)Copa	30	40%	12 gr
VINO	1(una)Copa de Vino	100	12%	12 gr
CERVEZA	1(una)Botella	300	4%	12 gr
COLA & POLA	2(dos)Botellas	600	2%	12 gr

Luego, introdujeron la cantidad de unidades de alcohol por sexo y por semana para un consumo "seguro". La recomendación de salud pública que ellos impartieron es: 21 unidades de alcohol por semana para hombres y 14 unidades de alcohol por semana para mujeres. Esta cantidad distribuida en la semana que da 2-3 unidades por día ⁸⁷.

Esta aproximación le permite al ciudadano tener unos parámetros para su consumo y a la vez le reconoce cierta autonomía en la administración de la cantidad de alcohol. La población entiende que si se extralimita de esta cantidad se están exponiendo a un riesgo mayor.

Experiencia norteamericana

Los norteamericanos han focalizado su intervención en la reducción de los accidentes de tránsito relacionados con el consumo de alcohol. Esta aproximación trata de evitar el consumo de alcohol a niveles de intoxicación que expone a la persona a un accidente, así como también de mejorar la seguridad vial. La recomendación para la población es de tomar el hombre tres (3) tragos por oportunidad de consumir y la mujer dos (2) tragos por ocasión. Adicionalmente, cada Estado tiene un límite de alcoholemia permitido, por encima del cual se considera un delito penalizable.

A diferencia de la aproximación británica, ésta limita el número de tragos a una circunstancia determinada. Tres por oportunidad de consumir. Tiene la intención de

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

prevenir la intoxicación y el manejo de automóvil bajo la influencia de alcohol, y no le da la flexibilidad de unidades por semana como en la otra.

4-2- Tabaco.

4-2-1- Reducción de la cantidad de cigarrillos.

La indicación del Ministerio de Salud que toda cantidad de cigarrillo es perjudicial para la salud continúa siendo válida. No se puede recomendar un número de cigarrillos por debajo del cual se minimizan los riesgos de enfermar. Sin embargo, también es razonable recomendar que una reducción en la cantidad de cigarrillos para los fumadores es beneficiosa y facilita que en un futuro cercano la persona esté en más posibilidad de suspender definitivamente.

4-2-2- Promoción del uso de sustitutos para la administración de nicotina.

Existe en nuestro medio el chicle de resina de nicotina y el parche que suministra nicotina. Ambos productos suministran una dosis sostenida de nicotina que disminuye los deseos de consumir cigarrillo y el síndrome de abstinencia, mejorando así el éxito de un fumador de suspender el consumo de cigarrillo(88).

Se considera que enseñar a la población a utilizar estos productos como coayudantes para suspender el consumo de cigarrillo puede tener un impacto importante en términos poblacionales, sin que represente esta recomendación un riesgo adicional.

4-2-3- Intervención en atención primaria.

La intervención breve y de baja complejidad recomendada para aumentar el porcentaje de éxito de los pacientes que intentan dejar de fumar es preguntar a todo paciente su condición de fumador; sugerir que deje de fumar, ofrecer un panfleto con información de cómo hacerlo y prescribir como coadyudante un sustituto de la administración de nicotina(89,90).

4-3- Sustancias Psicoactivas de uso recreacional.

4-3-1- Inexistencia de "Dosis personal" para las sustancias psicoactivas.

La transformación que ha presentado el concepto de "dosis para uso personal" comenzando como la cantidad de porte para uso personal y determinado de forma completamente arbitraria en marihuana 20 gramos, cocaína en 1 gramo y metacualona en 2 gramos que tenía el fin de limitar el ingreso a la cárcel de portadores de estas sustancias, hasta el comentario que se origina al final del salvamento de voto presentado por algunos miembros de la Corte Constitucional, donde introducen en su argumento, después de fallar como inexecutable el artículo **51** "de las contravenciones", que se despenaliza hasta el consumo de la dosis personal, insinuando a la población general que existe tal concepto como dosis personal de estas sustancias psicoactivas. Lo que más bien pretendía la ponencia del doctor Carlos Gaviria era eliminar las sanciones estipuladas por el artículo **51** a los consumidores de estas sustancias psicoactivas. No la de recomendar que estas cantidades arbitrarias eran seguras para el consumo humano.

Con el conocimiento científico actual el Ministerio de Salud está únicamente en la condición de recomendar que cualquier cantidad de las sustancias psicoactivas son un riesgo para la salud individual y colectiva. No se conoce una dosis debajo por la cual se disminuyan las consecuencias del consumo de cocaína, heroína, marihuana, etc.

Los efectos beneficiosos del fallo Constitucional sobre la población consumidora de sustancias psicoactivas, en términos de salud son que los desestigmatiza e igualmente les da un trato equitativo con los consumidores de sustancias plenamente legales como el alcohol, tabaco y medicamentos de control especial. Esta situación potencialmente

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

puede facilitar el acceso voluntario de la población consumidora de sustancias psicoactivas a los centros de tratamiento.

Sin embargo, es responsabilidad del Ministerio de Salud conceptualizar científicamente y recomendar a la población general si estas cantidades son realmente dosis personales. Esto implicaría médicamente que después de someter estas sustancias a pruebas animales y luego a las diferentes fases de estudios farmacológicos demuestre qué cantidad máxima de consumo es segura para la salud y que no constituye mayor riesgo para ella.

No existen estudios bien controlados que demuestren que las dosis denominadas en la Ley 30 de 1986 como "dosis personales" (1 gr de clorhidrato de cocaína, 20 gr de marihuana) se puedan recomendar como seguras. Es más, existe bastante evidencia de lo contrario. Aun la marihuana, que es una sustancia psicoactiva con pocas consecuencias reconocidas, tiene demostrado un potencial carcinogénico comparable con el tabaco.

4-3-2- Estudios científicos que soporten la "dosis personal".

Revisada la literatura entre los años 1980 a 1998 buscando evidencia de estudios bien controlados que guiaran en el establecimiento de una cantidad determinada para algunas de las sustancias psicoactivas que permitan recomendar a la población general su consumo seguro. El resultado de esta búsqueda es que no hay estudios hechos en este sentido. La razón detrás de la ausencia de tales estudios, probablemente se deba a: (1) los acuerdos internacionales de mantener ilegales estas sustancias y no aptas para el consumo humano; (2) la ausencia real de tales dosis por el estado actual del conocimiento científico, y (3) la evidencia en estudios animales de que dosis muy pequeñas tienen efecto sobre los trayectos implicados en la génesis de cambios comportamentales y por lo tanto sería riesgoso.

Así las cosas, conviene revisar algunos estudios animales que orienten en cuanto a la mínima dosis y vías utilizadas para producir efectos reforzadores en el sistema nervioso central implicados directamente en la capacidad de generar un síndrome de dependencia. Por ejemplo se ha reportado que 0.5 mg/kg de clorhidrato de cocaína administrado por vía endovenosa es suficiente para inducir en modelos animales conductas de autoadministración de cocaína. Igualmente, existe bastante evidencia que el consumo inyectado y aspirado (fumado o inhalado) produce un pico agudo en los niveles sanguíneos que incrementa el potencial adictivo de las sustancias(91, 92).

4-3-3- Recomendación de patrones de consumo de menos riesgo.

Enmarcado dentro de esta propuesta de reducción de riesgo y reconociendo que el consumo de sustancias psicoactivas es una realidad en nuestro medio, conviene tratar de educar e influenciar a la población consumidora en formas de consumo menos riesgosos. Una escala de riesgo de patrones de consumo que se propone es:

- Uso endovenoso compartiendo agujas y jeringas
- Uso endovenoso con agujas y jeringas estériles
- Fumando la sustancia
- Inhalando (persiguiendo el dragón)
- Aspirando la sustancia
- Tomando un sustituto
- Suspendiendo el consumo

Parece a primera vista un contrasentido que inicialmente el Ministerio de Salud rectifique que no existe dosis personal segura para consumo, pero que a la vez, trate de educar a aquellos que hayan decidido consumir las sustancias, de cuáles formas pueden ser menos riesgosas para consumir. Sin embargo, no lo es porque para aquella persona que haya decidido consumir, un objetivo intermedio es ayudar a los consumidores a

RESOLUCION NUMERO 2358 DE 1998
Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

descender en la escala para minimizar el riesgo pero manteniendo como objetivo final la intención de ayudarlos a suspender el consumo.

4-4- Fortalecimiento de Atención Primaria con la creación de la UAICAS.

4-4-1- Prioridad Atención Primaria.

La estrategia de Atención Primaria es el fundamento saliente que facilita la cobertura de la atención de las personas que presenten problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. Para este efecto, se han desarrollado las Guías de Atención Integral de las Conductas Adictivas a las Sustancias Psicoactivas⁹³, que ayudarán a los equipos de salud en la atención, tratamiento y eventual referencia de los pacientes. Se requiere desarrollar protocolos claros de manejo que se adapten a las diferentes regiones, que sean intervenciones breves y de baja complejidad. No se considera necesario que todas las personas con síndrome de dependencia o problemas relacionados con el consumo requieran un centro especializado para su tratamiento.

4-4-2- Unidades de Atención Integral de Conductas Adictivas (UAICAS).

Los equipos primarios de atención estarán capacitados y apoyados por las Unidades de Atención Integral de Conductas Adictivas (UAICA) que se proyecta, estarán distribuidos inicialmente en los 10 hospitales psiquiátricos.

Igualmente, se estima que podrán ser UAICA cualquier centro de tratamiento para la farmacodependencia que cumpla con los requerimientos mínimos para funcionar de acuerdo a los lineamientos del Ministerio de Salud.

Se recomienda que las UAICA se preparen para enfrentar una posible epidemia del consumo endovenoso de heroína o cocaína dado el actual perfil epidemiológico que tiene el país. También existe la conveniencia de considerar el desarrollo de Clínicas de Metadona con la finalidad de ofrecer desintoxicaciones y eventualmente programas de mantenimiento con Metadona.