

“Mapeo de las zonas y comportamientos de consumo”

Este documento fue realizado por en el marco de la Comisión Técnica Nacional de Reducción de la Demanda de Drogas (CTNRDD) por disposición del Consejo Nacional de Estupefacientes en cumplimiento Parágrafo del Artículo 4 Ley 2000 de 2019 “realizar un mapeo de las zonas y comportamientos de consumo”

Contenido

| | |
|-----------------------------------|----|
| 1. Introducción | 3 |
| 2. Revisión de la literatura..... | 6 |
| 3. Metodología | 18 |
| 4. Resultados | 24 |
| 5. Conclusiones y Discusión | 30 |
| Referencias | 32 |

1. Introducción

Según el informe de la Organización Panamericana de la Salud (2009), por lo menos 4,4 millones de hombres y 1,2 millones de mujeres de América Latina y el Caribe sufren trastornos causados por el uso de drogas, tales como dependencia y otros padecimientos en algún momento de su vida. Los trastornos debido al uso de drogas tienen considerables repercusiones en los sistemas asistenciales de muchos países de la región, así como en la salud y en el tipo de discapacidad de las personas en los años más productivos de sus vidas.

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno multicausal en el que intervienen diferentes factores, que deben ser abordados de manera integral (Pons Diez, 2008). Conocer los factores que intervienen y como se relacionan entre sí es clave para generar acciones y estrategias efectivas en torno al consumo de sustancias psicoactivas. Diferentes investigaciones han identificado que períodos claves de riesgo para el abuso de drogas se dan durante las transiciones, como es el caso de la adolescencia y juventud, período de transición entre la niñez y la edad adulta, y traen consigo una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales que hacen a los adolescentes más vulnerables a conductas problemáticas entre las que se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas (Universidad de Deusto; Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho).

En Colombia existe una baja edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas ilegales, aumento en la prevalencia de consumo de sustancias ilícitas en población universitaria y escolar; así como un aumento de abuso y dependencia de este tipo de sustancias. La edad de inicio es 14,1 años, es decir en la intersección entre las edades de adolescencia y la juventud (Observatorio de Drogas de Colombia, 2019). Entre 2009 y 2016 se presentó un aumento en 9,24 puntos porcentuales en la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en población universitaria, donde para 2009 se encontraba en 13,41% y para 2016 en 22,65%. Esta prevalencia es mayor comparada con otros países de Latinoamérica como Ecuador (12,77%), Bolivia (6,17%), y Perú (6,36%). Además, entre 2008 y 2013 se presentó un aumento de 2,63 puntos porcentuales de abuso y dependencia de cualquier sustancia ilícita en los consumidores, donde en 2008 fue de 55,07% y para 2013 fue de 57,70% (Observatorio de Drogas de Colombia, 2008; 2013).

Lo anterior, puede comprenderse como el resultado de un fenómeno complejo de interrelaciones desde lo macro relacionado con determinantes sociales asociados a políticas macroeconómicas, sociales, laborales, de salud y educación entre otras; que se traducen en relaciones asimétricas de poder entre las personas e instituciones vulnerando los derechos fundamentales de las niñas, niños y adolescentes como son la educación,

salud, vivienda, alimentación entre otros. Aunado a esto, determinantes intermedios relacionados con estrato socioeconómico, estado académico, situaciones adversas en la infancia asociadas a discusiones familiares, modelos paternos de consumo de drogas, disfuncionalidad familiar, falta de conocimiento y baja percepción de riesgo del consumo de estas sustancias, presión social e influencia del entorno (Castrillo, y otros, 2012). Por otro lado, los efectos del abuso y dependencia de este tipo de sustancia pueden generar a nivel individual presencia de violencia, problemas y trastornos mentales. A nivel familiar, la disminución en la frecuencia y la calidad del vínculo con miembros de la familia y violencia intrafamiliar. A nivel comunitario, la baja disponibilidad, calidad y frecuencia en la generación de vínculos comunitarios, A nivel individual con deserción y rezago escolares (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Además de afectar el individuo, las familias y comunidades, el consumo de sustancias psicoactivas puede generar altos costos de atención en salud, asumidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Para el 2016, el costo promedio mensual de atención para una persona con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas oscilaba entre \$805.362 en el manejo ambulatorio y de \$3.212.237 en internación hospitalaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). A este cálculo se debe sumar los costos asumidos por la sociedad, debido a la pérdida de productividad en jóvenes en edad de trabajar. Se estima que el costo de la intervención de un joven de alto riesgo¹ de una vida de delincuencia oscila entre \$ 2.6 a \$ 5.3 millones de dólares a la edad de 18 años (Greenberg & Lippold, 2013).

Con el fin de atender la problemática y consecuencias del consumo problemático de sustancias psicoactivas ilícitas, se han desarrollado múltiples políticas y documentos normativos asociados a la prevención del consumo y atención integral de este tipo de sustancias. En 2007 se expidió la *Política nacional de reducción del consumo de Drogas y su Impacto*, esta propuso intervenciones de factores psicosociales para la prevención y atención integrada la población con consumo. Posteriormente, el Acuerdo 029 de 2011, el cual incluye en el Plan Obligatorio de Salud el tratamiento psiquiátrico y psicológico a menores de 18 años con consumo riesgoso y abuso de SPA. El año siguiente, se expide la Ley 1566 de 2012, esta reconoce por primera vez el abuso y adicción de SPA como asunto de salud pública y establece que las patologías asociadas al consumo deben ser atendidas por el SGSSS con el fin de garantizar la atención integral a esta población.

¹ Definidos como aquellos que cometen delitos con regularidad, son violentos con los demás, se involucran en un consumo excesivo de sustancias y es probable que abandonen la escuela secundaria.

Es así como se expide el *Plan Nacional para la Promoción de la Salud, y la Prevención y la Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas 2014-2021*. Este plan establece acciones para la promoción de condiciones y estilos de vida saludable, prevención y atención del consumo y abuso de SPA y fortalece los sistemas de vigilancia en salud pública.

Asimismo, en 2018 el Consejo Nacional de Estupefacientes adoptó la *Política Integral para Enfrentar el Problema de Drogas - Ruta Futuro*, la cual en articulación de la *Política Integral de Prevención y Atención del Consumo* expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social en 2019 busca reconocer a las personas consumidoras como sujetos de derechos, garantizar respuestas continuas para la atención integral de las personas que consumen sustancias psicoactivas en conjunto con familias y comunidades. Estas políticas se articularon en el documento Conpes 3992: *Estrategia para la promoción de la Salud mental en Colombia* estableciendo acciones que apuntan a la prevención y atención integral del consumo abusivo o problemático de sustancias psicoactivas.

Aunque se cuenta con los anteriores desarrollos normativos y de política pública, se identifica que su implementación es limitada ya que para el nivel territorial (i) se requiere fortalecer intervenciones integrales que incidan en los determinantes sociales para favorecer procesos preventivos, de atención integral e inclusión social. Es de resaltar que realizar intervenciones en la niñez y adolescencia previene efectos negativos en cursos de vida posteriores. (ii) Se requiere identificar la oferta de servicios de salud para la atención integral de personas que consumen sustancias psicoactivas ilegales.

Basado en lo anterior, y con el fin de garantizar la atención integral de las personas con consumo de sustancias psicoactivas en el territorio, el gobierno nacional expide la Ley 2000 de 2019, donde en su artículo 4 establece la creación de Centro de Atención en Drogadicción (CAD), salas de atención, tratamiento y rehabilitación integral dirigido a personas con problemas asociados al consumo de SPA. Estos centros están a cargo de las Secretarías de Salud Municipales en coordinación con las Entidades Territoriales a nivel departamental. Con el fin de apoyar a las Entidades Territoriales, se establece que el Consejo Nacional de Estupefacientes realizará un mapeo de las zonas y comportamientos de consumo con el fin de establecer la reglamentación para la operación de los CAD.

El presente documento realiza una propuesta de mapeo de las zonas a intervenir que aporten a la reglamentación para la operación de los CAD. La utilización del mapeo se realizó utilizando la herramienta multicriterio Proceso Analítico Jerárquico (AHP, siglas en inglés) combinadas con herramientas de análisis espacial en donde se realizó un mapeo a nivel departamental y municipal de las variables y determinantes sociales asociados al consumo en la niñez y adolescencia. Así mismo, se estableció indicadores sobre la disponibilidad de oferta en salud para la atención integral del consumo de SPA.

2. Revisión de la literatura

En Colombia, se ha estimado que parte de la población está expuesta a situaciones adversas en la infancia y adolescencia que pueden incidir de manera importante en el inicio temprano de consumo de sustancias psicoactivas, y en cursos de vida posteriores, en abuso y dependencia de consumo de este tipo de sustancias, así como en la aparición y mantenimiento de problemas y trastornos mentales. De esta manera, la intervención del Estado para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas requiere una respuesta integral que incluya intervenciones asociadas a la garantía de derechos fundamentales como educación, trabajo, vivienda; a la reducción de las desigualdades asociadas a relaciones de poder; a la modificación de comportamientos y factores psicosociales; y al acceso, atención y calidad de los servicios de salud y sociales.

Con esta visión, en este apartado se realiza una revisión rápida de la literatura dividida en tres subsecciones. La primera corresponde a la identificación de determinantes sociales que inciden en el consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Para esto se realizó búsqueda de literatura internacional que permitiera la aproximación al fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, factores de riesgo y su relación con la salud mental en el contexto nacional. La segunda se centra en mostrar la estadística nacional asociada al comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas en población escolar, universitaria y en población con abuso y dependencia. Finalmente, en la tercera subsección se realiza la identificación de factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas.

2.1 Factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno multicausal en el que intervienen diferentes factores que deben ser abordados de manera integral (Pons Diez, 2008). Para definir intervenciones efectivas que prevengan el consumo de estas sustancias se requiere identificar los factores que influyen en su consumo, así como su interrelación, teniendo como referencia las trayectorias, transiciones y sucesos vitales de la vida de las poblaciones a intervenir. De esta manera, el curso de vida de niñez y adolescencia traen consigo una serie de cambios cognitivos, personales y psicosociales que hacen a los adolescentes más vulnerables a conductas problemáticas entre las que se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas (Universidad de Deusto; Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho).

La evidencia internacional aporta información sobre la interrelación entre los determinantes sociales de la salud, la salud mental y el consumo de sustancias psicoactivas. Desde el 2012, los reportes de Yoshikawa han dado cuenta de la relación entre la pobreza, las respuestas institucionales y la salud mental (Yoshikawa, Aber, &

Beardslee, 2012). Estudios más recientes como los realizados por la Comisión Lancet en el análisis de los determinantes sociales de la salud y la salud mental, y meta análisis sobre el fenómeno de la transmisión generacional de la pobreza plantean una relación compleja bidireccional entre las situaciones adversas en la niñez, pobreza y violencias, con la aparición de problemas y trastornos mentales, incluidos el consumo de sustancias psicoactivas, junto con mayores dificultades en el acceso a bienes y servicios como salud, educación y trabajo (Hughes, y otros, 2017; Patel, y otros, 2018).

Esto mismo ha sido considerado en revisiones como las realizadas por UNODC (2018) que reportan como los aspectos de salud mental, acceso a bienes y servicios se comportan como factores de riesgo o protectores. Por otro lado, Picci y Fishbein (2019) adicionan aspectos relacionados con el efecto acumulativo de los elementos anteriormente mencionados, modificaciones epigenéticas que terminan en genotipos o particularidades en las personas que se relacionan con mayores riesgos para la aparición de trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas. Así, los aspectos relacionados con los determinantes sociales, el acceso a bienes y servicios (educación, vivienda, salud y trabajo entre otros) son fundamentales para abordar a las personas con riesgo o consumo de sustancias psicoactivas. Basado en lo anterior, se identifica inicialmente las condiciones genéticas, la pobreza y la violencia como posibles factores que influyen en la aparición de trastornos mentales asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

Con respecto a pobreza, el estudio de consumo de sustancias psicoactivas en población general (2013) encontró que si bien el consumo de sustancias psicoactivas ilegales en el año no es diferencial por estrato socioeconómico, si se evidencia mayor abuso y dependencia en población clasificada en estratos 1 y 2. De esta manera, se podría inferir que las condiciones de pobreza pueden influir en el aumento de la prevalencia de abuso de estas sustancias. En el país los municipios con mayores niveles de pobreza multidimensional municipal predominan en las regiones de la Orinoquía-Amazonía y Pacífica, y los municipios con menores porcentajes se encuentran en las regiones Central y Oriental del país. Entre 2017 y 2018, los departamentos que experimentaron el mayor aumento en la incidencia de la pobreza monetaria fueron Caquetá, al pasar de 35,0% a 40,1%, y Chocó², donde la pobreza monetaria aumentó de 58,7% a 61,1% (DANE, 2018). Los departamentos que sobresalieron por la reducción de la pobreza monetaria fueron Caldas, donde decreció de 26,7% a 22,1%, y Quindío, donde cayó de 26,4% a 24,1% (DANE, 2018).

² Chocó es el departamento que presenta peores resultados en términos de reducción de pobreza y donde persisten altos niveles tanto de pobreza monetaria como multidimensional (Departamento Nacional de Planeación, 2017).

Previo a referirse a violencia, es importante mostrar como los comportamientos y vínculos desarrollados en el entorno hogar influye en los adolescentes y jóvenes. De esta manera, existe una asociación específica entre influencia parental, uso de alcohol y drogas ilícitas entre adolescentes. Esta relación ha sido bien documentada para variables como la calidad de la relación padres-hijos (parental attachment), la naturaleza de la supervisión parental (parental monitoring), y las actitudes y hábitos de consumo de alcohol y drogas que tengan o hayan tenido los padres (Valenzuela, 2006). Al analizar la relación de involucramiento parental y el consumo de sustancias psicoactivas en la población escolar del país, se evidencia que, a menor percepción de involucramiento parental, mayor es el nivel de consumo de drogas de los estudiantes. De los estudiantes que perciben una baja competencia parental, 31,3% ha consumido drogas (marihuana, cocaína, bazuco, inhalables, éxtasis) en el último año. En contraste, entre los estudiantes que reportaron una alta competencia parental, tan solo 3,5% manifestó haber consumido alguna sustancia ilegal en el último año (ODC, 2016).

Otro tema de gran importancia a considerar en el entorno hogar corresponde a la violencia intrafamiliar, la cual es considerada como una forma de violencia social por ser una expresión de las relaciones sociales que acontecen a nivel particular (Almenares Aleaga, Louro Bernal, & Ortiz Gómez, 1999). Para el 2019, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizó 10.468 informes periciales concernientes a violencia intrafamiliar contra niñas, niños y adolescentes (NNA), lo que representa una tasa de 73,7 casos por cada 100.000 habitantes, registrando la tasa más alta de los últimos cinco años. Las entidades territoriales donde se registraron las mayores tasas de violencia intrafamiliar contra menores por cada 100.000 habitantes, en su orden, fueron: Bogotá, D. C. (202,3), Casanare (173,5), Arauca (150,2), Meta (146,2) y San Andrés (113,1).

Es importante considerar que las consecuencias de la violencia intrafamiliar producen problemas de ajuste conductual, social y emocional que se traducen en conducta antisocial en general, depresión y ansiedad (Frías Armenta & Gaxiola Romero, 2008). Así mismo se han hallado estrechos vínculos entre el maltrato infantil y el consumo de alcohol, sobre todo cuando dicho consumo es nocivo o peligroso. Varios estudios han confirmado que el alcohol contribuye en grado significativo a este tipo de violencia, y muchos de ellos demuestran que ser maltratado en la infancia se asocia a un considerable incremento del riesgo de consumo peligroso o nocivo de alcohol en etapas posteriores de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2006). Pese a la disminución de la prevalencia de consumo de alcohol (1996: 61.65%, 2008: 61.18%, 2013: 58.78%), esta sigue siendo la sustancia más consumida principalmente en jóvenes (8 de cada 10), incrementando el riesgo de enfermedades crónicas, disfunción familiar, pérdida de redes sociales y patología dual. Es de anotar que la encuesta de consumo de sustancias psicoactivas (2013)

mostró que 26,94% de adolescentes entre 12 y 17 años presentan consumo de riesgoso y perjudicial de alcohol respecto a los consumidores de esta sustancia.

Relación entre la Salud Mental y el Consumo de Sustancias psicoactivas

La salud mental desde el punto de vista positivo corresponde a un estado dinámico, este se manifiesta a través del comportamiento y la interacción que permite a los sujetos individuales y colectivos el despliegue de recursos emocionales, cognitivos y mentales como base para transitar en la vida cotidiana, trabajar, establecer vínculos y relaciones significativas y contribuir a la comunidad (Ley 1616 de 2013). La exposición a factores como pobreza, violencia, discriminación, dificultades en el funcionamiento familiar, entre otros, pueden aumentar la probabilidad de generar un problema mental. Estos problemas mentales corresponden a conductas que producen malestar emocional que puede influir en ciertos comportamientos nocivos para el individuo, donde puede manifestarse por el inicio temprano o abuso y dependencia de consumo de sustancias psicoactivas. Por otro lado, la presencia de problemas o trastornos mentales también pueden influir en el abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) los problemas y trastornos mentales se presentan de manera diferencial por curso de vida. En la infancia, 12,4% se asusta o se pone nervioso sin razón, el 9,7% presenta cefaleas frecuentes, y el 2,3% el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. En la adolescencia los problemas y trastornos más frecuentes son la ansiedad, fobia social y depresión, el 6,6% presentó ideación suicida (7,4% en mujeres y 5,7% en hombres). Sumado a estos problemas y trastornos, los entornos influyen en los comportamientos de los individuos, de esta manera, el estigma y la discriminación y el debilitamiento de las redes de apoyo social pueden ser causa no solo del consumo abusivo de sustancias psicoactivas sino de resultados como la tasa de suicidio, la cual ha mostrado aumento en los últimos años (4.49 en 2013 a 5.07 en 2017), mayormente en jóvenes.

2.2 Generalidades y comportamiento del consumo en el país.

El consumo de sustancias psicoactivas sea de origen natural o sintético tiene la capacidad de generar un efecto en el sistema nervioso central, que ocasionan cambios específicos en sus funciones, en algunos casos generando consecuencias de diversa índole, para las personas consumidoras, sus familias y comunidades (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013). El consumo de sustancias psicoactivas es un problema a nivel mundial, pero más allá la problemática va asociada a la edad de inicio del consumo y el abuso y dependencia a este tipo de sustancias.

En la adolescencia es donde se presentan cambios vitales en la memoria y personalidad de los individuos, a medida que el consumo se inicie en menores edades, mayores y más irreversibles serán los efectos sobre el cerebro (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). A nivel individual el consumo de este tipo de sustancias puede generar en la población adolescente mayor asociación con factores de riesgo como, violencias, problemas y trastornos mentales, entre otros. A nivel familiar, la disminución en la frecuencia y la calidad del vínculo con miembros de la familia y violencia intrafamiliar. A nivel comunitario, con deserción escolar, rezago escolar, baja calidad y frecuencia en la vinculación con actividades comunitarias (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Dado que todos los consumidores presentan contextos y motivaciones diferentes, es posible agruparlos en diferentes categorías; por ejemplo en relación con el impacto en la salud se podrían agrupar en problemáticos o no problemáticos. En cuanto a la relación con el inicio y patrón de consumo la OMS considera el uso experimental, el uso regular o social, el uso nocivo (un patrón que causa daño mental o físico), y el abuso y la dependencia (entendidas como enfermedades asociadas al consumo) (MSPS, UNDOC 2016). Los contextos y motivaciones sumado al impacto económico y social hacen considerar el consumo de sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública en el país.

Actualmente, las encuestas de consumo de sustancias psicoactivas en población general, escolar y universitaria permiten estimar la población global que consume, y la población estimada con abuso y dependencia en población general. Así mismo, realizan una aproximación al consumo problemático en población escolar y universitaria. En todas estas encuestas se posiciona el alcohol y el tabaco como las sustancias más consumidas, seguidas de las sustancias ilícitas tales como la marihuana. Dado que el consumo es diferencial en las poblaciones a continuación se realiza un breve resumen de lo encontrado en estas encuestas con respecto al consumo de sustancias ilícitas.

Consumo en población escolar

De acuerdo con el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en la población escolar (2016), se evidencia un aumento de 3,3 puntos porcentuales en el uso de cualquier sustancia ilícita (marihuana, cocaína, basuco, éxtasis o heroína) en el último año, al pasar desde un 8,9% en el 2004 a 12,2% en el 2016. La mayor prevalencia de este consumo por departamentos muestra a Caldas y Antioquia con valores cercanos al 20%(es decir, 1 de cada 5 escolares declaró haber usado alguna sustancia en el último año), Risaralda con un 18,8% y Quindío con un 17,1%. Entre los factores que influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en los escolares se encuentran: la disponibilidad y

oferta de drogas, la baja percepción de riesgo frente a su consumo y el bajo involucramiento parental.

Las sustancias ilícitas más consumidas por los escolares son la marihuana y cocaína. La marihuana es la sustancia ilícita de mayor consumo, en el último año 8% de los escolares del país la han consumido (Hombres: 9% - Mujeres: 7,1%), en mayor medida en los menores de 17 a 18 años (13,5%), y de los grados superiores, décimo (10,6%) y undécimo (11,4%). Los departamentos con los indicadores más altos de uso de marihuana son Caldas con un 15%, Risaralda con 14% y Quindío con 13%. Con respecto a disponibilidad y oferta, 37,3% de los escolares perciben que la marihuana resulta de fácil acceso. Además, con respecto a percepción de riesgo se identifica que tan solo el 27,7% de los escolares perciben un gran riesgo frente el uso ocasional de la marihuana, y 57,9% frente al uso frecuente de la misma.

Respecto al uso de cocaína, 2,7% de los estudiantes declaró haber usado esta sustancia en el último año. El Departamento de Caldas presenta una prevalencia de consumo de cocaína de 5,4%, lo que corresponde al doble de la prevalencia promedio nacional (2,7%). Le siguen en magnitud la Amazonía y Antioquia con prevalencias alrededor de un 4%. La disponibilidad y acceso de cocaína es menor, tan solo el 11,9% de los estudiantes perciben fácil acceso. Así mismo, aumenta la percepción de riesgo a esta sustancia, 38,6% de los escolares perciben un gran riesgo frente el uso ocasional de la cocaína, y 64,4% frente al uso frecuente de esta.

Es de anotar que con relación a la oferta, uno de cada cinco estudiantes ha recibido ofertas para comprar o probar alguna sustancia ilícita (tales como marihuana, basuco, cocaína y éxtasis). Respecto de la oferta directa en el último año, en seis departamentos se registraron porcentajes superiores al 25%: Caldas (31,8%), Antioquia (29,6%), Risaralda (29,5%), Putumayo (28,7%) y Amazonas (27,1%). Al cruzar las diferentes variables del estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar del año 2016, se evidencia que las variables de oferta presentan la mayor asociación con el consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año, donde se identifica una relación directa entre haber recibido oferta de drogas y el consumo de sustancias ilícitas, especialmente en los departamentos de Caldas, Antioquia y Risaralda (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho).

También se identifica que la percepción frente al consumo y oferta dentro del entorno escolar presenta relación directa con el consumo de sustancias ilícitas en el último año. La variable relacionada con haber visto personalmente a otros estudiantes o personas usar drogas, ya sea en el propio establecimiento, o en sus alrededores, es la que presenta mayor asociación con el uso de sustancias ilícitas en el último año. Cabe afirmar que en los departamentos de Caldas y Risaralda se presentan los mayores valores para los dos indicadores. Así mismo utilizando la técnica de regresión logística binaria multivariante

-Logit- se identificó que la variable de *oferta* presenta la mayor asociación con el consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año, los estudiantes que han recibido oferta para probar o comprar alguna sustancia ilícita, tienen 7,5 veces más probabilidad de consumir cualquier sustancia ilícita en el último año a cuando no han recibido oferta (Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho).

Finalmente, se identificó que el involucramiento parental actúa inversamente en relación con el consumo. Es decir, entre mayor relación positiva entre padres y el escolar se presenta, menor probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas. De esta manera, se podría afirmar que este actúa como factor protector. Los escolares que refieren que sus padres saben dónde están después de que salen del colegio o el fin de semana presentan 1,7 veces menor probabilidad de consumir sustancias ilícitas.

Consumo en población universitaria

El consumo de sustancias ilícitas en universitarios se ha aumentado. Entre 2009 y 2016 se aumentó en 9,24 puntos porcentuales la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas, al pasar de 13,41% para 2009 a 22,65% en 2016. De manera específica en 2016 se encontró que 38,7% de los estudiantes universitarios de Colombia ha probado algún tipo de sustancia ilícita alguna vez en la vida (Hombres: 45,7% - Mujeres: 32,4%). Además, 22,65% de los universitarios declararon consumo reciente o prevalencia de último año de sustancias ilícitas, la cual es mayor comparada con otros países de Latinoamérica como Ecuador (12,77%), Bolivia (6,17%), y Perú (6,36%). Es de anotar que entre universitarios menores de 18 años se registró prevalencia de consumo año del 17%. Los posibles factores que predisponen este aumento están relacionados con el estrato socioeconómico, la baja percepción del riesgo para sustancias como la marihuana y la oferta de las sustancias, donde ha mayor percepción de facilidad de acceso se encuentra mayor consumo (Observatorio de Drogas de Colombia, 2013; Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

Las sustancias ilícitas de mayor consumo en la población universitaria son la Marihuana y el LSD. Con respecto a Marihuana, algo más de un tercio de los estudiantes universitarios de Colombia (36,3%) declararon haber usado marihuana alguna vez en la vida. El uso reciente de esta sustancia es del 20,8%, en el grupo de edad menores de 18 años la prevalencia de consumo de marihuana en el último año es del 15,4%. En cuanto a la percepción de facilidad de acceso, 7 de cada 10 estudiantes declaran que les resultaría fácil conseguir marihuana. Por otra parte, casi 4 de cada 10 universitarios reporta haber recibido alguna oferta de marihuana durante el último año (37%), ya sea para probar o comprar, en los estudiantes menores de 18 años este porcentaje es del 34,2%. El 24,96% de los universitarios perciben que el consumo experimental (una o dos veces) de marihuana

es de gran riesgo., y el 61,39% perciben gran riesgo en el consumo frecuente (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

El LSD aparece como la segunda sustancia ilícita de mayor uso entre los estudiantes universitarios de Colombia con un 4,21% al considerar el indicador de prevalencia de uso en el último año. Este valor es mayor que lo reportado en países como Ecuador (1,03%), Bolivia (0,79%) y Perú (0,17%). En los estudiantes menores de 18 años se registró un aumento estadísticamente significativo de la prevalencia de consumo de último año de LSD, pasando de 1,5% en 2009 a 3,2% en 2016. Con respecto al acceso a la sustancia, 23,76% de los universitarios perciben que es fácil de conseguir el LSD, el acceso es mayor para los hombres (27,5%) que para las mujeres (20,3%). La percepción de riesgo entre los adolescentes aumenta para esta sustancia, así 61,87% perciben alto riesgo de consumo esporádico y el 91,17% perciben alto riesgo en el consumo frecuente (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017).

Abuso y dependencia de cualquier sustancia ilícita

Entre 2008 y 2013 se presentó un aumento de 2,63 puntos porcentuales de abuso y dependencia de cualquier sustancia ilícita en los consumidores, al pasar de 55,07% en 2008 a 57,70% en el 2013 (Observatorio de Drogas de Colombia, 2008; 2013). En el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2019, aproximadamente 350 mil personas cumplen los criterios sobre uso abusivo o dependiente de alguna sustancia ilícita (Observatorio de Drogas de Colombia, 2019). Al igual que los otros tipos de consumo, las causas son multifactoriales, relacionadas con la edad, el sexo, la urbanización y factores socioeconómicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

La distribución por sexo de abuso y dependencia ha sido dinámica. Mientras en 2013 de 5 personas con abuso y dependencia, 4 eran hombres y 1 mujer; para el 2019 de cada 10 personas en esta condición, siete son hombres y tres son mujeres. En relación con los grupos de edad, la población en el grupo de 12 a 17 años presenta el mayor porcentaje de abuso o dependencia con un 58,0%, seguido en este aspecto por el grupo de 18 a 24 años con un 50,4% (Observatorio de Drogas de Colombia, 2019). Es de anotar, que el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas ilícitas por lo general afecta la salud, las relaciones con la familia y amigos; así como las actividades de la vida diaria que incluyen el estudio o el trabajo y finalmente implica problemas económicos o con la ley (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Tanto la prevalencia de consumo, como la presencia de abuso, dependencia o consumo problemático son importantes, en tanto requieren medidas de políticas diferentes. Por ejemplo y de manera general se consideran medidas preventivas universales y selectivas especialmente dirigidas a poblaciones que no consumen o que presentan factores de riesgo; intervenciones indicadas o reducción de riesgos para

poblaciones con consumo no problemáticos y tratamiento; y reducción del daño para poblaciones con consumo problemático, abuso o dependencia. Estas medidas están orientadas a evitar el inicio del consumo, el tránsito a consumos problemáticos, disminuir los daños asociados al consumo entre otros. De otra parte se considera que se deben ofrecer intervenciones promocionales de la salud, y salud mental, prevención de la exclusión social, inclusión social y que los mejores resultados se obtienen cuando se implementan múltiples intervenciones en más de un entorno.

2.3 Demanda y oferta de servicios de salud para el consumo de sustancias psicoactivas.

En general, las personas con percepción de necesidad de tratamiento y que acceden a servicios es bastante baja, se estima que cerca de 700.000 individuos requieren tratamiento asociado a consumo problemático de sustancias psicoactivas, pero tan solo el 9,4% reciben tratamiento (Observatorio Nacional de Salud Mental, 2019). Además, de acuerdo con el informe de Drogas de UNODC, aproximadamente 1 de cada 8 personas acceden a tratamiento por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (UNODC, 2018). Sin embargo, es importante considerar que previo a la definición de oferta de servicios de atención integral en salud, se requiere definir por cada territorio: (i) si las atenciones en salud que se realizan son suficientes a las necesidades de población, (ii) si las entidades territoriales están presentando una mayor proporción de población con consumo problemático.

Distribución de atención del consumo en el territorio

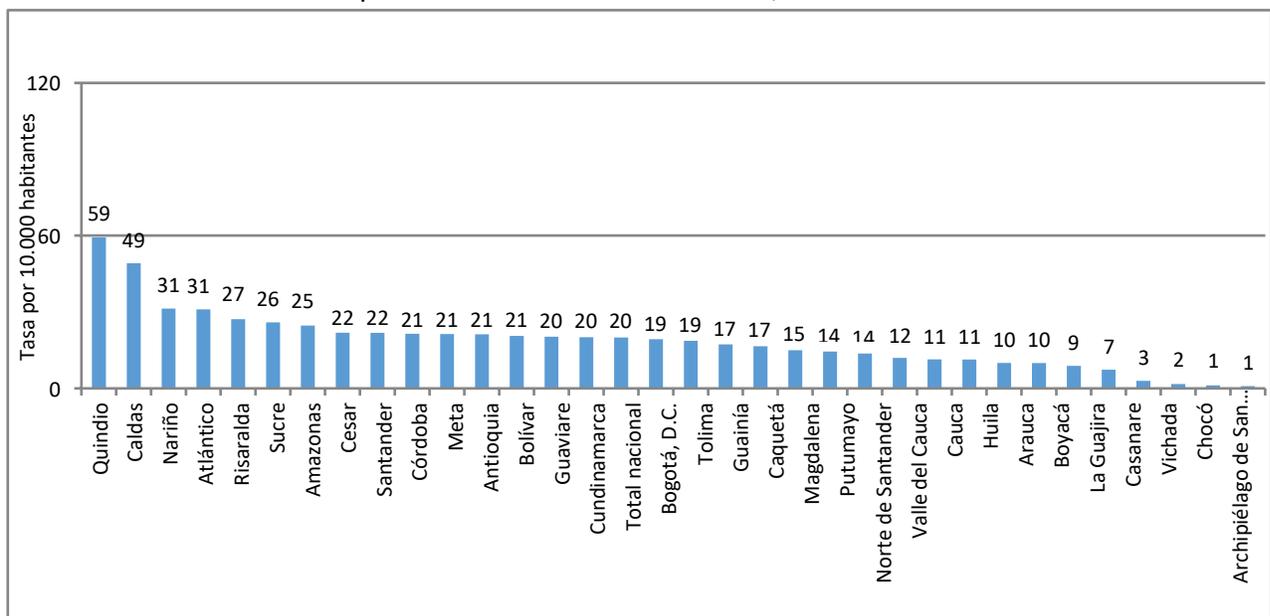
De acuerdo con lo reportado en el Registro Individual de Prestadores de Servicios de salud, para el 2019 se registraron 30.051 personas entre 0 y 18 años atendidas por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, lo que corresponde a 89,2% del total de la población atendida por cualquier trastorno de consumo, correspondiente a 182.175 atenciones, con un promedio de 6 atenciones al año. Además, se identificó que 50,23% de la población se concentró en 5 departamentos y el distrito capital. De mayor a menor, en primer lugar con un 12,84% se encuentra el departamento de Antioquia con un promedio de 3 atenciones año. En segundo lugar Bogotá con un 12,17%, y en promedio 4 atenciones año. En tercer lugar Atlántico con 8,71%, con 4 atenciones promedio año. En cuarto, quinto y sexto lugar, con menos de la mitad de las personas atendidas en relación con el primer lugar, se encuentra Cundinamarca con 6,04% y un promedio de 4 atenciones año, Valle del Cauca con 5,31% y en promedio de 3 atenciones año, y Nariño con 5,13% y 13 atenciones promedio al año.

En cuanto a las atenciones por trastornos asociados al consumo de alcohol, lo que corresponde al 10.8% de la población atendida se identificó que se atendieron 3628 personas, las cuales recibieron 8402 atenciones, con un promedio de 2 atenciones al año,

de estas, el 51,81% se atienden en 4 departamentos y el distrito capital; Bogotá ocupa el primer lugar y atiende al 15,4% de la población con promedio de 3 atenciones al año, el segundo lugar lo ocupa Nariño con 10,61% de la población atendida con un promedio de 4 atenciones al año; en tercer lugar Atlántico con 9,53% de la población atendida con un promedio de 1 atención al año, en cuarto lugar Antioquia con 8,76% de la población atendida con un promedio de 2 atención al año, y en quinto lugar Córdoba con 7,49% de la población atendida con un promedio de 1 atención al año. En cuanto a atenciones por trastornos por consumo de tabaco se registraron 20 personas en el país los cuales recibieron 30 atenciones en años.

En contraste con lo anterior, y realizando una distribución de la población atendida, desagregada por tasas departamentales de personas entre los 0 y 18 años (de acuerdo a la estimación DANE para el 2019) con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas ilícitas (acorde a los códigos diagnósticos del CIE 10, excepto los códigos relacionados con alcohol y tabaco) se identifica variaciones a nivel territorial. Los 5 primeros lugares con mayores tasas de atención se concentran en el eje cafetero (Caldas, Risaralda y Quindío), Nariño y Atlántico. Los departamentos de Quindío (tasa de 59x 10.000 habitantes) y Caldas (tasa de 49x 10.000 habitantes) duplican la tasa de atención en salud nacional en población menor de edad (20 x 10.000 habitantes).

Gráfico 1. Niñas, niños y adolescentes atendidos por trastornos por consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en Colombia, RIPS 2019.



Por otro lado, frente al análisis de la atención a personas con trastornos por consumo de alcohol, se identifica una variación importante en los departamentos que presentan mayor tasa población, con excepción de Nariño que ocupa el primer lugar y

una tasa de 78 por 100.000 habitantes la cual es más del doble de la tasa nacional (24) y Atlántico que ocupa el tercer lugar con una tasa de 41. Lo anterior expone como la mayor demanda de atención se da por consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, así mismo las frecuencias de atenciones al año son más altas en este grupo de personas, esto puede estar relacionado con que el consumo de alcohol y tabaco es considerado como parte de la cotidianidad y existe escasa percepción de riesgo frente al consumo y necesidad de tratamiento. De otra parte se considera que existe una concentración importante en la oferta de servicios de atención en algunas regiones del país que son reflejados por los reportes de las atenciones; sin embargo esto no descarta por una lado que las atenciones que se realizan sean suficientes para las necesidades de la población en la entidad territorial, o que entidades territoriales estén presentando una mayor proporción de su población con consumo problemático.

Oferta de atención de servicios de salud

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2018), a pesar de que los trastornos mentales representan 12% del total de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) y 35% del total de años perdidos por discapacidad (APD), la asignación de recursos en salud mental es escasa y la mediana del gasto en los servicios de salud mental está a nivel mundial en 2,8% del gasto total destinado a la salud. Los países de ingresos bajos gastan alrededor de 0,5% de su presupuesto de salud en los servicios de salud mental, y los países de ingresos altos 5,1%. Además, los países de ingresos mayores hacen un mejor uso de los recursos al integrar la salud mental en la atención primaria y los recursos comunitarios; esto sucede de manera contraria en países de menores ingresos, los cuales asignan mayores recursos a hospitales neuropsiquiátricos especializados en lugar de financiar servicios comunitarios de salud mental.

En Colombia se ha buscado replicar la atención integral en salud mental desde un modelo de Atención Primaria en Salud (APS) que incluya recursos comunitarios. Esto implica que la atención debe comprender actividades promocionales desde la visión de la salud mental positiva, preventivas, curativas y de rehabilitación para el consumo abusivo de sustancias psicoactivas ilícitas. Se esperaría que así se pueda resolver alrededor del 80% de los problemas en salud mental (Wenceslau & Ortega) que incluyen los trastornos asociados al consumo.

Con respecto a oferta específica en salud para la atención integral por consumo de sustancias psicoactivas se identifican atenciones que van desde los servicios de medicina general hasta servicios en salud mental, a través de oferta ambulatoria y hospitalaria. La oferta de medicina general se encuentra disponible en todo el territorio nacional. Esto es un aspecto fundamental teniendo en cuenta que desde la década de los 90 se ha estimado que entre el 75% y el 85% de las necesidades en salud en una población general requieren

únicamente servicios de atención primaria en el plazo de un año. Entre el 10% y 12% requiere derivación para atención secundaria para consultas prioritarias. Y entre el 5% al 10% atenciones en servicios terciarios para valoraciones especializadas por problemas inusuales (Starfield, 1994).

Con respecto a oferta en salud mental, en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS) se logró identificar 12.915 servicios en salud mental habilitados, estos incluyen servicios hospitalarios de salud mental y servicios ambulatorios de psicología y psiquiatría. Dentro de estos servicios, tan solo 6,3% (815 servicios) son destinados de manera específica a la atención de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, de los cuales 52,6% (430) son servicios residenciales. Además, se identificó que la mayor oferta se encuentra en el sector privado, donde el servicio con mayor disponibilidad es el de psicología (Gráfico 2).

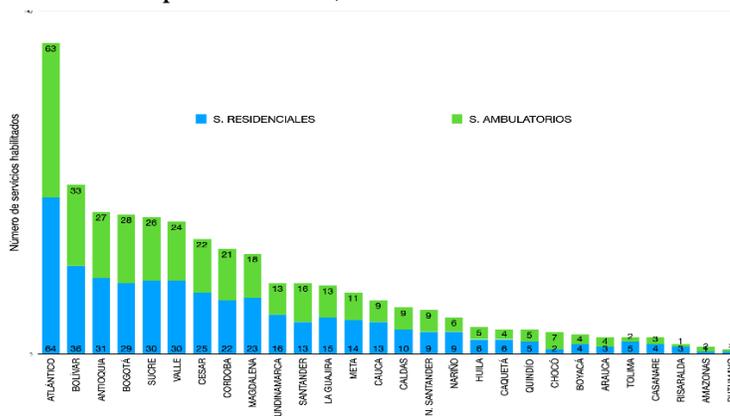
Gráfico 2. Oferta de servicios ambulatorios para la atención en salud mental y por consumo de sustancias psicoactivas



Fuente: Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS), febrero de 2021.

Basado en los reportes de atención realizados por los territorios, existe una concentración importante en la oferta de servicios de atención en salud mental en algunas regiones del país, así, 53% de la oferta se encuentra concentrada en los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Atlántico y la ciudad de Bogotá. Además, se identifica que departamentos como Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, y San Andrés y Providencia no presentan servicios residenciales y hospitalarios para la atención a personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, como se logra observar en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Total de servicios para personas con trastorno por consumo de sustancias psicoactivas, REPS 2021.



Fuente: Registro especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPSS), febrero de 2021.

La presencia de oferta de servicios de salud en los territorios no es la única manera de garantizar la atención integral a la población con consumo de sustancias psicoactivas. Dentro de las funciones de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) se destaca garantizar la atención a través de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Sin embargo, a 2020 tan solo Salud vida en Magdalena, Mutual Ser en Bolívar y Magdalena, Nueva EPS en Magdalena, Coosalud en Magdalena y Sanitas en Santander contaban con redes habilitadas. Esto limita no solo el acceso y consulta inicial para la atención integral en población con consumo de sustancias psicoactivas sino que afectan la continuidad y adherencia de los tratamientos requeridos (Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2017, pág. 207).

3. Metodología

En el marco de lo establecido en el Parágrafo del Artículo 4 de la Ley 2000, el equipo de trabajo interinstitucional conformado dentro de la Comisión Técnica Nacional para la Reducción de la Demanda de Drogas, por los Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Justicia y del Derecho y el Departamento Nacional de Planeación, seleccionaron una herramienta de apoyo para la toma de decisiones que permite integrar diferentes criterios en un solo marco de análisis, brindando una visión integral a partir de una investigación racional y sistemática

Esta herramienta de evaluación multicriterio- EMC, denominada Proceso de Análisis Jerárquico – AHP en el entorno de los sistemas de información geográfica, permitió el cumplimiento de los objetivos establecidos gracias a la jerarquización de los diferentes criterios seleccionados, por medio de la asignación de pesos a través de una matriz recíproca de comparaciones y de la Escala de Saaty, para determinar las

prioridades de cada variable dentro de la gran estructura compleja de los determinantes socioeconómicos y psicosociales que explican la problemática del consumo de drogas.

Esta metodología permite al analista evaluar la congruencia de los juicios del equipo de expertos temático a partir del radio de consistencia el cual debe ser menor o igual a 0.1. El éxito de esta metodología depende fundamentalmente del recurso humano involucrado, siendo el AHP una herramienta diseñada para la modelización flexible y adaptable a las necesidades específicas de cualquier proceso investigativo, de análisis y de planificación.

Las variables o criterios analizados, las cuales no deben ser redundantes, son finalmente sintetizadas de manera ponderada a través de herramientas de superposición en sistemas de información geográfica. El resultado final, será el insumo en la toma de decisiones para los procesos de planificación que se llevarán a cabo, de acuerdo a lo estipulado por la Ley en relación al despliegue de la oferta de los servicios de atención para el tratamiento y rehabilitación integral de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas.

3.1 Área y variables de estudio.

La selección de las variables o criterios analizados se basó según la disponibilidad de la información a nivel departamental y municipal y el análisis de determinantes asociados al consumo de sustancias psicoactivas en niños, niñas y adolescentes. Para el nivel departamental se priorizaron 13 variables, las cuales se describen a continuación:

Tabla 1. Variables seleccionadas para el nivel departamental.

| Variables | Fuente | Abreviatura |
|---|--|-------------|
| Prevalencia de Consumo de cualquier Sustancia Ilícita en el último año en Población Escolar | Estudio Consumo Escolares 2016 | CCSIPE |
| Prevalencia de Consumo de Alcohol en el último mes en Población Escolar | Estudio Consumo Escolares 2016 | CAPE |
| Abuso y/o Dependencia de Sustancias Psicoactivas en Población General en menores de edad | Estudio Consumo Población General 2019 | ADSPA |
| Oferta para comprar o probar sustancias ilícitas | Estudio Consumo Escolares 2016 | OSPA |
| Prevalencia registrada de trastornos mentales sin consumo menores de 18 años | RIPS 2019 | TMSCMen |
| Prevalencias registradas de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas menores de 18 años | RIPS 2019 | TMCMen |
| Prevalencia registrada con riesgo potenciales para la salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales menores de 18 años | RIPS 2019 | TMSESPMen |
| Tasa Violencia contra niños, niñas y adolescentes | Forensis 2019 | VNNA |

| VARIABLES | FUENTE | ABREVIATURA |
|--|----------------------------------|--------------------|
| Tasa delitos sexuales en menores de edad | Forensis 2019 | DSM |
| Índice de Pobreza Multidimensional | Encuesta Pob 2018 | PMult |
| Tasa de Intento de Suicidio en niñas y niños menores de edad | SIVIGILA | IS |
| Involucramiento Parental | Estudio Consumo Escolares 2016 | IP |
| Tasa de Fecundidad en Adolescentes de 10 a 19 años | RIPS - Estadísticas Vitales 2018 | TFA |

Fuente. Elaboración propia.

Luego de contar con la información departamental, el equipo de trabajo realizó una selección de las variables a nivel municipal, en total se identificaron 8 variables que cumplen con los criterios estipulados previamente.

Tabla 2 Variables seleccionadas para el nivel Municipal.

| VARIABLES | FUENTE | ABREVIATURA |
|---|----------------------------------|--------------------|
| Prevalencia registrada de trastornos mentales sin consumo menores de 18 años | RIPS 2019 | TMSCMen |
| Prevalencias registradas de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas menores de 18 años | RIPS 2019 | TMCMen |
| Prevalencia registrada con riesgo potenciales para la salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales menores de 18 años | RIPS 2019 | TMSESPMen |
| Tasa Violencia contra niños, niñas y adolescentes | Forensis 2019 | VNNA |
| Tasa delitos sexuales en menores de edad | Forensis 2019 | DSM |
| Índice de Pobreza Multidimensional | Encuesta Población 2018 | PMult |
| Tasa de Intento de Suicidio en niñas y niños menores de edad | SIVIGILA | IS |
| Involucramiento Parental | Estudio Consumo Escolares 2016 | IP |
| Tasa de Fecundidad en Adolescentes de 10 a 19 años | RIPS - Estadísticas Vitales 2018 | TFA |

Fuente. Elaboración propia.

Posteriormente, una vez se obtiene a nivel municipal la capa de información geográfica producto del análisis multicriterio realizado, dicho nivel de información fue cruzada la identificación del total de los servicios de salud disponibles a nivel municipal para la atención integral de consumo de sustancias psicoactivas³, en este cálculo no se

³ Se identificaron los servicios dispuestos en el REPS relacionados con la atención a personas con consumo de sustancias psicoactivas: internación parcial consumidor de sustancias psicoactivas, atención a consumidor de

incluyeron los servicios de consulta externa de medicina general, dado que este servicio se dispone en casi la totalidad de las entidades territoriales y se consideró que es un talento humano disponible que requiere fortalecer su capacidad resolutive en temas de salud mental. Este cruce de información consiste en un traslape de ambos indicadores para cada entidad territorial municipal, generando así, una nueva capa de información que combina, por un lado, los niveles de menor a mayor riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, y por otro, los rangos de menor a mayor oferta de servicios de atención total. Como parte de la metodología, para la integración de diferentes variables, fue necesaria la realización de una normalización estadística, que busca estandarizar en un rango común la distribución de cada una de las variables analizadas, obteniendo una única escala sin unidades de medida, y de esta manera poder hacer comparaciones entre las mismas. Para ello, se obtuvieron los rangos de clasificación de menor a mayor, para cada uno de los criterios o variables, divididos por cuartiles.

3.2 Plan de análisis.

El plan de análisis se divide en 2 momentos, el primero corresponde a la ponderación de las variables relacionadas con los determinantes socioeconómicos en relación con el comportamiento del consumo de sustancias Psicoactivas. Se generaron capas a nivel departamental y municipal estableciendo la asociación entre el comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas y los factores priorizados. Con esta información, se priorizó el nivel de riesgo de consumo en el territorio. Por último, se realizó una aproximación entre el nivel del riesgo asociado al consumo y la oferta de servicios de salud para la atención en la niñez y adolescencia.

a. Variables de determinantes sociales asociados al comportamiento

Una vez identificadas las variables a nivel departamental y municipal, se continuó con la normalización y ponderación de cada una de ellas. De esta manera, se realizó una priorización mediante la Escala de proporciones Saaty, en la cual se conformó una matriz recíproca de comparaciones pareadas entre los criterios involucrados.

sustancias psicoactivas, atención institucional no hospitalaria, cuidado básico del consumo de sustancias psicoactivas, internación hospitalaria consumidor de sustancias psicoactivas, atención a consumidor de sustancias psicoactivas paciente agudo, psiquiatría, psicología.

Tabla 3. Escala Saaty

| Valor | Definición | Comentario |
|---------|---|--|
| 1 | Igual Importancia | A y B tienen la misma importancia |
| 3 | Importancia Moderada | A es Ligeramente más importante que B |
| 5 | Importancia Grande | A es más importante que B |
| 7 | Importancia Muy Grande | A es mucho más importante que B |
| 9 | Importancia Extrema | A es extremadamente más importante que B |
| 2-4-6-8 | Valores Intermedios entre los anteriores, cuando es necesario matizar | |

| 1/9 | 1/7 | 1/5 | 1/3 | 1 | 3 | 5 | 7 | 9 |
|---------|------------|--------|----------|-------|----------|--------|------------|---------|
| Extrema | Muy Grande | Grande | Moderada | Igual | Moderada | Grande | Muy Grande | Extrema |

Fuente. Saaty, 1980

La priorización de las variables se realizó con el equipo de trabajo, este estableció la importancia de las variables a nivel departamental y municipal con respecto al consumo de sustancias psicoactivas. El ejercicio de jerarquización y ponderación de las variables se detalla a continuación:

Tabla 4. Matriz de Comparaciones Pareadas a nivel departamental y municipal.

MATRIZ DE COMPARACIONES PAREADAS A NIVEL DEPARTAMENTAL

| | CCSI PE | CA PE | ADS PA | OS PA | TMSC Men | TMC Men | TMSESP Men | VN NA | DS M | PM ult | IS | IP | TF A |
|------------------|------------|----------|-----------|----------|-------------|------------|---------------|----------|---------|-----------|-----|-----|---------|
| CCSIPE | 1 | 1/3 | 1/7 | 1 | 3 | 1/5 | 1 | 1 | 1 | 1/9 | 1 | 1/9 | 3 |
| CAPE | 3 | 1 | 1 | 3 | 5 | 1/3 | 1/7 | 3 | 3 | 1/9 | 3 | 1/9 | 5 |
| ADSPA | 7 | 1 | 1 | 3 | 7 | 1 | 3 | 5 | 5 | 1/9 | 5 | 1/9 | 7 |
| OSPA | 1 | 1/3 | 1/3 | 1 | 3 | 1/7 | 1/7 | 1 | 1 | 1/9 | 1 | 1/9 | 3 |
| TMSCMEN | 1/3 | 1/5 | 1/7 | 1/3 | 1 | 1/9 | 1/7 | 1/5 | 1/3 | 1/9 | 1/5 | 1/9 | 1 |
| TMCMEN | 5 | 3 | 1 | 7 | 9 | 1 | 5 | 7 | 7 | 1/7 | 5 | 1/5 | 7 |
| TMSESPMEN | 1 | 7 | 1/3 | 7 | 7 | 1/5 | 1 | 1 | 3 | 1/3 | 3 | 1/5 | 5 |
| VNNA | 1 | 1/3 | 1/5 | 1 | 5 | 1/7 | 1 | 1 | 3 | 1/7 | 3 | 1/7 | 3 |
| DSM | 1 | 1/3 | 1/5 | 1 | 3 | 1/7 | 1/3 | 1/3 | 1 | 1/7 | 1/3 | 1/7 | 3 |
| PMULT | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 7 | 3 | 7 | 7 | 1 | 7 | 1 | 7 |
| IS | 1 | 1/3 | 1/5 | 1 | 5 | 1/5 | 1/3 | 1/3 | 3 | 1/7 | 1 | 1/7 | 3 |
| IP | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 5 | 5 | 7 | 7 | 1 | 7 | 1 | 7 |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|-----|
| TFA | 1/3 | 1/5 | 1/7 | 1/3 | 1 | 1/7 | 1/5 | 1/5 | 1/3 | 1/7 | 1/3 | 1/7 | 1/3 | 1/7 |
| | 39,67 | 32,07 | 22,70 | 43,67 | 67,00 | 15,62 | 20,30 | 34,07 | 41,67 | 3,60 | 36,87 | 3,53 | 55,00 | |

MATRIZ DE COMPARACIONES PAREADAS A NIVEL MUNICIPAL

| | TMSCMen | TMCMen | TMSESPMen | VNNA | DSM | PMult | IS | TFA |
|------------------|----------------|---------------|------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| TMSCMEN | 1 | 1/9 | 1/7 | 1/5 | 1/5 | 1/7 | 1/5 | 3 |
| TMCMEN | 9 | 1 | 5 | 1 | 5 | 1/5 | 7 | 7 |
| TMSESPMEN | 7 | 1/5 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 |
| VNNA | 5 | 1 | 1/3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 5 |
| DSM | 5 | 1/5 | 1/3 | 1/3 | 1 | 3 | 3 | 5 |
| PMULT | 7 | 5 | 1/3 | 1/3 | 1/3 | 1 | 7 | 7 |
| IS | 5 | 1/7 | 1/3 | 1/3 | 1/3 | 1/7 | 1 | 3 |
| TFA | 1/3 | 1/7 | 1/5 | 1/5 | 1/5 | 1/7 | 1/3 | 1 |
| TOTAL | 39,33 | 7,80 | 7,68 | 6,40 | 13,07 | 10,63 | 24,53 | 36,00 |

Fuente. Elaboración propia.

La matriz de comparaciones pareadas realizadas a nivel departamental y municipal estableció un porcentaje del nivel de importancia de cada una de las variables, las cuales fueron sintetizadas en una ubicación geoespacial para definir la importancia de la intervención a nivel departamental y municipal. Los porcentajes de influencia establecidos para el nivel departamental y municipal se referencian a continuación:

Tabla 5. Porcentaje de influencia establecido para el nivel departamental y Municipal

| CRITERIOS A NIVEL DEPARTAMENTAL | % INFLUENCIA |
|---|---------------------|
| Índice de pobreza multidimensional | 24 |
| Escala de la ausencia de involucramiento parental | 24 |
| Prevalencia registrada de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas menores de 18 años | 12 |
| Abuso y/o dependencia de sustancias psicoactivas en población general en menores de edad | 9 |
| Prevalencia registrada con riesgo potenciales para la salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales menores de 18 años | 8 |
| Prevalencia de consumo de alcohol en el último mes en población escolar | 6 |
| Tasa violencia contra niños, niñas y adolescentes | 4 |
| Prevalencia de consumo de cualquier sustancia ilícita en el último año en población escolar | 3 |
| Oferta para comprar o probar sustancias ilícitas | 3 |
| Tasa de intento de suicidio en niñas y niños menores de edad | 3 |
| Tasa delitos sexuales en menores de edad | 2 |
| Prevalencia registrada de trastornos mentales sin consumo menores de 18 años | 1 |

| CRITERIOS A NIVEL DEPARTAMENTAL | % INFLUENCIA |
|--|---------------------|
| Tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años | 1 |
| CRITERIOS A NIVEL MUNICIPAL | |
| Índice de pobreza multidimensional | 38 |
| Prevalencia registrada de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas menores de 18 años | 25 |
| Prevalencia registrada de trastornos mentales con riesgo potenciales para la salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales menores de 18 años | 12 |
| Tasa violencia contra niños, niñas y adolescentes | 9 |
| Tasa de intento de suicidio en niñas y niños menores de edad | 7 |
| Tasa delitos sexuales en menores de edad | 4 |
| Prevalencia registrada de trastornos mentales sin consumo menores de 18 años | 2 |
| Tasa de fecundidad en adolescentes de 10 a 19 años | 3 |

Fuente. Elaboración propia.

4. Resultados

Basado en lo anterior y con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el párrafo del artículo 4 de la Ley 2000 de 2019, el cual refiere “corresponderá al Consejo Nacional de Estupefaciente realizar un mapeo de las zonas de consumo con el fin de reglamentar el establecimiento y operación de las salas de atención, tratamiento y rehabilitación integral, para personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas...”, se realizó dos tipos de mapeo a nivel departamental y municipal. El primer mapeo se realizó sobre las zonas con mayor consumo de sustancias psicoactivas y su relación con determinantes sociales como pobreza, violencias, intentos de suicidio, involucramiento parental, delitos sexuales y tasa de fecundidad en adolescentes. El segundo corresponde a la oferta sanitaria para la atención de población con consumo de sustancias psicoactivas. El cruce de estos dos mapeos buscará priorizar los municipios asociados a la relación del consumo de Sustancias Psicoactivas con los diferentes determinantes sociales identificados y la oferta en salud disponible. A continuación se detalla la metodología utilizada.

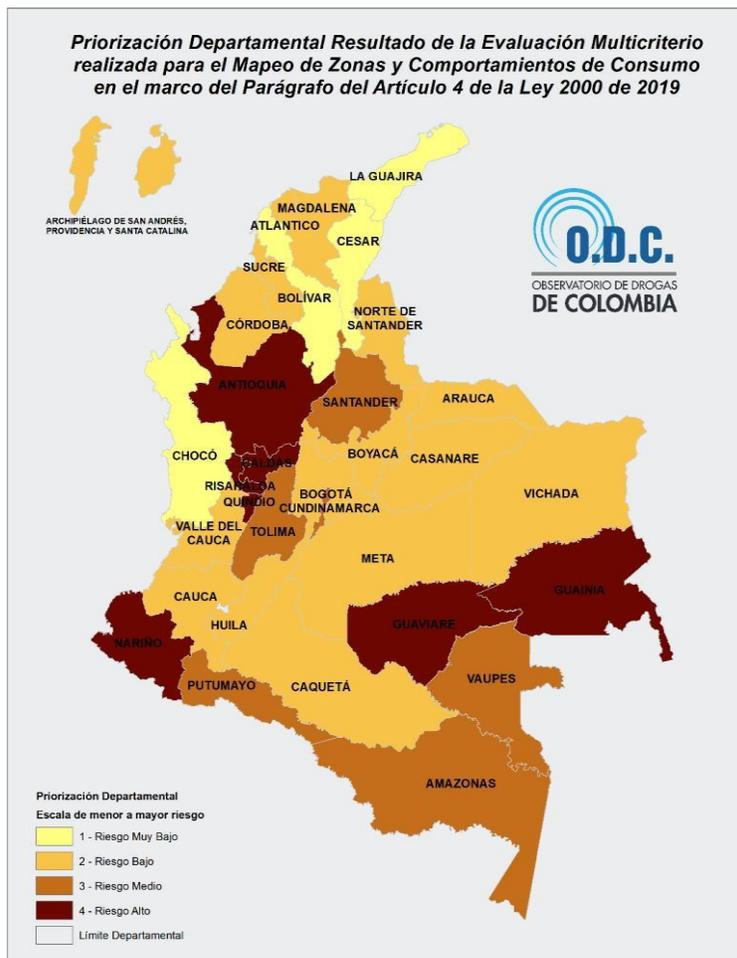
Una vez seguido el plan de análisis establecido para la identificación del porcentaje de influencia a nivel departamental y municipal, así como la tasa de atención de servicios de salud a nivel municipal, se realizó cuatro tipos de análisis. El primero corresponde a un análisis por cada una de las variables a nivel departamental y municipal. El segundo corresponde a la inclusión de todos los criterios según los porcentajes de influencia establecidos para cada una de las variables. Un tercero con respecto a la tasa de atención de servicios de salud. Un último análisis asociado a la unión de la información del análisis multicriterio y la tasa de atención de servicios de salud, este último busca identificar las

necesidades de priorización de atención a nivel municipal, que aporte en el establecimiento de la reglamentación para la operación de las CAD.

a. Priorización departamental y municipal asociada a las variables identificadas.

De acuerdo con las variables y los criterios de influencia establecidos previamente, se estableció una priorización departamental de riesgo, en donde 7 de los 32 departamentos fueron clasificados como riesgo alto y 5 de los 32 en riesgo medio. En este primer análisis se identificó que los departamentos en riesgo bajo corresponden a la Guajira, Cesar, Bolívar y Chocó. Esto a pesar de que Guajira y Chocó son departamentos con altos índices de pobreza multidimensional, y Cesar y Bolívar presentan altas tasas de fecundidad adolescente. Además es importante resaltar que Cesar presenta una alta atención de trastornos mentales debido al uso de sustancias psicoactivas en menores de 18 años (Ver Anexos).

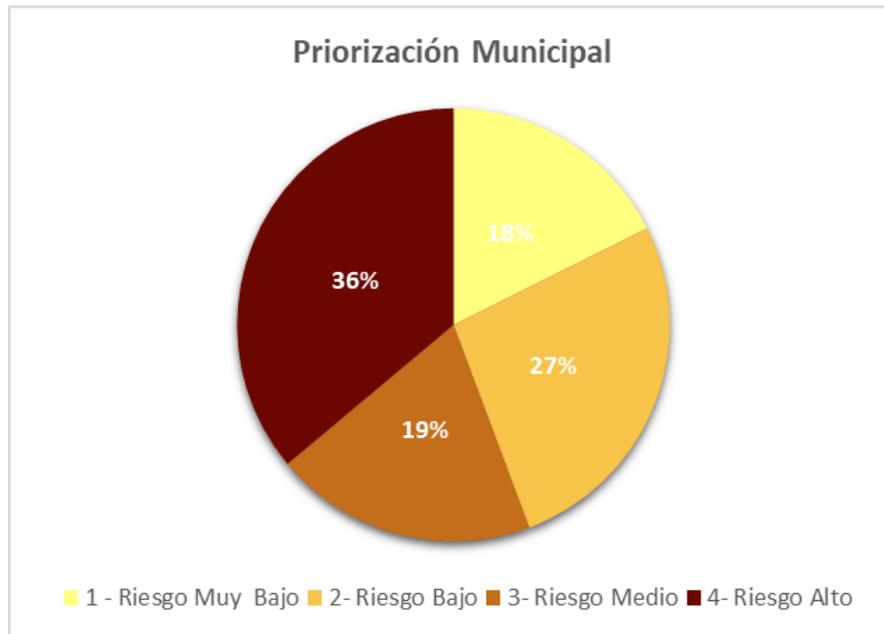
Mapa 1. Resultado de la evaluación multicriterio a nivel departamental.



Fuente: elaboración propia del equipo de trabajo.

Por otro lado, retomando las variables y criterios de influencia establecidos a nivel municipal, la priorización encontró que 405 municipios (36%) de los 1103 son clasificados en riesgo alto, y 220 municipios que representan el 19% se clasifican como riesgo medio.

Gráfico 4 Porcentaje Escala de riesgo por municipios

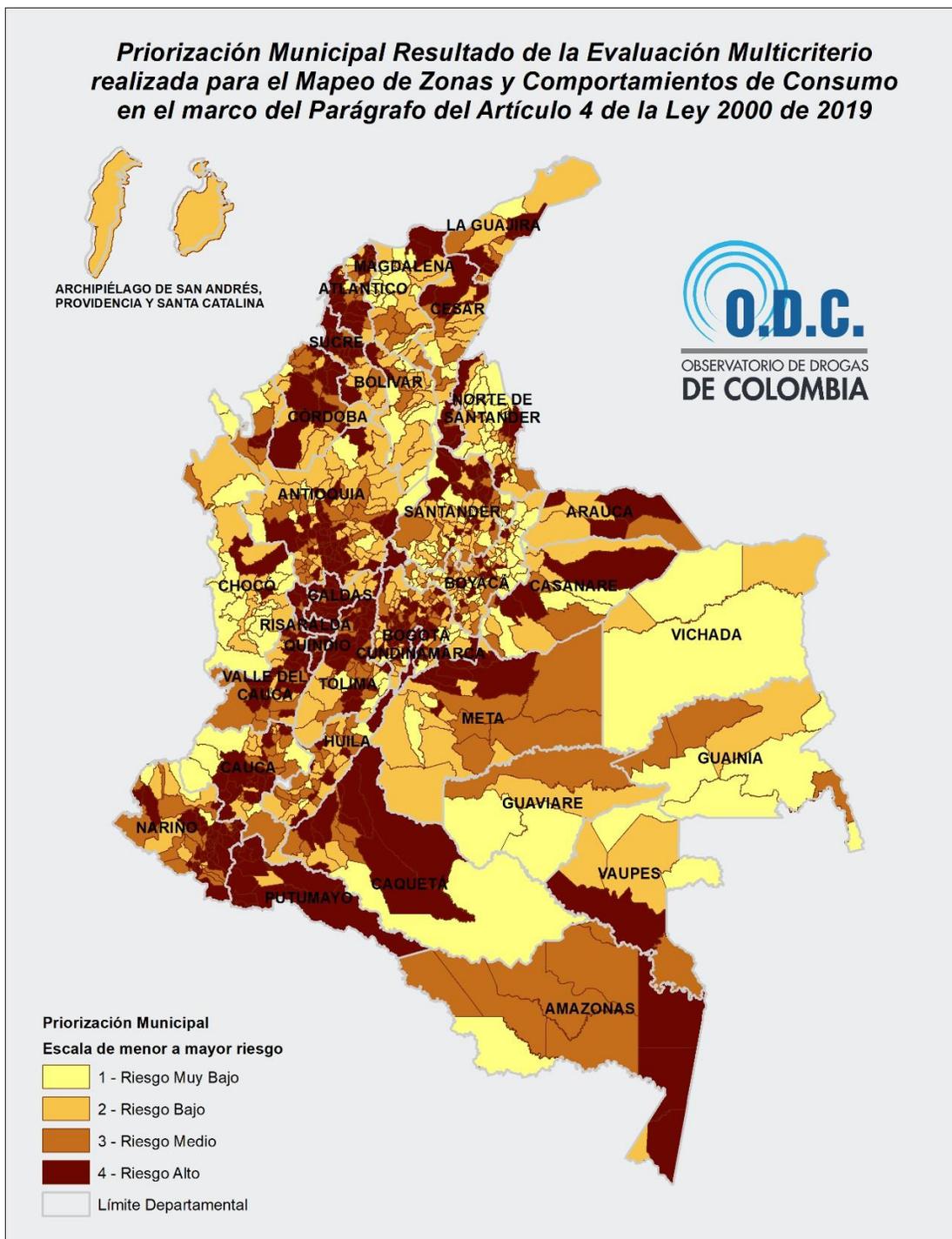


Fuente: elaboración propia del equipo de trabajo.

En el mapa 2 se puede observar gran diversidad en los niveles de la escala de riesgo de asociación entre el comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas y los factores priorizados. Al analizar los niveles de riesgo alto, se evidencia una mayor concentración en municipios de la zona central del país, principalmente en los departamentos del Eje Cafeteo, Antioquia y Cundinamarca. En los departamentos del Eje Cafeteo, los porcentajes de municipios con riesgo alto de la asociación entre el comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas y los factores priorizados, presentan valores superiores al 75%, Risaralda (93%), Quindío (92%) y Caldas (78%).

En la región Amazonía, destaca el porcentaje del departamento de Putumayo que presenta un porcentaje de municipios con riesgo alto del 92%. Los departamentos de Sucre y Atlántico con valores del 65% y 52% de municipios con riesgo alto respectivamente, registran los mayores valores en la costa Atlántica. Los departamentos de Nariño y Valle de Cauca presentan los mayores porcentajes de municipios con riesgo alto con el consumo de sustancias psicoactivas en la región pacífico con el 58% y 52% respectivamente.

Mapa 2. Resultado de la evaluación multicriterio a nivel



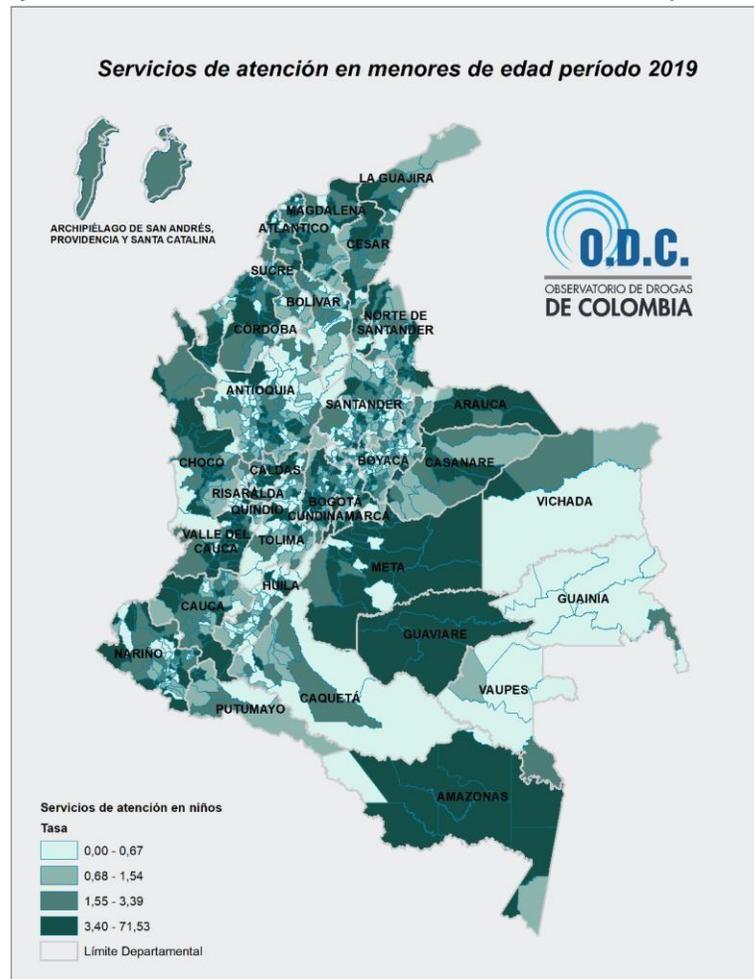
Fuente: elaboración propia del equipo de trabajo.

De esta manera, en cumplimiento de lo establecido en la Ley 2000 de 2019, los Municipios con mayores niveles de la escala de riesgo de acuerdo con la asociación entre el comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas y los factores priorizados se pueden identificar en el Anexo 2 del presente documento. Esta información es de gran importancia para reglamentar el establecimiento y operación de las salas de atención, tratamiento y rehabilitación integral, para personas con problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 4 de la Ley 2000 de 2019.

b. Tasa de atención de servicios de salud a nivel municipal.

Como se explicó en el marco conceptual, el establecimiento de oferta de servicios de salud debe contemplar la oferta disponible de salud en los territorios. Se calculó a partir del número de servicios habilitados en REPS en el territorio sobre el total de población proyectada de 0 a 18 años en el último censo por 1000 habitantes. Para esto, se requiere un análisis sobre la disponibilidad de servicios de salud en la atención en el consumo de sustancias Psicoactivas. Como un ejercicio adicional a este documento, se construyó un índice sobre los servicios de atención en salud con consumo de sustancias psicoactivas a menores de edad, estos resultados están en el mapa 3.

Mapa 3. Servicios de atención en salud a nivel municipal



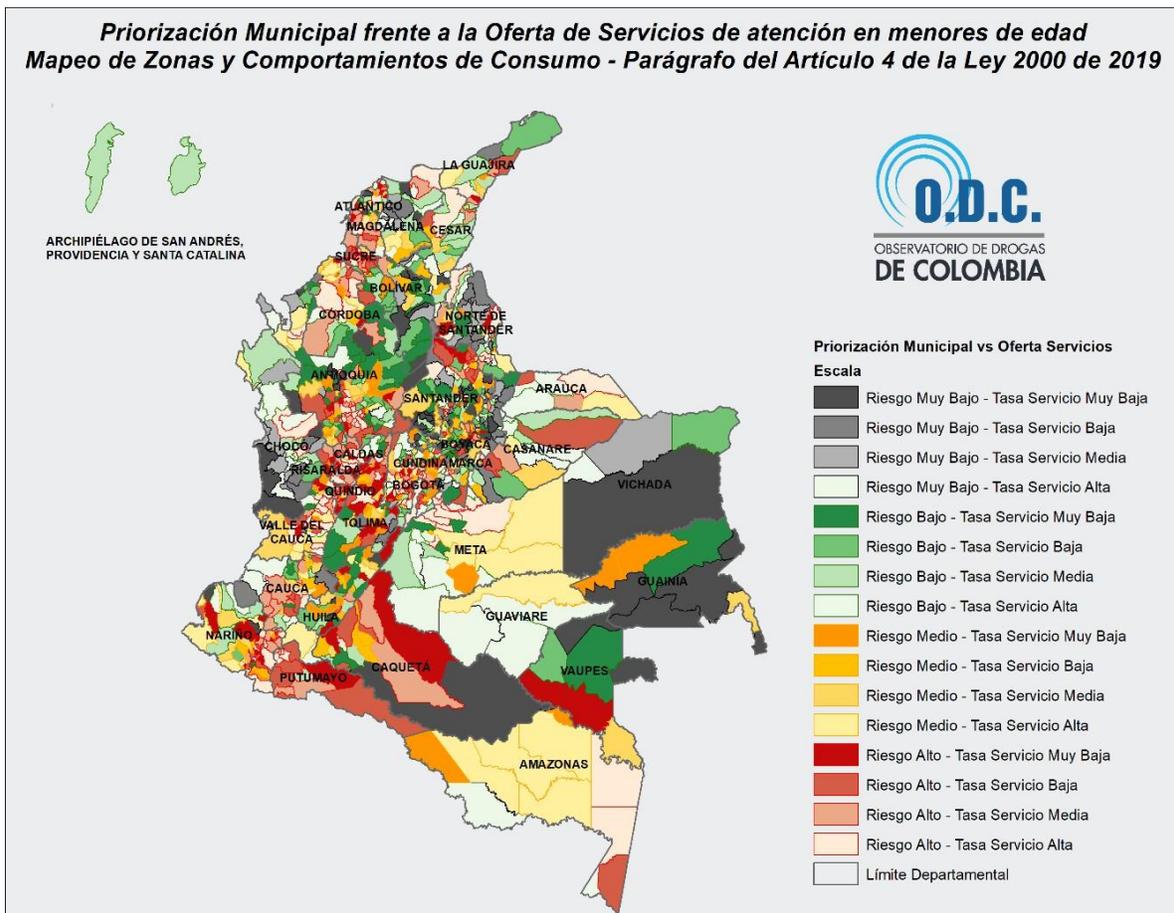
Fuente: elaboración propia del equipo de trabajo.

Así, 288 son Municipios que presentan menor oferta de servicios de salud (en el cuartil más bajo) para la atención en la población menor de 18 años, los cuales se distribuyen en 28 entidades departamentales, por otro lado se identifican variaciones al interior del departamento, donde se identifica que 4 departamentos tienen más de la mitad de sus municipios en el cuartil más bajo (Guainía, Vaupés, Huila y Tolima).

c. Necesidades de priorización según oferta y demanda de atención

Finalmente, y con el fin de generar consistencia al ejercicio se realizó comparación entre los niveles de riesgo de la asociación entre el comportamiento del consumo de sustancias psicoactivas y los factores priorizados a nivel municipal y la oferta de servicios de salud en esta escala territorial. De esta manera se identificó que 186 (16,6%) de los 1103 municipios requieren considerar una oferta adicional de servicios de salud para la atención del consumo de sustancias psicoactivas.

Mapa 4. Priorización municipal de la oferta de servicios de salud según demanda de consumo y oferta de salud



Fuente: elaboración propia del equipo de trabajo.

5. Conclusiones y Discusión

Al analizar las variables y los criterios de riesgo, se evidencia que siete de los 32 departamentos fueron clasificados como riesgo alto: Antioquia, Caldas, Quindío, Risaralda, Nariño, Guaviare y Guainía. Tomando los niveles de riesgo establecidos a nivel municipal, en la priorización se encontró que 405 municipios (36%) de los 1103 son clasificados en riesgo alto, se evidencia una mayor concentración en municipios de la zona central del país, principalmente en los departamentos del Eje Cafetero, Antioquia y Cundinamarca.

Existe suficiente evidencia que demuestra cómo los determinantes sociales se interrelacionan con la salud mental y la aparición y persistencia de trastornos mentales y por consumo de sustancias psicoactivas. Desde el sector salud se ha identificado como un pilar las respuestas desde la atención primaria en salud y son medidas costo efectivas; por

lo que en el marco de una respuesta integral e integrada se requiere no solamente fortalecer las capacidades resolutivas de los equipos de salud no especializados o en la atención primaria, sino que además se deben articular con las respuestas de intervenciones en salud pública y la oferta de otros sectores para el cierre de brechas que permitan un proceso de inclusión social y disminuyan los riesgos de aparición del consumo y tránsito a patrones de riesgo o trastornos asociados.

El desarrollo de capacidades territoriales requiere de una parte del fortalecimiento de manera transversal de todo el talento humano de la atención primaria en salud y especialmente a los profesionales de medicina general como puerta de entrada al Sistema de Salud quienes a través del equipo interdisciplinario tiene la responsabilidad de prestar la atención integral que incluye promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas, tratamiento de trastornos, estrategias de reducción de riesgos y daños y gestión para la inclusión social efectiva. Así mismo, en aquellas entidades territoriales con limitada capacidad de respuesta para la atención o en los que se considere que la respuesta es insuficiente dadas las prevalencias de consumo de sustancias psicoactivas.

Conforme se ha ratificado en la evidencia científica disponible, la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas es una prioridad de salud pública, intersectorial en todos los niveles y es por ello que los demás actores en el territorio se espera que apoyen los procesos de inclusión social efectiva e implementen acciones complementarias que disminuyan las situaciones adversas en la infancia, lo que significa que los niños, niñas y adolescentes tengan acceso a educación, vivienda, alimentación, espacios de recreación, servicios de salud, entre otros y que su familia tenga adicionalmente acceso al trabajo digno y a posibilidades de desarrollo y participación ciudadana.

La ley 2000 de 2019, en su exposición de motivos es precisa en señalar que se espera como resultado de su aplicación el bienestar de niños, niñas y adolescentes en sus entornos de desarrollo, particularmente en el entorno educativo. Y espera lograrlo a través de dos elementos principales, el primero relacionado con la identificación de las sustancias que suponen un mayor riesgo para la salud y por otro lado, la identificación de zonas de consumo que permitan a las autoridades territoriales tomar medidas que permitan gestionar la garantía de entornos seguros y protegidos para el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes.

Referencias

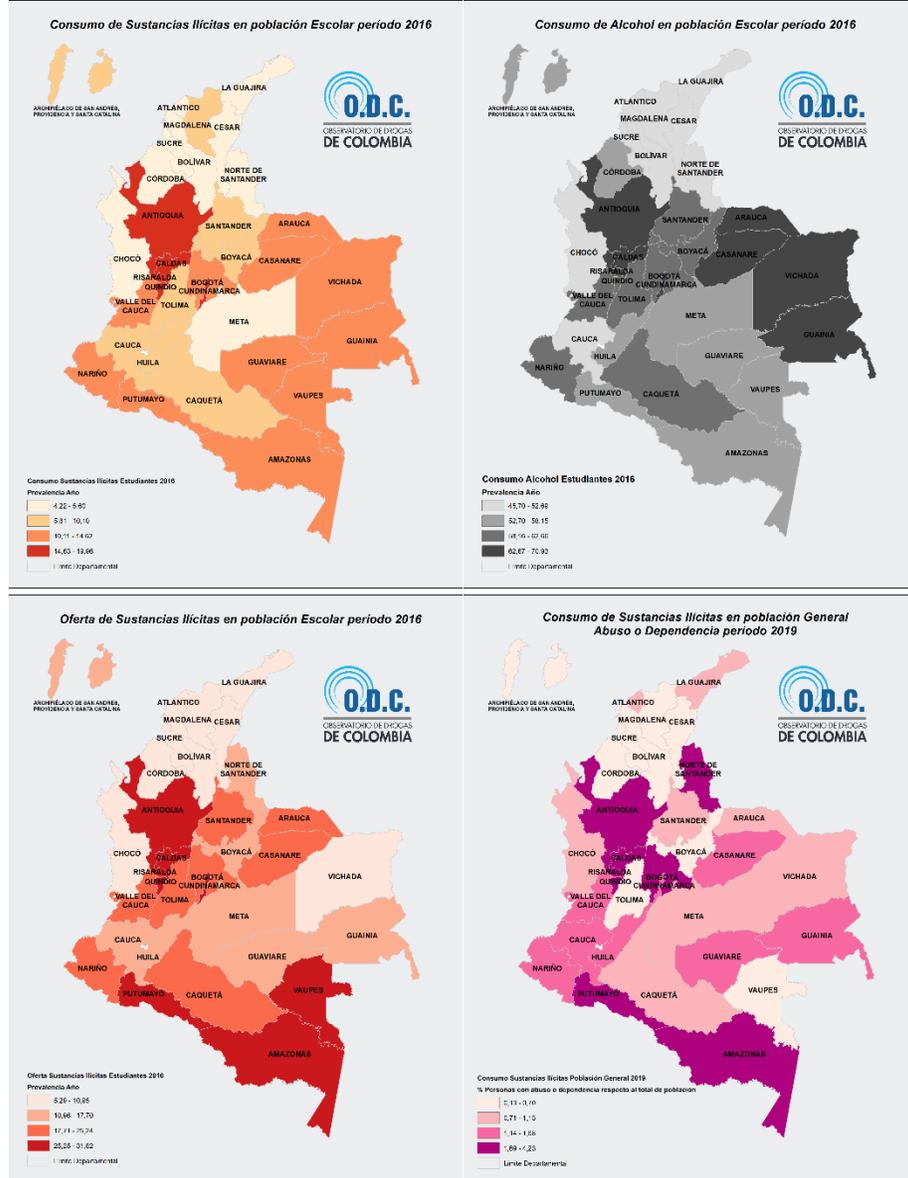
- Almenares Aleaga, M., Louro Bernal, I., & Ortiz Gómez, M. T. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet].*, 15(3), 285-292. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000300011&lng=es
- Castrillo, M., de la Cruz Ortiz, J., de la Salas Rodríguez, A., Eguis Valencia, K., Galves Rondón, R., Caro de Pallares, D., . . . Palmet, M. (2012). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería de una universidad del departamento del Atlántico (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 322-334.
- DANE. (2018). *Boletín Técnico Pobreza Monetaria Departamental*. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/bt_pobreza_monetaria_18_departamentos.pdf
- Departamento Nacional de Planeación. (2017). *Panorámica Regional. Pobreza Monetaria y Multidimensional departamental: Necesidad de políticas públicas diferenciadas*. Bogotá. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Portal%20Territorial/KitSeguimiento/Pobreza/Publicaci%C3%B3n%20Ipm%20deptal.pdf>
- Frías Armenta, M., & Gaxiola Romero, J. C. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología [Internet]*, 25(2), 237-248. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016308004>.
- Greenberg, M., & Lippold, M. (2013). Promoting Healthy Outcomes Among Youth with Multiple Risks: Innovative Approaches. *Annu. Rev. Public Health*, 34, 253-70.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., . . . Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2, e356-66.
- Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (Enero de 2017). Guía de Práctica Clínica: para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción). Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/guia-prevencion-conducta-suicida-adopcion.pdf>

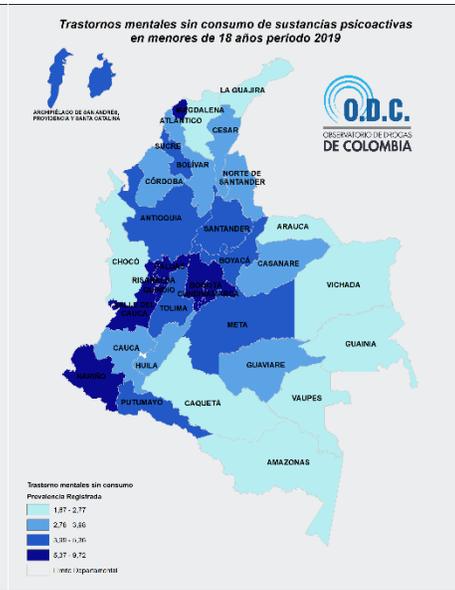
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Evaluación y Diagnóstico Situacional de los Servicios de Tratamiento al Consumidor de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Bogotá: Minsalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Universidad Javeriana. Obtenido de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *ABECE de la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas*. Bogotá.
- MSPS, M. d. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Bogotá: Universidad Javeriana. Obtenido de https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2008). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá.
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá.
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2013). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá.
- Observatorio de Drogas de Colombia. (2019). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá.
- Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Justicia y del Derecho. (s.f.). *Análisis de variables asociadas con el consumo de sustancias psicoactivas ilícitas en población escolar*. Obtenido de <http://www.odc.gov.co/PUBLICACIONES/ArtMID/4214/ArticleID/6206/An225lisis-de-variables-asociadas-con-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas-il237citas-en-poblaci243n-escolar>
- Observatorio Nacional de Salud Mental. (2019). *Análisis de oferta sanitaria*. Bogotá.: MSPS.
- ODC, O. d. (2016). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar*. Bogotá.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017). *III estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria, informe regional 2016*. Lima - Perú.

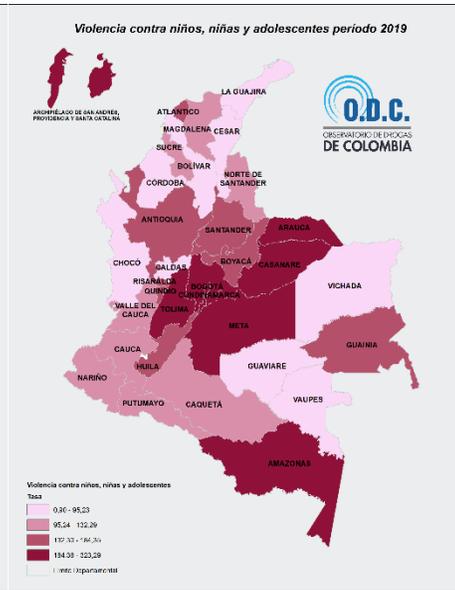
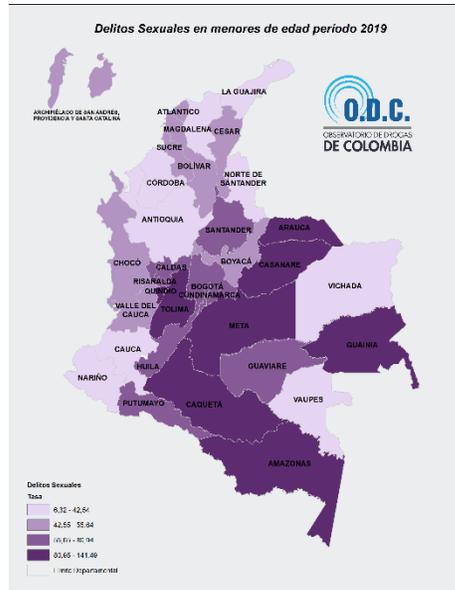
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Maltrato infantil y alcohol*. Obtenido de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/fs_child_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas*. Washington, D.C: OPS.
- Patel, V. S.-M. (s.f.).
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., . . . Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*, 392(10157), 1553-1598. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4 (2), 157-186. Recuperado el 17 de Junio de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006&lng=es&tlng=es.
- Rose EJ, P. G., & DH, F. (2019). Neurocognitive Precursors of Substance Misuse Corresponding to Risk, Resistance, and Resilience Pathways: Implications for Prevention Science. *Front. Psychiatry*, 10:399. doi:doi: 10.3389/fpsy.2019.00399
- Starfield, B. (1994). Is Primary care essential?. *The Lancet*, 344 .
- Universidad de Deusto. (s.f.). *Factores de Riesgo y Protección frente al Consumo de Drogas en la CAPV*. Obtenido de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Factores%20CAPV.pdf>
- UNODC. (2018). *World Drug Report 2018, booklet 2 DRUGS AND AGE. Drugs and associated issues among young people and older people*.
- Valenzuela, E. (2006). Padres involucrados y uso de drogas en población escolar. *Pontificia Universidad Católica de Chile*.
- Wenceslau, L. D., & Ortega, F. (s.f.). Saúde mental na atenção primária e Saúde MentalGlobal: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*.
- Yoshikawa, H., Aber, J., & Beardslee, W. (2012). The Effects of Poverty on the Mental, Emotional and Behavioral Health of Children and Youth Implications for Prevention. *American Psychologist* .

Anexos 1

• Mapeo de las Variables a nivel departamental

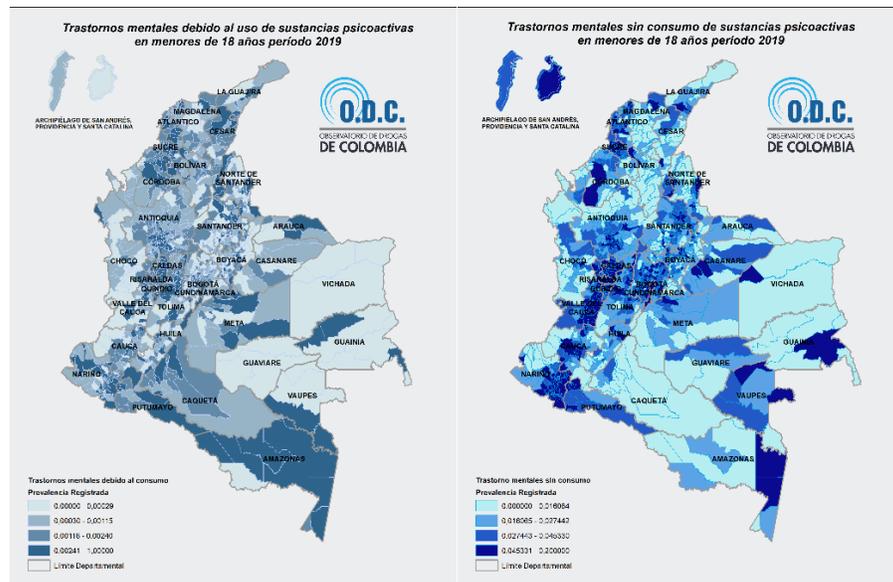


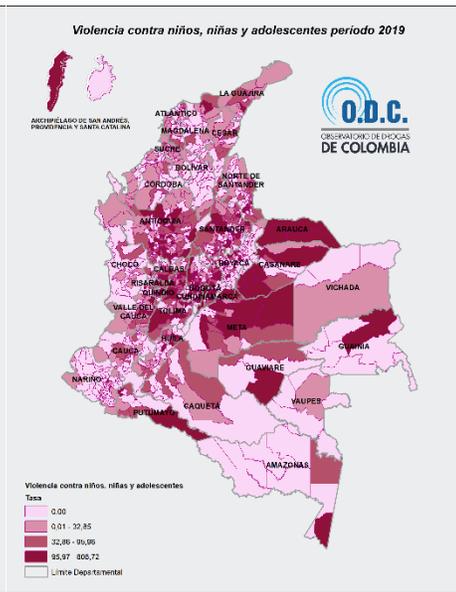
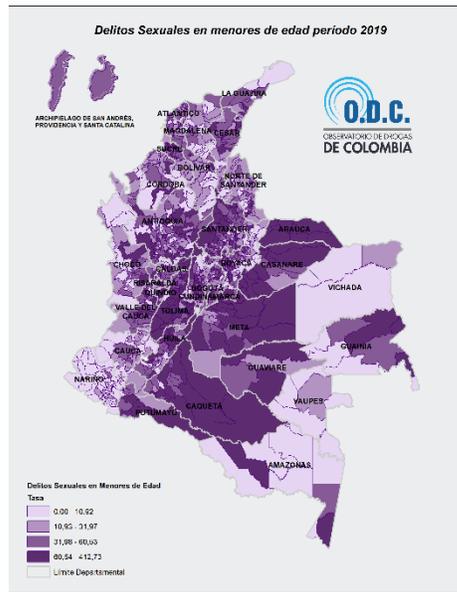
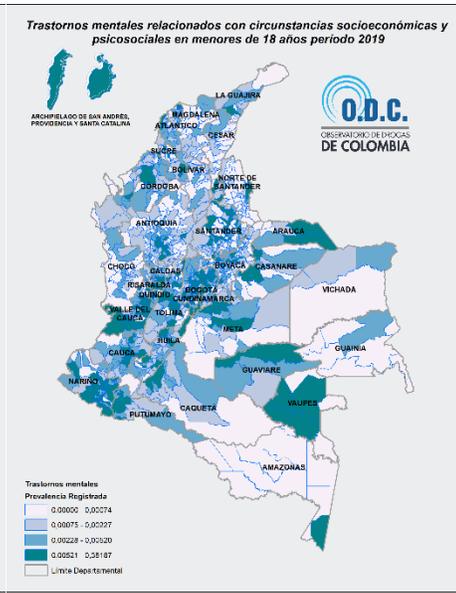
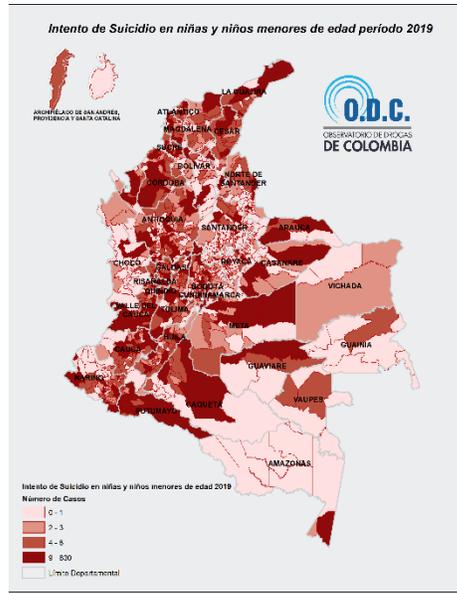


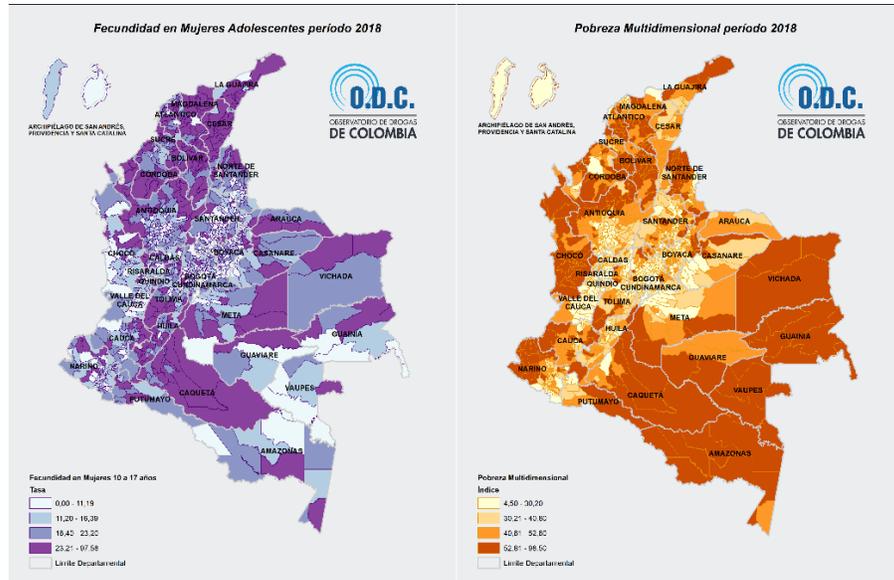




- **Mapeo de las Variables a nivel municipal**







Anexo 2

- **Municipios con riesgo de priorización Alto.**

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | NIVEL DE RIESGO |
|--------------|---------------------------------|-----------------|
| AMAZONAS | LETICIA | ALTO |
| AMAZONAS | LA PEDRERA (Cor. Departamental) | ALTO |
| VAUPÉS | PACOA (Cor. Departamental) | ALTO |
| PUTUMAYO | ORITO | ALTO |
| NARIÑO | ALDANA | ALTO |
| NARIÑO | PUPIALES | ALTO |
| NARIÑO | GUACHUCAL | ALTO |
| NARIÑO | FUNES | ALTO |
| NARIÑO | GUAITARILLA | ALTO |
| NARIÑO | CONSACÁ | ALTO |
| NARIÑO | TÚQUERRES | ALTO |
| PUTUMAYO | SAN FRANCISCO | ALTO |
| CAQUETÁ | SOLITA | ALTO |
| NARIÑO | OSPINA | ALTO |
| PUTUMAYO | PUERTO GUZMÁN | ALTO |
| PUTUMAYO | VILLAGARZÓN | ALTO |
| NARIÑO | IMUÉS | ALTO |
| NARIÑO | YACUANQUER | ALTO |
| PUTUMAYO | SANTIAGO | ALTO |
| NARIÑO | TANGUA | ALTO |
| PUTUMAYO | COLÓN | ALTO |
| NARIÑO | PROVIDENCIA | ALTO |
| NARIÑO | EL PEÑOL | ALTO |
| NARIÑO | NARIÑO | ALTO |
| PUTUMAYO | SIBUNDOY | ALTO |
| NARIÑO | PASTO | ALTO |
| NARIÑO | SANDONÁ | ALTO |
| NARIÑO | LA FLORIDA | ALTO |
| NARIÑO | BUESACO | ALTO |
| PUTUMAYO | MOCOA | ALTO |
| NARIÑO | ALBÁN (San José) | ALTO |
| NARIÑO | EL TABLÓN | ALTO |
| NARIÑO | CHACHAGÜÍ | ALTO |
| NARIÑO | EL TAMBO | ALTO |
| NARIÑO | ARBOLEDA (Berruecos) | ALTO |
| CAQUETÁ | CARTAGENA DEL CHAIRÁ | ALTO |
| NARIÑO | SAN BERNARDO | ALTO |
| CAQUETÁ | MORELIA | ALTO |
| NARIÑO | BELÉN | ALTO |
| NARIÑO | LA CRUZ | ALTO |
| NARIÑO | LA LLANADA | ALTO |
| NARIÑO | SAN LORENZO | ALTO |
| CALDAS | AGUADAS | ALTO |
| NARIÑO | COLÓN (Génova) | ALTO |
| NARIÑO | TAMINANGO | ALTO |
| NARIÑO | SAN PABLO | ALTO |
| NARIÑO | LOS ANDES (Sotomayor) | ALTO |
| NARIÑO | CUMBITARA | ALTO |
| CAUCA | MERCADERES | ALTO |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | NIVEL DE RIESGO |
|---------------------|---------------------|------------------------|
| CESAR | AGUACHICA | ALTO |
| CASANARE | PAZ DE ARIPORO | ALTO |
| CÓRDOBA | PLANETA RICA | ALTO |
| ANTIOQUIA | TITIRIBÍ | ALTO |
| ANTIOQUIA | CARMEN DE VIBORAL | ALTO |
| ANTIOQUIA | RIONEGRO | ALTO |
| TOLIMA | LÉRIDA | ALTO |
| RISARALDA | SANTA ROSA DE CABAL | ALTO |
| SANTANDER | AGUADA | ALTO |
| ANTIOQUIA | MARINILLA | ALTO |
| CESAR | EL COPEY | ALTO |
| RISARALDA | BALBOA | ALTO |
| BOLÍVAR | TURBACO | ALTO |
| CESAR | LA PAZ | ALTO |
| ATLÁNTICO | CAMPO DE LA CRUZ | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | CALIMA (El Darién) | ALTO |
| META | GUAMAL | ALTO |
| NARIÑO | LEIVA | ALTO |
| RISARALDA | BELÉN DE UMBRÍA | ALTO |
| CALDAS | NEIRA | ALTO |
| BOYACÁ | CHINAVITA | ALTO |
| CAUCA | ROSAS | ALTO |
| CAQUETÁ | EL DONCELLO | ALTO |
| CAUCA | PATÍA (El Bordo) | ALTO |
| CAQUETÁ | PUERTO RICO | ALTO |
| HUILA | NÁTAGA | ALTO |
| CAUCA | SOTARÁ (Paispamba) | ALTO |
| CAUCA | PURACÉ (Coconuco) | ALTO |
| CAUCA | TIMBÍO | ALTO |
| CAUCA | ARGELIA | ALTO |
| HUILA | GIGANTE | ALTO |
| CAUCA | POPAYÁN | ALTO |
| CAUCA | CORINTO | ALTO |
| CAUCA | VILLA RICA | ALTO |
| CAUCA | MIRANDA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | PRADERA | ALTO |
| META | GRANADA | ALTO |
| TOLIMA | NATAGAIMA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | YUMBO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | VIANÍ | ALTO |
| SUCRE | LOS PALMITOS | ALTO |
| SUCRE | COLOSÓ | ALTO |
| SUCRE | TOLUVIEJO | ALTO |
| SUCRE | CHALÁN | ALTO |
| SUCRE | TOLÚ | ALTO |
| CASANARE | YOPAL | ALTO |
| CALDAS | PÁCORA | ALTO |
| BOYACÁ | TUNJA | ALTO |
| BOYACÁ | SORA | ALTO |
| CAUCA | LA VEGA | ALTO |
| HUILA | ALTAMIRA | ALTO |
| CAQUETÁ | FLORENCIA | ALTO |
| CAUCA | BALBOA | ALTO |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | NIVEL DE RIESGO |
|---------------------|-------------------------------|------------------------|
| CALDAS | SAN JOSÉ | ALTO |
| CALDAS | ANSERMA | ALTO |
| NARIÑO | ROBERTO PAYÁN (San José) | ALTO |
| NARIÑO | FRANCISCO PIZARRO (Salahonda) | ALTO |
| CAUCA | EL TAMBO | ALTO |
| CAUCA | PIENDAMÓ-TUNÍA | ALTO |
| HUILA | RIVERA | ALTO |
| CAQUETÁ | SAN VICENTE DEL CAGUÁN | ALTO |
| HUILA | SANTA MARÍA | ALTO |
| CAUCA | SANTANDER DE QUILICHAO | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | GINEBRA | ALTO |
| HUILA | COLOMBIA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | LA CUMBRE | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | RESTREPO | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | DAGUA | ALTO |
| TOLIMA | COYAIMA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | ANOLAIMA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | BUGA | ALTO |
| TOLIMA | PURIFICACIÓN | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | RIOFRÍO | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | ANDALUCÍA | ALTO |
| TOLIMA | ICONONZO | ALTO |
| TOLIMA | MELGAR | ALTO |
| META | VILLAVICENCIO | ALTO |
| QUINDÍO | GÉNOVA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | BUGALAGRANDE | ALTO |
| TOLIMA | ROVIRA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | FOSCA | ALTO |
| META | CUMARAL | ALTO |
| QUINDÍO | PIJAO | ALTO |
| BOLÍVAR | EL CARMEN DE BOLÍVAR | ALTO |
| QUINDÍO | BUENAVISTA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | SEVILLA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | CAICEDONIA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | FUSAGASUGÁ | ALTO |
| CUNDINAMARCA | UNE | ALTO |
| QUINDÍO | CÓRDOBA | ALTO |
| META | PUERTO LÓPEZ | ALTO |
| META | RESTREPO | ALTO |
| META | EL CALVARIO | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | ZARZAL | ALTO |
| META | CABUYARO | ALTO |
| QUINDÍO | LA TEBAIDA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | CHIPAQUE | ALTO |
| TOLIMA | COELLO | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | ROLDANILLO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | SIBATÉ | ALTO |
| CUNDINAMARCA | UBAQUE | ALTO |
| ANTIOQUIA | SABANETA | ALTO |
| META | SAN JUANITO | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | LA VICTORIA | ALTO |
| QUINDÍO | MONTENEGRO | ALTO |
| TOLIMA | CAJAMARCA | ALTO |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | NIVEL DE RIESGO |
|---------------------|----------------------------|------------------------|
| QUINDÍO | ARMENIA | ALTO |
| TOLIMA | LÍBANO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | CHAGUANÍ | ALTO |
| CUNDINAMARCA | EL COLEGIO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | SOACHA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | ANAPOIMA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | SAN ANTONIO DEL TEQUENDAMA | ALTO |
| QUINDÍO | QUIMBAYA | ALTO |
| QUINDÍO | CIRCASIA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | TENA | ALTO |
| TOLIMA | IBAGUÉ | ALTO |
| TOLIMA | ALVARADO | ALTO |
| QUINDÍO | SALENTO | ALTO |
| TOLIMA | ANZOÁTEGUI | ALTO |
| CUNDINAMARCA | LA MESA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | ALCALÁ | ALTO |
| QUINDÍO | FILANDIA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | TORO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | MOSQUERA | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | ULLOA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | PARATEBUENO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | BOJACÁ | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | ARGELIA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | FUNZA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | ZIPACÓN | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | CARTAGO | ALTO |
| TOLIMA | VENADILLO | ALTO |
| LA GUAJIRA | ALBANIA | ALTO |
| LA GUAJIRA | MAICAO | ALTO |
| TOLIMA | VILLAHERMOSA | ALTO |
| CALDAS | BELALCÁZAR | ALTO |
| CUNDINAMARCA | MADRID | ALTO |
| RISARALDA | DOSQUEBRADAS | ALTO |
| CUNDINAMARCA | FACATATIVÁ | ALTO |
| RISARALDA | PEREIRA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | GUASCA | ALTO |
| RISARALDA | LA VIRGINIA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | EL ROSAL | ALTO |
| TOLIMA | AMBALEMA | ALTO |
| BOLÍVAR | SAN JACINTO | ALTO |
| BOLÍVAR | SAN JUAN NEPOMUCENO | ALTO |
| BOLÍVAR | EL GUAMO | ALTO |
| SUCRE | SAN ONOFRE | ALTO |
| BOLÍVAR | TURBANA | ALTO |
| CALDAS | RIOSUCIO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | MANTA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | VILLETA | ALTO |
| CALDAS | CHINCHINÁ | ALTO |
| CUNDINAMARCA | SUPATÁ | ALTO |
| CALDAS | LA DORADA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | PUERTO SALGAR | ALTO |
| TOLIMA | FRESNO | ALTO |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | NIVEL DE RIESGO |
|---------------------|-------------------------------|------------------------|
| CUNDINAMARCA | PACHO | ALTO |
| CÓRDOBA | MOMIL | ALTO |
| CÓRDOBA | PURÍSIMA | ALTO |
| SUCRE | SINCÉ | ALTO |
| SUCRE | SAN JUAN DE BETULIA (Betulia) | ALTO |
| SUCRE | PALMITO | ALTO |
| SUCRE | SINCELEJO | ALTO |
| CÓRDOBA | SAN ANTERO | ALTO |
| SUCRE | BUENAVISTA | ALTO |
| BOLÍVAR | MAGANGUÉ | ALTO |
| SUCRE | COVEÑAS | ALTO |
| SUCRE | SAN PEDRO | ALTO |
| SUCRE | MORROA | ALTO |
| ANTIOQUIA | MEDELLÍN | ALTO |
| SANTANDER | PINCHOTE | ALTO |
| BOYACÁ | SOATÁ | ALTO |
| ANTIOQUIA | ANZÁ | ALTO |
| SANTANDER | CONFINES | ALTO |
| ANTIOQUIA | EBÉJICO | ALTO |
| ANTIOQUIA | COPACABANA | ALTO |
| ANTIOQUIA | BELLO | ALTO |
| ANTIOQUIA | GIRARDOTA | ALTO |
| BOYACÁ | FIRAVITوبا | ALTO |
| VALLE DEL CAUCA | EL CAIRO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | ALBÁN | ALTO |
| BOYACÁ | GÁMEZA | ALTO |
| ANTIOQUIA | SONSÓN | ALTO |
| CALDAS | MANZANARES | ALTO |
| TOLIMA | MARIQUITA | ALTO |
| TOLIMA | HONDA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | EL PEÑÓN | ALTO |
| CALDAS | MARQUETALIA | ALTO |
| CALDAS | ARANZAZU | ALTO |
| SANTANDER | SAN BENITO | ALTO |
| ANTIOQUIA | LA ESTRELLA | ALTO |
| ANTIOQUIA | SANTUARIO | ALTO |
| ANTIOQUIA | ITAGÜÍ | ALTO |
| BOYACÁ | ALMEIDA | ALTO |
| BOYACÁ | SOMONDOCO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | SASAIMA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | TOCANCIPÁ | ALTO |
| CUNDINAMARCA | SAN FRANCISCO | ALTO |
| RISARALDA | MARSELLA | ALTO |
| RISARALDA | LA CELIA | ALTO |
| CALDAS | VILLAMARIA | ALTO |
| BOYACÁ | SUTATENZA | ALTO |
| RISARALDA | SANTUARIO | ALTO |
| CALDAS | VITERBO | ALTO |
| CALDAS | PALESTINA | ALTO |
| TOLIMA | ARMERO (Guayabal) | ALTO |
| CALDAS | MANIZALES | ALTO |
| TOLIMA | HERVEO | ALTO |
| TOLIMA | FALAN | ALTO |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | NIVEL DE RIESGO |
|---------------------|-----------------------|------------------------|
| CALDAS | RISARALDA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | COGUA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | NIMAIMA | ALTO |
| CASANARE | AGUAZUL | ALTO |
| CALDAS | MARULANDA | ALTO |
| CASANARE | RECETOR | ALTO |
| RISARALDA | GUÁTICA | ALTO |
| RISARALDA | QUINCHÍA | ALTO |
| RISARALDA | PUEBLO RICO | ALTO |
| CALDAS | LA MERCED | ALTO |
| CUNDINAMARCA | GUACHETÁ | ALTO |
| CALDAS | SALAMINA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | FÚQUENE | ALTO |
| BOYACÁ | RONDÓN | ALTO |
| CHOCÓ | CÉRTEGUI | ALTO |
| CALDAS | SUPIA | ALTO |
| BOYACÁ | SORACÁ | ALTO |
| RISARALDA | MISTRATÓ | ALTO |
| BOYACÁ | TÓPAGA | ALTO |
| ANTIOQUIA | TÁMESIS | ALTO |
| BOYACÁ | NOBSA | ALTO |
| ANTIOQUIA | ABEJORRAL | ALTO |
| ANTIOQUIA | MONTEBELLO | ALTO |
| ANTIOQUIA | SANTA BÁRBARA | ALTO |
| BOYACÁ | CERINZA | ALTO |
| BOYACÁ | DUITAMA | ALTO |
| ANTIOQUIA | LA UNIÓN | ALTO |
| ANTIOQUIA | LA CEJA | ALTO |
| SANTANDER | CABRERA | ALTO |
| ANTIOQUIA | AMAGÁ | ALTO |
| ANTIOQUIA | CALDAS | ALTO |
| BOYACÁ | PUERTO BOYACÁ | ALTO |
| ANTIOQUIA | BETULIA | ALTO |
| ANTIOQUIA | SANTA FE DE ANTIOQUIA | ALTO |
| SANTANDER | EL GUACAMAYO | ALTO |
| ANTIOQUIA | PEÑOL | ALTO |
| CHOCÓ | QUIBDÓ | ALTO |
| ANTIOQUIA | GUARNE | ALTO |
| BOYACÁ | BOAVITA | ALTO |
| SANTANDER | CHIMA | ALTO |
| SANTANDER | GIRÓN | ALTO |
| ANTIOQUIA | YARUMAL | ALTO |
| SANTANDER | BARRANCABERMEJA | ALTO |
| SANTANDER | BUCARAMANGA | ALTO |
| NORTE DE SANTANDER | SILOS | ALTO |
| SANTANDER | VALLE DE SAN JOSÉ | ALTO |
| SANTANDER | CHARTA | ALTO |
| NORTE DE SANTANDER | MUTISCUA | ALTO |
| SANTANDER | MATANZA | ALTO |
| NORTE DE SANTANDER | PAMPLONA | ALTO |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | NIVEL DE RIESGO |
|---------------------|-------------------------|------------------------|
| ANTIOQUIA | SAN JERÓNIMO | ALTO |
| ANTIOQUIA | BARBOSA | ALTO |
| ANTIOQUIA | SAN PEDRO | ALTO |
| SANTANDER | SURATÁ | ALTO |
| ANTIOQUIA | CAREPA | ALTO |
| SANTANDER | SAN JOAQUÍN | ALTO |
| CESAR | SAN ALBERTO | ALTO |
| CÓRDOBA | LA APARTADA | ALTO |
| NORTE DE SANTANDER | EL ZULIA | ALTO |
| CÓRDOBA | TIERRALTA | ALTO |
| SANTANDER | MACARAVITA | ALTO |
| ANTIOQUIA | URRAO | ALTO |
| CÓRDOBA | SAHAGÚN | ALTO |
| CÓRDOBA | CIÉNAGA DE ORO | ALTO |
| CÓRDOBA | COTORRA | ALTO |
| CÓRDOBA | CHINÚ | ALTO |
| ARAUCA | PUERTO RONDÓN | ALTO |
| CÓRDOBA | SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO | ALTO |
| CÓRDOBA | TUCHÍN | ALTO |
| NORTE DE SANTANDER | EL CARMEN | ALTO |
| SANTANDER | SAN GIL | ALTO |
| ANTIOQUIA | MACEO | ALTO |
| ANTIOQUIA | ENTRERRIOS | ALTO |
| ATLÁNTICO | SABANAGRANDE | ALTO |
| ATLÁNTICO | BARANOA | ALTO |
| ATLÁNTICO | JUAN DE ACOSTA | ALTO |
| ATLÁNTICO | MALAMBO | ALTO |
| ANTIOQUIA | PUERTO BERRÍO | ALTO |
| CUNDINAMARCA | SUESCA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | CHOCONTÁ | ALTO |
| LA GUAJIRA | EL MOLINO | ALTO |
| CESAR | VALLEDUPAR | ALTO |
| LA GUAJIRA | SAN JUAN DEL CESAR | ALTO |
| MAGDALENA | SANTA MARTA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | COTA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | CHÍA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | SOPÓ | ALTO |
| CUNDINAMARCA | CAJICÁ | ALTO |
| CUNDINAMARCA | TABIO | ALTO |
| META | CASTILLA LA NUEVA | ALTO |
| META | ACACÍAS | ALTO |
| ANTIOQUIA | RETIRO | ALTO |
| ANTIOQUIA | ENVIGADO | ALTO |
| CAQUETÁ | BELÉN DE LOS ANDAQUÍES | ALTO |
| HUILA | ACEVEDO | ALTO |
| BOLÍVAR | MARÍA LA BAJA | ALTO |
| ANTIOQUIA | BELMIRA | ALTO |
| BOLÍVAR | ARJONA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | LA CALERA | ALTO |
| BOGOTÁ, D.C. | BOGOTÁ, D.C. | ALTO |
| ANTIOQUIA | SAN JOSÉ DE LA MONTAÑA | ALTO |

| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | NIVEL DE RIESGO |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|
| ARAUCA | SARAVENA | ALTO |
| ANTIOQUIA | TOLEDO | ALTO |
| ARAUCA | ARAUCA | ALTO |
| SANTANDER | PIEDRECUESTA | ALTO |
| SANTANDER | SANTA BÁRBARA | ALTO |
| SANTANDER | FLORIDABLANCA | ALTO |
| SANTANDER | BETULIA | ALTO |
| SANTANDER | CALIFORNIA | ALTO |
| SANTANDER | SABANA DE TORRES | ALTO |
| SANTANDER | RIONEGRO | ALTO |
| ANTIOQUIA | APARTADÓ | ALTO |
| ANTIOQUIA | CAUCASIA | ALTO |
| CESAR | SAN MARTÍN | ALTO |
| CESAR | GONZÁLEZ | ALTO |
| SUCRE | SAN MARCOS | ALTO |
| SUCRE | LA UNIÓN | ALTO |
| CÓRDOBA | MONTERÍA | ALTO |
| CÓRDOBA | CERETÉ | ALTO |
| SUCRE | COROZAL | ALTO |
| BOLÍVAR | VILLANUEVA | ALTO |
| BOLÍVAR | SANTA ROSA | ALTO |
| LA GUAJIRA | VILLANUEVA | ALTO |
| BOLÍVAR | CARTAGENA DE INDIAS | ALTO |
| ATLÁNTICO | SABANALARGA | ALTO |
| ATLÁNTICO | PALMAR DE VARELA | ALTO |
| ATLÁNTICO | POLONUEVO | ALTO |
| ATLÁNTICO | SOLEDAD | ALTO |
| ATLÁNTICO | GALAPA | ALTO |
| ATLÁNTICO | PUERTO COLOMBIA | ALTO |
| ATLÁNTICO | BARRANQUILLA | ALTO |
| MAGDALENA | CIÉNAGA | ALTO |
| BOYACÁ | GACHANTIVÁ | ALTO |
| NORTE DE SANTANDER | CÚCUTA | ALTO |
| CUNDINAMARCA | GIRARDOT | ALTO |
| CUNDINAMARCA | AGUA DE DIOS | ALTO |
| CUNDINAMARCA | TOCAIMA | ALTO |
| AMAZONAS | TARAPACÁ (Cor. Departamental) | ALTO |
| PUTUMAYO | SAN MIGUEL (La Dorada) | ALTO |
| PUTUMAYO | VALLE DEL GUAMUEZ (La Hormiga) | ALTO |
| PUTUMAYO | PUERTO ASÍS | ALTO |
| PUTUMAYO | PUERTO LEGUÍZAMO | ALTO |
| NARIÑO | IPIALES | ALTO |
| BOYACÁ | IZA | ALTO |
| BOYACÁ | SOGAMOSO | ALTO |