

**PROPUESTA PARA LA CONSTRUCCION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO
DE UNA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A CONDUCTAS ADICTIVAS EN
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE
LA CIUDAD DE NEIVA**

SEX

**ASTRID LILIANA MUÑOZ AÑAZCO
EDGAR MUÑOZ TORRES
JOSE MANUEL CORDOBA TRUJILLO
WILLIAN REINEL MEJIA SALAZAR**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y DE
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA – HUILA
2008**

**PROPUESTA PARA LA CONSTRUCCION Y PUESTA EN FUNCIONAMIENTO
DE UNA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A CONDUCTAS ADICTIVAS EN
EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE
LA CIUDAD DE NEIVA**

**ASTRID LILIANA MUÑOZ AÑAZCO
EDGAR MUÑOZ TORRES
JOSE MANUEL CORDOBA TRUJILLO
WILLIAN REINEL MEJIA SALAZAR**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al titulo de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y de Seguridad Social**

**Asesor
GERMÁN ROMERO
Profesor Especialización en Gerencia
de Servicios de Salud y Seguridad Social**



**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y DE
SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA – HUILA
2008**

Nota de aceptación

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Noviembre de 2008

DEDICATORIA

*A nuestros padres quienes con su esfuerzo y dedicación nos han permitido
avanzar en el camino del saber.*

*Astrid Liliana
Edgar
Jose Manuel
William Reinel*

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A Pedro Reyes Gaspar, Coordinador de la Especialización de Gerencia En Servicios de Salud y Seguridad Social, por su saber y su acompañamiento durante la realización de este trabajo.

A Germán Romero, Asesor de Proyectos, quien con sus conocimientos nos permitió avanzar y finalizar el presente proyecto

A nuestros padres quienes han sido apoyo constante e incondicional en todas las etapas de nuestras vidas.

Agradecemos a todas las personas quienes de una u otra forma nos colaboraron en la realización del presente trabajo

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. ANTECEDENTES	27
4. OBJETIVOS	29
4.1 OBJETIVO GENERAL	29
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	29
5. MARCO REFERENCIAL	31
5.1 MARCO TEORICO	31
5.1.1 Conceptos básicos	31
5.1.2 Clasificación de las sustancias psicoactivas	35
5.2 MARCO LEGAL	36
6. UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A CONDUCTAS ADICTIVAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	39
6.1 MISION	39

	pág.
6.2 VISION	39
6.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS	39
6.4 PRINCIPIOS	40
6.5 VALORES	40
6.5.1 Respeto	40
6.5.2 Vocación de Servicio	40
6.5.3 Honestidad	41
6.5.4 Transparencia	41
6.6 POLÍTICAS	41
6.6.1 Calidad	41
6.6.2 Seguridad	41
6.6.3 Gestión Financiera	41
6.6.4 Gestión del Talento Humano	42
6.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	42
6.7.1 Área de coordinación general	42
6.7.2 Área asistencial	43
6.7.3 Comprende la definición de políticas institucionales de atención	43
6.7.4 Área administrativa	45

		pág.
6.8	MODELO DE INTERVENCION EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A CONDUCTAS ADICTIVAS	48
7.	ESTIMATIVO DE COSTOS DE LA PREINVERSION E INVERSION UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE CONDUCTAS PSICOACTIVAS	60
8.	PRESUPEUSTO DE COSTOS PARA LA OPERATIVIDAD Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A CONDUCTAS ADICTIVAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO	61
8.1	COSTOS DE PERSONAL	61
8.1.1	Personal Asistencial	61
8.1.2	Personal Administrativo	62
8.2	GASTOS GENERALES	62
9.	CONCLUSIONES	63
10.	RECOMENDACIONES	65
	BIBLIOGRAFÍA	66
	ANEXOS	67

LISTA DE FIGURAS

pág.

Figura 1. Organigrama unidad de atención integral a conductas adictivas Hospital Universitario Hernando Monacaleano Perdomo

47

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Estimativo costos de preinversión e inversión de la UAICA Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo	68
Cuadro 2. Estimativo de costos para la operatividad y funcionamiento unidad de atención integral de conductas adictivas	69
Cuadro 3. Estimativo de costos para la operatividad y funcionamiento Unidad de Atención Integral de conductas adictivas Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo	70

LISTA DE ANEXOS

pág.

Anexo A. Costo de la Preinversión	68
Anexo B. Estimativo de Costos de Funcionamiento	69
Anexo C. Estimativo de Gastos Generales de Funcionamiento	70
Anexo D. Plano de la Unidad de Atención Integral	71

RESUMEN

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA), es un fenómeno a nivel mundial, que afecta a personas de los distintos estratos socioeconómicos tanto de manera directa como indirecta, generando impacto negativo en el individuo, en la familia y en la sociedad. Colombia en su condición de país productor, como es de esperarse, no es ajeno a este problema, la presencia de algunos factores de riesgo propios de las condiciones sociopolíticas que se viven en el país han permitido que miles de compatriotas caigan en el consumo de SPA. Sin embargo, la política gubernamental, si bien a realizado ingentes esfuerzos por combatir la oferta de SPA, no ha dedicado el cuidado suficiente a combatir la demanda. Recientemente se ha iniciado la formulación de una “Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto”, pero aún falta mucho por hacer para ofrecer adecuadas respuestas a este fenómeno. En nuestro departamento, Huila, no contamos con un centro especializado en atención a personas con adicciones a SPA, razón por la cual hemos formulado una propuesta para la construcción y puesta en funcionamiento de una Unidad de Atención Integral a Conductas Adictivas UAICA que haga parte del Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.

Palabras claves: UAICA, Sustancias Psicoactivas (SPA), Consumo, Adicciones.

SUMMARY

Consumption of psychoactive substances (PAS) is a phenomenon at world-wide level, which affects people of the different socioeconomic layers as from direct way as indirect, generating negative impact in the individual, the family and the society. Colombia as producer country has this problem - as it is to be expected-, the presences of some risk's factors, inherent at the social- policy conditions that are lived in this country have caused that thousands of compatriots fall in the PAS consumption. Nevertheless, the governmental policy, although to made enormous efforts to fight the PAS supply, has not dedicated the care sufficient to fight the PAS demand. Recently the formulation of a "National Policy for the Reduction of Consume de Psychoactive Substances and its Impact" has begun, but still lack to make much to offer suitable answers to this phenomenon. In our department – Huila- we did not have a specialized center by attention to people with addictions to PAS, this is a reason for which we have elaborated a plan by the construction and put into operation of a Unit of Integral Attention to Addictive Conducts (UAICA by its initials in Spanish) as part of the Hernando Moncaleano Perdomo Hospital in the city of Neiva.

Key words: UAICA, Psychoactive Substances (PAS), Consumption, Addictions.



INTRODUCCION

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) por parte de seres humanos es una triste realidad y un gran problema de índole social que afecta a todas las naciones del mundo sin importar el nivel de desarrollo alcanzado por los diferentes conglomerados humanos asentados en la extensa geografía mundial. Este hecho es más evidente aun si se tiene en cuenta que el índice de consumo de SPA, que se presentó en sociedades como la sueca hace 20 o 30 años o la norteamericana, actualmente, las cuales alcanzan, al lado de otras naciones los mayores niveles de desarrollo y los más altos índices de bienestar para su población. Pareciera ser que la condición humana actual y de siempre es proclive al despliegue de conductas nocivas para si mismo. En consecuencia, desde todo punto de vista, un análisis sobre este fenómeno –consumo de SPA- que se lleve a cabo desde una óptica que tenga únicamente aspectos económicos o niveles de desarrollo alcanzados por los seres humanos en particular y por las sociedades en general, deja de lado el verdadero trasfondo que subyace a estos comportamientos.

Sin embargo, sin entrar a analizar las causas por las cuales algunos seres humanos consumen SPA, el punto concreto es que lo hacen, constituyéndose este hecho en una problemática social que requiere adecuadas respuestas institucionales y sociales.

En Colombia la política antidrogas ha hecho un mayor énfasis en controlar y erradicar la producción y el trafico de narcóticos al punto que el consumo de SPA no ha sido tratado con el cuidado que este requiere y la mayoría de las escasas acciones gubernamentales adelantadas en este sentido, se han dirigido a la prevención del consumo de SPA. El departamento del Huila no ha sido la excepción, y por el contrario presenta un escaso desarrollo al respecto, en



comparación con otros departamentos del país, los cuales ya han implementado otro tipo de acciones.

Las adicciones que presenta un buen número de personas en el departamento del Huila, ya traspasaron el umbral de la mera prevención y requieren de la posibilidad de acceder a la fase curativa, en la cual el tratamiento, la rehabilitación y la resocialización, permitirán que nuestra sociedad no pierda de manera definitiva a importantes seres humanos.

El Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, como única institución de carácter público de Alta Complejidad en el departamento, debe dar el primer paso en este proceso, por lo cual es fundamental que cuente con una Unidad Especializada para la Atención de Conductas Adictivas.

El presente proyecto tiene como finalidad formular una propuesta para la creación de una unidad de Atención Integral a Conductas Adictivas (UAICA) en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo la ciudad de Neiva (Huila), como una respuesta institucional adecuada a la grave problemática de consumo de sustancias adictivas en el departamento del Huila.



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El consumo de sustancias adictivas es un mal que afecta a la sociedad a nivel mundial. Como es lógico pensar, Colombia no es ajena a esta problemática, y antes al contrario, como uno de los principales productores de narcóticos en el mundo, su población está mas expuesta a incurrir en estos comportamientos, con las nefastas consecuencias que a nivel social, familiar y personal se derivan de este tipo de conductas; sin embargo, la política gubernamental no se ha centrado en combatir los efectos nocivos que este tipo de sustancias producen en los seres humanos; no obstante, haberse realizado algunos esfuerzos en este sentido, la mayoría de los cuales se agotan en acciones de prevención contra el consumo; dejando de lado el alto número de personas que ya es consumidor de estas sustancias, personas que requieren que su problema de adicción sea debidamente tratado, para que de esta manera puedan salir del estado de dependencia toxica en el que se encuentran.

En este sentido, la oferta institucional de este tipo de servicios en el departamento del Huila es casi nula, razón por la cual el acceso a esta clase de tratamientos para los pacientes farmacodependientes se ve limitado en la medida de sus posibilidades económicas, de tal suerte que quienes no cuentan con recursos financieros para sufragar los costosos tratamientos fuera del departamento, o no cuentan con la suerte de ingresar a las escasas instituciones privadas existentes, se ven irremediabilmente condenados a no superar su estado de adicción.

De esta manera se observa que el problema aquí planteado radica básicamente en el hecho cierto de no existir en el departamento del Huila una institución especializada para la atención integral de conductas adictivas lo que trae como consecuencia el hecho de que la mayoría de pacientes que caen bajo el influjo de



las drogas, difícilmente se puedan curar, todo lo cual se convierte en una amenaza para la población del departamento y de la región, pues a la vez que queda expuesta a los riesgos de incurrir en este tipo de conductas, también lo queda frente a las personas que presentan un avanzado estado de adicción y sus inesperadas e impredecibles reacciones, ruptura de hogares, menores abandonados, miseria, hambre y muerte.

Altamente preocupante es el hecho de que a pesar de lo nocivo que es tanto a nivel individual para la salud de quien es víctima de adicciones, como a nivel familiar y social para todos los que se interrelacionan con aquel, existe un alto número de casos no detectados institucionalmente, gracias en buena parte a la complicidad de familiares y amigos de quien es consumidor de sustancias psicoactivas, tendencia esta que propicia un ambiente adecuado para que quien inicia en el consumo agudice su adicción.

El problema que se advierte, tiene ocurrencia en todo el departamento del Huila, la región del sur Colombiano y del país, sin distinguir clases ni estratos sociales, no obstante ser más agudo este problema en los estratos sociales más bajos. Se advierte, sin lugar a dudas, la necesidad de que el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva, contribuya de manera importante a la solución de este déficit de oferta institucional, por lo cual se plantea la creación y funcionamiento de la Unidad de Atención Integral a personas con conductas adictivas, para lo cual se propone la realización de la propuesta en los siguientes términos:

EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE LA CIUDAD DE NEIVA (HUILA) EXISTE LA NECESIDAD DE CREAR UNA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A CONDUCTAS ADICTIVAS, TENIENDO EN CUENTA EL ALTO INDICE DE ESTE TIPO DE PACIENTES EN EL DEPARTAMENTO HUILA.



2. JUSTIFICACION

La adicción a las drogas y sustancias psicoactivas pareciera obtener siempre el beneplácito de los estados en todas las latitudes, pues en un mundo globalizado, donde los mismos están catalogados como de primer, segundo y tercer mundo, cada uno participa para que este fenómeno mundial se recrudezca cada día más; es común observar como los países productores de este tipo de sustancias son aquellos que se encuentran en un proceso de desarrollo y sus comunidades encuentran en este oficio la mejor forma de obtener los ingresos diarios para el sostenimiento de sus familias, dejando en entredicho la pobre capacidad de los gobiernos para solucionar tan grave situación. Por otra parte los países catalogados del primer mundo son los principales consumidores de este tipo de sustancias ilícitas que tanto daño causan a sus sociedades. A pesar de lo anteriormente mencionado el consumo de sustancias psicoactivas no está destinado solamente a los países desarrollados, pues es común observar como países del área africana y latinoamericana en vías de desarrollo no solo producen las sustancias sino que sus poblaciones están acrecentando cada día más el consumo, principalmente observándose en la población entre 15 y 45 años.

Las legislaciones de los países poco contribuyen a minimizar el problema mundial de la drogadicción, pues queda el interrogante de que por un lado existen las instituciones en diferentes países que luchan contra este fenómeno, y por otro lado se encuentran en otros países situaciones como despenalización al consumo con políticas como la aprobación de la dosis personal, lo que lleva a que se incremente la producción mundial, ya que si existe una elevada demanda por un alto consumo, automáticamente se incrementará la oferta.

Colombia no es ajeno a este problema, pues lastimosamente es uno de los principales productores y exportadores mundiales de sustancias psicoactivas, lo



que ha convertido a este país en blanco de rechazos, críticas y estigmatizaciones de sus ciudadanos en cualquier sitio del planeta; A pesar de esto los últimos gobiernos con sus políticas de erradicación ha logrado aminorar la producción, pero no es suficiente para declararse libre de ello. Igualmente el departamento del Huila es una región bastante afectada por este fenómeno, pues aunque no es un departamento productor su cercanía con regiones que si lo son como el Caquetá, Putumayo y Nariño, hacen que su población joven se vea involucrada fácil y tempranamente en el consumo de este tipo de sustancias.

Este fenómeno mundial no es solo un problema social, día a día se convierte en una situación que afecta las finanzas de los países pues el ingreso per capita y la producción de bienes y servicios en las comunidades se ven afectados teniendo en cuenta que la principal población blanco de este problema es la población económicamente activa y en edad de trabajar. Aunado a lo anterior grandes sumas de dinero de los presupuestos de los estados son destinados a campañas dirigidas al no consumo y a la creación de centros encargadas de brindar a la población con diagnósticos de adicción a las drogas, servicios integrales de salud a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social e integración sociolaboral.

Los diferentes gobiernos latinoamericanos han desarrollado estudios para poder contar con información más real sobre patrones de consumo e inicio de los mismos. El consumo de drogas que afecta a la salud de la población colombiana y que tiene serias repercusiones sociales, persiste como problema complejo y multicausal. La gravedad de las repercusiones sociales, la complejidad de su naturaleza y las limitaciones en los recursos destinados a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la drogadicción impone la necesidad de una atención integral que pueda estar basada en un diagnóstico de su prevalencia y evolución, como fundamento de las propuestas de intervención.



Los esfuerzos por afrontar este problema, realizado por diferentes sectores interesados, intentan reducir el abuso y consumo de drogas, especialmente en los menores de edad, no sólo por los serios daños que causan a la salud física y mental, sino porque se sabe también que quienes las usan, enfrentan un mayor riesgo de conductas vinculadas con la violencia en muchas de sus manifestaciones.

En nuestro país el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad De Harvard y la Fundación FES-Social, durante los años 2003 - 2004 desarrollo el *Estudio Nacional de Salud Mental - Colombia 2003* y una propuesta de *Lineamientos de Política de Salud Mental para Colombia*. Nuestro país llevó a cabo un estudio de prevalencia en una muestra probabilística de 4.544 adultos entre 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del País. Dentro de los datos más relevantes encontramos que la edad de inicio de trastornos por uso de sustancias tiene unas medianas de Abuso de alcohol 23 años, dependencia al alcohol de 21 años, abuso de drogas de 20 años, dependencia a las drogas de 19 años y dependencia a la nicotina de 27 años.

En este mismo estudio aparecen las prevalencias de trastornos por uso de sustancias alguna vez en la vida con abuso del alcohol 13,2 % para los hombres y 1,6 % para las mujeres, para dependencia al alcohol 4,7% para los hombres y 0,3% para las mujeres, abuso de drogas 2,1% para los hombres y 0,1% para las mujeres, dependencia de drogas 1,2% para los hombres y 0,2% para las mujeres, dependencia de nicotina 2,9% para los hombres y 0,5% para las mujeres y cualquier trastorno por uso de sustancias 20,8% para los hombres y 2,6% para las mujeres. En general la prevalencia de uso de cualquier sustancia alguna vez



en la vida está en el 11,8% para la zona central del país, donde se encuentra ubicado el departamento del Huila. En el Salvador se realizó un Estudio Nacional de Prevalencia del Consumo de Sustancias Psicoactivas, dando cifras de prevalencia de consumo de alcohol de alguna vez en la vida del 58%, de tabaco del 43%, de fármacos legales del 22% y de drogas ilegales del 16 %.

En la unidad de toxicomanías del Hospital del Mar de Barcelona, centro de referencia del norte de España para el tratamiento de la farmacodependencia, se realizó un estudio publicado en el 2005 donde confirma la hipótesis de que existe una gran comorbilidad psiquiátrica con enfermedades como el SIDA y la Hepatitis C, en la población consumidora de sustancias psicoactivas. Adicionalmente se demostró la gravedad psicosocial de esta asociación principalmente en consumidores menores de 18 años. Se estudiaron de forma prospectiva 2883 pacientes ingresados en la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación entre enero de 1984 y enero del 2004, comparando la evolución de los pacientes que iniciaron el consumo de sustancias ilegales antes de los 18 años, con los que lo iniciaron a edades posteriores a nivel de tipo de consumo de sustancias, comorbilidad psiquiátrica, complicaciones orgánicas, deterioro psicosocial y en la funcionalidad global y variables de evolución del ingreso, concluyendo que los pacientes de inicio precoz presentaron más uso de opiáceos, cannabis e hipnosedantes y mayor comorbilidad con trastornos graves de la personalidad como el Límite y el Antisocial; también presentaban más infecciones por el virus del SIDA y la Hepatitis C, mayor número de sobredosis referidas, más detenciones, e ingresos penitenciarios, mayor tasa de desocupación y mayor perturbación en las escalas de funcionamiento global en relación a los sujetos que iniciaron consumos posteriores a los 18 años de edad.

La sociedad cada vez más se está haciendo consciente del grave problema que esta situación de consumo de sustancias genera. En la edición del periódico El Espectador, diario de circulación nacional, en su edición del 16 de julio del año



2008 da a conocer los datos de la Organización de las Naciones Unidas donde se advierte el aumento del consumo de sustancias psicoactivas y en especial en América latina. Señaló que en Colombia y Afganistán se registró durante el último año un aumento en la producción de amapola y cocaína, y encontró que ahora el negocio del narcotráfico está en manos de las organizaciones insurgentes. Éstas son sólo algunas de las conclusiones del Informe Mundial sobre las Drogas 2008, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). “Los grandes aumentos registrados últimamente en la oferta de estupefacientes procedentes de Afganistán y de Colombia pueden hacer que suban las tasas de drogadicción por la caída de los precios y la mayor pureza de las dosis”, explicó el director de la ONUDD, el italiano Antonio María Costa, en un comunicado difundido en Viena. El estudio vincula directamente el opio y la coca con milicianos en Afganistán, revolucionarios armados en Colombia y grupos étnicos insurgentes en Mianmar.

En Colombia, donde las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia libran una lucha insurgente desde hace décadas, la producción de coca aumentó el 27% el año pasado, señaló el informe. La mayor parte de la droga provino de regiones controladas por los insurgentes, al igual que en Afganistán, precisó Costa. La participación de estos grupos narcoterroristas preocupa porque sus ganancias las usan para sobornar a diferentes entes estatales y continuar financiando actividades terroristas. Las Naciones Unidas alertaron sobre un incremento en el consumo de drogas en América Latina, de forma especial la cocaína, la marihuana y los estupefacientes como el éxtasis. El informe determinó que en el sur de Asia se impone un nuevo desafío: el cultivo de opio aumentó en 2007, revirtiendo seis años de declinaciones consecutivas. En Mianmar (Birmania) aumentó el 29%.

La Oficina de la Naciones unidas para el control de las sustancias psicoactivas en su informe del 2001 reveló que la prevalencia anual del consumo de drogas a nivel global era de 162,8 millones de personas para el cannabis, 34,3 millones para las



anfetaminas, 7,7 millones para el éxtasis, 14,1 millones para la cocaína, 14,9 millones para la opiáceos y 9,5 millones para la heroína, con un gran total de 200 millones de personas a nivel mundial.

Los patrones de consumo en los adolescentes han ido cambiando, dándose la modalidad de múltiples consumos en una misma noche sin importar la calidad ni cantidad de drogas consumidas, así un joven durante una fiesta en las discotecas del país puede consumir simultáneamente alcohol, cocaína, cannabis, éxtasis e hipnóticos, con un mayor potencial de sobredosis y complicaciones físicas.

En Colombia se llevaron a cabo dos estudios nacionales de consumo en 1992 y 1996 y una encuesta nacional de jóvenes escolarizados entre 10 y 24 años, además del Estudio Nacional de Salud ya mencionado. En el estudio de 1996 se encontró una prevalencia de uso de sustancias psicoactivas ilícitas del 6,5% frente a un 5,9% en 1992. Con una cifra impactante, 1.674.510 colombianos han consumido alguna vez bazuco, marihuana u opiáceos. Con una estimación de consumidores nuevos de drogas ilegales de 111.453 personas cada año, en su mayoría en edades comprendidas entre los 12 y 17 años y concentrados principalmente en los mayores centros urbanos. Por último el consumo de alcohol durante el último estudio del año 1996 fue de 59,8%, principalmente en personas entre 15 y 44 años, con nivel de instrucción universitario y que se encontraban trabajando.

Entrando al tema de la rehabilitación hay datos interesantes en la literatura que nos dan una idea de la necesidad de un tratamiento integral a los consumidores de sustancias psicoactivas. Una primera aproximación a su justificación apareció publicada en la Revista panamericana de salud Pública (volumen 2 N° 4 Washington 1997). Con el título Consecuencias conductuales del tratamiento de la farmacodependencia en presidiarios, reportaron como el tratamiento



intracarcelario de presidiarios farmacodependientes, en combinación con seguimiento después de su salida de la cárcel, reduce en un 57% la probabilidad de arresto posterior y en un 37% la probabilidad de que vuelvan a consumir drogas. A esta conclusión llegaron los autores de un estudio de 18 meses de duración, efectuado en Delaware, Estados Unidos de América, en 448 presidiarios de ambos sexos y publicado hace poco en la *Journal of Drug Issues*. Para hacer el estudio se aplicó un modelo terapéutico comunitario en tres fases orientado hacia la reintegración social y la modificación de la conducta delictiva. La primera fase del tratamiento tuvo lugar dentro de la cárcel; la segunda durante la etapa de rehabilitación laboral y la tercera después de la liberación completa.

Según los resultados, al cabo de 18 meses de seguimiento 77% de los individuos sometidos a las tres fases del tratamiento no habían sido arrestados de nuevo y 47% no habían vuelto a consumir drogas. De los que solo recibieron tratamiento durante su rehabilitación laboral y después de salir de la cárcel, 57% no habían sido arrestados y 31% no habían usado drogas. De los individuos que no fueron tratados, solo 46% seguían libres y 16% no habían usado drogas nuevamente. Estos datos son de suma importancia para los formuladores de políticas, los prisioneros y sus familias, y el público en general, puesto que demuestran que el tratamiento intracarcelario de presos drogadictos, seguido de un tratamiento inmediato de refuerzo tras la puesta en libertad, redundará en una mayor seguridad para el público y aminora la carga de los servicios de salud. Los investigadores responsables del presente estudio observarán de nuevo a los individuos estudiados a los 42 y 54 meses de su salida de la cárcel. (National Institutes of Health. Later criminal behavior and drug use dramatically reduced by drug treatment beginning in prison. Comunicado de prensa, 18 de julio de 1997).

En cuanto a tratamientos y estrategias de rehabilitación el Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia presentó un informe técnico 873 donde hacen un



examen crítico de los tratamientos actualmente disponibles para combatir los trastornos causados por el consumo perjudicial de alcohol, tabaco, opioides y otras sustancias psicoactivas. Señalando la necesidad de basar las decisiones relativas al tratamiento en pruebas científicas firmes, el informe se basa en considerables investigaciones recientes sobre la eficacia de una amplia variedad de tratamientos, inclusive de varios instrumentos farmacológicos nuevos y prometedores. También se evalúan críticamente los resultados de estudios bien diseñados sobre tratamientos convencionales. El informe examina los últimos adelantos técnicos relativos al tratamiento de la farmacodependencia con el propósito de ayudar a las instancias normativas a seleccionar intervenciones de conocida eficacia y aprovechar bien los recursos. La primera sección, la más extensa, sobre aspectos de tratamiento, examina los objetivos del tratamiento, inclusive la reducción al mínimo de los daños como una meta intermedia, y expone una panorámica amplia de las estrategias de intervención para combatir siete afecciones generales relacionadas con el consumo de fármacos psicoactivos.

El examen de los resultados de varias evaluaciones importantes de la eficacia y la eficiencia de determinados tratamientos tiene un valor práctico especial. Estos tratamientos van desde el uso de productos de sustitución nicotínica para abandonar el hábito de fumar, pasando por el tratamiento de mantenimiento con metadona como una forma de sustitución opioide, hasta intervenciones psicosociales y la utilización de establecimientos residenciales especializados y comunidades terapéuticas. El informe también aborda la considerable controversia en torno de la función de mantenimiento con heroína y otras formas de mantenimiento opioide inyectable para tratar a los consumidores de opio. En cuanto al tema de la abstinencia forzada, el informe presenta datos sobre tasas de recaída sumamente altas después de la aplicación de este método. Con estos antecedentes, el informe examina los elementos que requiere un sistema nacional eficaz encaminado a reducir los efectos nocivos para la salud, resultantes del



consumo de sustancias psicoactivas. Señalando que dicho sistema debe hacer uso de los recursos generales para la salud y los problemas sociales, el informe asesora sobre la estructura de los servicios, la evaluación de las necesidades de tratamiento, los factores que influyen en el acceso al tratamiento y a la rehabilitación, y el caso especial del tratamiento y de la rehabilitación en las cárceles.

Son pocos los departamentos de este país que cuentan con este tipo de centros, los registros nacionales muestran que solo algunos han habilitado este tipo de instituciones, observándose en algunas regiones funcionamientos inadecuados de dichas unidades por múltiples razones, dentro de ellas la falta de voluntad política y la falta de adopción de verdaderas políticas públicas orientadas a combatir este flagelo.

El Hospital Universitario de la ciudad de Neiva, diariamente atiende pacientes en avanzado estado de descompensación clínica como consecuencia del consumo de sustancias adictivas, con limitaciones para brindar un tratamiento integral para la reincorporación de estas personas a la sociedad.

Por todo lo anterior es indispensable que el Hospital Universitario, como institución de mayor complejidad en salud en el Departamento del Huila, cuente con una unidad de Atención Integral de conductas adictivas para la atención de pacientes no solo de Neiva y el Huila sino de todo sur del País.



3. ANTECEDENTES

- TORRES DE GALVIS, Yolanda Et.al y colaboradores- estudio nacional de salud mental. Se encontró programas de prevalencia para el consumo de alcohol del 55 %, para el cigarrillo del 32.5% y del 13.5% para otras sustancias. Los grupos mas afectados son los comprendidos entre los 13 y 20 años con un 66% de los casos; grupo de 21 a 30 años con el 24% y de 8 a 12 años con 10%, los hombres aportaron el 84% de los casos.
- CORAL, Ivonne Tatiana y otros- proyecto de prevención integral de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, Palermo año 2000.
- LEMUS BUSTAMANTE, Lucia- Adicción a las drogas y su relación con la tipología y grado de funcionalidad familiar. Se concluye que el 84% de la población objeto de estudio conoce entre 1 y 6 personas consumidoras de SPA, diferentes al alcohol; que la sustancia mas utilizada es el alcohol con un 74%, seguida de la marihuana con el 32% y el basuco con el 26% de las familias y sólo en el 26% de las mismas no hubo problemas de adicción, no obstante que el estudio no se refirió al consumo de cigarrillo. Igualmente se encontró que el alcohol se comenzó a utilizar antes de los 18 años en el 83% de los casos, en compañía o permisividad de padres o familiares cercanos.
- LEMUS BUSTAMANTE, Lucia- La Fármacodependencia en la Universidad Surcolombiana "VESPA Universitario" Neiva 2000. Conclusiones: el consumo de alcohol y cigarrillo es muy elevado entre la población de estudiantes de la Universidad Surcolombiana. La alta prevalencia del consumo de alcohol (88%) muestra como ésta sustancia socialmente aceptada es la que mas problemas esta causando entre la población estudiantil. Alrededor del 10% de la población objeto



de estudio, presentó problemas de consumo de Sustancias Psicoactivas diferentes al alcohol y al cigarrillo, lo cual se puede interpretar como un problema importante que requiere soluciones inmediatas. La marihuana es la sustancia de mayor consumo entre los estudiantes de la Universidad Sur colombiana.

Es importante aclarar que la mayor parte de los antecedentes encontrados hacen parte de trabajos investigativos realizados hace varios años, y por lo mismo desactualizados en su gran mayoría, lo cual en buena parte es un reflejo de la escasa atención que se le ha dado a nivel académico, como también a sido escaso el interés a nivel gubernamental para con el tema del consumo de sustancias adictivas.

Igualmente es pertinente resaltar el hecho de que en los antecedentes encontrados a nivel del departamento del Huila, no se encontraron propuestas encaminadas a la creación de unidades o centros especializados en la atención a personas con adicción a Sustancias Psicoactivas, lo cual pone de presente la importancia y sobre todo la urgencia de la creación de una unidad para la atención de personas con este tipo de conductas.



4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Formular una propuesta para la creación y puesta en funcionamiento de una Unidad de Atención Integral a Conductas Adictivas en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva (Huila).

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la situación actual de la población con conductas adictivas, y las respuestas institucionales a dicho problema.
- Identificar las políticas y lineamientos nacionales dirigidos a la disminución del consumo de sustancias psicoactivas.
- Elaborar las plataformas jurídico-normativa, estratégica, organizacional y de recursos de la Unidad de Atención Integral a Conductas Adictivas del Hospital Universitario de la Ciudad de Neiva.
- Diseñar los planos de planta física, conforme a las normas técnicas de habilitación del sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención en salud y determinar el costo aproximado para la construcción y dotación de la Unidad de Atención Integral a Conductas Adictivas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva.



- Determinar el presupuesto anual para el funcionamiento de la Unidad de Atención Integral a Conductas Adictivas del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la Ciudad de Neiva.



5. MARCO REFERENCIAL

5.1 MARCO TEORICO

5.1.1 Conceptos básicos. UAICAS: Son las Unidades de Atención Integral a Conductas Adictivas, encargadas de brindar a la población con diagnósticos de adicción a las drogas, servicios integrales de salud a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social e integración sociolaboral. La acreditación de los servicios ofrecidos por estas, es expedida por la Secretaría de Salud Municipal, Distrital o Departamental.

Están conformadas por equipos terapéuticos integrados por profesionales con formación y experiencia en lo referente a la comprensión e intervención frente al consumo de sustancias psicoactivas (Médico, Psiquiatra, Psicólogo, pedagogo reeducador, Trabajador Social, y auxiliares de enfermería.)

CAD: Centro de Atención a la Drogadicción.

- **Psicoactivo:** Desde el punto de vista de la ciencia, fármaco o droga es toda sustancia química de origen natural o sintético que afecta las funciones de los organismos vivos. Los fármacos que afectan específicamente las funciones del Sistema Nervioso Central (SNC), compuesto por el cerebro y la médula espinal, se denominan psicoactivos. Estas sustancias son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones, por ejemplo. Los mismos psicoactivos pueden resultar benéficos o dañinos, terapéuticos o tóxicos, según quien, cuando, cuanto, cómo y con qué fin los consuma
- **Droga:** Es toda sustancia psicoactiva capaz de producir alteraciones del comportamiento, del estado de ánimo o de las percepciones sensoriales y que



puede generar abuso o adicción. La Organización Mundial de la Salud define una droga como una sustancia (química o natural) que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa), es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, capaz de cambiar el comportamiento de la persona.

- **Uso:** Es el consumo de sustancias psicoactivas que no acarrea ni complicaciones somáticas, ni daño (complicación nociva para los otros). No está considerado como una problemática patológica.
- **Uso nocivo o abuso:** El uso nocivo o abuso es caracterizado por un consumo repetido que induce a daños en las esferas somáticas, afectivas, psicológicas o sociales, sea para el sujeto mismo, sea para su entorno próximo o distante, o para la sociedad. Se habla de uso nocivo cuando el producto es consumido en situaciones que pueden tornarse peligrosa (ej: conducción automovilística). Impacta sobre las relaciones sociales, familiares, dificultad a nivel de la vida socio-profesional. Pone en peligro la salud y el equilibrio de otro (ej: mujer embarazada). Incapacidad para no sobrepasarse en el uso del producto durante varios días, descartándose la tolerancia, la abstinencia y el patrón de uso compulsivo. El abuso de drogas se produce cuando hay un consumo en grandes cantidades y circunstancias que se desvían de las pautas sociales o médicas aceptadas en la cultura determinada.
- **Dependencia:** La dependencia puede definirse como la incapacidad de abstenerse a consumir bajo pena de sufrimiento físico y/o psíquico. Cuando el consumo de la sustancia se hace cada vez más regular, con el fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por su privación, estamos hablando de drogodependencia.



La dependencia psíquica es la compulsión a tomar una sustancia determinada para obtener la vivencia de efectos agradables y placenteros o evitar malestar.

La dependencia física es un estado de adaptación del organismo producido por la administración repetida de una sustancia. Se manifiesta por la aparición de trastornos físicos, más o menos intensos cuando se interrumpe la administración de la misma.

- **El síndrome de abstinencia:** Es la respuesta física de un organismo, tras haber una dependencia física, ante la retirada abrupta del suministro de ciertos fármacos. Aparecen todo un conjunto de signos y síntomas de carácter físico y psíquico, cuya intensidad y curso temporal van a depender del tipo de droga y otros factores como frecuencia, cantidad y antigüedad del consumo. Traduce un estado de adaptación biológica a los tóxicos que se manifiesta por la aparición de trastornos somáticos intensos, dolorosos, cuando el consumidor se encuentra en estado de carencia o falta: temblores, taquicardia, hipertensión, insomnio, sudores, crisis convulsivas, calambres. Está presente en la toxicomanía a los opiáceos, el tabaco, el alcohol, los medicamentos psicoactivos. Esos síntomas pueden acompañarse de trastornos del comportamiento (agitación, irascibilidad, ansiedad). La presencia o ausencia de un síndrome abstinencia es el mejor indicativo para determinar si una droga genera o no dependencia física, ya que no todas la producen. Hay algunas que sólo generan lo que se conoce como dependencia psíquica.
- **El síndrome de querencia:** son los síntomas psicológicos que aparecen antes del síndrome de abstinencia y después de que desaparezcan los efectos de la última toma de droga, consisten en la vivencia de angustia generalizada, intensa necesidad de la toma de la droga con el consecuente desarrollo de una conducta de búsqueda.



Tolerancia es un estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga, o por la necesidad de una dosis mayor para provocar y sentir el mismo efecto.

Tolerancia cruzada es el fenómeno por el que al tomar una droga aparece tolerancia no solamente a otra del mismo tipo, sino incluso a drogas totalmente diferentes. El uso previo de una droga puede potenciar los efectos sobre el organismo de otros tipos de droga.

Intoxicación aguda se produce cuando se toma una cantidad de droga que el cuerpo no es capaz de eliminar o transformar la sustancia. La sobredosis es la intoxicación aguda grave que aparece cuando se supera el límite de toxicidad en el organismo. Va en función de la dosis de droga tomada, su composición (si es más o menos pura), si está adulterada y las variables corporales individuales como el peso, metabolismo y tolerancia.

- **Politoxicomanía o poli consumo:** Se produce cuando el sujeto se administra una variada gama de sustancias con el objetivo explícito de mantener alteradas sus funciones mentales. En muchos casos existe una droga principal que sustenta la dependencia, y unas drogas secundarias que la complementan o la sustituyen en situaciones de no disponibilidad. Actualmente es raro encontrar un consumidor de una sola droga.
- **Características de la drogodependencia:** un deseo incontenible de consumir la droga y obtenerla por cualquier medio. Una tendencia a aumentar la dosis por la tolerancia del organismo hacia la misma. Se necesitan dosis más altas para obtener la misma sensación. La aparición de un síndrome de abstinencia en caso de interrupción súbita en el consumo.



- **Proceso de drogodependencia:** Consumo experimental: son ensayos que realiza la persona fundados en la curiosidad hacia las drogas, sin intención explícita de repetir el consumo.
- **Consumo ocasional:** La persona conoce la droga y sus efectos y escoge los momentos y escenarios más propicios para sentir dichos efectos. El consumo todavía es espaciado y poco frecuente.
- **Consumo regular:** Consumo habitual con continuidad. Posición activa frente al consumo.
- **Dependencia:** Necesidad del consumo, es algo prioritario e imperioso en su vida.

5.1.2 Clasificación de las sustancias psicoactivas

Depresoras del sistema nervioso: disminuyen la actividad del sistema nervioso central.

Opiáceos: opio, morfina, heroína, metadona.

Bebidas alcohólicas: vino, cerveza, ginebra, etc.

Hipnóticos y sedantes: somníferos y tranquilizantes.

Estimulantes del sistema nervioso: aumentan la actividad del sistema nervioso central.

Mayores: anfetaminas, cocaína.

Menores: café, té, cacao, tabaco (nicotina).



Las que alteran la percepción: modifican el nivel de conciencia y diferentes sensaciones (visuales, auditivas, etc.).

Alucinógenos: LSD, mescalina.

Cannabis: marihuana, hachis.

Drogas de diseño: éxtasis, eva, etc.

Inhalantes: disolventes, pegamentos, etc.

CLASIFICACION SEGÚN SITUACION LEGAL Y EL USO

Legales sin utilidad terapéutica: alcohol, nicotina, solventes

Legales con utilidad terapéutica: opiáceos, barbitúricos, anfetaminas

Ilegales sin utilidad terapéutica: cocaína, alucinógenos

Ilegales con posible utilidad terapéutica: cannabinoides, heroína

5.2 MARCO LEGAL

Ley 30 de 1986, por medio de la cual se adopta el estatuto nacional de estupefacientes y se dictan otras disposiciones.

Constitución Política de Colombia 1.991 artículo 2, 48 y 49

Ley 100 de 1993 por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral.

Decreto 1108 de 1994 del Ministerio de la Protección Social. Por medio de este decreto se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.



Resolución 4445 de 1996, por medio de la cual se dictan normas para el cumplimiento de las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares de conformidad con la ley 9 de 1979.

Decreto 1943 de 1999 de la Presidencia de la República. Esta norma modifica la estructura de la Dirección Nacional de Estupefacientes y del programa presidencial para el afrontamiento del consumo de sustancias psicoactivas y se dictan otras disposiciones.

Ley 599 de 2000, por medio de esta norma se adopta el código penal Colombiano vigente actualmente.

Ley 715 de 2001 por medio de la cual se crea el Sistema General de Participaciones.

Ley 745 de 2002, por la cual se tipifica como contravención, el consumo y porte de dosis personal de estupefacientes o sustancias que produzcan dependencia con peligro.

Decreto 1011 de 2006, por medio del cual se crea el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud.

Resolución 1043 DE 2006 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1315 de 2006 del Ministerio de la Protección Social. La cual define las condiciones de habilitación para los centros de atención en drogadicción y servicios de farmacodependencia y a la vez se dictan otras disposiciones.



Ley 1122 de 2007, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Resolución 2680 DE 2007 del Ministerio de la Protección Social, por medio de la cual se modifica la resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones.



6. UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A CONDUCTAS ADICTIVAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

6.1 MISION

Prestar servicios integrales de salud, a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social e integración socio-laboral en el campo del consumo de sustancias psicoactivas, a la población del sur colombiano.

6.2 VISION

Ser, en el año 2015, una Institución líder en prestación de servicios de salud, en el área de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de pacientes con conductas adictivas.

6.3 OBJETIVOS CORPORATIVOS

- Brindar a la población servicios integrales de salud, a través de acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social e integración socio – laboral en el campo del consumo de sustancias psicoactivas y a los problemas asociados a éste.
- Realizar actividades, procedimientos e intervenciones tendiente a buscar integralmente el fomento y la promoción de la salud física, psíquica y sociocultural, así como el fortalecimiento de los factores protectores que permitan actuar sobre el riesgo o condiciones que concurran a la aparición del consumo de sustancias psicoactivas.



- Ofrecer posibilidades de diagnóstico y tratamiento oportuno a pacientes con adicciones a sustancias psicoactivas, de cualquier nivel socio-económico.
- Prestar servicios de salud dirigidos a la rehabilitación y reinserción social, mediante programas de inclusión social, laboral y familiar.
- Desarrollar proyectos de Vigilancia Epidemiológica a Adicciones a Sustancias Psicoactivas (VESPA)

6.4 PRINCIPIOS

- Cuidado, preservación y respeto a la vida en todas sus manifestaciones y condiciones.
- Respeto de los postulados morales y éticos de validez universal y reconocida aceptación social.
- Respeto a la dignidad humana.
- Acatamiento y respeto al ordenamiento legal.
- Transparencia, justicia y equidad.
- Calidad y pertinencia en la prestación de los servicios.

6.5 VALORES

6.5.1 Respeto. Se construye sobre la base de la tolerancia, con relación a la forma de pensar, sentir y actuar, valorando las cualidades y los derechos de los pacientes, proveedores y colaboradores de la institución.

6.5.2 Vocación de Servicio. Disposición permanente para brindar una atención calida y efectiva a nuestros pacientes.



SOLIDARIDAD: Espíritu de colaboración, participación, cooperación y ayuda mutua.

6.5.3 Honestidad. Coherencia entre las palabras y las acciones que inspire confianza a los demás, en la ejecución de los procesos de la institución

6.5.4 Transparencia. Desarrollo de las actividades con claridad, en concordancia con la normatividad, para facilitar el ejercicio del control.

6.6 POLÍTICAS

6.6.1 Calidad. Orientación hacia el logro de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes mediante prestación de servicios de salud que ofrezcan accesibilidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad, con énfasis en promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

6.6.2 Seguridad. La UAICA del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo busca mejorar las condiciones de seguridad, mediante la aplicación de prácticas de calidad en la prestación de los servicios de salud, tendientes a minimizar los riesgos a sus usuarios, familias, colaboradores y al medio ambiente, cumpliendo las normas legales vigentes, los principios de humanización y los protocolos técnicos establecidos”.

6.6.3 Gestión Financiera. La UAICA Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo aplica criterios de planeación financiera, que le permitan contar con los recursos para su sostenimiento, para el mejoramiento de su gestión asistencial y administrativa y la inversión en proyectos sociales, buscando la sostenibilidad de la Empresa en el tiempo:



Estos criterios se aplican en las siguientes líneas de intervención:

- Gestión Presupuestal.
- Planeación de la liquidez y flujos de caja.
- Identificación y racionalización de costos de producción.
- Actualización y depuración contable.
- Aplicación y análisis de modelos de análisis sensibilidad.
- Confiabilidad de la Información Financiera.
- Toma de decisiones sobre resultado de Estados Financieros.

6.6.4 Gestión del Talento Humano. Trabjará permanentemente por el mejoramiento del Clima Laboral mediante la selección, capacitación y desarrollo del talento humano, dotando adecuadamente los ambientes, generando estímulos que motiven el incremento de la productividad y fortalecerá la imagen corporativa mediante la unificación e implementación de sus elementos distintivos.

Fortalecerá la relación Docencia - Servicio y la investigación mediante la relación adecuada con las instituciones educativas que cumplan con los requisitos de Ley.

6.7 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

La Unidad de Atención Integral a conductas Adictivas, funcionará como una unidad adscrita a la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de la ciudad de Neiva, con independencia administrativa y financiera y estará integrada así:

6.7.1 Área de coordinación general. Esta área esta destinada a mantener la unidad de objetivos e intereses de la UAICA entorno a la misión y objetivos, identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, determinar los mercados a atender, definir la estrategia del servicio, asignar recursos, adoptar y



adaptar normas de eficiencia y calidad como el modelo de control estándar MECI y el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, controlando su aplicación en la gestión institucional, definir y establecer los manuales de funciones y requisitos para cada cargo, manuales de procesos y procedimientos técnicos administrativos, guías de atención, protocolos de manejo y las demás funciones de dirección que exija el normal desenvolvimiento de la UAICA.

6.7.2 Área asistencial. Estará conformada por el conjunto de unidades orgánico-funcionales encargadas de todo el proceso de producción y prestación de servicios de salud, con sus respectivos procedimientos y actividades, incluyendo la atención administrativa demandada por el usuario.

6.7.3 Comprende la definición de políticas institucionales de atención, el tipo de recursos necesarios para el efecto, las formas y características de la atención, la dirección y prestación del servicio.

La Unidad de Atención Integral a Conductas Adictivas contará con los siguientes servicios:

- Unidad de agudos: En la cual se ofrece asistencia psiquiátrica, psicológica, farmacológica y cuidados de enfermería. Se establecen además actividades diarias de carácter terapéutico, lúdico, social y físico.

Constará de 10 camas

- Unidad de cuidados intermedios: Ofrece atención psiquiátrica, psicológica y cuenta con programas de deshabituación y rehabilitación ocupacional y laboral. Contará con 10 camas,

- Hospital de Día: El hospital de día, consta de una serie de actividades diarias,



bajo un control de visitas continuadas por parte de un equipo terapéutico compuesto por psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta, enfermera y terapeuta ocupacional. Constará de 30 plazas.

- Unidad de asistencia externa: compuesta por asistencia de urgencias psiquiátricas 24h., asistencia a domicilio y consultas externas de psiquiatría, así como terapias psicológicas (individuales, grupales, familiares y de pareja.).
- Unidad de rehabilitación e integración sociolaboral: sección que iniciará su recorrido desde el hospital de día, dirigida a aquellos usuarios que provengan de hospitalización, con capacidad para seguir un proceso de rehabilitación laboral.
- Consta de los niveles de formación, aprendizaje; pudiendo culminar en centros de trabajo protegido y asistido.
- Centros de trabajo protegido y asistido: Se crearán pequeñas empresas en régimen de trabajo protegido o asistido, que procuren un contrato laboral, para aquellos usuarios que capacitados tras seguir nuestro circuito de rehabilitación socio-laboral, o que se encuentren capacitados anteriormente, puedan realizar un trabajo.

Teniendo en cuenta el portafolio de servicios antes mencionado, la UAICA debe contar con el siguiente personal asistencial:

- Dos médicos especialistas en Psiquiatría
- Cuatro médicos generales
- Doce auxiliares de enfermería
- Un terapeuta ocupacional
- Un fisioterapeuta



- Un psicólogo
- Un educador físico
- Dos profesionales en enfermería

6.7.4 Área administrativa. Esta área comprenderá las unidades funcionales encargadas de ejecutar, en coordinación con las demás áreas, los procesos de planeación, adquisición, manejo, utilización, optimización y control de los recursos humanos, financieros, y de información, necesarios para alcanzar y desarrollar los objetivos de la unidad, y realizar el mantenimiento de la planta física y su dotación.

Para que la Función administrativa, en la Unidad de Atención Integral a Conductas adictivas se lleve a cabo con la máxima eficiencia y eficacia, capaz de responder a las necesidades de la población objeto, sólida en sus procesos y procedimientos asistenciales y administrativos, con proyección en el sur colombiano y teniendo en cuenta que la misión institucional obedece a la prestación de servicios integrales de salud, materializados a través de un modelo de atención que incluye acciones encaminadas a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reinserción social e integración socio-laboral en el campo del consumo de sustancias psicoactivas, a toda la población beneficiaria; se hace necesario la aplicación de principios administrativos tales como:

- **División y Especialización del trabajo:** Se pretende que cada área específica como son Coordinación, Asistencial y Logística, propenda por adelantar sus propios procesos con el fin de cumplir los objetivos y la misión de la unidad.
- **Unidad de Mando:** Como Unidad Adscrita al Hospital Universitario estará bajo su mando y responsabilidad y el coordinador general de la UAICA recibirá



órdenes directas del Gerente y este a su vez de la Junta Directiva de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

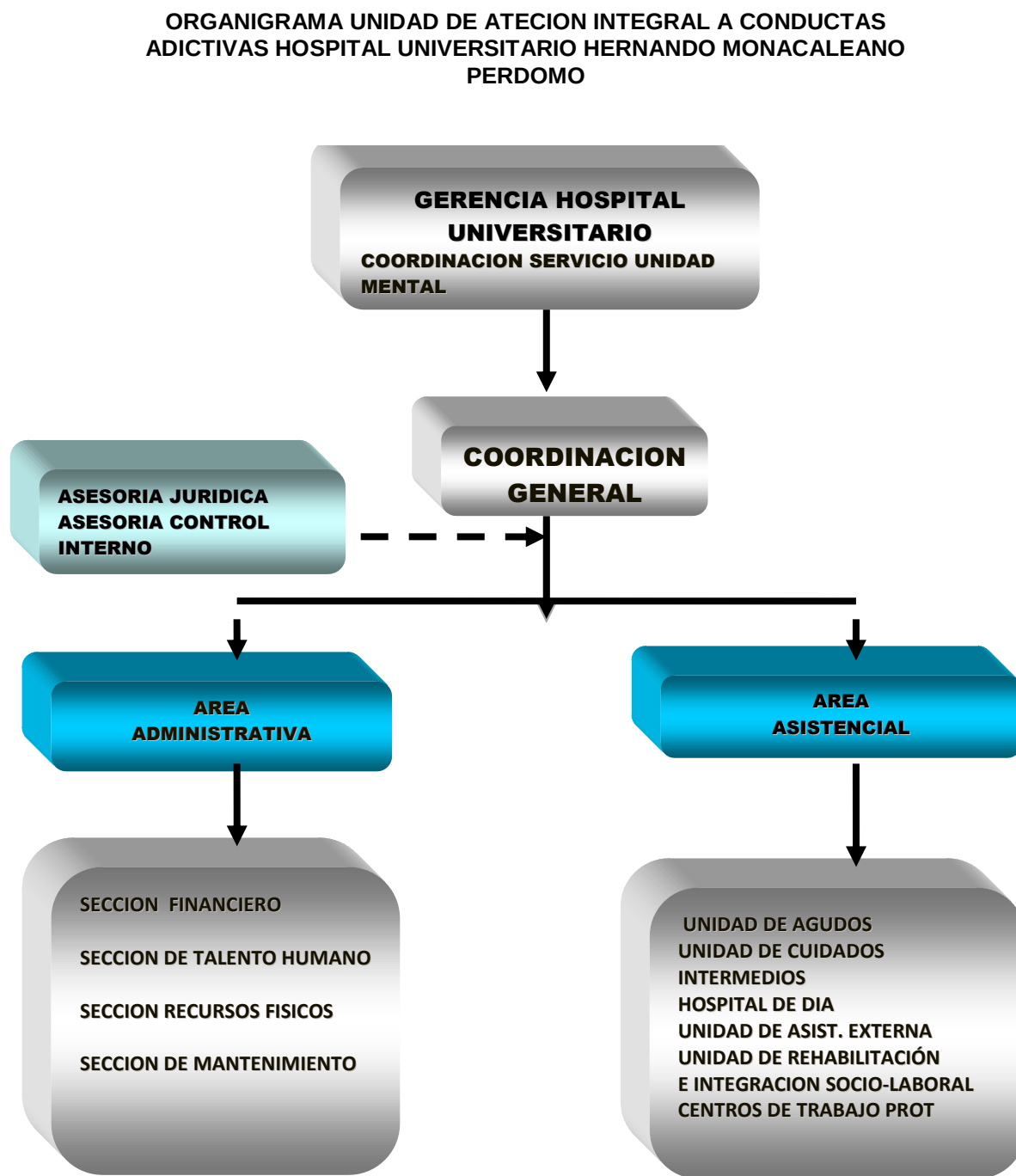
- **Jerarquía o Cadena Escalar:** Jerárquicamente la UAICA está conformada de la siguiente manera: Coordinador general, Coordinador del área asistencial y coordinador del área administrativa o logística.
- **Autoridad y Responsabilidad:** Para que exista autoridad y responsabilidad en la UAICA, se ha establecido una estructura organizacional que contempla un coordinador general y unas personas responsables de cada uno de los procesos, tanto administrativos como asistenciales.

Para su funcionamiento de forma independiente y con autonomía en el área administrativa y financiera, requiere del siguiente personal:

1. Coordinador General.
2. Asesor de control interno.
3. Asesor jurídico.
4. Auditor Médico.
5. Secretaria.
6. Vigilantes.
7. Auxiliares administrativos.
8. Auxiliares de servicios generales.



Figura 1. Organigrama



Fuente: Diseño Propio.



6.8 MODELO DE INTERVENCION EN LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A CONDUCTAS ADICTIVAS

En este sentido la propuesta de tratamiento, rehabilitación e integración psicosocial para las personas afectadas de consumo de sustancias psicoactivas para los departamentos del Huila, Putumayo y Caquetá, parte del principio que el consumo de sustancias ilegales generalmente está acompañado de otras enfermedades psiquiátricas, lo que se denomina enfermedad dual. No es raro encontrar un paciente fármaco dependiente o abusador de sustancias que adicionalmente cursa como consecuencia o anterior a la utilización de la sustancia de enfermedades del pensamiento, del afecto o trastornos de la personalidad, haciendo del tratamiento algo muy complejo que debe ser personalizado para cada paciente considerándolo en sus características personales, ambiente, familia y recursos sociales. Este tipo de enfermedad mental que nos llega combinada implica para la persona que la sufre y para su familia una grave alteración de la estabilidad en todos los niveles. Trae consigo pérdidas afectivas y económicas que representan actualmente la primera causa de ausentismo laboral en el mundo.

El manejo de las crisis es fundamental para disminuir al máximo el riesgo de deterioro, pero se requiere para ello contar con un circuito de atención psiquiátrica completo y dinámico que sea rápido en su intervención, eficaz en sus acciones y permanente en el tiempo para estar al tanto de las recaídas y recidivas.

La rehabilitación integral de la salud mental implica una serie de estrategias e intervenciones que, combinadas simultáneamente, aumentan notablemente la posibilidad de evitar reingresos hospitalarios frecuentes, desgaste de las familias y pérdida de las capacidades laborales de los pacientes.

La intervención frente a una persona en crisis se inicia por brindarle al paciente y a su familia la posibilidad de atenderles lo más pronto posible y, si es necesario por



las condiciones particulares de los episodios psicóticos, acudir directamente al domicilio del enfermo para valorarlo y tomar las medidas necesarias (no sólo indicándolas, sino también ayudando en su cumplimiento, como sedación, orientación familiar, derivación a otros recursos). Si se requiere ingreso hospitalario, gestionarlo y si la situación se controla con la intervención del profesional, realizar un enganche que permita un seguimiento ambulatorio o un ingreso a hospital de día u hospital de noche.

La remisión del episodio agudo de un trastorno mental no implica solamente su ingreso hospitalario y administración de medicación, que definitivamente es necesario por periodos comprendidos entre 7 y 30 días dependiendo del tipo de sustancia de abuso y las otras enfermedades medicas concomitantes. Se debe ofrecer lo más pronto posible, y en gran porcentaje de casos desde el mismo primer día del ingreso, actividades de rehabilitación que le permitan al paciente mantener con las habilidades cotidianas y evitar el deterioro. Para ello la base es un tratamiento especializado con el uso de medicación de diferentes familias que eviten los síndromes de abstinencia o minimicen sus consecuencias, que remitan los episodios psicóticos presentes y mejoren de forma pronta, efectiva y con los mínimos efectos secundarios las alteraciones en el afecto. Para ello es fundamental establecer un horario de actividades hospitalarias que se asemejen a las propias de cualquier persona en su ambiente habitual. En esta primera fase intrahospitalaria, en régimen cerrado, aislados de sus familias y de la consecución de las sustancias psicoactivas, se requiere de una unidad cerrada, que evite las posibles fugas, agresiones al personal y pueda controlar de forma efectiva las complicaciones médicas propias de las enfermedades orgánicas concomitantes y minimice las posibilidades de agitación psicomotora.

Una vez se pasa esta primera fase crítica, donde se estabiliza al paciente, o se le observa y se conforma su estado de estabilidad se debe trasladar a una unidad de cuidados intermedios donde se continúe la supervisión del tratamiento médico,



pero que simultáneamente permita la realización de actividades terapéuticas y rehabilitadoras como:

1. **Terapia de grupo:** Realizada por el psiquiatra del servicio los jueves en la mañana. El tema de cada sesión surge dentro del mismo grupo de usuarios y va encaminada a temas que tengan importancia dentro del plan de rehabilitación psicosocial.
2. **Psicoeducativos:** Se dan clases magistrales, mesas redondas, etc. Se realiza la mañana de los martes. Se hace especial énfasis en la detección temprana de síntomas, aprendizaje sobre los medicamentos de todo tipo, generalidades de los diferentes trastornos mentales, y en general, los temas que generen interés dentro de la comunidad terapéutica.
3. **Psicomotricidad:** Se realizan tres sesiones por semana de 45 minutos en las cuales se promueve un acondicionamiento físico del paciente por parte de un fisioterapeuta especialista en el manejo del enfermo mental. No sólo se trabaja el sistema cardiovascular y músculo esquelético, sino que también se incide en mejorar la expresión corporal y la integración del grupo mediante actividades lúdicas como la música y la danza. Al final de cada terapia se realiza una sesión de relajación muy dirigida al aprendizaje de la técnica por parte del paciente para ser implementada fuera del centro hospitalario de manera regular.
4. **Taller de habilidades del hogar:** El paciente que no se encuentra en condiciones de estar en su domicilio necesita del mantenimiento de las rutinas propias del cuidado de su hogar, y muchos otros necesitan un aprendizaje en actividades como el planchado de ropa, la utilización de la lavadora, el hacerse la cama o reparar sus prendas. Este taller se realiza quincenalmente los jueves.



5. **Taller de hábitos de salud:** El paciente con un trastorno mental necesitan de forma continua y especial la orientación en diversos temas de salud como el cepillado de los dientes, las dietas más saludables, el control del peso y los diferentes hábitos de higiene. Este taller lo realiza el personal de enfermería cada quince días los jueves.

6. **Salidas socioculturales:** Esta actividad concertada y preparada con los pacientes busca generar interés en un tema específico, documentarse sobre el mismo y asistir a una actividad fuera del centro hospitalario, donde de forma divertida se profundice en un tema de interés general. Por ejemplo asistencia a museos, exposiciones, conferencias, fábricas, granjas, etc. Se realiza una vez por mes.

7. **Taller de habilidades sociales:** Se implementan diferentes técnicas como la del psicodrama para mejorar el desempeño social del paciente. Se realiza una sesión cada 15 días las mañanas de los miércoles.

8. **Actividad deportiva y recreativa extramural:** Se realizan salidas a zonas deportivas y de recreación las tardes de los miércoles con el objetivo de ofrecer al paciente estimulación multisensorial propia de la ciudad, confrontando de forma protegida al paciente con el medio externo y se practica y supervisan actividades cotidianas como el cruzar las calles, utilizar los medios de transporte, la interacción con personas extrañas, utilización del dinero, entre otras. Adicionalmente se promueve la utilización por los pacientes de los diferentes recursos que están disponibles en la comunidad.

9. **Seguimiento de las familias:** Se realiza un control quincenal o mensual, según las necesidades de cada caso, de cada una de las familias de los usuarios del servicio de Hospital de Día por parte del psiquiatra coordinador. Las familias



se citan las tardes de los jueves.

10. Reunión del equipo interdisciplinario: Con el fin de conseguir una atención integral del paciente y una retroalimentación del equipo interdisciplinario, se realiza una reunión semanal los días viernes para evaluar todos los casos y programar las acciones que se estimen oportunas para conseguir el mejor plan terapéutico de los pacientes.

11. Laborterapia: En esta actividad se busca, mediante el trabajo manual, la tolerancia del paciente frente a las actividades laborales de forma progresiva disminuyendo los niveles de ansiedad a través del proceso y efecto del mismo. Además se pretende la mejoría del afecto a través de los resultados y satisfacciones obtenidas. Adicionalmente se concientizar al paciente de las actividades como un proceso en lugar de algo súbito y mágico. Se estructuran procesos cognitivos a través de la secuencialidad y evaluación de las tareas o pasos de una actividad. También se prepara al paciente para las exigencias del medio laboral, logrando gradualmente un incremento del desempeño laboral, mejorando la funcionalidad disminuida por la evolución de la enfermedad. Se trabaja además un mayor contacto del paciente con la realidad, ofreciéndole al paciente la oportunidad de controlar situaciones y roles dentro de un ambiente protegido. De otra parte se brinda al usuario la posibilidad de explorar alternativas productivas o la utilización más adecuada del tiempo libre en su residencia. El resultado final es que el paciente vivencie el efecto benéfico de enfocar su mente en el proceso y resultado de una determinada actividad. Los objetivos específicos se trazan adaptando las diferentes tareas y actividades a las necesidades individuales del paciente, lo cual se describe en la historia clínica del paciente. Se analiza ocupación del paciente, gustos e intereses, necesidades terapéuticas individuales, nivel de funcionalidad y objetivos trazados por el equipo interdisciplinario. Se realiza las tardes de lunes, martes y jueves.



12. **Taller de cocina:** Con esta actividad se busca mejorar el desempeño del paciente en su autonomía frente a una actividad tan básica y fundamental como procurarse una alimentación equilibrada. Se preparan platos de elaboración sencilla que realmente el paciente pueda realizar en su domicilio. Se realiza semanalmente las mañanas de los viernes.

13. **Taller de rehabilitación cognitiva:** Se utilizan diferentes estrategias para ejercitar funciones mentales como atención, memoria, cálculo y lenguaje. Se realiza esta actividad las mañanas de los martes.

14. **Cineforum:** Se realiza un consenso dentro de los usuarios del programa de rehabilitación sobre títulos que por su temática pueda ser analizado y discutido una vez finalizada la proyección por los participantes de la actividad. El cineforum se realiza las tardes de los viernes de forma semanal.

15. **Psicoeducativos para familias:** Se realiza educación a las familias en temas como la rehabilitación sociolaboral, las bases y conceptos neuroanatómicos de la enfermedad mental, el trabajo como terapia rehabilitadora, el manejo de las urgencias psiquiátricas, las medidas judiciales frente a la enfermedad mental, el ejercicio, el ocio y la higiene como instrumentos rehabilitadores y la comunidad frente a la enfermedad mental, entre otros temas. Se realiza el primer sábado de cada mes de 10 a 12 de la mañana en las instalaciones de la clínica.

Para la adecuada realización de estas actividades se debe contar con un personal especializado en el tratamiento de este tipo de trastornos complejos ya que es fácil caer en la manipulación y errores terapéuticos forzados por las conductas antisociales de este tipo de usuarios.



El equipo, para cubrir todas las posibles necesidades de los usuarios y de sus familias debe contar con psiquiatra, enfermero, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, abogado, trabajador social y personal auxiliar y monitores en diferentes áreas ocupacionales y formativas. Para la población escolarizada se debe contar con educadores que mantengan las actividades escolares y evitar así mayores traumatismos del curso escolar.

En una tercera fase se utiliza la modalidad de Hospital Día en la cual la internación es parcial y esto implica la participación de la persona enferma en actividades psicoterapéuticas durante la jornada laboral. Esta indicada para aquellas personas que como consecuencia de su enfermedad tienen alterado su funcionamiento personal, familiar, social y laboral; necesitando temporalmente una atención psiquiátrica integral con la participación de su familia y grupo social en el proceso de rehabilitación, pudiendo dormir en su domicilio.

En una cuarta fase se deben ofrecer posibilidades de educación, formación y trabajos inicialmente protegidos y posteriormente normalizados. Dándole al usuario y a sus potenciales contratantes la certeza del mantenimiento de los controles y asegurándoles el reinicio del ciclo en cualquiera que sea la modalidad necesaria según el tipo de crisis para minimizar la posibilidad de pérdida del trabajo. En este punto las acciones políticas que sean promovidas, como descuentos fiscales y otro tipo de ventajas estimularan la reinserción laboral de este tipo de pacientes. Además desde el mismo centro de rehabilitación se promoverá la formación, mantenimiento y autosostenibilidad de actividades laborales a mediano y largo plazo que mantengan al paciente fuera de situaciones de estrés o desamparo que precipiten una recaída.

Es así como este servicio de psiquiatría tiene como finalidad brindar acciones integrales de salud mental, así como la docencia e investigación en su área de influencia. Esto implica promoción y prevención en colegios, instituciones, centros



comunitarios, medios de comunicación y demás espacios que se puedan crear en la comunidad para divulgar conductas saludables y prevenir situaciones de riesgo para consumo de sustancias y otras enfermedades mentales asociadas a la utilización de sustancias psicoactivas.

La unidad de conductas adictivas es una forma de tratamiento que incluye tratamiento en régimen cerrado, hospitalización parcial diurna y nocturna y tratamiento ambulatorio. Esta modalidad de tratamiento se apoya en la estructura existente dentro del centro hospitalario permitiendo maximizar el recurso humano y disminuyendo considerablemente los costos de la intervención terapéutica y permitiendo hacer mucho menos difícil el proceso de adaptación del paciente a su medio luego de la grave ruptura que ocasiona una crisis, y como consecuencia directa y significativa, disminuye notablemente las recaídas y recidivas propias de este tipo de enfermedades. Adicionalmente se puede involucrar de una manera más activa a las familias y se pueden evitar hospitalizaciones largas e innecesarias.

La Unidad de Conductas Adictivas prestará atención a las personas afectadas de trastornos mentales y abuso y adicción a sustancias adictivas preferiblemente en estados iniciales de la enfermedad, con especial énfasis en niños, adolescentes y madres en gestación. Adicionalmente el tratamiento incluye a sus familias, mediante un tratamiento psicoterapéutico integral asumido por un equipo interdisciplinario que facilita la reinserción sociolaboral del paciente farmacodependiente.

Se brindará una hospitalización inicial cerrada, especializada e integral para personas afectadas por la utilización de sustancias psicoactivas. Se promoverá la participación activa y adecuada de la familia y la comunidad en el tratamiento de la persona afectada por estos trastornos con el fortalecimiento de la prestación de servicios en salud mental con enfoque comunitario, Ofreciendo una alternativa



terapéutica eficaz que disminuya los costos de la hospitalización psiquiátrica y tratando de evitar las complicaciones propias de las hospitalizaciones largas, disminuyendo los periodos de separación de la persona con su familia y su comunidad y removiendo una reinserción laboral temprana del paciente que disminuya al máximo la pérdida de sus capacidades y la posible pérdida del trabajo.

Para el éxito de este programa de rehabilitación se cuenta con el conocimiento estrecho de todos los pacientes por parte del equipo terapéutico a cargo de las actividades rehabilitadoras. El psiquiatra coordinador realiza semanalmente una visita de seguimiento a los usuarios del centro y se hará una reunión semanal con los psiquiatras y demás terapeutas del centro, para evaluar y desarrollar estrategias comunes que permitan la rehabilitación más rápida de los pacientes y conseguir así el más pronto retorno a sus actividades cotidianas y responsabilidades familiares, sociales y laborales.

En resumen la rehabilitación integral de la salud mental en conductas adictivas pretende realizar un tratamiento individualizado del enfermo, pudiendo seguir todo el ciclo de tratamiento en una misma institución (ingreso cerrado, intermedio, hospital de día, de noche, centro de día, terapia médica y psicológica, consultas externas, urgencias y atención 24 horas), con lo que se pretende conseguir una rápida integración en el estatus normal del paciente, tanto social, personal, familiar y laboralmente.

La asistencia a la familia y al entorno del enfermo es fundamental dentro del marco de la rehabilitación integral con el fin de favorecer la integración y disminuir la desestructuración que la patología psiquiátrica produce.

Para ello se hace un seguimiento de la familia del paciente ingresado en régimen cerrado y del paciente que se encuentra en el régimen de hospital de día. Se



realizan psicoeducativos con las familias de temas como la rehabilitación sociolaboral y la atención psiquiátrica integral.

Como un objetivo más del trabajo hospitalario es el de la creación de centros de trabajo protegido, que permitan la integración laboral del enfermo psiquiátrico. Pueden beneficiarse aquellos pacientes que nunca han tenido experiencia laboral, y también aquellos que han perdido por la enfermedad su puesto laboral.

La Unidad de Conductas Adictivas proporcionará atención médica integral, en el campo de la Salud Mental y las conductas adictivas y en el ámbito de la geografía de los departamentos del Huila, Caquetá y Putumayo:

- 1 Un marco adecuado para que los pacientes reciban unos cuidados sanitarios integrales psiquiátricos en conductas adictivas a través de unos servicios de hospitalización, hospital de día y noche, centro de día, urgencias, asistencia domiciliaria, consultas externas de psiquiatría y psicología y unidad de rehabilitación psicosocial y laboral.
- 2 Buscara llegar al espectro más amplio de población posible, mediante acuerdos con instituciones que requieran de la asesoría y servicios especializados prestados.
- 3 Procurará asistencia, educación sanitaria y orientación asistencial, tanto a los pacientes como a las familias de estos, procurando destinar recursos apropiados para el desarrollo de todos aquellos servicios alternativos e innovadores, que pueden mejorar nuestra oferta asistencial.
- 4 La aplicación de nuestros recursos administrativos, profesionales y humanos, busca el mayor estado de bienestar al paciente, familia y comunidad.



Las dependencias con las que contará la Unidad de Conductas adictivas son:

- ❖ **Unidad de agudos:** orientado para aquellos usuarios en estado agudo, que precisen corta estancia en régimen de ingreso por su estado patológico. Constara de 10 camas. Se ofrece la adecuada asistencia psiquiátrica, psicológica, farmacológica y cuidados de enfermería. Se establecen actividades diarias de carácter terapéutico, lúdico, social y físico, que complementen el tratamiento de los residentes.
- ❖ **Unidad de cuidados intermedios:** orientado a los usuarios que han pasado la fase aguda de intoxicación y abstinencia y pueden iniciar un programa de deshabitación y rehabilitación ocupacional y laboral. Contara con 10 camas.
- ❖ **Hospital de Día:** la asistencia psiquiátrica a media jornada, puede descargar aproximadamente a un 10% de la población hospitalaria de régimen cerrado y evitar el internamiento en régimen completo a una tercera parte de los enfermos. A su vez este régimen proporciona un sistema terapéutico y de reintegración social más activo, que el hospital psiquiátrico clásico. También se favorece la integración familiar, permitiendo una mayor colaboración entre enfermo, familia y terapeutas. El hospital de día está dirigido a aquellos pacientes que se encuentran en una fase de recuperación, de un proceso agudo o subagudo reciente. Su asistencia se basa en la terapia farmacológica, psicológica y ocupacional. También se dirige a aquellos pacientes que por su patología de tipo crónico y con dificultades en la rehabilitación total. El hospital de día, consta de una serie de actividades diarias, bajo un control de visitas continuadas por parte de su equipo terapéutico compuesto por psiquiatra, psicólogo, fisioterapeuta, enfermera y terapeuta ocupacional. Constará con 30 plazas.
- ❖ **Unidad de asistencia externa:** compuesta por asistencia de urgencias psiquiátricas 24h., asistencia a domicilio y consultas externas de psiquiatría, así



como terapias psicológicas (individuales, grupales, familiares, de pareja.).

❖ **Unidad de rehabilitación e integración sociolaboral:** sección que iniciará su recorrido desde el hospital de día, dirigida a aquellos usuarios que provengan de hospitalización u hospital de día, con capacidad para seguir un proceso de rehabilitación laboral. Consta de los niveles de formación, aprendizaje; pudiendo culminar en centros de trabajo protegido y asistido.

❖ **Centros de trabajo protegido y asistido:** corresponde a la segunda fase del proyecto, depende de la demanda y de la capacidad de usuarios que atendemos. Se crearán pequeñas empresas en régimen de trabajo protegido o asistido, que procuren un contrato laboral, para aquellos usuarios que capacitados tras seguir nuestro circuito de rehabilitación socio-laboral, o que se encuentren capacitados anteriormente, puedan realizar un trabajo. En cada centro serán supervisados por un responsable normalizado y por su equipo terapéutico.



7. ESTIMATIVO DE COSTOS DE LA PREINVERSION E INVERSION UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE CONDUCTAS PSICOACTIVAS

Para el estimativo de costos de inversión para la creación y puesta en funcionamiento de la Unidad d Atención integral de Conductas Adictivas se han tenido en cuenta los requerimientos contemplados en la Resolución N° 1315 de 2006, por la cual se definen las condiciones de habilitación para los centros de atención en drogadicción y servicios de fármacodependencia; las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios, según lo referido en la Resolución N° 4445 de 1996 y todas las demás normas que las complementen, modifiquen o sustituyan.

En los costos de preinversión se considera la realización de los estudios de prefactibilidad y factibilidad con un costo aproximado de \$70.000.000. Respecto al diseño arquitectónico \$30.000.000.

Dentro de los costos de inversión se considera: para la construcción un valor aproximado de \$7.605.000.000, para la dotación de las 20 camas hospitalarias un valor aproximado de \$60.000.000, muebles y enseres \$35.000.000, dotación de los 5 consultorios \$5.000.000 instalación de cámaras de seguridad y circuito cerrado \$10.000.000.



8. PRESUPEUSTO DE COSTOS PARA LA OPERATIVIDAD Y FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A CONDUCTAS ADICTIVAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO

8.1 COSTOS DE PERSONAL

8.1.1 Personal Asistencial

Psiquiatras 2. Con un costo aproximado de \$7.000.000 mensuales cada uno, para un total mensual de 14.000.000 y total anual de \$168.000.000.

Médicos generales 4. Con un costo aproximado de \$3.500.000 mensuales cada uno para un total de \$14.000.000 mensuales y \$168.000.000.

Profesionales de enfermería 5. Con un costo aproximado de \$2.500.000 mensuales cada uno, para un total mensual de 12.500.000 y total anual de \$150.000.000.

Auxiliares de enfermería 12. Con un costo aproximado de \$1.300.000 mensuales cada uno, para un total mensual de 15.600.000 y total anual de \$187.200.000.

Un terapeuta ocupacional, 1 fisioterapeuta, 1 educador físico, para un total de costos de personal mensual de \$ 66.100.000 y anual de \$793.200.000.



8.1.2 Personal Administrativo. Coordinador general 1 \$3.000.000 mensuales, abogado 1 \$2.500.000 mensuales. Auditor medico \$4.000.000, secretarias 1 \$1.000.000, vigilantes 2 \$800.000 mensuales cada uno, 3 auxiliares administrativos, 1 regente de farmacia, 3 personas encargadas de servicios generales, un profesional encargado del Control Interno, para un costo mensual total de personal administrativo de \$24.200.000 y anual de \$90.300.000.

8.2 GASTOS GENERALES

Para la manutención se ha considerado 20 pacientes hospitalizados a quienes se les suministra desayuno, almuerzo y cena, gasto diario \$360.000, gasto mensual \$7.200.000 y gasto anual \$86.400.000 y 30 pacientes de hospital de día a quienes únicamente se les suministra el almuerzo costo diario \$120.000, costo mensual 3.600.000 y costo anual \$43.200.000.

Promedio de gastos de insumos diarios por cada cama hospitalaria \$100.000, para un total de 20 camas: \$2.000.000, gastos mensuales de las 20 camas hospitalarias \$90.000.000 y gasto anual \$720.000.000.



9. CONCLUSIONES

Según los estudios de la Secretaria de Salud Departamental el 23% de la población ha prestado afectaciones importantes para su salud física y mental, relacionadas con conductas adictivas, que tienen su edad de inicio a partir de los 12 años en hombres y 13 años en mujeres. Diagnostico Departamental de Salud Mental año 2005.

El consumo de SPA refiere correlación patológica con aproximadamente el 63 % de los eventos de suicidio, intento de suicidio, lesiones en transito, violencia social, embarazos en adolescentes y enfermedades infectocontagiosas entre otros eventos de alto impacto y costo para la salud pública (Sistema de Vigilancia Epidemiológica año 2007).

La propuesta de la creación de la UAICA se ajusta a los lineamientos prioridades y competencias de los entes territoriales según el plan nacional de salud publica (Decreto 3039 de 2007 y las líneas de acción: prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños en salud (Resolución 425 de 2008 y política nacional de control de drogas 2007, ley 30 de 1986 estatuto nacional de estupefacientes)

La política publica nacional sobre estupefacientes tradicionalmente ha enfocado sus esfuerzos a combatir la oferta de sustancias psicoactivas y no le ha dado la relevancia necesaria al control de la demanda. No obstante, últimamente dicha tendencia ha cambiado un poco de rumbo: es así que en este momento, Colombia ya cuenta con una política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto.



No se conocen estadísticas reales de la situación al consumo de sustancias adictivas en el departamento del Huila, existe subregistro en las instituciones de salud con respecto a esta problemática.

El Departamento del Huila no cuenta con una Institución que cumpla con los requisitos de habilitación establecidos en el sistema obligatorio de garantía de la calidad para la atención de pacientes con problemas de consumo de sustancias adictivas.

Anualmente el Departamento del Huila invierte aproximadamente quinientos millones de pesos (\$500.000.000), para la atención en otros departamentos de la población huilense con esta problemática.

El costo de inversión y preinversión para la puesta en funcionamiento de la Unidad Integral a Conductas adictivas es de aproximadamente ocho mil millones de pesos (\$8000.000.000)

El Presupuesto anual de funcionamiento para la Unidad de Atención Integral a Conductas Adictivas de aproximadamente dos mil millones de pesos (\$2.000.000).



10. RECOMENDACIONES

Continuar con el proceso para que finalmente el proyecto pueda ser llevado a cabo, con el fin de brindar a la población objeto del sur colombiano la posibilidad de un tratamiento integral y oportuno.

Realizar los estudios de prefactibilidad, factibilidad y viabilidad.



BIBLIOGRAFIA

CACERES, Jesús Galindo (Coordinador). Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación. 1 ed, México: Addison Wesley Longman, 1998. 523 p.

CORAL, Ivonne Tatiana y otros. Proyecto de prevención integral de consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, Palermo año 2000.

DELGADO, Juan Manuel, GUTIERREZ, Juan (Coordinadores). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis Sicología.

LEMUS BUSTAMANTE, Lucia- Adicción a las drogas y su relación con la tipología y grado de funcionalidad familiar.

----- La Fármacodependencia en la Universidad Surcolombiana "Vespa Universitario" Neiva 2000.

TORRES DE GALVIS, Yolanda Et.al y colaboradores. Estudio nacional de salud mental.



ANEXOS



Anexo A. Costo de la Preinversión

Cuadro 1. Estimativo costos de preinversión e inversión de la UAICA Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

COSTOS DE LA PREINVERSION E INVERSION DE LA UAICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO			
CONCEPTO			
PREINVERSION			
ESTUDIO DE PREFACTIBILIDAD Y FACTIBILIDAD	1	70,000,000	70,000,000
SUBTOTAL	1	70,000,000	70,000,000
COSTOS DE INVERSION			
CONSTRUCCION	1	7,605,000,000	7,605,000,000
DOTACION			
CAMAS	20	3,000,000	60,000,000
SISTEMA DE COMPUTO	5	3,000,000	15,000,000
CAMILLAS	1	800,000	800,000
CAMARAS DE SEGFURIDAD - CIRCUITO CERRADO	1	10,000,000	10,000,000
MUEBLES Y ENSERES	1	35,000,000	35,000,000
DOTACION CONSULTORIOS	5	1,000,000	5,000,000
EQUIPO DE LAVANDERIA	1	1,500,000	1,500,000
SUBTOTAL	1	54,300,000	127,300,000
TOTAL		7,729,300,000	7,859,600,000

Elaboró Victor Vásquez Villanueva Líder de Area Administrativa y Financiera
secretaría de Salud Departamental del Huila



Anexo B. Estimativo de Costos de Funcionamiento

Cuadro 2.

ESTIMATIVO DE COSTOS PARA LA OPERATIVIDAD Y FUNCIONAMIENTO UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE CONDUCTAS ADICTIVAS

	No. PERSONAS	VR. UNITARIO	VR. MENSUAL	VR. AÑO
RECURSOS HUMANO				
ASISTENCIALES				
PSIQUIATRAS	2	7,000,000	14,000,000	168,000,000
ENFERMERAS JEFES	5	2,500,000	12,500,000	150,000,000
AUXILIARES DE ENFERMERIA	12	1,300,000	15,600,000	187,200,000
TERAPEUTA PROFESIONAL	1	2,500,000	2,500,000	30,000,000
FISIOTERAPETUTA	1	2,500,000	2,500,000	30,000,000
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1	2,500,000	2,500,000	30,000,000
EDUCADOR FISICO	1	2,500,000	2,500,000	30,000,000
MEDICO GENERAL	4	3,500,000	14,000,000	168,000,000
SUBOTAL	27		66,100,000	793,200,000
ADMINISTRATIVO				
COORDINADOR GENERAL	1	3,000,000	3,000,000	36,000,000
ABOGADO	1	2,500,000	2,500,000	30,000,000
SECRETARIA	1	1,000,000	1,000,000	12,000,000
VIGILANTES	2	1,600,000	1,600,000	19,200,000
AUXILIARRES ADTIVOS	3	1,300,000	3,900,000	46,800,000
REGENTE DE FARMACIA	1	1,300,000	1,300,000	15,600,000
SERVICIOS GENERALES	3	1,300,000	3,900,000	46,800,000
AUDITOR MEDICO	1	4,000,000	4,000,000	48,000,000
CONTROL INTERNO	1	3,000,000	3,000,000	36,000,000
SUBTOTAL	14		24,200,000	290,400,000
TOTAL RECURSO HUMANO	41		90,300,000	1,083,600,000



Anexo C. Estimativo de Gastos Generales de Funcionamiento

Cuadro 3. Estimativo de costos para la operatividad y funcionamiento Unidad de Atención Integral de conductas adictivas Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

ESTIMATIVO DE COSTOS PARA LA OPERATIVIDAD Y FUNCIONAMIENTO UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL DE CONDUCTAS ADICTIVAS

GASTOS GENERALES	UNIDADES	VR. UNITARIO	VR. MENSUAL	VR. AÑO
SERVICIOS GENERALES	1	3,000,000	3,000,000	36,000,000
MANUTENCION	20	360,000	7,200,000	86,400,000
	30	120,000	3,600,000	43,200,000
SERVICIOS PUBLICOS	1	2,500,000	2,500,000	30,000,000
DOTACION DE EQUIPOS	1	1,500,000	1,500,000	18,000,000
INSUMOS	20	3,000,000	60,000,000	720,000,000
IMPUESTOS	1	300,000	300,000	3,600,000
PAPELERIA	1	1,500,000	1,500,000	18,000,000
MANTENIMIENTO	1	1,000,000	1,000,000	12,000,000
SEGUROS	1	200,000	200,000	2,400,000
TOTAL GASTOS GENERALES			80,800,000	969,600,000
TOTAL GENERAL			171,100,000	2,053,200,000



UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL A
CONDUCTAS ADICTIVAS HOSPITAL
UNIVERSITARIO HERNANDO
MONCALEANO PERDOMO

